



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,  
Odontológicas y de la Salud  
Facultad de Medicina

Barreras en la prestación de servicios de planificación familiar. La perspectiva de los  
prestadores de salud en el segundo nivel de atención en Yucatán

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS  
PRESENTA

May Wejebe Shanahan

Directora de tesis:

Dra. Marcela Agudelo Botero  
Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud.  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México

Comité Tutor:

Dra. Addis Abeba Salinas Urbina  
Universidad Autónoma de México- Xochimilco

Dra. María Cecilia González Robledo  
Instituto Nacional de Salud Pública

México, Ciudad Universitaria, agosto, 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice General

I.	INTRODUCCIÓN .....	6
II.	ANTECEDENTES.....	10
	Planificación familiar: La agenda pendiente.....	10
	El personal de salud vinculado con la SSR como sujetos de estudio.....	13
III.	MARCO CONTEXTUAL .....	16
2.1	Programa de planificación familiar en México.....	16
2.1	Anticoncepción post evento obstétrico .....	18
2.3	Desafíos del personal de salud en el segundo nivel de atención .....	22
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
	<i>Objetivo general</i> .....	25
V.	MARCO CONCEPTUAL.....	26
4.1	Salud sexual y reproductiva.....	26
4.2	Modelo de atención en salud.....	29
4.3	Barreras en la prestación de servicios: campo, habitus y representaciones sociales .....	31
	<i>Conceptos claves</i> .....	37
VI.	METODOLOGÍA.....	39
5.1	Diseño de estudio .....	39
5.2	Lugar de recolección de la información.....	40
5.3	<b>Selección de participantes</b> .....	41
5.4	Recolección y análisis de datos .....	41
5.5	Consideraciones éticas .....	46
VII.	RESULTADOS .....	48
6.1	Características generales de los entrevistados.....	48
6.2	Descripción de la operación de los servicios de salud en el marco de la APEO... 50	
	a) <i>La consulta prenatal</i> .....	52
	b) <i>Sala de espera</i> .....	54
	c) <i>Oferta de la APEO en el recorrido cama por cama</i> .....	55
6.3	Barreras en la atención de la APEO con apego a derechos humanos.....	56
	<i>Falta de empatía y calidez</i> .....	56
	<i>Limitada participación de los pacientes en la toma de decisiones</i> .....	59

<i>Aplicación de criterios de elegibilidad</i> .....	65
<i>Estándares de calidad</i> .....	67
Áreas de oportunidad .....	72
<b>7. DISCUSIÓN</b> .....	<b>75</b>
7.1 La importancia de la perspectiva del personal de salud. El aporte de la metodología cualitativa .....	75
7.2 <i>Habitus y campo médico</i> en contraposición con los DDHH .....	77
7.3 Mejorar los servicios de la APEO .....	80
<b>8. Conclusiones</b> .....	<b>83</b>
<b>9. Bibliografía</b> .....	<b>86</b>
<b>10. Anexos</b> .....	<b>92</b>

# ACRÓNIMOS

**APEO:** Anticoncepción Post Evento Obstétrico  
**CIPD:** Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo  
**CNDH:** Comisión Nacional de Derechos Humanos  
**CONAMED:** Comisión Nacional de Arbitraje Médico  
**CONAPO:** Consejo Nacional de Población  
**CONEVAL:** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social  
**DDHH:** Derechos Humanos  
**DIU:** Dispositivo Intrauterino  
**ENADID:** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica  
**FPNU:** Fondo de Población de las Naciones Unidas  
**IMSS:** Instituto Nacional del Seguro Social  
**INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía  
**INSABI:** Instituto Nacional de Salud y Bienestar  
**OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos  
**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sustentable  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**OTB:** Oclusión Tubaria Bilateral  
**PAE:** Plan de Acción Específico  
**PF:** Planificación Familiar  
**RMM:** Razón de Muerte Materna  
**SMSR:** Salud Materna, Sexual y Reproductiva  
**SS:** Secretaría de Salud  
**SSR:** Salud Sexual y Reproductiva  
**SSY:** Servicios de Salud de Yucatán  
**UNAM:** Universidad Nacional Autónoma de México  
**UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es abordar las barreras que experimenta el personal de salud involucrado en la estrategia Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), para otorgar dichos servicios con apego a Derechos Humanos (DDHH). APEO es la estrategia específica del programa de Planificación Familiar (PF) que oferta métodos anticonceptivos en el segundo nivel de atención, es decir, en hospitales. El marco conceptual en el que se basa el presente estudio integra un enfoque sociológico y de gestión pública, teniendo en el centro el cuerpo teórico que se ha construido en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto, se eligió un enfoque metodológico cualitativo. El presente es un estudio de caso de un hospital del estado de Yucatán, en el que se realizó una etnografía focalizada. Los insumos principales para realizarla fueron la observación participante, entrevistas etnográficas y entrevistas semiestructuradas. Se encontró que las principales barreras dentro del ejercicio de la provisión de estos servicios son: falta de empatía y calidez; limitada participación de los pacientes en la toma de decisiones; barreras en los criterios de elegibilidad para otorgar los métodos anticonceptivos; y barreras para lograr los estándares de calidad con enfoque de DDHH. En la discusión se exponen las contribuciones de estudiar la perspectiva del personal de salud, el papel de las instituciones en las barreras para el desempeño adecuado de los servicios médicos y las mejoras potenciales que identifica la literatura y el personal. Finalmente, en las conclusiones se abordan las limitaciones y contribuciones del documento en general.

# INTRODUCCIÓN

En 2015 México como miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se comprometió a trabajar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) materializados en el documento “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, que entró en vigor en enero de 2016. De los 17 objetivos, el relacionado con salud es el número 3 que a la letra dice “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Específicamente es el 3.7 que propone para el año 2030, lograr garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), incluidos los de planificación de la familia (PF), información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Ante los diagnósticos preocupantes en materia de medio ambiente este documento pone énfasis -entre otras cosas- en el crecimiento demográfico controlado. Por lo que el reto está en no abandonar uno de los pilares fundamentales de estos acuerdos y acuerdos previos que ponen como centro intervenir en las dinámicas poblacionales siempre con políticas basadas en derechos y con perspectiva de género.

México lleva ya algún tiempo enfrentándose a dicho dilema. Desde la década de los setenta, México puso en marcha políticas públicas orientadas a mejorar la SSR con énfasis en las mujeres y el programa de PF fue considerado uno de los más exitosos en la materia por los notables resultados que en poco tiempo logró en relación con sus objetivos: a) incrementar el acceso a métodos anticonceptivos y b) controlar las tasas de natalidad más altas de la historia del país. No obstante, las transformaciones sociales, sobre todo de movimientos como el feminismo, devinieron en nuevas prioridades y nuevos ejes de acción enfocados más en los derechos de las mujeres, desde una perspectiva integral de la salud, que significaron importantes desafíos para el Estado mexicano, en general, y para el sector salud, en particular.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo, en el año 1994, se definió a la SSR bajo tres principios cardinales 1) respetar la libertad de elección, es decir, que las personas o parejas decidan de manera libre, responsable e informada sobre el número, espaciamiento y momento de los nacimientos; 2)

aceptar que la reproducción se vincula con la sexualidad y se reconoce la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura y 3) la salud reproductiva es inseparable de un contexto cultural y socioeconómico en el que se involucra el papel de la familia, las relaciones de género, el acceso a la educación, a recursos financieros y a los servicios de salud (Salles y Tuirán, 1997). México, como país participante de la CIPD, se comprometió a modificar los objetivos de leyes, programas y normativas para cumplir con los principios de Derechos Humanos (DDHH) que conllevaba la nueva definición (Galdos, 2013).

Desde entonces, cuantiosos estudios han puesto en evidencia las desigualdades que en materia de derechos sexuales y reproductivos existen entre las diferentes regiones y grupos del país (Fajardo-Dolci *et. al.*, 2017). Estos estudios destacan los ámbitos en los que el Estado debe actuar con el fin de resolver, o al menos, aminorar las consecuencias de estos esfuerzos institucionales que aún son insuficientes. Se ha subrayado la importancia del papel que juegan los servicios de salud (Lerner y Szasz, 2008; Lerner y Szasz, 2013). En este sentido, la mayoría dan cuenta de las dificultades que enfrentan los usuarios ante unos servicios insuficientes e incapaces de dar atención adecuada con respecto a las características de las distintas poblaciones.

En contraste, llama la atención que exista significativamente menos producción científica que aborde la perspectiva de los prestadores de salud como foco de investigación. Existen estudios que se enfocan en los servicios de PF en primer nivel, siendo que los desafíos que ha enfrentado este actor en segundo nivel de atención, es decir, en los hospitales, no son menores. Para garantizar un asesoramiento y provisión de las opciones anticonceptivas con apego a los DDHH, se debe entender que el papel de los prestadores es el de ayudar a las personas a tomar decisiones informadas por sí mismas. Para ello, el personal sanitario debe contar con las competencias adecuadas para realizar un justo balance entre las ventajas y desventajas de cada método, de acuerdo con las características individuales de la persona a la que esté atendiendo. Es requisito tener claridad sobre la diferencia entre sexualidad y reproducción y que, si bien, se relacionan con aspectos médicos, los rebasan; que todos los grupos sociales conciben estos dos ámbitos entrelazados con ámbitos íntimos que involucran los proyectos de vida, la moral, la familia;

y que a ambos los atraviesan relaciones de poder determinadas por el género, la clase, la etnia y la edad. Esta compleja provisión de servicios se da, además, dentro de las dinámicas asimétricas y en ocasiones conflictivas de la relación médico-paciente.

Todo lo anterior, parece suficiente para afirmar que existe mucho aún por explorar sobre lo que experimenta el personal sanitario en su quehacer cotidiano respecto a los retos que impone otorgar un servicio desde el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos en los hospitales. El personal sanitario representa uno de los actores principales, pues para fines prácticos es la cara de los servicios frente a la población. Así, el conocimiento sobre los procesos de prestación de servicios se encuentra incompleto si no se toma en cuenta su perspectiva. En esta investigación se indagan los componentes que actúan como facilitadores o barreras para otorgar servicios de PF con apego a DDHH, desde cómo lo experimentan los profesionales de la salud. Para ello se examinarán específicamente los servicios otorgados dentro del subcomponente de PF diseñado para segundo nivel de atención, titulado Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), que busca otorgar consejería y métodos anticonceptivos a la población que se encuentre en centros hospitalarios por motivo de un evento obstétrico.

El presente documento se estructura en ocho capítulos, además del resumen y la introducción. El primer capítulo presenta la revisión de bibliografía y documentación existente sobre las temáticas principales: cómo se han desarrollado las políticas en materia de SSR en México; qué tipo de barreras se conocen y asocian con los servicios de PF; las investigaciones que toman como sujeto de estudio al personal de salud vinculado con la SSR. El segundo capítulo, referente al *marco contextual*, explica el programa y los servicios de PF, la normatividad vigente, los documentos que contienen las directrices y estándares de calidad, y describe, de manera detallada, la estrategia de la APEO. En el mismo capítulo se abordan algunas problemáticas que se le han presentado al personal de salud con relación a estos servicios. Posteriormente, el tercer capítulo contiene el planteamiento del problema, la pregunta de investigación y el objetivo de este estudio. El cuarto capítulo, discute los conceptos y bases teóricas en las que se sustenta la investigación. Se presentan las propuestas con las que se ha estudiado la SSR, los marcos que definen un modelo de atención en salud, así como los conceptos sociológicos de *habitus* y *representaciones*

*sociales* que han legado un amplio cuerpo teórico que explica el quehacer médico y su relación con la SSR. El quinto capítulo presenta el diseño, el abordaje metodológico y el tipo de análisis que se eligió. Se explican los criterios de selección del lugar en el que se realizó el trabajo de campo, criterios de inclusión y exclusión de los participantes de investigación, los instrumentos de recolección de datos y las consideraciones éticas que guiaron el estudio. El sexto capítulo contiene la presentación de los principales hallazgos de campo. Se expone la etnografía del hospital sobre lugares y momentos cruciales para el servicio de APEO. Se expone también la caracterización de las principales barreras halladas en los discursos del personal de salud que impiden proveer los servicios con apego a DDHH. El séptimo capítulo, aborda la discusión y explicación sobre dichas barreras. Finalmente, en las conclusiones se presentan algunos de los retos y fortalezas del servicio de APEO.

## I. ANTECEDENTES

### 1.1 Planificación familiar: La agenda pendiente

Desde 1994, cuando tuvo lugar la CIPD, se han realizado cuantiosas investigaciones que desde la perspectiva de DDHH han puesto de manifiesto que muchas parejas que no planean reproducirse siguen expuestas a hacerlo, generando lo que se denomina necesidades insatisfechas en SSR, es decir, cuando las personas no pueden “satisfacer su necesidad de planificación familiar o anticoncepción” (Langer, 2002). Además, al comparar la situación entre grupo poblacionales distintos, definidos según grupos de edad, adscripción étnica, nivel socioeconómico, lugar de residencia -entre otras- los hallazgos arrojan profundas inequidades entre hombres y mujeres, mujeres indígenas y no indígenas, adultas y adolescentes, residentes de áreas urbanas y áreas rurales. De manera general, se ha determinado que quienes presentan mayores necesidades insatisfechas en anticoncepción, y barreras en el acceso a los servicios de SSR, son las mujeres de menores ingresos, residentes de áreas rurales, indígenas y las menores de edad (Langer, 2002; Fajardo-Dolci, 2007; Welti Chanes, 2012; Lerner y Szasz, 2013; Freymuth, 2016). En relación con esto, Fajardo-Dolci *et. al.* (2007) afirman que existe una “agenda pendiente” ante la cual el sistema de salud mexicano enfrenta desafíos para lograr el *acceso universal* que se ha propuesto la Secretaría de Salud (SS), institución rectora de la salud en el país.

De acuerdo con el resultado de la Encuesta Intercensal 2015, en México el 67.3% de las mujeres de 12 y más años ha tenido al menos un hijo vivo. De los 12 a los 19 años son 7.8% y de los 20 a los 29 años aumenta hasta 56.2% de las mujeres jóvenes. Además, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID), arrojó que, aunque pocas, hay mujeres de 19 años que ya han tenido cinco hijos, y que entre las adolescentes existe una tasa de 77 nacimientos por cada mil mujeres. Estos datos ubicaron a México, en 2014, como el país que más embarazo adolescente tenía entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Freymuth, 2016). Además, la edad promedio de la primera unión conyugal es dos años más joven en población que habla lengua indígena que en la que no, siendo la primera de 18.7 años y en la segunda

de 20.3 años, lo que aumenta la probabilidad de mayor descendencia. Esto podría deberse a que existe menos control sobre la fecundidad en población que habla alguna lengua indígena, pues en la ENADID (2014) se muestra que solo 89.3% de las mujeres en edad fértil conoce al menos un método de control natal y menos de la mitad lo usa (44.6%).

Ante esta situación de evidentes inequidades el sistema de salud ha puesto en marcha algunas estrategias enfocadas a la salud reproductiva y a la salud materno infantil. Una de estas es la APEO consolidada en el año 2000, que tiene como propósito captar a las mujeres en estado puerperal para que adopten un método anticonceptivo y puedan posponer un nuevo embarazo, o bien, finalizar su vida reproductiva. Aun cuando la oferta de esta estrategia está dirigida a todas las mujeres que, por motivo de un evento obstétrico, están presentes en un hospital, los documentos que regulan su operatividad señalan como población objetivo principal a las mujeres que por condiciones de pobreza o factores sociales y culturales asociados se les dificulta el acceso a métodos en los servicios de su comunidad (SS, 2002). La APEO se puso en marcha dado que se reconoce que en el nivel hospitalario los servicios suelen atender a un mayor número de consultantes en urgencias obstétricas en las que se pueden identificar con mayor facilidad los múltiples factores de riesgo reproductivo y si existe desinformación con respecto a cómo planificar su reproducción.

Tanto en este subcomponente como en todos los servicios de PF se identifican varias áreas de oportunidad que pueden desarrollarse para contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Dado que el sector salud juega un papel trascendental en este sentido, resulta indispensable conocer todos los aspectos que, con relación a esto, representan dificultades a lo largo de toda la cadena de prestación de servicios.

## **1.2 Barreras en los servicios de planificación familiar: Lo que se sabe**

La mayor producción científica, académica y técnica que explica cuáles son las principales barreras existentes para lograr una adecuada SSR, gira en torno a la perspectiva de las usuarias. Diversos estudios identifican que las principales circunstancias que impactan de manera negativa sobre la SSR son: la violencia de género y sexual, que no permite que

muchas mujeres ejerzan autodeterminación sobre sus cuerpos; inequidades de género, que dificultan a muchas mujeres a decidir un plan alternativo a la maternidad o que exista corresponsabilidad en las decisiones y el cuidado de la SSR con su cónyuge; falta de educación integral y sexual en los hogares y las escuelas, que entorpecen el autocuidado y el manejo de los riesgos (Aparicio, 2008; Camarena y Lerner, 2008; Lerner y Szasz, 2009). Concretamente en lo que a la APEO se refiere, se encontraron un par de estudios que guardan esta misma perspectiva y exploran los factores y determinantes que se involucran con el rechazo a métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico (Vázquez, 2016; Olivares, 2010).

Por otra parte, existen estudios que se enfocan en la perspectiva de los sistemas de salud. Una revisión de estos permite identificar diversas fallas del sistema que se traducen en barreras de acceso geográfico, económico, cultural y lingüístico que entorpecen la entrega oportuna y pertinente de los métodos y conllevan a mantener las necesidades insatisfechas en anticoncepción (Aparicio, 2008; Lerner y Szasz, 2009; CONAPO, 2016; DDHH, 2018). Específicamente, en lo relativo al nivel de servicios de salud, muchos análisis se enfocan al estudio de la calidad y arrojan evidencia acerca de cómo servicios disponibles de PF con suministros e información adecuada, sensible y oportuna contribuyen a embarazos menos riesgosos, a la reducción de tasas de embarazos no planeados, a la reducción de tasas de repetición de abortos y al aumento de uso de métodos anticonceptivos (Gavin, L., 2014; Mwaikambo *et. al.* en 2011; Tripney, 2001). Además, que la deficiente calidad en la información y asesoramiento fomentan una falta de confianza hacia los servicios de SSR por parte de los usuarios e impactan directamente como barreras en su uso (Roberts, 2009). Específicamente en lo que atañe a la APEO, tan solo se halló un estudio que atiende la situación de la cobertura en un centro de atención de segundo nivel en el estado de Veracruz (Ramos, 2015).

Como es evidente, las investigaciones que abordan la perspectiva de los sistemas de salud se centran en atender los servicios desde lo gerencial, lo técnico y lo material. No buscan entender y explicar las barreras que enfrenta el otro actor clave de los servicios de salud: el personal sanitario. Entre lo hallado, a partir de la revisión bibliográfica, existe una investigación realizada en la India (Sebastian, *et. al.*, 2012), que al explorar el

comportamiento del uso de anticonceptivos concluyó, no solo que las capacidades del personal sanitario son importantes, sino que la percepción que el personal tenga sobre los servicios que otorga y del equipo con el que labora es central para un buen desempeño en el asesoramiento de uso de métodos anticonceptivos. Aun cuando la percepción del personal sanitario fue un hallazgo, las barreras a las que se enfrenta este actor no eran objeto central de esta investigación.

Hirmas *et. al.* (2013) realizaron una revisión sistemática cualitativa de la literatura publicada durante el periodo de 2000-2010 sobre barreras y facilitadores en la atención de salud en distintos países y por diversas patologías. Los hallazgos de este análisis revelan que muchas de las barreras de acceso se generan a causa de que los prestadores no se ajustan a las necesidades y posibilidades reales de las personas, ni toman en cuenta sus condiciones de vida. Por lo anterior, recomiendan que “los prestadores de salud adapten la provisión de servicios a las necesidades específicas de su población”. Para ello, señalan que la mayoría de los trabajos sobre barreras se han realizado con usuarios de los servicios, dejando de lado la otra parte de la ecuación: el estudio del personal sanitario (Hirmas *et. al.*, 2013).

### **1.3 El personal de salud vinculado con la SSR como sujetos de estudio**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), define que el personal sanitario es quien gestiona y otorga servicios a nivel micro. Este debe poseer competencias –combinación de conocimientos técnicos, capacidades y actitudes– que le permitan otorgar una respuesta oportuna y adecuada para mantener o restaurar la salud de los consultantes; además el personal debe ser sensible a las necesidades de los usuarios, es decir, debe tratarlos de forma correcta, con independencia de que su salud mejore o no.

Las investigaciones y reflexiones principales sobre el personal de salud generado desde los estudios de salud pública se han enfocado en entender a este actor desde un punto de vista de recursos humanos. Algunas investigaciones muestran que la falta de coordinación entre instituciones formadoras y proveedoras ha producido un desfase entre las capacidades del personal y las necesidades de los servicios. En este sentido, resalta que

el aprendizaje dirigido a la especialización no corresponde a la principal demanda que tienen los servicios, la medicina general y que esto genera una insuficiencia de recurso humano en las áreas geográficas y niveles de atención en donde más se necesita (Menéndez, 2003; Nigenda *et. al.*, 2013).

Son menos los estudios que buscan entender la perspectiva del personal sanitario desde la experiencia en la prestación de los servicios médicos. Entre los existentes se encuentra el trabajo de López *et. al.* (2012) quienes argumentan que las dificultades más frecuentes a las que debe enfrentar el personal en su quehacer profesional son de dos clases: a) circunstancias institucionales; y b) dilemas éticos, que a nivel personal enfrentan con los consultantes ante las exigencias que, por políticas y servicios, las instituciones esperan en su desempeño.

Los estudios abocados al sistema de salud mexicano han documentado ampliamente el primer grupo. La mayoría de los autores coinciden en que las últimas décadas están caracterizadas por un escenario laboral de condiciones poco óptimas para el personal sanitario que involucran desabasto de medicamentos, infraestructura en deterioro, capacitación deficiente, poco acompañamiento, incremento en la demanda de servicios y tiempos de consulta que en últimos años se han visto cada vez más limitados (Gómez Dantés *et. al.*, 2011; Ruiz *et. al.*, s/f; OCDE; 2016).

El segundo tipo de dificultades ha sido menos explorado. De los pocos estudios hallados en la búsqueda realizada para este estudio, se encuentran las aportaciones de Viveros (1998) y Agudelo (2008). Ambos, abordan las barreras que experimenta el personal sanitario al otorgar servicios de PF. Para ambos la profesión, el género y la edad son variables importantes a la hora de analizar las barreras que experimentan los prestadores de salud. Asimismo, los dos subrayan la complejidad que significa tener que indagar sobre aspectos personales e íntimos de las pacientes, pero que resultan aspectos importantes a la hora de ofertar los servicios.

Una de las conclusiones de Agudelo es que al trabajar con el personal es más complejo indagar sobre las características personales que funcionan como barreras, pues son más fácilmente percibidas las exógenas, es decir, aquellas que se atribuyen a los consultantes, al sistema de salud o a las instituciones médicas. López *et. al.* (2012) en su

estudio realizado, desde perspectiva bioética, sobre los dilemas a los que se enfrenta personal sanitario, subraya la importancia de continuar estudiando desde otras metodologías los aspectos socioculturales que interfieren en lo que se espera de un servicio de calidad y accesible. Lo fundamental de contribuir al entendimiento de estos aspectos, dicen, radica en el hecho de que en la relación médico-paciente, el segundo está siempre en una situación de vulnerabilidad, en el que está poniendo la confianza sobre aspectos vitales de su persona. En la búsqueda sobre estudios previos realizados, no se encontró ninguno específico que abordara como objeto de estudio la perspectiva del personal sanitario dentro de la estrategia concreta de la APEO. La mayoría de los estudios sobre PF en México se han enfocado y se conciben en el primer nivel de atención.

Algunos otros estudios que abordan el tema de la dificultad de otorgar servicios de SSR sin que tomen en cuenta el concepto de “barreras” desde la perspectiva de la gestión, son aquellos de corrientes sociológicas. Salinas y Jarillo (2013) estudian desde la medicina social cómo los significados atribuidos a la sexualidad en la formación del personal de salud desdibujan la complejidad social y subjetiva que se encuentra inmersa en los procesos de reproducción y esta reducción de lo sexual impacta en su desempeño profesional y en la calidad de los servicios que otorga. Otras aportaciones relevantes pueden encontrarse en la investigación de Castro (2015) quien estudia el fenómeno de la práctica médica autoritaria. Reconoce que la calidad de la atención no se reduce a un problema técnico únicamente, sino que problematiza cómo la formación del personal sanitario opera como una fábrica social que detrás del discurso científico legitima la desigualdad e incluso la violencia contra las consultantes en los servicios gineco-obstétricos.

## II. MARCO CONTEXTUAL

### 2.1 Programa de planificación familiar en México

Las acciones para el control natal en México iniciaron en la década de los sesenta con un programa de investigación que llevaba un grupo de médicos en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) sobre el tema. Existían, además, locaciones en las que se otorgaban servicios de información y provisión de métodos anticonceptivos orales, que funcionaban gracias a la colaboración con proveedores, como la Fundación para Estudios de la Población y de la Asociación Pro-Salud Materna (Brachet-Márquez, 1984).

Al inicio de la década de los setenta, como resultado de la preocupación por reducir las tasas de fecundidad y el crecimiento de la población, se promulgó la Ley General de Población, que creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), mientras que los ejes y acciones de la PF se institucionalizaron en un programa que quedó a cargo de la Secretaría de Gobernación (Brachet-Márquez, 1984; Torres, 2000; Leal y Martínez, 2000). Posteriormente, en 1974 el programa de PF migra al área encargada de la salud materno-infantil, convirtiéndose en la Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo que hoy se conoce como SS. La PF se convirtió en prioridad, tanto en las instituciones proveedoras de servicios, como en las instituciones formadoras del personal de salud, convirtiéndose en una de las principales disciplinas en las estructuras docentes de medicina (Torres, 2000).

Hoy, el programa de PF y anticoncepción parte del programa presupuestal P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva (SMSR), el cual está bajo la responsabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Los objetivos que se encuentran en su Programa de Acción Específico (SSA, PAE 2013-2018) son: a) incrementar el acceso efectivo a servicios de anticoncepción y mejorar la calidad de la atención; b) atender las necesidades específicas de PF y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social; c) incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del cónyuge en la PF y la anticoncepción.

Sus acciones están diseñadas con base en la NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, publicada el 21 de enero de 2004 que se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen de la NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar

<b>Objetivo</b>	<i>Uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva.</i>
<b>Campo de aplicación</b>	Observancia obligatoria para todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país.
<b>Servicios de planificación familiar</b>	Información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad. Contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante: 1. Prevención 2. Orientación-consejería 3. Atención general y específica.
<b>Actividades de los servicios de planificación familiar</b>	1. Promoción y difusión. 2. Información y educación. 3. Consejería. 4. Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos. 5. Identificación y referencia de los casos de infertilidad.
<b>Criterios de calidad en los servicios de planificación familiar</b>	Forma en que los individuos y las parejas reciben atención: 1. Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión. 2. Información que se proporciona a los usuarios. 3. Competencia técnica de los prestadores de servicio. 4. Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios. 5. Mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de métodos anticonceptivos. 6. Conjunto apropiado y coordinado de servicios de salud. 7. Confidencialidad y privacidad de la consejería.
<b>Atención a adolescentes</b>	La consejería debe dar particular atención a adolescentes.

Fuente: NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar

Si bien, la rectoría del programa corre a cargo la Secretaría de Salud (SS), sus servicios se ofertan de manera obligatoria en todas las instituciones del sector público y privados del país<sup>1</sup>. Las acciones del programa están diseñadas según el nivel de atención.

El primer nivel de atención se enfoca a las estrategias anticipatorias que involucran las acciones de promoción y educación para la salud, sobre métodos anticonceptivos, se realizan dentro del marco de talleres y sesiones grupales. Las consejerías en el primer nivel de atención son responsabilidad de todo el equipo que forma parte de los núcleos básicos: personal de medicina, personal de enfermería y personal de promoción de la salud (PAE, 2012-2018 y la NOM 005-SSA2-1993). Dichas estrategias se alinean también con las metas del Instituto Nacional de Salud y Bienestar (INSABI) (antes *Seguro Popular*) y del programa *Bienestar* (antes *Prospera*).

En el segundo nivel de atención, es decir, en los hospitales, corresponde a todo el personal de atención médica otorgar información sobre PF, en caso de que algún usuario o consultante lo solicite. Sin embargo, como se expuso más arriba, de forma específica existe una estrategia dedicada exclusivamente a la promoción del uso de métodos anticonceptivos en hospitales. Esta estrategia tiene por nombre Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) y es objeto de estudio de la presente investigación.

### **2.1.1 Anticoncepción post evento obstétrico**

Como se explicó anteriormente, la estrategia de la APEO es parte de los esfuerzos de la SS por lograr los acuerdos tomados en 1994 en la CIPD celebrada en El Cairo. Fue consolidada en el año 2000 y uno de los documentos más completos que en México explica su finalidad, objetivo y operatividad es *Anticoncepción posparto, trancesárea, poscesárea y posaborto* (2002) que elaboró la Dirección General de Salud Reproductiva. Las bases que sostienen los lineamientos de dicho documento derivan de lo discutido y acordado en la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto celebrada en México en 1990 y el Taller Internacional sobre PF en el Posparto y el posaborto, celebrado en Ecuador 1992.

---

<sup>1</sup> -IMSS, ISSSTE, IMSS Oportunidades, SEDENA, PEMEX y los Servicios de Salud Estatales (SESA)

El objetivo principal de la APEO es aprovechar la presencia de las mujeres que están por tener un evento obstétrico o han tenido uno para poder orientarlas sobre los beneficios del uso de métodos anticonceptivos y, de preferencia, procurar que adopten uno. Lo anterior, con el fin de prevenir embarazos no planeados y no deseados, prevenir abortos y complicaciones asociadas, así como infecciones de transmisión sexual. De modo que se resalta que la APEO, como subcomponente de PF, privilegia el enfoque preventivo, que “contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y promueve el mejoramiento de la calidad de vida de las personas” (SS 2002).

El fin principal es cubrir las necesidades de las consultantes y utilizar los recursos de una manera eficaz, para lograr contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil y también prevenir abortos futuros. El servicio debe ofrecerse o solicitarse durante consulta prenatal o en periodo de posparto, transcesárea, poscesárea, posaborto y se otorga en cuatro etapas: consejería, proceso de consentimiento informado y firma del documento, implementación u otorgamiento del método y seguimiento.

Dado que la APEO es un subcomponente del programa de PF, la norma que rige sus estándares y operatividad es la NOM 005- SSA2- 1993, De los Servicios de Planificación Familiar. La tarea más importante de esta norma es la regulación de los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades de PF en general en las que se incluye la APEO. Tanto la NOM como el documento anteriormente mencionado abordan las concordancias con acuerdos y recomendaciones emitidos por organismos internacionales que contienen las recomendaciones sobre las cuales se delimitan qué acciones de estos servicios se deben realizar y los estándares de calidad.

Según se sostiene en estos documentos normativos, uno de los elementos centrales de esta estrategia, es la orientación- consejería que debe de otorgarse a las consultantes. Este es un elemento fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considerados como DDHH y reconocidos en las leyes nacionales e internacionales, puesto que para respetarlos es central la libre decisión y esto incluye la posibilidad de hacer una elección basada en conocimiento.

Por ello, la información que ofrezcan los servidores debe centrarse en las circunstancias individuales de la consultante. El personal de salud debe ser especialmente

atento y considerar si se está realizando en presencia de su pareja, si es adolescente, si no habla el mismo idioma, si vive con alguna discapacidad, si su recién nacido corre algún riesgo para vivir, si la persona no sabe leer o escribir o si están solicitando algún método permanente, pues cabe la posibilidad que después de haber tomado la decisión se cambie de opinión. De modo que, se deben proporcionar los elementos necesarios para su análisis y reforzar la toma de decisiones; ofrecer información acerca de los anticonceptivos; apoyar a adecuar la información a las necesidades, motivaciones y sentimientos particulares; debe realizarse de manera privada y confidencial; procurar la satisfacción, y con ello el incremento de la continuidad del uso de un método en forma segura y eficaz.

Posterior a haber otorgado la consejería y de que la consultante exprese inclinación por alguno de los métodos, se debe comenzar el proceso de Consentimiento Informado que incluye las ventajas, desventajas y riesgos del método elegido. Una vez que la consultante tenga total claridad y haya tomado una decisión se procede a la firma del documento Consentimiento Informado. Ahí se expresa por escrito haber comprendido la información que se le proporcionó sobre los objetivos, beneficios, molestias, posibles riesgos, alternativas, derechos y responsabilidades. Cabe mencionar que este puede ser revocado en cualquier momento, sin expresión de causas y sin que por ello haya perjuicio alguno en la persona. El Consentimiento Informado es un derecho que se basa en el artículo 4to constitucional. El derecho de llevar a cabo decisiones libres e informadas con respecto a la regulación de la fecundidad se elevó a rango constitucional para evitar cualquier abuso.

Finalmente, se procede ya sea a aplicar el método anticonceptivo, otorgarlo o realizar la intervención quirúrgica requerida que se haya decidido. Según lo que indica el procedimiento técnico, el seguimiento es responsabilidad de quienes atienden los servicios a un nivel comunitario. El control se apoya en formatos de seguimiento llamados de referencia y contrarreferencia en donde se indica cuál fue el método otorgado. Las fases de manera sintética pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Fases de atención de la APEO

<b>Consejería en consulta prenatal o en visita de cama en cama</b>	En cada hospital se elige un personal responsable de esta estrategia que tiene la obligación de acudir cama por cama o donde se encuentren las consultantes del del área de ginecología, ofreciendo información sobre los distintos métodos de PF, sus ventajas y desventajas. En cada interacción con las consultantes se debe indagar sobre las expectativas reproductivas individuales. La decisión de cada paciente debe aceptarse con respeto. En caso de que la paciente tomara una decisión negativa en el momento de la consejería, es obligación del personal invitar a la persona a pensarlo, platicarlo en pareja -si correspondiera- e informar de la posibilidad de acudir a su centro de salud para solicitar la aplicación del método de su preferencia. La meta es que la consultante tome una decisión voluntaria, informada y responsable.
<b>Consentimiento informado</b>	En caso de que la paciente acepte usar un método, como parte del proceso de consentimiento informado, se debe explicar con detenimiento, asegurándose de que la paciente entendió a cabalidad. Una vez concluido esto, se procede a recopilar la firma de la paciente y algún testigo en el documento de Consentimiento Informado.
<b>Aplicación del método</b>	Es importante señalar que en las dos primeras etapas pueden participar profesionales de trabajo social, enfermería o medicina. Por el contrario, en la tercera etapa, en la aplicación del método, tan solo puede estar a cargo enfermería o medicina, exceptuando la aplicación del Dispositivo IntraUterino (DIU) o la Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB) en las que solo podrá realizarlo personal de ginecología. El personal que aplica el método no forma necesariamente parte del equipo de la APEO
<b>Seguimiento</b>	Cuando una paciente abandona el nosocomio con algún método anticonceptivo, el hospital emite una “carta de alta” en donde se especifica el método anticonceptivo que se le otorga. Dicha carta debe presentarse en la consulta posterior que realice en el primer nivel de atención, para que el personal pueda dar seguimiento a la paciente. Esta carta es el mecanismo por el cual se mantiene la comunicación entre el primer y segundo nivel de atención.

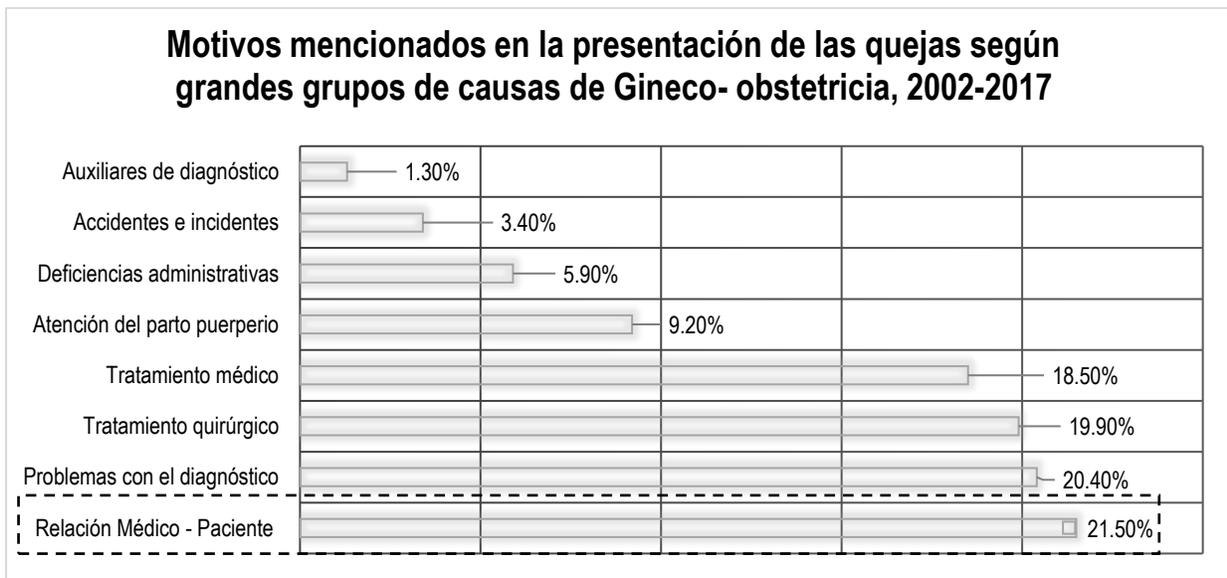
Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de los documentos normativos y técnicos de la APEO

El documento de la SS (2002) expone como el reto más importante al que se enfrenta esta estrategia es contar con personal capaz de promover de manera adecuada y con calidad el uso de un método anticonceptivo inmediato a la resolución obstétrica, con el absoluto respeto a la libre decisión. Se subraya constantemente que la orientación – consejería en la visita hospitalaria es una oportunidad que debe aprovecharse plenamente. Sin embargo, al mismo tiempo se reconoce que “a pesar de las necesidades manifiestas de querer espaciar sus embarazos o terminar su vida reproductiva, los prestadores de salud suelen otorgar poca atención para ofertar o proporcionar las opciones anticonceptivas”. Por ello, se reconoce como vital que los prestadores de servicios estén atentos a proporcionar orientación consejería adecuada.

## 2.2 Desafíos del personal de salud en el segundo nivel de atención

Particularmente, los servicios SSR, en las últimas décadas han significado grandes retos para el personal sanitario, pues como se expuso anteriormente, desde los años noventa se reconoce que sus servicios deben apegarse a la perspectiva de DDHH, con enfoque intercultural y de género respetando sus principios básicos. De acuerdo con información reportada en un análisis de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) que retoma los años 2015, 2016 y 2017, la protección a la salud, así como la libertad y autonomía reproductiva se encuentran entre los derechos que con mayor frecuencia se trasgredieron en el país. Asimismo, la CNDH y las comisiones estatales de DDHH, han emitido más de 170 recomendaciones relacionadas con abuso en la atención de salud reproductiva en el país. En ellas se hacen evidentes las irregularidades en la prestación de la atención médica, trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y, en algunos casos, conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los consultantes. Según datos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), el principal motivo de queja relacionado con esto se da en servicios de gineco-obstetricia, específicamente por una relación deficiente entre médicos y consultantes. De hecho, estas quejas son mayores a las reportadas en el rubro de “incompetencias técnicas” (Gráfica 1).

Gráfica 1. Motivos mencionados en la presentación de las quejas según grandes grupos de causas de ginecoobstetricia 2017



Fuente: CONAMED, 2018

Esta Comisión establece que la queja médica representa uno de los indicios más claros de la falta de calidad en los servicios. Ambas comisiones (CONAMED y CNDH) reconocen que el personal sanitario juega un papel central en la generación de la violación de derechos reproductivos en el espacio de estos servicios.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El programa de PF fue, por varias décadas, considerado uno de los programas estrella del Estado mexicano. Al adoptar la perspectiva de los DDHH, acordada en el CIPD, en 1994, la legislación, normatividad y objetivos de los programas de SSR cambiaron. De hecho, estudios realizados desde esta perspectiva en años posteriores arrojan que los logros de PF resultaban insuficientes. Las investigaciones, dejaron en evidencia las profundas inequidades, necesidades no resueltas y falta de protección a los derechos sexuales y reproductivos que sufren ciertos grupos de la población, en otras palabras, permanecía “una agenda pendiente”.

La evidencia indica que una inadecuada prestación de servicios en PF impacta en la inaccesibilidad, en ensanchar las brechas en necesidades de métodos anticonceptivos y en el no retorno de los usuarios a los servicios. Lo anterior, hace evidente que es un área de oportunidad y de mejora ineludible. En la prestación de los servicios enfocados a la SSR, se ha mostrado que el personal sanitario es pieza clave. Pese a esto, la producción académica se ha centrado, principalmente, en caracterizar y entender a los usuarios y otros aspectos que enfrentan las instituciones públicas respecto al deterioro de infraestructura, insuficiencia de recursos, incremento de demanda y áreas de oportunidad en aspectos como cumplimiento de metas. Se han desatendido como objeto de estudio los desafíos que experimenta el personal de salud ante las transformaciones conceptuales y legales que han tenido los servicios de SSR en general y de PF en particular.

Los servicios de PF han sido estudiados prioritariamente en el primer nivel de atención, pero aún existe un gran hueco en el conocimiento de estos servicios en los hospitales. Ahí se da un momento clave para que los servicios de salud aprovechen la oportunidad de otorgar información clara y adecuada a población en general, pero principalmente vulnerable cuya condición de marginalidad ha impedido el acceso a la salud en el nivel comunitario. El subcomponente de la APEO, que se da en el segundo nivel, se desarrolla en espacios de mayor estrés, tiempos más cortos para la consejería.

Para un desempeño acorde con los derechos sexuales y reproductivos, el modelo de atención de la APEO, basado en normas e instrumentos formales espera que el personal

pueda identificar las singularidades de los consultantes; dejar de lado sus prejuicios sobre sexualidad y reproducción; mostrar en el diagnóstico y atención una visión más amplia que solo la perspectiva biomédica; y respetar la decisión de los consultantes. Sin embargo, como lo muestran los datos de la CONAMED, las comisiones de DDHH y los documentos de la APEO el personal en segundo nivel muestra poco interés en poder tener una interacción personalizada con los usuarios. De modo que existen barreras que el personal de salud enfrenta para poder otorgar un adecuado servicio en estas áreas en las que se encuentran los servicios de la APEO.

Por tanto, la pregunta que en esta investigación se pretende contestar es: ¿Cuáles son las barreras que experimenta el personal sanitario de segundo nivel de atención para otorgar servicios de PF- APEO de acuerdo con los estándares derivados del marco de los derechos sexuales y reproductivos?

#### *Objetivo general*

Explorar las barreras que experimenta el personal de salud de segundo nivel de atención para otorgar servicios de PF-APEO desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos en el estado de Yucatán.

## IV. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 Salud sexual y reproductiva

En México, los derechos sexuales y reproductivos se encuentran consagrados y protegidos en el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Aunque no están contemplados explícitamente, sí lo están en los instrumentos internacionales que ha adoptado el país. La noción de derechos sexuales y reproductivos comienza a gestarse como parte de los DDHH formulados en Teherán en 1968 (ONU, 1994). Entonces, surge como necesidad ante los avances de los programas PF, que habían estado en boga por las acciones específicas que los Estados llevaban a cabo para disminuir las tasas de fecundidad y mantener control sobre el crecimiento de la población. Un año después, en 1969, se creó el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), que desde entonces ha desarrollado ciclos ininterrumpidos de conferencias sobre población, en las cuales se incorporó la temática de SSR.

En la Conferencia de El Cairo de 1994 las demandas feministas lograron ocupar un lugar en la agenda política, y el tema de la SSR tomó un giro. Las metas demográficas no debían ser ya el foco de las políticas de población, sino las necesidades insatisfechas de los individuos. En dicha conferencia la SSR se definió por primera vez como:

“Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (ONU, 1994).

Esta definición significó un gran avance pues dejó atrás el monopolio del enfoque biomédico y demográfico, y se situó dentro del marco de DDHH con una visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción (Castro, 2010). Si bien, esta definición deja muchas posibles aproximaciones e interpretaciones, desde una perspectiva de derecho debería traducirse en: acceso a una vida sexual satisfactoria, segura, y sin riesgos; acceso a ser informado sobre la variedad de métodos anticonceptivos

disponibles; derecho a la libre elección y uso de ellos; adoptar decisiones sobre su reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia; posibilidad de que las mujeres puedan acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (Lerner y Szasz, 2013). Estas condiciones más que describir o explicar una realidad, marcan una pauta jurídica y un estándar hacia el cual los países deben encaminar sus acciones. Se puede considerar esta definición, planteada en positivo, con fines instrumentales y como un referente estándar para establecer los lineamientos operativos de las distintas políticas y programas encaminados a contribuir en la SSR de las poblaciones. No obstante, para el análisis teórico esta definición como tal representa una vaguedad, pues la SSR es multidimensional.

En principio, la salud no se reduce a un estado ideal de completo equilibrio que se contrapone con la enfermedad. Es decir, la salud y la enfermedad no son dos extremos sin contacto, sino que hay que visibilizar los posibles gradientes dentro de lo que Frenk *et. al* (1991) llaman un *continuum*. Entre la salud y la muerte existen una serie de posibilidades que van desde enfermedad leve, aguda, pasando por complicaciones, enfermedades con discapacidad temporal, permanente, y así sucesivamente hasta la muerte. Además, con frecuencia se considera a la salud y a la enfermedad como cuestiones relacionadas únicamente con la condición física, con lo relacionado a lo más observable del cuerpo, pero en el proceso de salud-enfermedad se entretajan dimensiones psicológicas, culturales y sociales que tienen efectos profundos sobre la experiencia, la aparición de las enfermedades, la relación con los factores de riesgo. Lo anterior también incluye el modo en que se reacciona ante los factores de riesgo, cómo se previenen o se atienden las enfermedades.

Se entiende que la manera en la que los prestadores de salud conceptualizan el proceso salud-enfermedad puede distar de cómo lo entienden los conjuntos sociales. El personal, habiéndose formado en instituciones que entienden la enfermedad dentro de un contexto de factores de riesgo, procuran administrar los recursos materiales concentrados en contener dichos riesgos. Estudiar las acciones que realiza el sector salud en relación con la SSR puede concebirse entonces más como la “administración” de los diferentes tipos y

niveles de riesgo, por lo que resulta necesario saber cuáles son, de qué manera pueden evaluarse y quién y cómo deben controlarlos (Salle y Tuirán, 1997). Para ello, Salle y Tuirán (1997) ofrecen un marco analítico que tiene el propósito de definir parámetros conceptuales y ejes temáticos que permiten explicar a la SSR como expresión de procesos sociales más amplios; explorar la influencia que ejercen ciertas estructuras/procesos sociales relevantes sobre los problemas de SSR; identificar rutas mediante las cuales operen algunos procesos macrosociales sobre las prácticas relacionadas con la sexualidad, la reproducción y la salud.

Los supuestos sobre los cuales se basa ese marco analítico y que deben tomarse en cuenta en todo estudio relacionados con la SSR son:

- La reproducción humana, es un hecho biológico, pero forma parte de procesos más amplios de reproducción social y cultural
- La sexualidad y la reproducción humana están inmersas en estructuras y redes de relaciones sociales entre las que se perfilan relaciones de poder.
- Los procesos de reproducción ocurren en contextos sociales y culturales específicos y prácticas sociales que están dotados de significados y que hacen viables o inviables las conductas de los individuos.
- Ciertas instituciones sociales al incidir en diversos campos relevantes contribuyen a moldear los comportamientos reproductivos y sexuales de los individuos, familias y grupos sociales. Estas instituciones también se ven influidas por las conductas de los individuos (Salles y Tuirán, 1997).

Con base en estos supuestos, dichos autores proponen que la producción de conocimiento en torno a la SSR puede optar por los siguientes ejes temáticos: a) desigualdad social, desigualdad de género y pobreza; b) transición demográfica y transición epidemiológica; c) cultura, reproducción sexualidad y salud; d) sistemas de interacción y redes; y e) instituciones, agentes, actores y derechos. En la presente investigación el interés estará centrado en la última de estas líneas, tal como se irá mostrando a lo largo del documento.

Sin dejar de reconocer la relevancia de las muchas instituciones que se relacionan con la SSR -como son la familia, la iglesia, la escuela, los medios de comunicación-, es

innegable la relevancia que han tenido las instituciones estatales de salud. Salles y Tuirán (1997), explican que en el último medio siglo se han convertido en lugares en los que los individuos ventilan y deciden aspectos muy íntimos que antes reservaban para espacios privados o el seno de la familia. Las instituciones son moldeadoras de rutinas y percepciones, el Estado a través de ellas y los servicios que otorgan, influyen en la redefinición cultural del papel de la sexualidad y la reproducción en la vida de los individuos y de la sociedad.

La relación entre agentes institucionales y sociales adquieren formas y matices diversos de acuerdo con la estructura, complejidad y funciones de las organizaciones burocráticas (Salles y Tuirán, 1997). De los muchos tipos y niveles de interacciones que se dan dentro de las instituciones de salud, la provisión de servicios forma parte de una dimensión de análisis conocida como modelo de atención. En el presente análisis es de relevancia caracterizar qué es un modelo de atención, puesto que nos permitirá entender cómo son las estructuras formales en las que el personal de salud debe realizar la entrega de servicios de PF.

## **4.2 Modelo de atención en salud**

Para poder comprender el ámbito institucional de la provisión de servicios es necesario en este apartado caracterizar conceptualmente qué es un modelo de atención. Estrictamente, esta se refiera a la dimensión que abarca los aspectos médico sanitario (Tobar, 2002). Los marcos tradicionales se basan en las aportaciones de Donabedian (1966) que se centran en tres aspectos principales: estructura, procesos y resultado. Aunque su aportación es un hito en la generación de conocimiento de los sistemas de salud y las evaluaciones de calidad, resulta limitada para la caracterización más detallada de un modelo de atención.

Dos marcos conceptuales que este estudio considera pertinentes son la de Tobar (2002) y la de Ruales (2004). El primero explica que un modelo de atención debe entenderse siempre dentro de la organización a la que pertenece y a su vez al sistema de salud en el que se inserta, pues esto impactará en la forma en la que se organizan los servicios. Tener

ese marco de referencia es muy importante porque tiene una alta influencia. Sin embargo, el análisis de un modelo de atención, en sí, se acota a la forma en que está dividido y organizado el trabajo médico para dar respuesta a las demandas y necesidades de una población específica, qué contenido filosófico, político y técnico tendrá la atención y cómo se planea la interacción entre proveedores y usuarios.

Por su parte, Ruales se da a la tarea de conjuntar distintas propuestas conceptuales que resume en los siguientes ejes: a) el equilibrio entre servicios personales y/o colectivos; b) el equilibrio entre los servicios curativos y/o preventivos; c) el nivel de acceso y la preocupación por su aceptación; d) la pertinencia de trabajar con el autocuidado, la orientación familiar y la orientación comunitaria; e) y el nivel de búsqueda del carácter integral de los servicios. Con base en estos ejes el autor considera que existen seis características que se pueden considerar como pautas deseables en la provisión de servicios:

- Enfoque holístico centrado en la persona como un todo
- Conocimiento sobre el paciente por parte del médico
- Calidez y empatía
- Confianza del paciente en el médico
- Atención personalizada
- Participación del paciente en la toma de decisiones

Ambos autores ofrecen una serie de pautas para caracterizar un modelo de atención. Por un lado, Rualas (2004) puntualiza que los aspectos centrales son: a) el tipo de receptor, es decir, si se dirige a servicios individuales o poblacionales; b) el nivel de atención en el que opera un servicio; c) el lugar de ocurrencia; d) las especialidades médicas involucradas; e) si el proveedor es público o privado; f) y la duración de un servicio específico. Por su parte, Tobar además añade: g) el modo en el que se otorga el servicio; h) criterios o padrones con los que debe operar un servicio; i) público al que se le oferta; j) criterios de referencia y contrarreferencia (Tobar, 2002).

Tomando en cuenta que la relación entre actores adquirirá formas y matices diversos dependiendo de la estructura, complejidad y función de una organización, serán las aportaciones de ambos autores que harán posible su caracterización. En este estudio se enfatizarán estos aspectos para caracterizar qué tipo de organización y qué clase de modelo de atención es el que sustenta los servicios de PF en el segundo nivel de atención, es decir, los servicios de la APEO. Dicha provisión será investigada a modo de circuito cerrado para entender qué roles desempeñan los profesionales de la salud inmersos en él. A partir de ahí se podrán identificar de manera sistematizada qué dificultades, es decir, qué barreras encuentran en su quehacer profesional. Para su análisis a continuación se discute el concepto de barreras y se precisa qué tipo de barreras se pretenden explorar.

#### 4.3 Barreras en la prestación de servicios: campo, habitus y representaciones sociales

Una vez caracterizada la organización de los servicios, los estándares y los resultados que se esperan, la investigación pretende abordar qué tipos de dificultades se enfrentan para lograr esos objetivos. Por ello se debe hablar de barreras. Las barreras se pueden conceptualizar como elementos que impiden total o parcialmente la adecuada entrega de los servicios. Aunque existen distintas maneras de clasificar las barreras, estas se pueden distinguir en tres grandes tipos:

- a) las que tocan al contexto sociocultural que excede la organización de los sistemas de salud.
- b) las relativas al contexto institucional, que se refiere a la organización de los servicios, su capacidad estratégica y la administración de los recursos con los que cuenta.
- c) las que se enfocan en las características del personal que provee dichos servicios: sexo, edad, experiencia, posición, origen étnico, posición socioeconómica, habilidades interpersonales, motivaciones (Grol *et. al.* 2005).

Sin embargo, para poder comprender cómo el personal de salud experimenta estas barreras, los estudios realizados desde la perspectiva de las ciencias sociales que permiten conceptualizar el sistema de relaciones sociales en las que está inserto resultan muy útiles.

Desde este enfoque, el personal de salud es un agente que encarna las tres dimensiones recién mencionadas en el párrafo anterior: las personales, las institucionales y las socioculturales. A manera de resumen, las barreras que enfrenta el personal de salud en la atención y provisión de servicios de SSR pueden evidenciarse en los siguientes espectros:

- 1) La biomedicina en la que el personal sanitario es formado subordina todas las demás dimensiones del proceso de salud-enfermedad, a la biológica. En este sentido algunos estudios muestran que la sexualidad en la medicina tiene tres aproximaciones: a) directa; b) indirecta o desdibujada; c) negada o inexistente (Salinas y Jarrillo, 2013). Lo que en SSR no solo representa un sesgo, sino que es contrario a los principios emanados de los derechos sexuales y reproductivos.
- 2) El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales respecto del proceso salud/enfermedad y de otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales y en consecuencia subordinadas y excluidas (Menéndez, 2003).
- 3) El médico no tiene formación sobre el proceso social y cultural que incide en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos (Menéndez, 2003). En este sentido, una cosa es saber que existe la pobreza y que eso incide en la condición de salud y otra muy distinta incluir esos elementos, al momento de diagnosticar y atender a los consultantes.
- 4) El personal sanitario es un agente de las instituciones sanitarias, a través del cual el Estado implementa sus mecanismos regulatorios en el ejercicio de los servicios de PF y anticoncepción. Si las acciones del Estado presentan incongruencias, estas afectarán al quehacer profesional del personal sanitario (Salles y Tuirán, 1997).
- 5) Los servicios de planificación, desde su diseño, pese a los estándares de derechos sexuales y reproductivos siguen haciendo hincapié especialmente en la función reproductiva de las mujeres (PAE, 2012-2018; Menéndez, 2003; Agudelo, 2008).

- 6) El personal sanitario a lo largo de su profesionalización incorpora una violencia que aprende, tolera y normaliza que se ejerce dentro del marco de relaciones sociales estructuradas por jerarquías que descansan en las posiciones y distintos capitales simbólicos que se tienen dentro de esa estructura: maestro-estudiante, residentes avanzados-residentes que inician, especialistas-médicos generales, personal médico-personal de enfermería, personal de salud-consultantes, la violencia que forma parte del campo médico (Castro y Villanueva, 2018)
- 7) Además, es importante analizar las barreras que imprimen los estereotipos de género que predominan en la sociedad mexicana. Ya es suficientemente conocido y aceptado que a partir de una categoría biológica —el sexo— se adjudica a hombres y mujeres pautas sobre cómo deben o no debe comportarse. Estas ideas están presentes en las conductas sexuales y reproductivas que se adoptan: inicio sexual precoz, uso de métodos anticonceptivos, aceptación o rechazo del aborto, formación de la pareja, negociación sobre el uso de anticonceptivos, etc. Además, se conoce como desigualdad cuando se adjudica a los varones una posición de dominación frente a las mujeres, o cuando se impone un proyecto de vida como el de la maternidad como obligación (Lerner y Szasz, 2000).

Para poder abordar las barreras en la atención a la SSR, desde la perspectiva de los prestadores, es necesario aclarar que el personal médico, de enfermería y de trabajo social que está involucrado en la provisión de servicios de PF, conceptualizados como “personal sanitario” serán el actor central. Estos individuos desempeñan un rol con base en reglas creadas que estarán descritas en la organización del modelo de atención. No obstante, estas reglas son de algún modo reelaboradas por ellos en su quehacer e interacciones cotidianos. El entendimiento de la reelaboración de estas reglas se comprende a partir de observar las situaciones en las que se desenvuelve y para ello el marco teórico que ofrece Pierre Bourdieu (1991), con los conceptos de *habitus* y *campo*, son altamente apropiados.

Por un lado, el autor compara dentro de su teoría al *campo* como un campo de batalla o de juego, como un tipo de mercado competitivo, estructurado, con base en un conjunto de relaciones objetivas, en el que se emplean varios tipos de capital (económico, simbólico,

político, social y cultural) que funcionan como formas de poder. Al interior del campo se encuentran instituciones o agentes posicionados dentro de una red de relaciones (la estructura social). Las distintas posiciones que los agentes e instituciones ocupen en el campo corresponderán a la cantidad y tipo de capitales que se posea y sean los valorados en ese campo. Para llevar a cabo el análisis de un campo es necesario entender que las fuerzas al interior se estructuran sobre la base de relaciones de poder. Se deben trazar las estructuras objetivas que permiten el funcionamiento del *campo* ya que el conocimiento de las “reglas del juego” hace posible “la aprehensión de espacios estructurados, de posiciones y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes” (Bourdieu; 1991). Finalmente, se debe determinar la naturaleza del *habitus* de los agentes que forman los diversos tipos de posiciones dentro del campo.

El *habitus*, por otro lado, es una categoría que alude a un conjunto de relaciones históricas depositadas en los cuerpos de los individuos bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción por las cuales las personas manejan el mundo social. El *habitus* de todo individuo ha sido adquirido en el transcurso de la historia individual y colectiva. Las condiciones objetivas (materiales, económicas, estructurales) implican consecuencias directas en los *habitus*. Por lo anterior, Bourdieu (1991) asegura que historias y condiciones objetivas similares provocan *habitus* similares, en otras palabras, un código común. El *habitus* que se ha adquirido a lo largo de la biografía se aplicará en cada situación posterior a modo de práctica. Asimismo, los cambios en las situaciones objetivas provocan hasta cierto punto nuevas experiencias que se integran al *habitus* y esto genera un sinfín de nuevas prácticas. Estas están limitadas tan solo por las condiciones objetivas en las que se producen. Para poder explicar las prácticas producidas por el *habitus* se debe siempre de relacionar con las condiciones sociales en las que se ha constituido y en las que se manifiesta.

La utilidad de este cuerpo teórico en la presente investigación ocurre puesto que las barreras en la prestación de servicios de la APEO serán exploradas en un ámbito subjetivo, sin ser entendidas como problemas individuales sino como la consecuencia de un fenómeno sociocultural que se enmarca en condiciones y representaciones colectivas. *Habitus* y *campo* como categorías utilizadas de manera conjunta permiten relacionar en forma no

jerárquica las condiciones objetivas y subjetivas que se ponen en juego en las prácticas sociales, entendiéndolas como el producto de una relación dialéctica entre la acción de los individuos y la estructura social (Bourdieu, 1991).

Castro, quien ha desarrollado investigaciones sobre el *campo médico* y el *habitus médico en México*, define el campo médico como:

“el conjunto de instituciones y actores de salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria” (2015).

Forman parte del *campo médico* todas las políticas, leyes, programas, normativas, reglamentos que tengan como fin regular lo que el autor llama *la cuestión sanitaria*; las instituciones de seguridad social que otorgan servicios a la población; las instituciones formadoras de profesionales de la salud: medicina, enfermería, trabajo social, paramédicos, salubristas; asimismo, todos los agentes de las medicinas alternativas a la medicina alópata; y finalmente los usuarios de los servicios. Cabe mencionar, que en los campos los capitales que otorgan poder no están horizontal y equitativamente distribuidos, de modo que existen relaciones de poder al interior del campo. El *campo médico* produce el *habitus médico* algo así como el sentido práctico de ese campo. Una serie de predisposiciones interiorizadas que dan lugar a prácticas espontáneas, intuitivas, inconscientes que permiten las conductas propias de ese campo. Este *habitus* comienza a gestarse en las instituciones profesionalizantes de los agentes sanitarios y se consolida en los espacios de los servicios de salud.

Ahora bien, el entendimiento del “punto de vista” de estos actores, insertos en circuitos de trabajo, en conjuntos sociales, en una organización y en dinámica con otros actores puede ser complementado con el concepto de *representaciones sociales*, para de manera más concreta abordar lo que se entiende y cómo se actúa frente a lo que significa la planificación de la vida reproductiva y el cuidado de la salud sexual. Al igual que el *habitus* el concepto de *representaciones sociales* hace referencia a aquellas estructuras mentales

aprendidas y puestas en práctica que se conectan directamente con el contexto y que se comparten con el conjunto social al que se pertenece.

Uno de los pioneros en desarrollar el concepto de *representaciones sociales* fue Serge Moscovici (1979) quien las concibe como una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos. En otras palabras, se refiere a las estructuras de pensamiento que ordenan nuestras relaciones cotidianas de intercambio con otros individuos y que son dinámicas. Estas estructuras dan sentido a los saberes y a las prácticas sirviendo como un sistema de valores e ideas compartidas. La construcción de las representaciones sociales se genera como resultado de procesos dinámicos en los que se sintetizan elementos distintos, similares y contradictorios, es decir, no son necesariamente armónicos y estáticos (Menéndez, 2008). Estas representaciones se comparten dentro de un conjunto social dado.

En este estudio interesa conocer cómo las *representaciones sociales*, el *habitus* y el *campo médico* influyen en la prestación de servicios de la APEO, dentro de los límites del quehacer profesional, pero sobrepasando los límites de lo biomédico. En este sentido, salud, enfermedad, reproducción y sexualidad son categorías de interés que se explorarán durante la recolección de datos de campo atendiendo a los significados atribuidos de acuerdo con grupo y al rol al que se pertenece. Según ciertos autores, en espacios médicos -consultorios y hospitales- son entendidas bajo la tradición científica que difiere al significado que atribuyen los consultantes desde un espacio más experiencial (Menéndez, 1992; Menéndez, 2003; Ortega, 2010; Salinas y Jarrillo, 2013). En resumen, en esta tesis las barreras en la prestación de los servicios serán entendidas como los elementos que impiden total o parcialmente la entrega de los servicios de anticoncepción en relación con lo estipulado por DDHH. Aunque se considera con fines de orden las dimensiones socioculturales, institucionales e individuales, la propuesta sociológica de *campo*, *habitus* y *representaciones sociales* hace posible que en el análisis se expliquen los procesos que configuran elementos de las tres dimensiones en las subjetividades del personal.

## *Conceptos claves*

Esta investigación que se centra en las percepciones y comportamientos de las personas encargadas de operar programas institucionales enfocados a la SSR se sustenta en el territorio de los DDHH. Como base teórica principal toma la propuesta teórico-analítica de Salles y Tuirán que, desde un enfoque de las ciencias sociales, se proponen ejes amplios que, en lugar de partir de procesos abstractos, parten de procesos concretos reconocidos como relevantes en el tema de la SSR. Aquí se eligió el eje temático de instituciones, agentes, actores y derechos.

En cuanto al componente institucional para esta investigación se retoma el concepto de modelo de atención, propuesto por Tobar (2003) que se enfoca en la dimensión de los sistemas de salud que responden estrictamente a lo médico sanitario. Aun cuando este se inserta dentro de un modelo de financiamiento y de gestión específico que es relevante para el contexto, aquí el interés está puesto en la operatividad institucional, más que en el diseño de los programas y sus definiciones económicas. Así que lo que interesa es las cuestiones vinculadas al modo en el que está organizado, dividido y estandarizado los servicios médicos para dar respuesta a las necesidades y problemáticas de una población dada.

El concepto central para abordar el objeto de estudio es el de barreras. Que aquí se entienden como las circunstancias, características y elementos que impiden de manera parcial o total la adecuada entrega de los servicios de APEO con apego a DDHH. Tomando la propuesta de Grol *et. al.* y con fines heurísticos se contempla que se pueden reconocer tres dimensiones de barreras: las que provienen de características individuales; las que se desprenden de los agentes institucionales y las dinámicas que se viven entre ellos; y finalmente, las que son moldeadas por las estructuras socioculturales en las que se hallan las instituciones.

Dado que el personal médico es el actor central del estudio se decidió utilizar como herramienta conceptual propuesta por Castro (2014) el *habitus médico* que explica junto con el concepto de *campo médico*, cómo se estructuran los principios, dinámicas y poder dentro de las profesiones que se involucran en los servicios de salud y cómo ello desarrolla un sentido práctico que se comparte entre los individuos que los operan. En relación con

esto se utiliza el concepto de *representaciones sociales*, como un instrumento para poder explicar los saberes sociales que se comparten en el personal de salud y se ponen en práctica en su quehacer profesional, específicamente en torno a lo que significa para ellos salud, sexualidad y reproducción. Esto resulta relevante ya que las representaciones sociales, construidas como esquemas mentales para ordenar la realidad, conllevan prácticas sociales que hacen que los usuarios de los servicios sean atendidos de alguna forma específica.

En el siguiente capítulo se explicará el tipo de diseño metodológico que se eligió, qué información se eligió obtener y cómo, y cómo se analizó la información obtenida.

## V. METODOLOGÍA

### 5.1 Diseño de estudio

El presente se trata de un estudio de caso, de corte cualitativo, cuya estrategia metodológica consistió en la articulación de la información y el análisis de datos en una etnografía focalizada. Esta modalidad de etnografía, Knoblauch (2005), la caracteriza por 1) trabajo de campo con tiempo limitado; 2) una selección previa de la realidad a estudiar; 3) el investigador está familiarizado con los actores y el lugar en el que realiza el estudio. Cabe aclarar que la etnografía focalizada guarda los mismos fundamentos y niveles de interpretación que la etnografía clásica: una descripción que reporta lo que se ha observado; un análisis posterior sobre el porqué las cosas suceden de una manera específica; y un tercer nivel de interpretación que da cuenta del entramado de significados en los que se ven inmersos los actores, es decir, permite comprender su perspectiva. A esto último se le conoce como la visión *emic*, que difiere de la visión *etic* -que es propia del sujeto que investiga- y que guarda distancia significativa y conceptual con el objeto de estudio. En este sentido, Guber (2001) explica que el análisis final de un trabajo etnográfico es la negociación constante entre estas dos visiones: *emic* y *etic*.

Los siguientes fueron los principales insumos para la etnografía en la presente investigación: observación directa de la provisión de servicios de APEO en los hospitales - consulta prenatal y recorrido de cama en cama; entrevistas etnográficas<sup>2</sup> y entrevistas semiestructuradas con personal sanitario; asimismo, la revisión de los documentos institucionales referidos al tema de PF y la APEO.

---

<sup>2</sup> Las entrevistas etnográficas son las primeras entrevistas que, a manera de plática informal, nos darán información valiosa para la identificación de algunos ejes temáticos que previamente no se habían considerado y que servirán para el diseño de las técnicas de recolección en el trabajo de observación posterior.

## 5.2 Lugar de recolección de la información

Los datos se recolectaron durante los meses de diciembre 2019 y enero 2020 en un hospital público, ubicado en la ciudad de Mérida, Yucatán. Este, es considerado el hospital público más importante de la península de Yucatán por el volumen de población a la que atiende anualmente, el cual pertenece a los Servicios de Salud de Yucatán (SSY) y otorga atención a población que no cuenta con seguridad social. En 2016, al menos 10% de los nacimientos que tuvieron lugar en el estado fueron atendidos ahí (INEGI, 2018; SSY, 2020). Cuenta además con dos consultorios obstétricos. Cada uno atiende alrededor de 50 consultantes por turno. Existen dos turnos al día y cada turno tiene una duración de ocho horas. La mayoría de las consultantes de los servicios de ginecoobstetricia es referida a dicho hospital porque se atienden embarazos de adolescentes o pacientes con algún tipo de comorbilidad. Otro dato relevante es que en este nosocomio se realizan investigaciones en colaboración con universidades, y también es uno de los principales receptores de internos y residentes de las carreras de medicina y sus especialidades, no solo de la península sino también del país.

Por otro lado, la elección de la entidad también resulta relevante. Se seleccionó Yucatán pues es una entidad que presenta algunos rezagos en materia de derechos sexuales y reproductivos. En 2016, se registraron 4 mil 993 nacimientos en mujeres que no habían cumplido 20 años, lo que representó 16% del total de nacimientos en el estado para ese año; de estos, 105 fueron registrados en mujeres menores de 15 años (INEGI, ENADID, 2016). De 2009 a 2014 la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil, unidas, en el estado presentó una disminución de más de tres puntos porcentuales y es dispar según el grupo etario, nivel de escolaridad, lugar de residencia (urbana-rural) y la condición de habla de lengua indígena de la mujer (CONAPO-ENADID, 2014). A nivel nacional y estatal, la razón de mortalidad materna (RMM) ha ido en descenso durante los últimos 25 años, con altas y bajas. Sin embargo, en 2015, Yucatán fue una de las entidades federativas que registró la mayor RMM (Freymuth, 2016).

### 5.3 Selección de participantes

Esta investigación se centró, principalmente, en el personal de salud involucrado en la estrategia de la APEO, sin importar si se trataba de personal de capacitación, gerencial, mando medio u operativo, lo central fue que desempeñara algún rol ya sea de manera directa o indirecta en la oferta de métodos anticonceptivos del segundo nivel de atención. Para el análisis se consideró como un elemento importante qué posición tenía tanto en la institución cómo en el circuito de atención de la APEO.

Se determinó una muestra por conveniencia, hasta que se alcanzó el punto de saturación teórica. Se identificaron dos tipos de informantes: de tipo no operativo (relacionado con la planeación y administración de los servicios) y de tipo operativo. Para el personal que no fuera operativo se seleccionaron quienes tenían puestos claves que conocieran los protocolos formales de la APEO, y para el operativo los criterios siguientes:

- a) personal de segundo nivel, con o sin especialidad, residentes, de contrato o base;
- b) cuyas responsabilidades contemplaban dar servicios de PF;
- c) que tuvieran experiencia mínima de dos meses otorgando dichos servicios.

En total se realizaron 19 entrevistas, de las cuales se eliminó una, ya que el participante decidió no concluir con la entrevista.

### 5.4 Recolección y análisis de datos

Se debe recordar que, a diferencia del análisis cuantitativo, el análisis cualitativo se caracteriza por ser cíclico. Es decir, que se contempla inicialmente una serie de categorías que servirán de guía para iniciar un acercamiento al objeto de estudio y este cuerpo de categorías se somete a un proceso de revisión hasta que se consigue un marco que contemple la variedad de posibilidades que se pueden hallar al analizar los datos recopilados (Rodríguez, *et.al.*, 2005).

En este estudio hubo claridad sobre el objeto central y la perspectiva, previo al trabajo de campo. A partir de ello en enero de 2019 se realizaron entrevistas etnográficas a miembros de la institución que, por su trayectoria, tenían conocimientos clave sobre los lineamientos formales de la operatividad de los servicios de PF. Con estas entrevistas se estableció que serían los servicios relacionados con la APEO en los que se enfocaría el estudio, por ser estos los que se vinculaban directamente a la PF en el segundo nivel de atención. Se decidió también concentrar la descripción del modelo de atención a esa estrategia. En las mismas entrevistas se obtuvo información sobre el tipo de personal que participaba en la operatividad y algunas de las dificultades que se presentaban al otorgar este servicio.

Posteriormente, se revisaron los documentos que dan sustento a la organización del trabajo médico que se involucra con el otorgamiento de métodos anticonceptivos en segundo nivel de atención: Guías de práctica clínica, Programa de Acción Específico de Planificación Familiar; NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar; Anticoncepción Post Evento Obstétrico. Esto con el fin de comprender con mayor claridad el contexto y las normas que guían la estrategia de la APEO. Además, a partir de esta revisión fue posible establecer las condiciones mínimas de operación bajo las cuales se debe llevar a cabo la atención en materia de PF.

A partir de este punto se eligieron las siguientes categorías centrales:

- a) derechos sexuales y reproductivos.
- b) salud sexual y reproductiva
- c) modelo de atención de PF y la APEO
- d) barreras en la prestación de servicios de salud
- e) *habitus y campo médico*
- f) *representaciones sociales* sobre sexualidad y reproducción

De la revisión teórica de estos conceptos se identificaron las dimensiones de cada una para desagregar los conceptos en elementos que facilitaron el diseño de las técnicas de recolección de datos.

La categoría de derechos sexuales y reproductivos fue desagregada en dimensiones que responden a los estándares que debe cumplir cualquier programa: acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos; accesibilidad económica, geográfica, lingüística y cultural; fomento a la participación de los pacientes en la toma de decisiones; acceso a información adecuada sobre la variedad de métodos anticonceptivos. Con lo que respecta a la categoría de salud sexual y reproductiva tan solo se contemplaban por separado los elementos: salud, sexualidad y reproducción como aspectos vinculados pero distintos.

Por su parte, tomando la propuesta conceptual de modelo de atención y habiendo elegido los servicios de la APEO, se tomaron los siguientes componentes: población objetivo, circuito de atención, formado por las etapas de la APEO; lugar y momento de ocurrencia; mecanismo de información; profesionales involucrados en el servicio; normas y guías prácticas que indican, qué servicios se otorgan, si se mantiene un enfoque holístico; qué información se indica recopilar para conocer al paciente, qué criterios de calidad se aplican; qué criterios de elegibilidad y qué criterios de referencia y contrarreferencia se operan en los servicios. De la categoría de barreras en la prestación de servicios, se desprendieron tres elementos que responden a las dimensiones encontradas en la revisión conceptual: barreras socioculturales; institucionales e individuales.

Finalmente, *habitus médico* estaba disgregado en las características que lo definen: biologicismo, científicismo y ahí se incluyeron las representaciones sobre sexualidad y reproducción. Por su parte el *campo médico* en la categoría de autoridad médica que define la relación entre el personal de salud y los pacientes.

Con base en lo anterior, se diseñaron y aplicaron entrevistas semiestructuradas cuyo propósito fue profundizar en las narrativas y la perspectiva del personal de salud. Todas las entrevistas aplicadas al personal operativo se estructuraron bajo los mismos ejes temáticos (Anexo 1): a) la parte formal y normativa del programa de PF/ APEO es decir, los lineamientos en los que se basan sus objetivos, prioridades, niveles de responsabilidad y criterios de calidad; b) el modelo de atención y la provisión de servicios, el que se indaga cómo es la operatividad, circuito de atención en el hospital, cuál es la población objetivo, criterios de elegibilidad, departamentos y personal involucrado; c) rol de los entrevistados dentro del circuito de provisión de los servicios, para lo que se les preguntó su función en el

hospital en general y en la APEO en particular, cuántos años de experiencia, satisfacción en el desempeño de actividades, número y tipo de capacitaciones que ha tenido, y cómo se debe relacionar con otras áreas y niveles de atención para los servicios de PF; d) relación médico paciente, cuyas preguntas versaron sobre la percepción que el personal tiene sobre las características de la población que atiende, los principales factores de riesgo que perciben relacionados con embarazos no planeados, las dificultades y limitaciones que afectan la demanda de los servicios de PF, y las principales dificultades que experimenta al ofertar métodos anticonceptivos; e) conocimientos e ideas sobre anticoncepción, en este apartado se averiguaron ideas sobre ventajas y desventajas de cada método de acuerdo a las condiciones de las consultantes; f) conocimiento e ideas sobre sexualidad y reproducción, en el que se exploraron las representaciones y diferencias entre sexualidad, reproducción, salud sexual y salud reproductiva, así como el tema de derechos; finalmente se exploraron g) áreas de oportunidad en la APEO que el personal identificara para la mejora de la provisión del servicio.

Además, se contó con una cédula de datos sociodemográficos en donde se incluyeron variables como lugar de origen, sexo, estado civil, número de hijos, antecedentes de estudio y experiencia laboral, entre otros (Anexo 2). A cada participante se le asignó una identificación única, con el fin de preservar su anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada. Dicha información permitió construir perfiles del personal para identificar posibles coincidencias en la experiencia de la oferta de servicios de PF.

También se generó una guía de ítems (Anexo 3) que sirvió para sistematizar la observación. En principio se describieron los espacios en los que se desarrolla la provisión de los servicios de la APEO; también los pasos en los que se estructura el circuito de atención; se identificaron los documentos que se utilizan -PAE, expedientes, encuestas, registro de consultas, consentimiento informado, hoja diaria, cartillas de salud-; qué información se obtiene, se oferta y de qué maneras; y el personal que se relaciona con esta oferta. Todo lo observado se registró en un diario de campo que permitió un monitoreo permanente del proceso de observación.

Las entrevistas se concertaron previamente con cada participante y se llevaron a la hora y el lugar especificado por cada uno de ellos, la mayoría dentro del hospital, pero en un

lugar privado, donde no intervinieron terceras personas. Todo lo anterior, fue audio-grabado, previo consentimiento del personal de salud. Dado que las condiciones de recolección de datos nunca son neutras e influyen en los relatos de las personas, se incluyeron en el registro las condiciones en las que se produjeron las entrevistas.

Tanto las entrevistas como lo observado de manera directa se transcribieron en su totalidad por parte de la investigadora principal (MWS) utilizando la plataforma *O-transcribe*. Una vez transcrito todo, se subieron los documentos al software de análisis cualitativo *Atlas.Ti* versión 7 y se realizó un análisis haciendo un barrido línea por línea y codificando la información. Los códigos utilizados inicialmente fueron las categorías teórico-conceptuales, sus dimensiones y componentes explicados anteriormente.

Esto permitió que los discursos de los y las entrevistadas, el registro de los espacios, los comportamientos y los documentos fueran todos analizados bajo el mismo proceso sistemático y el mismo ordenamiento conceptual. MWS y MAB revisaron, cada una por separado, algunas entrevistas. Cada una realizó una primera codificación y luego se establecieron acuerdos sobre las interpretaciones más precisas para la codificación y el análisis de la interrelación entre categorías. Al finalizar, en conjunto se determinaron las categorías emergentes que surgieron de la saturación de categorías preestablecidas generando así una red de códigos y subcódigos.

En lo que refiere a la categoría de derechos sexuales y reproductivos, se identificó como elementos no considerados previamente, la privacidad e intimidad, por un lado, la explicación amigable y amplia sobre cada uno de los métodos, por otro, y la explicación sobre efectos secundarios. De la de SSR, se desprendieron unidades surgidas de las definiciones otorgadas por el personal de salud que se convirtieron en subcódigos para el análisis: hecho biológico, control de natalidad y fecundidad, juicios sobre la sexualidad, juicios sobre la corporalidad, juicios sobre la reproducción.

Ahora bien, para las barreras se identificaron elementos de la realidad que alimentaron la base de códigos y subcódigos. Los conocimientos y experiencia de los individuos pasaron a ser un subcódigo en cuanto a las competencias técnicas; por su parte, en las competencias interpersonales, se notó que la motivación, la actitud, y calidez y empatía tuvieron importancia en lo observado. Además, surgió una categoría más como

dimensión de las barreras individuales: trayectoria profesional y posición dentro de la institución. Las barreras institucionales se presentaron por lo general vinculadas con problemas de planeación que se transformaron en subcódigos: cambios en la estrategia de PF; coordinación; asignación del personal; infraestructura; disponibilidad de insumos; acompañamiento al personal operativo; carga y oferta laboral.

De la dimensión de barreras socioculturales, además emergieron una serie de categorías desprendidas de prejuicios que el personal tiene hacia la población. En las categorías analíticas se resumieron en: estereotipos y relaciones de clase/etnia; estereotipos y relaciones de género; condiciones y características atribuidas a las usuarias. Tanto las barreras socioculturales como las institucionales se vincularon con los conceptos de *habitus médico* y *campo médico*. La categoría de *campo médico* se identificó otra que tiene que ver con la burocracia, el control y la vigilancia sobre el personal de salud. Finalmente, esta sistematización permitió explicar las relaciones y patrones como se puede observar en el diagrama expuesto en Anexo 4.

## 5.5 Consideraciones éticas

Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se tomó como base el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Con base en el artículo 17 de dicho reglamento. La presente investigación se considera una investigación sin riesgos puesto que es un estudio en el que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan” y cuyas técnicas de recolección son entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros documentos (Ley General en Materia de Investigación para la Salud, 1983). De modo que se cuidó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. La investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), así como por dichos comités del hospital. Asimismo, previo a cada aplicación de entrevista se firmó un consentimiento informado de manera escrita.



## VI. RESULTADOS

### 6.1 Características generales de los entrevistados

Como se indicó en el apartado de metodología, para poder realizar la etnografía focalizada se realizaron entrevistas semiestructuradas (ver tabla 3), en total 18. Asimismo, un trabajo de observación en el que se abarcaron los siguientes espacios: la sala de espera que se halla al lado de tococirugía, la consulta prenatal, la visita cama por cama. Las entrevistas incluyen miembros que trabajan o han trabajado en un puesto estratégico y/o normativo en los servicios de salud de Yucatán que permitieron describir el circuito de atención de la APEO como modelo formal. Algunos miembros que han ocupado y ocupan jefaturas dentro del hospital, personal operativo y estudiantes de la especialidad de ginecobstetricia, algunos de los entrevistados tenían puestos claves antes del cambio de administración y pese a que en el presente no los tienen, debido a su experiencia se decidió entrevistarlos. Finalmente, también se realizó una entrevista a personal encargado de impartir las capacitaciones de prevención de violencia obstétrica. Dicho departamento aplica cuatro capacitaciones de dos días a grupos de cinco miembros al personal sanitario que se encuentra en el área de gineco-obstetricia. Las capacitaciones en formato taller tienen por objetivo sensibilizar al personal sobre lo que es la violencia obstétrica y capacitar en los lineamientos sobre perspectiva de DDHH, enfoque de género y enfoque intercultural. Una de las principales actividades es realizar una actividad de roles, en donde el mismo personal debe representar a las consultantes, a sus acompañantes y al personal médico. Del total de entrevistas una tuvo que ser anulada pues la participante decidió no continuar.

**Tabla 3. Relación de entrevistas y características de los participantes**

Número	Puesto	Profesión	Sexo	Edad	Código de identificación
1	Gerencial	Ginecología	Hombre	69	1GEsH69
2	Gerencial	Médico	Mujer	47	2GMF47
3	Gerencial	Médico	Hombre	49	3GMH49
4	Gerencial	Ginecología	Mujer	45	4GEsF45
5	Gerencial	Ginecología	Hombre	53	5GEsH53
6	Gerencial	Psicólogo	Hombre	38	6GPH38
7	Operativo	Ginecología	Mujer	42	7OEsF42
8	Operativo	Ginecología	Hombre	39	8OEsH39
9	Operativo	Ginecología	Hombre	62	9EsH62
10	Operativo	Ginecología	Hombre	51	10OEsH51
11	Residente	Médico	Hombre	29	11RMH29
12	Residente	Médico	Mujer	27	12RMF27
13	Residente	Médico	Mujer	29	13RMF29
14	Residente	Médico	Hombre	28	14RMH28
15	APEO	Médico	Mujer	36	15AMF36
16	APEO	Médico	Mujer	42	16AMF42
17	APEO	Médico	Mujer	71	17AMF71
18	APEO	Enfermera	Mujer	49	18AEnF49

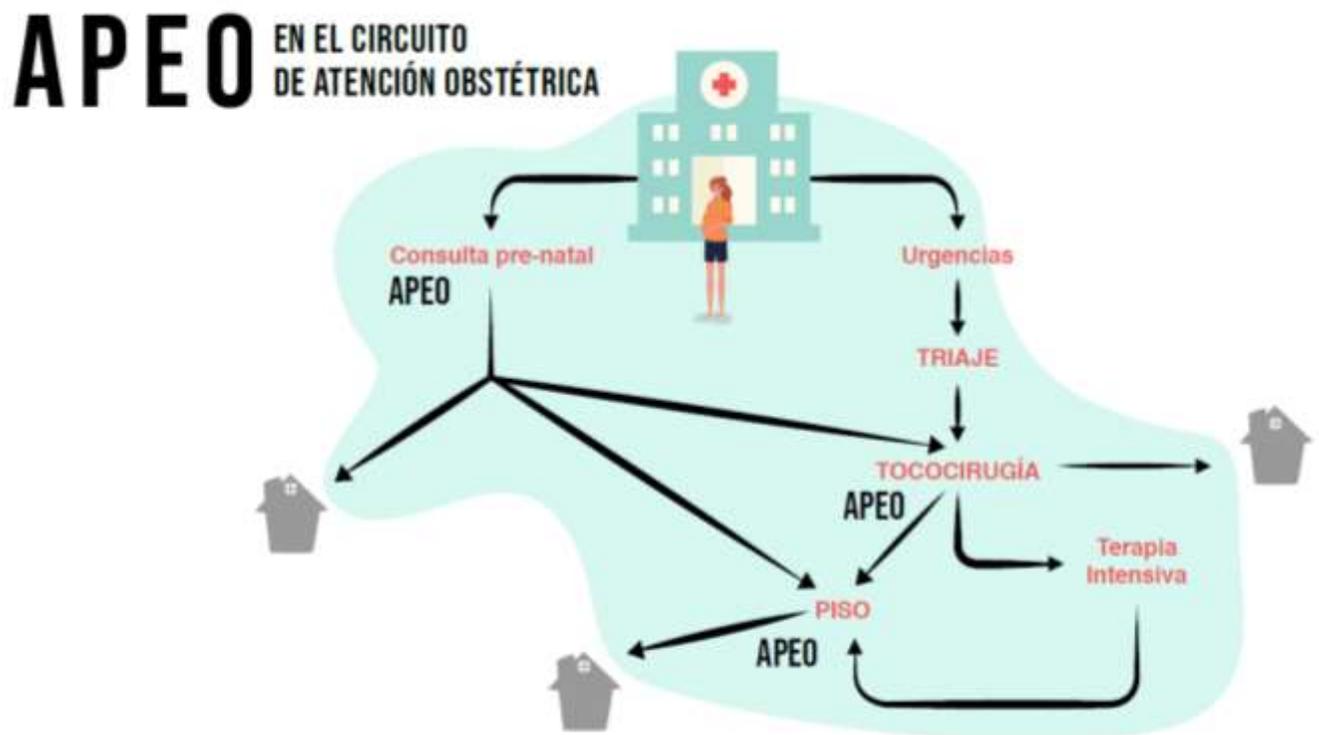
A continuación, en el siguiente apartado, se presenta una construcción del circuito de atención de la APEO como sucede en el hospital de estudio. Para poder realizarlo se utilizó la información obtenida de la observación participante, observación directa, entrevistas etnográficas y entrevistas semiestructuradas. Aquella que obtenida de la categoría relacionada con el modelo de atención -lugar y momentos de ocurrencia, profesionales involucrados, servicios otorgados. Se describe cómo se oferta el servicio en distintas etapas y qué espacios del hospital se utilizan para cada etapa, asimismo qué profesionales de la salud se involucran en cada momento y forma adquiere la relación médico paciente.

## 6.2 Descripción de la operación de los servicios de salud en el marco de la APEO

De acuerdo con la información de las entrevistas el circuito de atención de la APEO que sucede en la práctica y puede a veces no responder a los estándares descritos en manuales o estar apegados a la normatividad, es la unidad que aquí se analiza.

Sin importar el lugar o momento de la atención en el que se comience a otorgar los servicios de la APEO, lo cierto es que inicia necesariamente con la consejería sobre métodos anticonceptivos. Esto puede ser, según lo observado y lo dicho en las entrevistas, en la consulta prenatal, en tococirugía o en piso, cuando ya se ha concluido el evento obstétrico. Después, se procede a la firma del CI y posteriormente a la implementación del método. El seguimiento del método corresponderá al personal del primer nivel de atención y se controla mediante un documento de proceso llamado hoja de referencia y contrarreferencia (Figura 1).

Figura 1. Circuito de atención de Anticoncepción Post Evento Obstétrico



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Según expresaron los entrevistados, los servicios de consejería han cambiado en la actualidad. Hoy se restringen a los casos de mujeres que acuden al hospital con motivo de un evento obstétrico. Sin embargo, manifestaron que anteriormente existía una estrategia que consistía en un módulo en el que se impartían consejerías sobre anticoncepción en cualquier momento y persona que deseaba acercarse y preguntar. Hace un par de años, una reingeniería en la estrategia definió que, con base en la división técnica de niveles de atención, este servicio correspondía de manera estricta al primer nivel de atención, por lo que se retiró el módulo.

Los que se involucran directamente en la consejería son: personal de medicina general, personal especialista en gineco-obstetricia, personal de enfermería y personal de trabajo social. Dentro de las jerarquías formales se puede afirmar que los especialistas son

quienes tienen una posición jerárquica más alta que el resto, inmediatamente después se encuentran los médicos generales, el personal de enfermería y el personal de trabajo social, que por lo general son mujeres. Los encargados de la jefatura de ginecología son especialistas. En cuanto a anticoncepción, exceptuando a OTB, que está en manos de los ginecólogos, son los médicos generales a cargo de la APEO quienes controlan los métodos y cada uno de los insumos que se usan; no existe la posibilidad de que un especialista coloque un método – inyecciones, pastillas, el implante subdérmico o un DIU- si no es autorizado por el área de la APEO, a menos que sea bajo orden de la jefatura de ginecoobstetricia.

#### *a) La consulta prenatal*

Se realizó una observación por dos días de las consultas obstétricas otorgadas en el hospital, durante el turno matutino. Aunque la consulta de ginecoobstetricia no pertenece a las acciones de la APEO, se vincula con la estrategia, puesto que es el único momento en donde se oferta algún método anticonceptivo a una consultante, sin que un evento obstétrico esté resuelto. No todas las embarazadas que tienen un evento obstétrico en el hospital de estudio, tienen su cita prenatal ahí, pero sí la mayoría. La consulta es otorgada por un especialista y dos residentes que fungen además como alumnos. Se atienden en promedio a cuatro consultantes por hora, durante ocho horas. Esto es estipulado por el área que asigna las fichas para las citas. Algunos formatos que se utilizan en la consulta son: formato único de consulta externa; hoja diaria clínica; carné de la embarazada.

Los consultorios están ubicados a los costados de dos grandes galerones que se encuentran en el primer cuadro después de ingresar al nosocomio. Fuera de cada consultorio se halla una enfermera que indica a cada paciente -y en algunos casos a sus acompañantes- cuando pueden ingresar. Mientras tanto los usuarios esperan sentados en hileras de sillas de metal. El consultorio de control prenatal es pequeño y está pintado de blanco. Frente a la puerta un escritorio repleto de papeles, formatos, computadora, una impresora. Tres sillas del lado del médico y dos del lado del paciente. Al consultorio lo divide una cortina, del otro lado de la cortina es donde se halla una cama de exploración física, un

lavabo y una mesa en la que se coloca la charola de instrumentos médicos. La cortina se cierra o abre dependiendo del momento de la consulta. Cuando alguna mujer se encuentra en revisión, la cortina permanece cerrada.

Cuando ingresan los consultantes se sientan frente a los médicos, se saludan y reconocen. El personal sanitario cuenta con los documentos que les permiten disponer de algunos antecedentes de los usuarios, saber si es la primera visita o si por el contrario se trata de una consulta subsecuente. Si bien, el seguimiento a una paciente que ya ha ido anteriormente puede llevarse por medio de la información del expediente clínico, la paciente no tiene la posibilidad de elegir al personal o tener seguimiento con los mismos médicos. El personal rota todo el tiempo entre consulta y el área de tococirugía.

Siempre la consulta comienza con un cuestionario. Los temas que abarca el cuestionario incluyen los rubros de vivienda, lugar de nacimiento, edad, estilo de vida, inicio y última fecha de menstruación, si se utiliza o se desea utilizar algún método anticonceptivo, temas sobre comorbilidades e infecciones transmitidas por vía sexual. Además, la información sobre el cónyuge se incluye dentro de los componentes de la historia clínica, adicionalmente a los datos sobre antecedentes clínicos se incluyen preguntas sobre adicciones y estilo de vida. Acabado el cuestionario se solicita a las embarazadas pasar del otro lado de la cortina donde se le coloca en la cama de exploración ginecológica, se le retira la ropa que se necesite y se comienza la exploración. Por lo general, quienes realizan la revisión ginecológica son los residentes, mientras el o la especialista continúa con algunas preguntas que se relacionan con lo que los residentes reportan estar encontrando en su revisión.

Posteriormente, se realizan las recomendaciones, indicaciones y consejería sobre métodos anticonceptivos. Lo descrito anteriormente tiene una duración aproximada de 15 minutos en total. Durante toda la consulta la puerta permanece cerrada con lo que se garantiza privacidad con respecto a quienes se hallan en la sala de espera. No obstante, la intimidad como se aconseja en los manuales resulta insuficiente dentro del consultorio, pues al menos hay un especialista, uno o dos residentes o también en ocasiones puede haber la presencia de internos. El personal médico puede ser de diferente sexo, edad y años experiencia. De modo que si, por ejemplo, la consultante y su cónyuge tienen algunas

barreras para externar preocupación, inquietudes o dudas frente a un personal específico no tiene la libertad de solicitar estar en presencia únicamente de con quienes se hayan sentido más cómodos. A esto se suma que dada la presión con la que se enfrentan cotidianamente los terapeutas frente a la gran demanda de atención y el escaso tiempo con que deben atender a cada paciente, ni siquiera conciben la posibilidad de ofrecer un trato más íntimo y cercano, independientemente de lo complicado de cada caso.

Durante los dos días de observación, se permitió que la investigadora (MWS) entrara a la consulta a observar sentada en una orilla al lado del médico especialista en el escritorio. Así se pudo corroborar que la mayoría de las consultantes presentaba un embarazo de alto riesgo por portar alguna comorbilidad o condición como obesidad, cardiopatía, diabetes, VIH, edad, entre otras. Por lo menos la mitad, además, provenía de alguna localidad foránea e incluso algunas eran maya-hablantes monolingües, lo que imprimió una dificultad extra en la comunicación con el personal médico. Lamentablemente la mayoría del personal no habla maya y tampoco existe personal auxiliar que pueda orientar a las consultantes.

#### *b) Sala de espera*

Cuando una mujer ya está en labor de parto llega al área de tococirugía en donde se halla una sala de espera aproximadamente de cuatro por cuatro metros. Ahí se encuentra un área de información atendida por personal administrativo, varias hileras de sillas de metal en donde las embarazadas y sus acompañantes esperan a ser atendidos. Una vez que los médicos del área de tococirugía dan la instrucción, una guardia la llama por su nombre y se pasa a un área cerrada. Ahí hay un pasillo con bancas en donde algunas pacientes se encuentran. Una puerta llevará al área donde se encuentran los especialistas y residentes de ginecoobstetricia. En el primer cuadro se encuentran dos escritorios en donde los médicos se reúnen. Al fondo se encuentran entre seis y ocho camas en donde se colocan a las mujeres que están en labor de parto. Contiguo a esta sala se encuentran los quirófanos donde se atenderá el evento obstétrico.

### *c) Oferta de la APEO en el recorrido cama por cama*

El área de maternidad se encuentra cercana a la oficina del departamento de gineco-obstetricia. En el mismo piso, el personal de la APEO cuenta con un cuarto pequeño con una mesa, una cama, un pizarrón y algún instrumental. El personal de la APEO puede optar por dar consejería ahí, pero por lo general esa labor se realiza cama por cama.

Por tres días en acompañamiento con personal responsable de la APEO durante el turno vespertino se realizó el recorrido cama por cama ofertando los métodos anticonceptivos a las puérperas. Existen 36 camas para alojamiento conjunto, es decir, madre-hijo, más seis para consultantes con comorbilidad que deben estar en terapia intensiva o alguna atención especial. El recorrido se hace dos veces en cada jornada. De cama en cama se pasa a los cuartos en los que se tienen cuatro camas por cada cuarto, acomodadas en hileras, cuyas cabeceras dan a las paredes del cuarto. Cada cama tiene la posibilidad de cerrar una cortina para mayor privacidad que se usa para la consejería si la mayoría de las camas se encuentra ocupada o si en el momento hay visitas y personal médico en atención. Al lado de cada cama se encuentra un cunero para que madre y bebé puedan estar juntos.

El personal responsable de la APEO otorga consejería a las puérperas. Para ello se lleva el historial clínico en un sujeta-documentos para tener la información más completa y a la mano de las pacientes, conocer si se tiene alguna comorbilidad, la edad y el estado de la paciente. Son esos los datos principales con los que se inicia la consejería. Cuando llega el personal a la cama, se presenta, hace algunas preguntas para conocer el lugar de residencia, experiencias previas con anticonceptivos y el deseo o no de volver a embarazarse. La charla dura alrededor de cinco minutos dependiendo de si la paciente muestra apertura o si el personal debe hacer más preguntas para obtener la información mínima necesaria para poder recomendar un método en específico. Asimismo, si la paciente tiene más dudas se deben quedar a resolverlas.

### 6.3 Barreras en la atención de la APEO con apego a derechos humanos

A continuación, se exponen las principales barreras que se hallaron durante el trabajo de campo. Para fines de exposición se optó por dividir las barreras que se presentan en los servicios de la APEO, teniendo en cuenta las recomendaciones, lineamientos y requisitos que delimitan las acciones de los servicios de manera formal con estricto apego a DDHH. Es importante mencionar que si bien algunas de las barreras que aquí se presentan fueron enunciadas directamente por el personal de salud durante las entrevistas, otras muchas, fueron observadas y contrastadas con el marco conceptual de esta investigación.

Las principales barreras que experimenta el personal de salud, se agruparon en los siguientes temas: la falta de *calidez y empatía* con las que el personal oferta los servicios; la limitada *participación en la toma de decisiones* que procura el personal de salud a los pacientes; el nivel de apego al modelo de atención que se tiene a la hora de aplicar los *criterios de elegibilidad* en la entrega de métodos anticonceptivos; y finalmente qué tanto se conocen, ejecutan y aplican *los criterios de calidad*. Esta agrupación emerge de la confrontación de categorías entre el modelo de atención y el de los derechos sexuales y reproductivos.

#### *Falta de empatía y calidez*

Según los documentos internacionales, normativos y técnicos de la APEO, se espera que el personal de salud tenga las competencias para ayudar a las consultantes a reconocer y comprender sus motivaciones personales y conocer las opciones disponibles en cuanto a la PF; mostrar interés atención y sensibilidad hacia las consultantes, informándoles minuciosamente todo lo relativo al método anticonceptivo que han seleccionado; que sea capaz de apoyar en la elección efectuada del método anticonceptivo por la consultante y su pareja; por lo que el personal debe poseer conocimientos y la capacidad de reconocer problemas reales o potenciales para resolver las preguntas e inquietudes; finalmente que en todo momento se debe mostrar un trato respetuoso y digno con las consultantes, reconociéndoles sus derechos sexuales y reproductivos.

Las barreras observadas con respecto a la empatía y la sensibilidad fueron las más frecuentes. En la consulta fue evidente que el corto tiempo que tienen destinados para las consultas no permite aplicar un trato adecuado y digno. Como se mencionó previamente, el tiempo para poder dar consejería, indagar sobre motivaciones y preferencias, hacer la revisión y llenar de manera adecuada los formatos correspondientes al control administrativo, es tan solo de 15 minutos. Durante la consulta, la consejería se restringía a preguntarles si querían un método anticonceptivo y cuál elegirían. En varias ocasiones se observó que cuando la paciente se negaba a recibir un método, el personal de salud le insistía y calificaba esa decisión como irresponsable, o bien, si los médicos presentes consideraban que no era el método adecuado se ofrecía otro, limitándose en muy pocos minutos, a explicar las desventajas y ventajas del método recomendado, dejando de lado la exposición de la multiplicidad de aquellos disponibles en los servicios. La comunicación se otorgaba en un lenguaje técnico y frecuentemente se enfatizaba en los riesgos que se comunicaban describiendo las consecuencias corporales de manera detallada, subrayando la responsabilidad de cada paciente por haberlo elegido.

El tiempo no fue el único factor que impactó en el trato. Es notorio que la carga burocrática tiene mucha importancia para el personal sanitario, ya que en todas las ocasiones las explicaciones más extensas y enfáticas se enfocaban en los procesos, trámites y consultas subsecuentes que tenían que realizar los pacientes, o bien, en las posibles complicaciones que podían enfrentar los usuarios al solicitar un servicio específico, una cita o un medicamento. De modo que el personal invertía parte del tiempo de la consulta en dar indicaciones minuciosas o consejos sobre cómo realizar dichos procedimientos.

Varios ejemplos contrarios a esto surgieron durante las consultas que se pudieron observar. Fue frecuente que los médicos desconocían la ubicación y condiciones del lugar de procedencia de los usuarios, los servicios que se tenían o las complicaciones que se presentaban. En una ocasión, durante una de las consultas observadas, llegó una paciente a su consulta subsecuente sin los estudios que se le habían requerido con anterioridad, la paciente explicó que en su clínica local el equipo médico necesario para realizarlos se encontraba descompuesto y por ello le había sido imposible llevar los resultados. Ante ello

los médicos se mostraron impacientes y visiblemente molestos le recordaron que era su responsabilidad y que debía haberlo buscado en otro lugar o acudido a un servicio privado.

En otra ocasión, una de las pacientes, mayahablante, procedente de uno de los municipios más pobres de la entidad (Tahdziu), arribó con complicaciones, un embarazo múltiple y con hipoglucemia. Su condición la obligó a ingresarse de manera inmediata, el marido visiblemente confundido y con poca comprensión del español no obtuvo orientación de ningún personal sobre las causas del ingreso hospitalario de la mujer, los riesgos por los que se había tomado la decisión o cuál era su rol ante dicha circunstancia. Al terminar la consulta y platicar el caso resultó evidente que los médicos que los atendieron no sabían la ubicación y condiciones de ese municipio, ni comprendían la confusión del cónyuge. El personal de salud se concentra en otorgar información técnica, posicionándose frente a individuos que concibe como desarraigados de su entorno, de sus condiciones materiales y sus dinámicas sociales, sin considerar las repercusiones que esto tiene en su salud, o en la capacidad de decisión sobre los cuidados en su salud sexual o en su proyecto reproductivo.

Se identificó que uno de los mecanismos más frecuentemente utilizados por el personal de salud en su interacción con los pacientes es el regaño. Ejemplos de lo anterior emergieron en muchas de las aplicaciones de los cuestionarios del historial clínico, sobre todo cuando se tocaban temáticas de número de embarazos, estilos de vida o comorbilidades. Fueron comunes frases como “¿cómo le permites que se embarace? ¿no sabes que está enferma?” dirigiéndose al marido, o bien “¿qué están tratando de formar un equipo de futbol?”, aludiendo a que era imprudente el número de hijos que la pareja tenía. Esto también fue frecuente para las pacientes que acudían solas “¿qué no tienes a nadie que te acompañe? No deberías andar sola”. De cierto modo se le infantilizaba o se le subrayaba lo incorrecto de sus decisiones con respecto a sus prácticas en salud sin tomar en cuenta que estas podían no ser opciones sino determinaciones propias de condiciones estructurales.

En una ocasión, al terminar una consulta, un especialista le cuestionó a uno de los residentes por qué mostraba tan poco interés por las pacientes, invitándolo a regañarlas. El joven contestó: “ya en las consultas de la tarde estoy aprendiendo a regañarlas”. Así, se

puede interpretar que entre el personal el regaño se asocia con el interés y compromiso con la salud de las pacientes.

La relación de jerarquía y autoridad frente a los pacientes es generalizada y normalizada. Material sobre esto también se obtuvo del equipo que capacita para prevenir la violencia obstétrica. Así se explicó que en los talleres en donde el personal médico debe teatralizar el parto y puerperio es sistemática la representación de las pacientes como actores pasivos y la comunicación es vertical en todo momento:

En los talleres representaban la actitud de las pacientes, como pasivas, cabizbajas. O sea, sí pueden percibir cómo están las usuarias, en qué actitud entran, pero lo curioso es que cuando ellos representaban la actitud de las usuarias y sus actitudes y conductas con las usuarias en ningún momento veías su esfuerzo por hacer una interacción más horizontal. siempre en esta situación de jerarquía, en esta desigualdad (6GPH38).

Los médicos están inmersos en una secuencia administrativa limitada por tiempo, recursos e insumos que difícilmente permite reparar en lo poco cálido y la ausencia de empatía en la que se están otorgan los servicios. Las formas están definidas por un distanciamiento social que se demuestra discursivamente en el conocimiento técnico y en el énfasis puesto en un lenguaje clínico especializado.

#### *Limitada participación de los pacientes en la toma de decisiones*

Para que las embarazadas y sus cónyuges puedan participar en la toma de decisiones sobre su SSR, el personal de salud debe ser capaz de incluir de manera activa a sus pacientes en la elección de si usar o no algún método anticonceptivo y también en la valoración de las ventajas y desventajas de cada uno; conocer las expectativas reproductivas de la consultante y de su pareja; asegurarse de que no estén bajo coerción a la hora de elegir su método; y confirmar la comprensión de la información que reciben.

Al entrevistar a los proveedores sobre las dificultades de incluir la participación de las embarazadas y sus cónyuges a la hora de elegir algún método, surgió como principal barrera las condiciones y características de los usuarios de ese hospital. Palabras como “pobreza”,

“ignorancia”, “desinformación”, “sumisión”, “machismo”, “usos y costumbres” “mitos” y “creencias” fueron frecuentemente usadas en la descripción que en las entrevistas el personal hizo sobre los usuarios. Sin excepción, se comparte la idea de que dichas características impactan en el conocimiento sobre su sexualidad. Sin embargo, estas características no son interpretadas como parte de un contexto sino muchas veces como decisiones individuales. El personal de salud les atribuyen a los usuarios de servicios actitudes de descuido con su cuerpo, su salud tanto sexual como reproductiva e incluso, alguno expresó, con decepción, que las mujeres al volverse madres olvidan o dejan en segundo plano el autocuidado.

Las dificultades del proveedor para comprender y afrontar con sensibilidad y respeto los mitos, las creencias y las prácticas de los usuarios son las que terminan por definir el tipo de servicio que se otorga.

### **Ejemplo 1.**

Luego cuando les ofreces un método no lo aceptan porque no tienen el conocimiento y hay muchos mitos y en los pueblos les dicen que se va para otro lado, que les cae un rayo porque lo atraen. Te cuentan tantas cosas que no puedes creerlo. Entonces, les da mucho miedo por la desinformación. (12RMF27).

### **Ejemplo 2.**

La gente que llega aquí es de bajos recursos, con analfabetismo, y no sé cómo decirlo, cierta sumisión. No son autónomas. No toman decisiones solas, tienen que consultar al esposo. Si el esposo dice que no, la suegra dice que no, ya haz de cuenta nuestra asesoría se vino abajo. Si tú asesoras 'no, mira que te conviene esto' y la paciente te dice 'sí, me interesa, pero voy a preguntar'. Pregunta y si la familia le dice que 'no' es no. Entonces regresas 'no que ¿cómo ves?' no pues que no quiere. Y no quiere. Y tú, 'pero me dijo que sí', pues no ya no quiere. Entonces a veces las pacientes a escondidas te dicen 'sí pero que no sepa mi esposo' y eso es muy triste porque estamos en un tiempo en el que todavía permanece el machismo, la sumisión (100EsH51).

### **Ejemplo 3**

No, lamentablemente la aceptación es difícil. El deseo de no tener más hijos como que no les importa tanto, no les importa la salud, ni los riesgos que conllevan embarazo tras embarazo, no les interesa tanto el que no tengan para una vida

decorosa o una vida buena para sus hijos, no les interesa si van a la escuela, no les interesa nada a la gente. Porque yo siento que la gente es irresponsable, muy irresponsable, en ese sentido, los dos, pero sobre todo el varón, porque no les cuesta nada, porque la atención es gratis (8OEsH39).

Lo expresado en este último ejemplo alude a la idea de que los servicios con gratuidad, de cierta manera, fomentan el desinterés del usuario en los servicios que se les ofertan y que su autocuidado disminuye. En otras palabras, se cree que, si los servicios tuvieran un costo en el momento, ello modificaría las conductas de autocuidado en los consultantes. Ideas como esta ponen en evidencia la carencia de competencias necesarias para vincular a los usuarios con un contexto más amplio y complejo, del cual se pudieran desprender razones más sustantivas por las que se opta por no utilizar algún método anticonceptivo. Esta constante incompreensión se presentó en la mayoría de los entrevistados ante distintas situaciones y se asocia con cierto desinterés en la labor que deben desempeñar en la etapa de consejería, pues se asume de antemano la renuencia de los pacientes.

Se insistió reiteradamente en que una gran cantidad de embarazadas son renuentes a adoptar un método anticonceptivo. La incapacidad de comprender que son las circunstancias económicas y sociales que viven las mujeres que acuden a consulta las que limitan su capacidad de decisión y no que se trata de un simple voluntarismo se traduce en una frustración por parte del personal de salud. Concentrados únicamente en las ventajas de que las pacientes adopten un método específico intentan imponer su visión, muchas veces sin éxito, lo que les genera un desinterés en la etapa de consejería. Varios entrevistados expresaron ideas similares al respecto.

#### **Ejemplo 4:**

**Entrevistador:** ¿Te gusta otorgar servicios de consejería?

**12RMF27:** (risas) Creo que lo aceptamos como parte de nuestra, o sea, de nuestra labor, es parte...informarle a la paciente que hay métodos y cuáles pueden ser los riesgos. Mayormente nosotros pensamos en esa parte, los riesgos y sí, ya lo adopté como parte de mi labor, pero a veces nos sentimos mal cuando nos dicen no, y ves que es una gesta seis y te dicen 'no', no se quiere ligar, o inclusive una paciente con VIH que la van a operar, ya tiene tres bebés y le dices ¿Decides cuidarte, quieres cuidarte? y te dicen no y frustra.

Otro factor observado fue que, al contrario de lo que se plantea en los documentos alineados a los DDHH, el protagonismo que deben tener las mujeres embarazadas en la consejería queda muy lejos de lo esperado. En las entrevistas hechas al personal de capacitación para prevenir la violencia obstétrica quedó claro que bajo el discurso de los usos y costumbres se pierde el ejercicio de devolverle a la usuaria el poder de decidir sobre su cuerpo:

En todas las representaciones estuvo presente ofertar un método. Aunque una de las cosas que me llamaron la atención fue que cuando, a pesar de que separaban a la usuaria al principio, al momento del parto cuando había que elegir el método, si bien, hablaron con la usuaria no se dirigían a la usuaria, se dirigían a los acompañantes, ¿no? a la suegra, al esposo, a la mamá. Había casos en donde había mujeres menores de edad en labores de parto, pero pues acompañadas de sus madres, ¿no? entonces las mamás eran las que tenían que decidir, aunque se dirigían a la usuaria, a la que realmente se dirigía el personal, eran a los acompañantes. y cuando se les pregunta 'oigan ¿y la usuaria?', acuérdense que es ella la que debe decidir sobre su cuerpo' 'no, pero es que es por uso y costumbres' (6GPH38).

En contraste, algo que se pudo observar es que quienes han tenido mayor experiencia otorgando consejería sobre métodos anticonceptivos en primer nivel de atención se sienten satisfechos con llevar a cabo esta tarea. Incluso, algunos compartieron que fue a través de la relación médico paciente en temas de SSR que decidieron ingresar a la especialidad de gineco-obstetricia. De hecho, hay quienes desarrollan, por iniciativa propia, estrategias para aumentar la efectividad en la información otorgada. Así, en un par de entrevistas se explicó que se debe incluir el goce de la sexualidad como parte relacionada con la salud reproductiva; de este modo, encontraba la posibilidad de ampliar el panorama sobre la anticoncepción:

#### **Ejemplo 5:**

Lo otro que yo le toco muchísimo a las pacientes es no solo es beneficio el poder espaciar a tus hijos y decidir cuándo, sino que te permite tener un mejor disfrute de tu vida sexual ¿cómo? no vas a estar con que no me ha bajado y ya se me atrasó dos días ¿Y si me vuelvo a embarazar? entonces, yo creo que eso es algo que pocas veces resaltamos a la paciente, que tener un método te va a permitir tener una vida sexual plena, sin estrés, sin preocupaciones (8OESH39).

### Ejemplo 6:

A mí me gusta mucho hablar de las relaciones sexuales, de que tiene que ser placentera, porque te dicen 'me cuida mi marido' '¿cómo te cuida?' 'pues, me cuida'. Y yo sí les digo 'mira mi amor, eso les hace daño. Eso no es bueno. El coito interrumpido, no, no es bueno' ¿me entiendes? Pero, no a todas les hablo de lo mismo, a las que veo así (se encogió de hombros y miró hacia abajo como representando sumisión), a las que veo que creen que esa es la felicidad, que eso es lo normal y ¡no! Entonces yo les hago ver. No las regaño. Es un momento muy vulnerable. Vienen aquí, acaban de tener un bebé, están enamoradas. No las puedes regañar 'oye, que ¿cómo crees, que el coito? ¡no! Tiene que ser de 'Oye no, es así mi amor, sí vas a poder tener relaciones después...' y me dicen 'no, nunca vuelvo a tener' 'sí, sí vas a tener'. Casi casi se ríen. Y cuando viene el marido y dice 'cómo que no, sí me encanta'. Y entonces ya les dicen. Por eso a mí me gusta trabajar en pareja. sí, me gusta, me gusta (15AMF36).

El entender a la sexualidad como parte importante en la toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos y las prácticas de autocuidado se debe considerar un avance. Cabe mencionar que el personal que expresó entender esto poseen un perfil de mayor experiencia no solo en la consejería sino también en el primer nivel de atención y por lo general personal menor de 40 años. Pese a que la sexualidad se ha ido incorporando como tema en la consejería de métodos, resulta revelador que, por lo general, es un discurso que va acompañado de un reforzamiento de estereotipos de género, como el que la mujer es el principal pilar de cuidado de la salud o que es ella la responsable de la maternidad.

### Ejemplo 7:

Usualmente, lo que yo hago, es que me dirijo al esposo, porque la mayoría de las pacientes, por ejemplo, siempre voltean a ver al hombre, eso es algo que si la pareja está ahí cuando les dices ¿Con qué se van a cuidar? lo voltean a ver. Entonces algo que yo he tratado es de enfocar mis recomendaciones a convencer al varón de porque es importante que decidan planificar ¿No? Por ejemplo, algo que les digo y está sustentado en la literatura, es que muchas pacientes dicen, 'que mi marido me cuida'. Eso es un coito interrumpido, yo siempre les hago la recomendación, que enfocado en su salud sexual, les digo, bueno, coito interrumpido a largo plazo también se sabe que puede producir eyaculación precoz o disfunción en el varón porque no disfrutas la vida sexual, la relación sexual, porque estas con la tensión de

no eyacular y también así hacerles un poquito responsables en el sentido de que 'bueno, tu esposa ya tuvo tres hijos, un cuarto hijo implica que le puede dar diabetes, que le puede dar hipertensión, que hay mayor riesgo que tu familiar pueda tener una comorbilidad grave durante el embarazo ¿Y qué va a pasar por ejemplo si te quedas sin tu esposa, quién va a cuidar a tus hijos?' y también trato de empoderar un poco a la mujer diciéndole 'bueno, ya tienes hijos ahora tienes que pensar en ti porque tú los tienes que cuidar, tú eres la responsable de esos niños, ellos no decidieron venir, tú tienes que cuidar de ti, para que puedas cuidar de ellos tienes que cuidarte tú como mujer (8OEsH39).

Personas con perfiles similares que habían tenido mayor experiencia en la consejería sobre métodos anticonceptivos, también hicieron mucho hincapié en la necesidad de reforzar la información otorgada a los pacientes como medida para contrarrestar la renuencia. Los participantes expresaron que el reforzamiento era una característica de una buena consejería. Al mismo tiempo, estas personas expresaron que no eran muchos los adeptos de estos métodos, puesto que se compartía la sensación de estar perdiendo el tiempo con las personas que, se asumía, darían una negativa. Además, se explicó que tiempo atrás se había anulado la posibilidad del reforzamiento: "nos prohibieron dar doble consejería. Así fue la instrucción: 'si dijo que 'no' en la mañana, en la tarde ya no se debe entrar con la paciente. Olvídate de volver a hablar con ella' Y ahí nos venían a revisar que no estuviéramos repitiendo con la misma paciente". Pese a que dicha instrucción ya no era válida y habían acontecido ciertos cambios, en el personal quedó arraigado el hacer equivalente al reforzamiento con la insistencia y la falta de respeto al paciente.

Finalmente, es de resaltar que, con excepción de algunas de las consejerías observadas, la mayoría de las veces en las que la paciente no estaba de acuerdo con alguna recomendación, el personal sanitario mostró poca disposición a una interlocución horizontal. Se enfatizaba en el hecho de que la ciencia era la que avalaba la postura médica. Tal fue el caso de una señora a la que se le recomendaba adoptar un método distinto a la OTB y ella no lo aceptó. Con lenguaje técnico y exponiendo todos los riesgos de manera gráfica se le trató de persuadir, pero ella deseaba un método definitivo y su marido no accedía a someterse a la vasectomía.

### *Aplicación de criterios de elegibilidad*

En cuanto a los criterios de elegibilidad, se estipula en los documentos que rigen la operatividad y la normatividad vigente, que el personal debe basar la entrega de los servicios tomando en cuenta solo la valoración del riesgo reproductivo: edad, estado civil, número de embarazos, número de nacimientos, número de hijos vivos y considerando, junto con la paciente, si es adecuada su elección. También deberá proporcionar, o buscar ayuda en caso de requerir apoyo emocional.

Esto se traduce en muchas ocasiones en que los criterios de calidad y elegibilidad no se basan en los estándares de DDHH, ni en la normatividad vigente. Dado que se concibe que la consejería extensa sobre métodos de PF corresponden a primer nivel, muchas veces, si no se cuenta con espacios, con insumos o la mujer decidió un medicamento que necesita de citas subsecuentes se indica a la mujer que deberá acudir a su clínica de primer nivel de atención con una hoja de referencia sin que el personal de segundo nivel tenga los mecanismos para darle seguimiento a sus pacientes. Asimismo, se decide quiénes y por qué pueden utilizar un método u otro.

#### **Ejemplo 1**

**Entrevistador:** ¿Alguna vez has visto que se le haya negado un método anticonceptivo a alguna paciente?

**13RMF29:** Solamente cuando no hay. O sea, por ejemplo, que quieran inyecciones y no hay, y es 'ahorita no hay pero te puedo ofrecer otro método' y es 'no, quiero inyecciones o no quiero nada' o pacientes muy pequeñas, en pacientes de 14-15 años que bueno, ya tienen dos, tres bebés y se quieren ligar y a veces ni los papás, ni algunos médicos quieren hacerlo.

**Entrevistador:** ¿Por qué crees que esos médicos no quieren hacerlo?

**13RMF29:** Por la edad la edad de la paciente

**Entrevistador:** ¿Es peligroso?

**13RMF29:** no, no para nada

**Entrevistador:** ¿Entonces en qué afecta la edad?

**13RMF29:** Pues se considera que están muy pequeñas para tomar una decisión tan importante

Pese a que en una paciente se hallaran presentes otras circunstancias como el número de hijos, la edad resultó un criterio de mucho peso a la hora de recomendar u otorgar un método. Fueron recurrentes las circunstancias en las que se tomaba en cuenta este elemento, incluso para otorgar la información a la paciente. Si la paciente era muy joven, por lo general, se decidía sin ni siquiera ofertar la OTB. Como se observa en el ejemplo 1, ello no es porque sea un criterio médico adverso sino porque se considera que la consultante pudiera arrepentirse de interrumpir definitivamente su vida reproductiva.

En una de las entrevistas pareció evidente que uno de los criterios para ofertar ciertos métodos no dependía de los estándares que se presentan en las guías de práctica clínica, en los documentos de los lineamientos y en la normatividad, sino que se respondía a criterios administrativos. Los implantes, dado que es un insumo escaso y muy demandado, se reservan para las adolescentes que han tenido únicamente un evento obstétrico, restringiendo esa opción al resto, fuera o no más conveniente para la consultante.

## Ejemplo 2

Tenía un criterio propio 'solo dales implantes a las menores de edad, solo a las adolescentes, ¡ah! Y que tengan solo un hijo'. Ese fue un criterio arbitrario que no sabes cómo lloraba y lo peleé. Y te voy a decir una cosa: yo llegaba aquí y empezaba a poner implantes. Claro, en obsesas no lo hacía, pero yo sabía que iba a ocasionar la obesidad y otros factores otras enfermedades. pero yo ¿a tienes dos hijos y treinta años? claro que sí te lo pongo, claro que sí. tienes 20, 25, 30 años, claro que sí. No hay una contraindicación oficial que te diga nada, al contrario. Pero aquí tenían su criterio de 'si tienes un hijo sí, nada más, y eres adolescente. Si no, no tengo y no tengo y no tengo y no te lo doy'. Tú puedes ver la información de ella. Y aquí en el número de gestas te va a aparecer puro 1 hijo, 1 hijo, 1 hijo, así sí les pone el implante si no, no y a las demás no había método o las inyectaba" (15AMF36).

El personal de salud oferta métodos distintos a las consultantes según las características que estas últimas portan.

## Ejemplo 3

**8OEsH39:** Otra cuestión es el nivel sociocultural. No es lo mismo un paciente que tiene un nivel educativo medio alto a la que no terminó la primaria.

**entrevistadora:** ¿En qué sentido para ti?

**8OEsH39:** Porque muchas veces es muy difícil que entiendan los beneficios, que entiendan cómo se usa. A veces pasa que le tienes que explicar dos, tres, cuatro veces como tomar una pastilla. Entonces es muy complicado, mientras más elaborado sea el método más complicado es que lo entiendan. Hay métodos muy buenos, como el método del ritmo, el método de la temperatura vaginal. Si tú los combinas, tiene una eficacia del 97% de índice de efectividad. Son buenísimos sin meterse hormonas. Pero, es algo muy difícil de entender, tienen que graficar sus ciclos, tomarse la temperatura todos los días, checar el moco, la temperatura nasal, es muy complicado para una mujer que no tiene un nivel sociocultural medio alto.

### Ejemplo 3

Yo eso es lo primero que suelo decirles a mis pacientes, '¿el mejor método?'. siempre te preguntan '¿Qué me recomienda doctora? ¿Doctora cuál es el mejor método?' Yo siempre le contesto, 'el mejor método para ti es el que más se apegue a tu estilo de vida, porque si no eres una persona que tenga la minuciosidad de tomar sus medicamentos todos los días más o menos a la misma hora, pues no te va a funcionar las pastillas. Si eres una persona, por ejemplo, que no hace ejercicio, que no se cuida, pues tienes que saber que el implante va a hacer que aumentes de peso'. Entonces yo siempre les hago mucho hincapié, que todo el tiempo debe tener la facilidad para ellas, porque un porcentaje muy elevado cuando dicen 'no funcionó el método' es porque se les olvidan las pastillas (16AMF42).

### *Estándares de calidad*

La calidad de la atención, como se mencionó en el apartado de *antecedentes*, ha sido estudiada en los servicios de SSR, incluyendo la PF, desde una perspectiva gerencial y organizacional. El objetivo central de esta es hacer más eficientes los recursos y aumentar la productividad. Anterior a la década de los noventa, en México la calidad en los servicios médicos se concebía y evaluaba dentro de este marco. Aun cuando en lo operativo sigue predominando esta visión, las discusiones y definiciones sobre SSR obligaron a las instituciones a considerar e integrar una perspectiva basada en derechos que priorizara la salud de los más vulnerables, que incluyera un enfoque de género, que cuidara la seguridad de los usuarios, pero también su dignidad (Castro, 2008: 77). Algunos de los estándares de calidad son elementos que escapan del control del personal hospitalario e involucran a otras áreas de los sistemas de salud. Entre los que se encuentran las capacitaciones, evaluaciones, provisión de insumos, provisión de espacios, coordinación de áreas.

En los documentos que contienen los lineamientos de la operatividad de la APEO (SS, 2002), se plantea que todos sus servicios deben presentarse con estricto apego a la normatividad y dirigido a la búsqueda de satisfacción de los pacientes. Constantemente se enfatiza que la formación del personal de salud en los temas técnicos, pero también las competencias interpersonales son la principal preocupación y reto para lograr cierta efectividad en la estrategia. Incluso se dedica un apartado a *la formación y actualización de los recursos humanos*. El documento expone que las capacitaciones, talleres, diplomados - entre otros- son los mecanismos que ayudarán al desarrollo de dichas competencias y que por ello deben ser continuos y constantes.

En contraste, lo que se encontró durante el periodo de trabajo de campo fue que una de las barreras más importantes percibidas por los proveedores es precisamente la carencia de capacitación, acompañamiento y seguimiento de los distintos órdenes del Estado en los procesos que involucran servicios de SSR. En la mayoría de las entrevistas, se manifestó no conocer en profundidad los lineamientos del programa de PF, y mucho menos su vinculación con los DDHH. La mayoría expresó que su operatividad estaba basada en el aprendizaje empírico.

### Ejemplo 1

**Entrevistador:** ¿Cuántas veces has tenido capacitaciones, cursos, talleres de sensibilización con temas como DDHH, enfoque de género, enfoque intercultural?

**14RMH28:** Ninguna. (ríe) He tenido de informativos, sobre documentación que informa sobre métodos de planificación familiar. eso hace como un año y medio. Y nada más.

### Ejemplo 2

Mire le voy a poner un ejemplo relacionado que se daba con la atención prenatal cuando fui médico de primer nivel, me acuerdo de que nos las pasábamos en capacitación, capacitación, capacitación. Ahora nos hemos visto muy limitados por la cantidad de acciones que tiene que realizar el personal de salud. (3GMH49)

### Ejemplo 3

**Entrevistador:** ¿En todo el tiempo que has sido médico cuántas veces has recibido capacitaciones de derechos humanos, enfoque de género, enfoque intercultural?

**11RMH29:** Nunca

**entrevistador:** ¿Nunca has oído nada de derechos humanos, no te ha tocado alguna capacitación, sensibilización, taller, sobre derecho de los pacientes, de eso?

**11RMH29:** No, hasta donde recuerdo no.

**Entrevistador:** ¿Entonces no sabe más bien cuales son los derechos de los pacientes como tal?

**11RMH29:** O sea, a lo mejor basado en lo que dice el reglamento o lo que dice el reglamento no, tengo conocimientos de algunos porque todo el tiempo he estado en hospitales pero, existen más, cuando entramos a la residencia nos dan un pequeño resumen escrito, de cuáles son los derechos de los pacientes, lo que he leído en internet, lo que he escuchado en los medios de comunicación, pues prácticamente eso, pero un curso, un taller o algo no.

Pocos entrevistados pudieron definir claramente la diferencia entre salud sexual y reproductiva. Ninguno mencionó cuáles eran los lineamientos de la APEO o cómo podría garantizarse un servicio con apego a DDHH. Muchos se sintieron avergonzados por no poder mencionarlos. Incluso algunos, por lo general, los de mayor edad, expresaron que los DDHH son una moda que no responde a criterios médicos. Es decir, que se contraponen con su práctica y su criterio profesional.

### Ejemplo 1:

**Entrevistador:** ¿Pero usted tiene claros los derechos del paciente, los derechos humanos, ¿qué debe hacer, etc.?

**9EsH62:** Si

**Entrevistador:** ¿Qué barreras encontraría en poder cumplir con esos derechos?

**9EsH62:** A eso voy, por ejemplo, se puso de moda. Querían que las pacientes en trabajo de parto tuvieran un acompañante, ¡eso es utópico! porque nuestro espacio no está diseñado para eso, la infraestructura no lo permite. Entonces, en la teoría los cursos y capacitaciones que dan son muy bonitas y todo, pero aterrizarlas en el hospital, en el área de la atención, es una limitante la falta de personal, la falta de infraestructura, y el tiempo que tienes para cada paciente.

En este mismo sentido un elemento más de gran importancia es que el personal de salud considera que el consentimiento informado se reduce a la firma de un documento y no se identifica como el proceso inseparable de otorgar una información completa, integral y de

manera respetuosa y que el documento es solo la constatación documental de dicho proceso.

Otro aspecto relacionado con calidad es la capacidad instalada de los servicios en los que el personal tiene que operar. La queja ante las carencias de infraestructura, personal e insumos fue unánime, incluso desde los directivos y el personal gerencial. Todo el personal operativo entrevistado expresó su inconformidad pues anteriormente se contaba con un área para realizar OTB, sin embargo, esta área se otorgó a otra especialidad y la oferta de métodos definitivos para mujeres se ha reducido.

También la privacidad es un aspecto que se cuida poco. En el área de tococirugía el espacio que tiene el personal para realizar su trabajo administrativo es contiguo y sin separación a la sala de labor de parto previo a la tococirugía. Lo anterior, en cuanto a lo que se refiera a infraestructura, pero en general, la privacidad de las pacientes no se cuida con particular empeño. Durante la observación de la consulta se permitió que la investigadora (MWS) pasara a ver durante dos días las consultas sin que se le solicitara el permiso a los consultantes. Esto es violatorio, si se consideran las recomendaciones de DDHH.

La coordinación entre áreas y niveles es otro de los aspectos que los entrevistados expresaron. En el relato de quienes han transcurrido mayor tiempo en el hospital manifiesten que la antigüedad y las alianzas con jefes pueden alterar la estructura formal de la jerarquía. La familiaridad y el conocimiento de personas y dinámicas informales les pueden otorgar *de facto* una mejor posición o mayor poder a alguien con una responsabilidad formal menor. Por ejemplo, algunas auxiliares que mantenían una relación muy estrecha con quienes son responsables de la jefatura. Lo anterior, se reflejaba también en acceso a información, permisos, apoyo de decisiones sobre los criterios para otorgar algún servicio y muchas veces el control de los insumos.

Esto último, sin duda resulta en una barrera que muchas veces impide que algún personaje con un rol y una responsabilidad específica pueda desempeñar su trabajo conforme con lo establecido en los lineamientos. También que, pese a que alguien posea las competencias técnicas necesarias, el conocimiento y la experiencia, su margen de acción y toma de decisión puede verse limitada o bloqueada si se tiene un desencuentro en

criterios con alguien que lleva más tiempo en el hospital y tiene la relación más estrecha con alguien de mayor jerarquía:

### Ejemplo 1.

Hay que usar el criterio riesgo beneficio y no le hace daño. En los criterios que tenemos, no le hace daño. Y si le hace un poco de daño, le va a hacer menos daño que otro embarazo mañana, pero bueno, a eso vamos a esos criterios. Y yo le dije (al colega que tenía mayor jerarquía) 'es de una localidad donde solo hay una caravana', 'sí, no, no, no, no, pero a mí me dijo la jefatura que a ti te dijera que te pongas a leer libros' 'No, es que tengo un criterio de elegibilidad que no solo tiene que ver con criterios médicos' 'Olvidalo, la OMS no sirve y tu disquito ese de elegibilidad, no sirve'. Le dije 'es mi herramienta de trabajo' 'no, no, no olvídate de eso y ponte a leer otras cosas. Te voy a pasar no sé qué y no sé qué y no sé qué' Le dije 'OK'. Fue terrible, no hubo el apoyo médico de los mismos compañeros '¿Por qué dejarse influenciar por alguien que no tiene el conocimiento?' (16AMF42).

En las distintas entrevistas a los diferentes niveles de los servicios de salud no se encontró ningún método específico de queja o mecanismos para poder expresar alguna inquietud o duda o similar. Los pacientes deben acudir a la Comisión Estatal de Derechos Humanos o a la mesa directiva. Otra alternativa que tienen es acudir directamente a los departamentos de calidad y anteponer una queja. No obstante, en ninguno de los niveles administrativos o del personal con que se tuvo contacto se tuvo un dato preciso de las estadísticas y causas de alguna queja.

Como se puede observar, muchas barreras surgen de las condiciones institucionales en las que el personal de salud debe realizar su quehacer profesional, otras tantas emergen de la formación profesional que tiene el personal de salud dentro de los valores, mecanismos y conocimientos que caracterizan al campo médico. Asimismo, muchas otras, provienen de conocimientos incompletos, inadecuados o nulos sobre procedimientos, tratamientos, lineamientos y criterios. A esto se suman las características y posibilidades individuales que tiene el personal de salud, por valoraciones morales, éticas que incluso algunas se oponen a los que una aplicación del conocimiento médico exige. Además, están aquellas que responden a una profunda incomprensión sobre las características y el contexto del que

proviene las consultantes. Cabe mencionar, que la experiencia del personal de salud refleja divergencias entre cómo asumen el compromiso o implementa estrategias para la provisión de los servicios.

#### Áreas de oportunidad

En definitiva, es importante mencionar que el personal de salud a veces se siente abandonado en su labor. Los entrevistados expresaron en múltiples ocasiones que cada vez se les exige más tanto en la carga administrativa como en el trato hacia los pacientes sin antes equiparlos con los insumos y conocimientos adecuados. El siguiente testimonio da cuenta de ello:

Se sigue siendo la carne de cañón, el operativo. Estamos muy estigmatizados, porque por ejemplo cuando se empezó a formular esta ley de violencia obstétrica que nos hicieron doblar la píldora diciendo qué cosas y que no exactamente, nosotros no estamos en contra, pero denos todo lo necesario para poder trabajar como tenemos que trabajar. O sea a mi como profesional de la salud y como mujer, me siento muy frustrada cuando viene una mujer que ya tuvo una pérdida y que la tienes que poner a un parto y sacar a su bebé que ya se murió dentro de su vientre y que no pueda estar con su familiar, y está sola, y está viendo a la otra con su bebé que está llorando, entonces a mí se me hace horrible, y no es que no sepamos o no queramos brindar esa atención, pero no hay dónde, no es que no sepamos cómo hacer las cosas y que no que las queramos hacer (8OEsH39).

Por lo anterior, resultó de suma importancia en esta investigación las aportaciones que, desde lo operativo, se consideran importantes para mejorar los servicios. A todo el personal se le preguntaron las áreas de oportunidad que percibían. Así como en el último testimonio se señala muchos otros consideraron que las condiciones de espacio, tiempo, insumos y personal eran indispensables para una mejora. Por ejemplo, todos sin excepción mencionaron la dificultad de poder brindar un método definitivo puesto que no se cuenta con los espacios suficientes.

Asimismo, una opinión generalizada fue que se debían fortalecer las estrategias de primer nivel de atención con el objetivo de que las pacientes que acudan al hospital contaran con mayor conocimiento sobre las ventajas y desventajas que se le presentan con cada uno de los métodos. Por otro lado, quienes se plantearon los desafíos en su espacio de trabajo

propusieron que fuera en el área de tococirugía, en donde se da el primer contacto con la consultante, en donde se diera la consejería con personal sensible y bilingüe para elegir desde ese momento el método anticonceptivo más adecuado. Muchos expusieron que la oferta después de concluido el evento obstétrico no es adecuado pues es en donde las mujeres se encuentran más vulnerables y con una serie de preocupaciones extras.

Cuando se les preguntó cuál es el perfil adecuado para esta oferta, si bien, muchos se enfocaron en el conocimiento técnico sobre ginecología, algunos manifestaron como indispensable un personal específico que tuviera competencias interpersonales de sensibilidad y empatía. Incluso uno planteó como necesario personal de psicología o afín que pudiera manejar de mejor forma la comunicación con las consultantes y sus parejas.

Finalmente, personal de ginecología expresó que sería fundamental para la mejora de calidad en el servicio comenzar a concebir que los especialistas no solo se dedican a atender cesáreas y partos, sino que esa especialidad debe enfocarse en todo lo relacionado con la mujer. Por lo anterior que todo el personal de gineco-obstetricia debería formarse en los temas relacionados con PF:

Pienso que se tiene la idea que gineco-obstetricia está sólo para atender partos. Yo nunca he estado de acuerdo que se haga a un lado todo lo relacionado con planificación. Pero ese subprograma de APEO se nos mantiene muy limitados. Entonces si tenemos en la consulta pacientes que requieren algún un método, no, no podemos apoyarnos en el programa de APEO, no los podemos mandar aquí para que les pongan un dispositivo, implante, porque sólo es para APEO, que es eventos obstétricos. Entonces, nosotros perdemos a una paciente, perdemos ese seguimiento y ese registro. O sea, ni idea de cómo están llevando las pacientes su control y eso yo siento que es una situación que nos hace perder el control porque sólo estamos siendo receptores de pacientes complicadas. Y la paciente complicada se va a volver a embarazar, entonces si es verdad que intervenir en ese punto es bueno, pero lo ideal sería que sea en todos los puntos de la atención (4GEsF45).

Esto último deja en evidencia que el personal tiene conocimiento sobre muchas de las áreas que podrían tener mejora para aprovechar con oportunidad la presencia de las pacientes. También al enfatizar en un tipo de perfil o profesión para dar una atención adecuada y sensible, algunos de los entrevistados reconocen sus limitaciones. Sin embargo, las herramientas con las que cuentan son escasas y la conciencia sobre las competencias interpersonales, sobre las limitaciones de su profesión continúan develadas por un discurso

de conocimiento médico y que sigue apoyándose sobre todo en las características de la población, identificadas como la mayor dificultad.

## 7. DISCUSIÓN

### 7.1 La importancia de la perspectiva del personal de salud. El aporte de la metodología cualitativa

Resulta complejo entender la magnitud de las violaciones a los DDHH que se comenten en los servicios de la APEO. Como se mostró en el apartado de *resultados* no hay un sistema transparente que permita contabilizar cuántas veces y en qué momentos se niega o se impone un método anticonceptivo a las pacientes. Dado que el registro de las quejas y violaciones en estos servicios es poco claro y de alta complejidad, aquí se defiende que para comprenderlo a cabalidad un abordaje cualitativo suele ser de utilidad ya que, como se muestra a lo largo del documento, es capaz de captar en profundidad las interacciones y significados que los actores involucrados ponen en juego día a día dentro de este tipo de servicios de salud. Recordemos que el trabajo etnográfico no busca la comprobación de hipótesis. Lo que se logró fue reconstruir qué significados se atribuyen a los espacios del hospital, las secuencias en una consulta, las etapas de la APEO y la relación con las consultantes. Asimismo, cómo las acciones de la estrategia, la organización institucional y los lugares en los que ocurren, estructuran las formas en las que se ofertan este tipo de servicios.

La identificación de las barreras expuestas permite afirmar que frecuentemente se realizan actos contrarios a lo que se espera desde el marco de DDHH de los servicios de SSR. Cabe aclarar que no se interpreta como mala voluntad del personal de salud, puesto que como se expuso en el apartado anterior, la mayoría desconoce cuáles son los estándares que se apegan a los DDHH. Por ejemplo, en el análisis sobre los criterios de elegibilidad los datos en su conjunto muestran un patrón que se aplica sistemáticamente como una especie de castigo, ante lo que el personal de salud considera un comportamiento sexual y reproductivo inadecuado o inaceptable. Es claro, que no estamos ante criterios arbitrarios que se aplican de manera individual, sino que existe un orden, una motivación subyacente y un aval de las autoridades superiores. Se utiliza de forma normalizada la conducta reproductiva de las usuarias como filtro para la administración y aplicación

eficiente, más no equitativa, de los recursos. Así, si no es adolescente y tiene más de un hijo, una paciente no puede considerar como opción la colocación del implante subdérmico. Esto representa una grave vulneración de los derechos reproductivos y la mayoría de los entrevistados parece no ser consciente de las repercusiones de esto.

Aun cuando otro enfoque metodológico permitiría la demostración de lo anterior, el método etnográfico resulta menos limitado para profundizar en los significados y dinámicas que se anteponen para otorgar servicios con calidez y empatía. Normalmente las barreras que limitan este aspecto no son enunciadas directamente por quienes incurren en dichas prácticas. Como se pudo ver, las veces que se preguntó explícitamente las barreras que identificaban en su labor de oferta de métodos anticonceptivos, automáticamente los entrevistados concentran su atención en las características del paciente. Los atributos del sistema, incluida la formación estrictamente biomédica que tienen, no se hace presente en sus discursos. Esto es muestra de que el personal de salud no es consciente que de haber dificultades estas responden a fallas del sistema y no a defectos de las y los usuarios, pues son los servicios – incluido su personal- los que deben adecuarse a las necesidades de la población y no al revés.

En este sentido, también al analizar en profundidad los discursos del personal médico, se halló que tiende a equiparar condiciones estructurales con decisiones personales. La propensión con la que esto se lleva a cabo limita la comprensión sobre los riesgos reales y potenciales con los que viven las usuarias. Con los ejemplos mostrados, se puede tener una idea sobre las conductas que el personal de salud reproduce y que impide que se otorguen servicios dignos, que conciben al paciente como un ciudadano con capacidades de decisión, vinculado con su contexto y cuyas condiciones deben ser tomadas en cuenta para recibir atención en salud. De antemano se asumen las capacidades de una usuaria y se abstienen de informar, orientar, resolver dudas. Con lo cual la participación de la consultante se restringe y termina siendo en lugar de una consejería, la imposición de un método que al personal le pareció fácil o conveniente de otorgar o aplicar. Desde una perspectiva de DDHH, se espera lo contrario, es decir, que el personal cuente con las competencias para identificar, integrar y discutir de manera horizontal las ventajas y desventajas de cada paciente.

Este análisis también permitió entender el contexto en el que deben desempeñarse quienes atienden la APEO. A las barreras antes mencionadas se suman las condiciones laborales que afectan la calidad de la atención y escapan de la posibilidad de acción del personal de salud. Como se explicó anteriormente, aquí no interesaba hacer una evaluación de calidad por lo que las carencias, falta de capacitaciones, acompañamiento, insumos o dinámicas de la organización no se corroboraron en sí, sino que lo que interesó fue la percepción que los entrevistados tenían sobre ellas y cómo las experimentan. Los cambios de la estrategia, el desconocimiento de lineamientos, los cotos de poder entre ocupan cargos de mayor estatus y la falta de capacitación resultaron ser los más mencionados en las entrevistas y por lo tanto los elementos más relevantes a considerar como barreras en la adecuada ejecución de los servicios de la APEO.

El reconocimiento y comprensión de las barreras explicadas hasta aquí hubiera sido de mayor complejidad con un método distinto al etnográfico. A continuación, utilizando el cuerpo teórico de Bourdieu (1991) se explicarán cómo dichas barreras se apropian y reproducen subjetivamente y se comparten entre quienes constituyen un actor colectivo: el personal de salud.

## ***7.2 Habitus y campo médico en contraposición con los DDHH***

Recordemos que, como se expuso en el *marco conceptual*, el *campo médico* es un concepto que explica todos los aspectos relacionados con la agenda sanitaria y que abarca a las instituciones y actores de la salud que tiene una posición de poder específica dentro de ese campo. Las instituciones que componen ese campo diseñan, avalan y reproducen los esquemas, prioridades y dinámicas que orientan las prioridades del campo sanitario (Castro, 2014). Castro, considera que dos de las características más importantes de este campo es que es jerárquico y autoritario. Aquí es donde podemos ubicar, no solo al personal sino también a los hospitales y clínicas en las que laboran, las instituciones que los forman y las políticas y programas en los que se delimitan sus acciones.

Cada campo produce algún tipo de *habitus* que alude al sentido práctico que ejercen los individuos, como agentes activos, resultado de la incorporación de las estructuras

sociales que se refieren a la ubicación dentro de las relaciones de poder que se conciben y se concretan en la realidad (Bourdieu, 1991). El *habitus médico* se genera en un proceso de profesionalización que incluye un la enseñanza-aprendizaje teórica y práctica que se circunscribe a contenidos de investigación biológica, bioquímica, genética de la cual se obtienen las competencias para prevenir y atender enfermedades, patologías y procesos orgánicos. Por lo general, es acrítica y se toma lo aprendido como verdades absolutas. Además, que siempre incluye un entrenamiento en dónde el autoritarismo, las jerarquías y la opresión juegan un papel central (Castro, 2014; Menéndez 2003). Jarrillo (2009) quien estudia la ideología profesional de los médicos, ha investigado que, pese a algunas reformas curriculares que han tenido lugar en los últimos años con la intención de hacer más integral la profesionalización médica, lo que tiene mayor peso en la práctica es el proceso de socialización que tienen los estudiantes en el hospital y otros centros de atención en donde se realizan internados, servicio social y residencias. Desde que salen del aula, los estudiantes de áreas médicas, en su formación técnica aprenden las estructuras de la consulta y las intervenciones clínicas, cómo son las secuencias que no deben intercambiarse y cómo está distribuido el poder en esos espacios.

El escenario resulta muy efectivo para socializar que los procesos de salud-enfermedad son relacionadas principalmente con la condición física, con lo relacionado a lo más observable del cuerpo, dejando fuera otras dimensiones. El monopolio de esta “verdad” se reproduce bajo mecanismos sofisticados y violentos que dejan fuera la importancia de otras dimensiones que se entretajan con la salud como las psicológicas, culturales y sociales y que guardan efectos profundos sobre la experiencia, la aparición de las enfermedades, la relación con los factores de riesgo. Menéndez (2003) admite que, aunque los profesionales de la salud conocen de la importancia de los contextos sociales y culturales es normal que sean meramente aspectos anecdóticos para su práctica, dadas las características de su historia profesional, su formación y los espacios laborales.

Quienes han estudiado el *campo médico* señalan que lo caracteriza una estructura poco flexible, jerárquica y autoritaria que, a partir de dispositivos violentos, como el castigo, quienes guardan mayor poder van socializando a quienes están más abajo en la cadena de provisión de conocimiento y servicios (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015). Es decir, un

interno tiene mucho menos poder que un especialista. Estos dispositivos se reproducen no solo entre profesionales, sino que trascienden al modo en el que se proveen los servicios.

El personal de salud en la tarea de la oferta de métodos anticonceptivos activa los esquemas que aprendió al formarse como profesional de la salud, y los antepone a la hora de valorar la situación de cada consultante, mantener una comunicación con esta y decidir qué método conviene más darle. Es innegable que -como lo presentan Salles y Tuirán (1994)- las decisiones en el quehacer profesional de quienes están encargados de la oferta de métodos anticonceptivos, se construyen conectadas con las estructuras de género que diferencian roles y mandatos sociales de acuerdo con el sexo. En contraposición a los acuerdos firmados en el CIDP y los documentos normativos de PF, el personal – como varios de los ejemplos presentados en el capítulo anterior muestran- continúa atribuyendo la responsabilidad del cuidado a la mujer; la participación del hombre en la responsabilidad es limitada incluso por el propio personal; si se le incluye, se hace a partir de presentar el riesgo del no disfrute de su sexualidad o de que ante el fallecimiento de la mujer él tendrá que asumir responsabilidades que se asignan a las mujeres; las violencias de género son naturalizadas y reproducidas por el personal. Dicha violencia se intensifica cuando las condiciones de las consultantes son de carencia material pues se les considera incapaz de tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción.

De modo que, hasta la fecha y pese a los compromisos con DDHH que ha asumido el Estado mexicano, el personal de salud ha servido de manera efectiva para conservar como población objetivo fundamental de las políticas de PF a la mujer incluyendo de manera muy moderada su participación. Como afirman Salles y Tuirán (1994) las instituciones se convierten en moldeadoras de rutinas y percepciones, el Estado a través de ellas y los servicios que otorgan, influyen en la redefinición cultural del papel de la sexualidad y la reproducción en la vida de los individuos y de la sociedad. Así, sin saberlo, el personal de salud participa en la reproducción de un sistema que mantiene a la población, y particularmente a las mujeres, despojadas de su plena libertad para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva y que finalmente se suma a los retos para transformar las necesidades insatisfechas y alcanzar la agenda de derechos sexuales y reproductivos.

Las condiciones estructurales que se han presentado aquí parecieran determinantes e inamovibles. Pero a los servicios de salud, el personal lleva su edad, su experiencia, su clase, sus conocimientos, su profesión, su pertenencia étnica y sus creencias. La virtud del concepto de *habitus* radica en que el sentido práctico no es homogéneo entre los individuos que comparten esos mismos esquemas, sino que existe un margen de acción que cada individuo puede ejercer desde su subjetividad y a su vez ir moldeando a las instituciones.

### 7.3 Mejorar los servicios de la APEO

Ruelas y Querol (1994) afirman que las verdaderas inequidades en el sistema mexicano de salud no se dan tanto en la cobertura de los servicios sino en la calidad de la atención que resulta una dimensión fundamental de los DDHH para el entendimiento de los sistemas de salud actuales. Es sabido que los avances en el reconocimiento de los derechos, en el discurso, en el diseño de políticas y en la construcción de normativas, no se da a la misma velocidad que en lo empírico, en lo operativo. Trascender a la operatividad ha sido un reto importante en un país como México.

Específicamente, en los servicios de SSR, resulta un tema de relevancia central dado que ha significado una violación al derecho de los usuarios en la relación médico-paciente, sobre todo en los servicios públicos. Hoy en día ya existe una preocupación central en el tema de la violencia obstétrica, sin embargo, las acciones principales han estado orientadas a registrar, evaluar y corregir específicamente lo que sucede en el parto o cesárea. Los retos que tienen lugar en la oferta de métodos anticonceptivos tienen menor atención en la agenda pública.

Agudelo (2009) señala que para el personal de salud los elementos exógenos son los que representan una barrera para su correcto desempeño. Esto se contrapone con lo que los estándares de calidad y la normatividad que señala que son los servicios los que deben acoplarse a las consultantes y no al contrario. Aquí se manifiesta su desconocimiento o falta de comprensión sobre el objetivo de los servicios que otorgan. La profesión médica no solo ignora los elementos del fenómeno que exceden al ámbito biomédico sino también los

objetivos y lineamientos de los servicios en los que laboran. La formación no contempla este ámbito.

No obstante, haber estudiado la perspectiva del personal sanitario permitió también el registro y análisis de elementos que el personal mismo expresó con respecto a la mejora de los servicios. Como ya lo han mencionado otras investigaciones el proceso de profesionalización resulta central para que cambiar las barreras que impiden que el personal de salud otorgue servicios con apego a DDHH. Si bien, se han realizado algunas reformas a los planes de estudio, es importante que el concepto de salud se amplíe como objeto de profesión entre quienes trabajan en salud. Este debe ser menos autoritario, menos violento y jerárquico. El personal de salud, por lo general, cuando se topa ante una barrera para poder otorgar los servicios, no dimensiona los perjuicios en los que puede estar contribuyendo para la vida de sus consultantes.

Es importante señalar que la autoridad no necesariamente se ejerce bajo un esquema de evidencias científicas, pero sí desplegando unas dinámicas asimétricas que se presentan como más válidas que las presentadas por las pacientes. Así, muchos de los criterios que se aplican para otorgar un método u otro responden más a cuestiones administrativas o económicas.

Los entrevistados que tenían más experiencia con otros niveles de atención y de prevención lograron exponer sus conocimientos sobre la atención centrada en los usuarios; en mejorar los sistemas de información; los mecanismos de referencia y contrarreferencia; los mecanismos de seguimiento; el reforzamiento de la consejería; los lugares y momentos de oportunidad para informar a los usuarios; la solicitud del número y contenido de las capacitaciones; el perfil del personal que debe atender APEO, entre otras. Lamentablemente, en reiteradas ocasiones se vieron limitados en su ejercicio profesional, su iniciativa fue bloqueada, devaluada y la persona maltratada por representar una amenaza a la inflexible estructura jerárquica que se maneja en el campo médico.

Para poder llegar a los estándares de DDHH que se esperan en los servicios de PF, estas experiencias resultan invaluable. Es a partir de ellas que se deben generar indicadores más reales y evaluarlos. Se defiende, entonces, aquí que las investigaciones sobre gestión de servicios de salud deben utilizar en mayor medida la perspectiva de las

ciencias sociales puesto que permite la exploración continua de la experiencia empírica y cotidiana, que Donabedian consideró como fundamental para extraer los juicios que se comparten, se contraponen, los que funcionan y los que son inviables en la mejora de los servicios de salud.

Como se reconoce en el modelo de atención de Ruales, en la actualidad se busca un enfoque basado en la persona, para lo cual el personal médico debe conocer las condiciones reales y los problemas potenciales con los que se enfrentan los consultantes. Para ello, es cardinal el conocimiento y comprensión sobre el perfil demográfico, lugar de procedencia, etnicidad, posibles problemas de salud mental, y otros elementos para comprender las barreras geográficas, socioculturales y económicas a las que se enfrenta el paciente para acudir a los servicios y acatar lo que el personal le indica. Esto le permitiría otorgar una consulta más humanizada y realista.

## VII. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio se suman a una abundante bibliografía que muestra cómo la atención médica de la reproducción humana es un espacio en el que se propagan dinámicas de desigualdad, discriminación y autoritarismo que se alejan de los acuerdos que con apego a DDHH, como sociedad hemos decidido lograr.

Para ello en esta tesis se defiende que es de primordial importancia comprender a todos los actores involucrados en la atención médica y el personal de salud ha sido poco explorado. Se mostró a lo largo del documento que pese a los esfuerzos aun limitados que se han puesto en marcha para expandir la formación de los profesionales en salud hay muchas áreas de oportunidad aún en las cuales se podría mejorar el quehacer profesional del personal de salud.

La SSR resulta un ámbito excepcional para demostrar lo complejo de la atención médica. Como se explicó en el marco conceptual, en la sexualidad y la reproducción se genera una intersección entre los procesos biológicos y los socioculturales. La sexualidad y la reproducción son definidas de manera heterogénea entre los distintos grupos humanos por sus prácticas, creencias y condiciones materiales se vinculan con aspectos tan amplios como de pareja, familiares, comunitarios e incluso demográficos atravesados por categorías de clase, de raza, de género, temas económicos y religiosos. El personal de salud debe ser suficientemente capaz y sensible para identificar los elementos que debe incluir en una adecuada consejería y oferta de algún método anticonceptivo para poder garantizar que los servicios se apegan a los acuerdos con los DDHH.

A partir del estudio etnográfico, se mostró que al abordar temas sobre sexualidad y reproducción el personal constriñe su discurso a lo orgánico, a lo biológico, a lo científico. Sin embargo, omitir las otras dimensiones que envuelven al fenómeno no las desaparecen de las demandas de atención. El personal diariamente se ve confrontando situaciones incómodas que desconocen cómo identificar, cómo abordar y cómo incluir en su quehacer profesional.

A ello se suma lo que en las anécdotas y en la observación quedó en evidencia, el proceder médico no se limita a una práctica científica pura y objetiva, en la atención médica se involucran aspectos que tienen que ver con los mismos prejuicios de las personas que atienden, los mitos, las dinámicas laborales, las relaciones de poder al interior de la institución, las exigencias administrativas y burocráticas. Todo ello que los afecta, impacta finalmente en la calidad de la consulta y la oferta de los métodos anticonceptivos. Lo anterior se agudiza cuando el individuo carece de experiencia no solo profesional sino personal. Así vimos miembros de la institución que pese a los años que llevaban laborando como especialistas no habían tenido la oportunidad de entender qué es una perspectiva de DDHH, que habían tenido escasa experiencia en primer nivel o que estaban ajenos a los entornos de los cuales provienen las usuarias. Esto por lo general, se traduce en actitudes coercitivas y autoritarias que condicionan la vida reproductiva de las pacientes.

El campo médico y las instituciones que lo componen juegan un rol importante en la perpetuación de estas acciones contrarias a los derechos de las pacientes. El personal médico inmerso en él lo reproduce sin tener consciencia de cómo ejercen violencia. Si bien, otros estudios han documentado la conducta de los profesionales de la salud en este sentido, aquí además se intentó poner el énfasis en las características de cierto personal que intentan, desde una gestión individual, marcar la diferencia, caminar hacia unos servicios con mayor apego a DDHH. Para poder mejorar los servicios de SSR que las instituciones otorgan es de suma importancia identificar, analizar y documentar estas experiencias vividas desde el mismo personal de salud.

Esta investigación tuvo algunas limitaciones. En principio como estudio de caso, las conclusiones aquí expresadas deben de asumirse como adecuadas solo para el hospital en el que se realizó el estudio y en ningún caso concebir que se pueden generalizar a otros hospitales o áreas del país, sin considerar las variables específicas de cada sitio.

Asimismo, no se debe considerar que los discursos emitidos en las entrevistas buscan comprobar unívocamente una verdad, sino más bien comprender lo que experimenta el personal desde su perspectiva y cómo influye eso en los servicios médicos que se otorgan.

Aun cuando en el marco contextual se expusieron algunas cifras con respecto a las quejas que atañen a los servicios de ginecoobstetricia, no se cuenta en el país con registros fidedignos específicamente sobre los servicios de APEO que se no se otorgan. Por lo general, se cuenta únicamente con denuncias cuando el método fue impuesto. No así cuando método se niega. En el país no contamos con algún sistema que registre dichas situaciones.

Se reconoce que los estudios que incluyen las voces de los diferentes actores en una misma investigación podrán arribar a interpretaciones más completas sobre las circunstancias y factores que fungen como facilitadores y barreras de los servicios de APEO.

Los hallazgos sobre las principales barreras permiten entender la carencia de herramientas y estrategias para hacer efectivo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Las estructuras institucionales que forman parte del campo médico son las principales moldeadoras de los agentes y actores que brindan los servicios médicos en el día a día. Es dentro de ellas donde el personal se profesionaliza y adquiere una lógica específica de brindar los servicios. La trascendencia de los prejuicios cometidos durante las intervenciones clínicas y hospitalarias son por lo general ignoradas por el personal y reproducidas de manera cotidiana.

Los resultados discutidos en este trabajo no apuntan a construir juicios de valor sobre el personal médico y los profesionales de salud que laboran otorgando métodos anticonceptivos sino a contribuir a sentar bases críticas y reflexivas sobre las múltiples barreras a las que se enfrentan quienes tienen en sus manos el servicio médico del hospital más importante de la península de Yucatán. Por ello, en este trabajo también se intentó resaltar las propuestas y estrategias individuales que el personal sanitario pone en práctica desde sus posibilidades para mejorar los servicios.

## viii. Bibliografía

- Agudelo, M., 2008, *Caracterización de barreras en planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal: visión de los prestadores de salud*, Tesis, Tijuana B.C, México: Colegio de la Frontera Norte.
- Agudelo, M., 2009, “Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27, 169–176.
- Aparicio, R. 2007, “Necesidades no satisfechas de anticoncepción. Un análisis de la ENSAR 2003”, en Ana María Chávez Galindo, Patricia Uribe Zúñiga y Yolanda Palma Cabrera, *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaria de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 133-143.
- Bourdieu, P. 1991, *El sentido práctico*, Taurus Ediciones, Madrid, España.
- Brachet- Márquez, V, 1984, “El proceso social en la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México” en *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, vol. II, núm. 5, mayo-diciembre, 1984.
- Camarena, R.M. y Lerner, S., 2008, “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: Mitos y realidades en el México rural”, Dans: S. Lerner et I. Szasz (coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo I. El Colegio de México, México.
- Castro, R, 2010, “*Habitus* médico y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México” en *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. UNAM, México.
- Castro, R. y M. Villanueva, 2018, “Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica” en *Estudios Sociológicos XXXVI*: 108, 2018. El Colegio de México, México.
- Castro, R. y J. Erviti, 2015, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. UNAM, Cuernavaca, México.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2017, *Análisis de la queja médica en el servicio de Ginecología y obstetricia* disponible en [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4\\_Gineco-obstetricia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4_Gineco-obstetricia.pdf) (consulta marzo, 2019).

- Consejo Nacional de Población, 2016, *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, República Mexicana*, CONAPO: México, D.F.
- Cruz, M.P., 2015, "Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de servicios" *Revista Estudios de Género.*, núm. 42, julio-diciembre de 2015, pp. 7-45
- Fajardo-Dolci *et.al*, 2017, "Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud" en *Salud Pública*, vol. 57, no. 2, marzo-abril de 2017.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en México (UNFPA México). [Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994 El Cairo, Egipto, 5–13 de septiembre](http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php) (En: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>) (consulta septiembre, 2018).
- Frenk, J., *et. al.*, 1991, "Elementos para una teoría de la transición en salud" en *Salud Pública de México*, vol. 33, Núm. 5, (1991).
- Freythuth, G., 2016, "Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México" en *Revista Conamed*, vol. 21, núm 1, enero-marzo, 2016.
- Galdon Silva, S., 2013, "La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva". *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* 30, Lima, julio, 2013. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014), (consulta, 11 noviembre 2018).
- Gavin, L., *et. al.*, 2014, "Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs" en *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 63, no. 4, 2014, disponible en [www.jstor.org/stable/24832591](http://www.jstor.org/stable/24832591), (consultado en enero 2019).
- Gómez Dantés, O., *et. al.* 2008 "Sistema de salud de México" en *Salud Pública*. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017)
- Grol R, W., 2005 "Characteristics of successful innovations". En: Grol R, Wensing M, Eccles M, editores. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 60-70.
- Grundeld, M. y D. Palomo, 2012 "Epidemiología, gestión y políticas en el campo de la salud" en *Archivos de Medicina familiar y general*, Argentina Col. 9, no 1 2012.

- Guber, R., 2001, *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, Grupo editorial Norma,
- Hirmas, M., et. al. 2013, “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(3):223–9.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015, “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014”, <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/> (consultado en mayo 2018).
- Jarillo, E., 2009, “La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional”, *UNM Digital Repository*, University of New Mexico, disponible en [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_cucs\\_es/50](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/50) (consulta, febrero 2019).
- Knoblauch, H., 2005, “Focused Ethnography”, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), Art. 44,
- Langer, A. 2002. “El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe”, *Rev Salud Publica/Pan AM J Public Health* 11(3).
- Lerner, S. y Szasz, I., 2013, “Necesidades y derechos en salud reproductiva. Elementos para considerar en una legislación actualizada” en Valdés, L.M., *Hacia una nueva Ley General de Población*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, pp. 47-68.
- Lerner, S., y Szasz, I., (coords.), 2008, *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México.
- Lerner, S. y Szasz, I., (coords.) 2000, “Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales, México” en *REGIÓN Y SOCIEDAD / VOL. XII / NO. 19.2000* El Colegio de México, 332 pp.
- López et. al. 2012, “Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante los dilemas bioéticos: Ciudad de México”, en Olvera-García, J. et.al. (coords.), *Bioética: el final de la vida y voluntades anticipadas*, Universidad Autónoma del Estado de México, 147-164 pp.
- Martínez, C. y G. Leal. 2000, “De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la formulación de un programa de la política pública de la salud y seguridad social” en *Gestión y Política Pública*, vol. IX, núm. 2, segundo semestre de 2000.
- Menéndez, E. 2003, “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil

- Menéndez, E., 1992, "Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de Autoatención. Caracteres estructurales", en Campos R. (Comp.) *La antropología Médica en México*, Instituto Mora, UAM, México, 97-114.
- Moscovici, S., 1979, *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Ed. Huemul, Buenos Aires, 1979, 2da. Edición.
- Mwaikambo, L. *et. al.*, 2011, "What works in family planning interventions: A systematic review of the evidence", *Stud Fam Plann*, 2011 Jun;42(2):67-82, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3761067/> (Consultado en noviembre 2018).
- Nigenda, G. *et. al.*, 2013, "Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral", *Gaceta Médica de México*. 2013; 149:555-61.
- OCDE, 2016, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. MÉXICO*.
- Olivares, N., 2010, *Factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos post parto en el Centro de Salud con Camas "Bello Amanecer" Quilalí-Nueva Segovia Enero-Junio 2009*, Tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.
- OMS, 2018, *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, tercera eds. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- OMS, 2013, *Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Una mina de información sobre salud pública mundial*. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- ONU, 2015, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Naciones Unidas, 2015, disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/> (Consulta 15 de junio, 2020).
- ONU, 1994, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Naciones Unidas. Nueva York 1994.
- Ortega J, 2010, *Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en Mayas de Yucatán*. El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.
- Ramos, M., 2015, *Cobertura de planificación familiar postevento obstétrico mediante el programa APEO en pacientes hospitalizados en el HAEV*, Tesis, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

- Roberts A, Noyes J., 2009, "Contraception and women over 40 years of age: mixed-method systematic review". *J Adv Nurs.* 2009;65(6):1155-1170, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04976.x> (Consultado en noviembre, 2018).
- Ruales, J., 2004, "Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 22, núm. 99, marzo, 2004, pp. 33-39.
- Ruelas, E. y Querol, J., 1994, *Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud*, México, D.F.: Ed. Fundación Mexicana para la Salud.
- Ruiz, J. et al., s/f, "Médicos y mercado de trabajo en México" en *Caleidoscopio de la salud*, 115-124 p., disponible en <https://silo.tips/download/medicos-y-mercado-de-trabajo-en-mexico> (consultado en octubre, 2019).
- Rodríguez, C. et al., 2005, "Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad" en *Sociotam*, vol. XV, núm. 2, julio-diciembre, pp.133-154.
- Salinas, A. y E. Jarillo, 2013, "La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, núm. 3, 2013, pp. 733-742, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil
- Salles, V. y Tuirán, R. 1997, "Dentro del laberinto: salud reproductiva y sociedad", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 12, núm. 1 y 2, enero-agosto, El Colegio de México, México.
- Sebastian, M.P., et al., 2012, "Increasing Postpartum Contraception in Rural India: Evaluation of a Community-Based Behavior Change Communication Intervention", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 38, No. 2 (JUNE 2012), pp. 68-77
- Secretaría de Salud, 2013, *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*, Programa Sectorial.
- Secretaría de Salud, 2002, *Anticoncepción posparto, trancesárea, poscesárea y posaborto*, Primera Edición, Dirección General de Salud Reproductiva, CDMX, México.
- Tobar, F. 2002, *Modelos de Gestión en Salud*, Buenos Aires (En: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>).

- Torres, A. 2000, "La planificación familiar en el ocaso del siglo XX", *Peritanol Reprod Hum*, 14: 108-114.
- Tripney, J. et. al. 2011 *The impact of post-abortion care family planning counselling and services in low-income countries: a systematic review of the evidence* (Technical report). London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- UNFPA, 2014 *Estándares de calidad: servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Latinoamérica y el Caribe*. Universidad El Bosque Bogotá, Colombia
- Vázquez, R., 2016, *Factores que determinan el rechazo a la anticoncepción postevento obstétrico en mujeres del hospital de la mujer zacatecana*, Tesis, Universidad Autónoma de Zacatecas, México.
- Viveros, M. et. al. 1998. "Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia" en *Cad. Saúde Públ.*, Río de Janeiro, 14 (Supl. 1):97-103.
- Welti-Chanes, C. 2012. "Análisis de la fecundidad en México con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010", *Papeles de Población* No. 73 CIEP/UAEM, julio/septiembre, 2012, pp. 2-31.

## Anexo 1. Guía de entrevista

### Tema 1: Política y programa de Planificación Familiar

¿Conoce los lineamientos del programa de Planificación Familiar? ¿Cuáles son? ¿En qué se basan esos lineamientos? ¿Qué dictan? ¿Cuáles son sus prioridades? ¿Cuáles son sus objetivos?

¿Quién es el ente rector? ¿Quién dicta esos lineamientos? ¿Además del sector salud qué otros sectores participan en las políticas sobre planificación familiar?

¿Qué opinión tiene de las políticas sobre Planificación Familiar en México? ¿Qué opina de la atención que se le da al problema de planificación familiar en el país?

Según usted, ¿qué sector debería ser el principal responsable de los servicios de planificación familiar en el país? ¿por qué?

¿Cómo se asignan los recursos y bajo qué criterios? \*

### Tema 2. Modelo de atención y provisión de servicios

¿En qué consisten los servicios de Planificación Familiar en su centro de trabajo?

¿Qué servicios se ofertan y a quiénes? ¿En qué casos se ofertan?

¿Cuál es la población objetivo? ¿Por qué? ¿Qué criterios se usan para ofertar un servicio u otro?

¿Qué departamentos y/o personas se involucran en la prestación de servicios de PF dentro del hospital?

¿Cómo se articulan y comunican con otros departamentos y niveles de atención?

¿Cómo considera usted que se encuentran las instalaciones (consultorios, salas de espera, etc.) para la provisión de los servicios de planificación familiar? ¿Cómo le parecen, estos espacios? (explorar si hay privacidad) ¿Qué haría falta?

¿Cuáles son las características de un buen servicio y un mal servicio?

### Tema 3. Rol del informante en el circuito de provisión de los servicios

¿Cuál es la función que usted desempeña dentro de la prestación de servicios de PF? ¿Desde cuándo? ¿Ha desempeñado otras funciones? ¿en qué funciones se siente más cómodo y por qué?

¿En lo que lleva en estos servicios cuántas veces y qué tipo de capacitaciones o cursos ha obtenido en cuanto a enfoque de género, enfoque intercultural y DDHH? ¿Quién le otorgó esa capacitación? ¿En qué consistió? ¿Para qué le ha servido? ¿qué opinión general tiene sobre estas capacitaciones? ¿qué capacitaciones le gustaría tener?

¿Con qué profesionales de la salud se tiene que involucrar para la provisión de servicios de PF? ¿Cómo siente que funcionan los equipos de trabajo? ¿Qué actitudes adecuadas e inadecuadas percibe entre sus compañeros?

#### **Tema 4: Relación con el paciente**

¿Qué características tiene la población que acude al hospital a atenderse?

¿Cuáles considera usted son los principales factores de riesgo en relación con un embarazo no planeado?

¿Qué dificultades o limitaciones ve usted que puedan afectar la demanda de un servicio como PF de manera oportuna?

¿Cómo considera usted que es la aceptación de los servicios de PF entre la población? ¿Qué características de la población facilitan o dificultan la aceptación?

¿Qué considera lo más difícil al otorgar servicios de anticoncepción? ¿Podría platicarme de los casos más complejos que ha tenido otorgando servicios de anticoncepción?

#### **Tema 5: Anticoncepción**

¿Qué métodos le parecen los más recomendables y en qué casos?

¿Cómo es la experiencia de dar consejería e indicar qué, cuándo, cómo y por qué utilizar un método anticonceptivo sobre otro?

¿Cómo se involucran los consultantes en la toma de decisiones del uso de métodos, y qué tipo de métodos? ¿Qué experiencia ha tenido en cuanto a involucrar a la pareja de la paciente en la toma de decisiones?

¿Qué momento es el ideal para recomendar un método?

¿Qué características debe tener el profesional de la salud que haga esta labor?

#### **Tema 6: Sexualidad y reproducción**

¿Usted qué entiende por salud sexual? ¿Usted qué entiende por salud reproductiva?

¿Cómo se relaciona la salud sexual con la sexualidad? ¿Cómo se relaciona la salud reproductiva con la reproducción?

¿Qué considera que es complejo en cuanto al cuidado a la salud reproductiva?

¿Cuáles son los derechos que tienen las consultantes? ¿Qué dificultades cree que existan para cubrir esos derechos?

#### **Tema 7. Áreas de oportunidad**

- ¿Qué áreas de oportunidad ve a nivel de políticas públicas?
- ¿Qué áreas de mejora ve para el hospital/centro de salud?
- ¿Qué áreas de mejora ve para el personal de salud?

- ¿Qué áreas de oportunidad ve a nivel personal?

## Anexo 2. Formato de recolección de datos sociodemográficos de los entrevistados

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha:

Lugar:

Entrevistador:

1. Lugar de residencia permanente (municipio y estado):
2. Sexo: Hombre\_\_\_ Mujer\_\_\_
3. Edad \_\_\_ (en años)
4. Lugar de nacimiento\_\_\_
5. Lugar de residencia \_\_\_
6. Estado civil  
Soltero/a \_\_\_\_\_  
Casado/Unión libre \_\_\_\_\_  
Separado/a/Divorciada/Viuda \_\_\_\_\_  
No responde \_\_\_\_\_
  
7. Número de hijos: \_\_\_\_\_
8. Profesión
9. Especialidad (si aplica)
10. Lugar de estudio\_\_\_\_\_
11. ¿Qué cargo desempeña? \_\_\_\_\_
12. ¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ (meses)
13. Trabaja solo en el sector público \_\_\_\_\_sí \_\_\_\_\_no  
13.1 Si no ¿en dónde? \_\_\_\_\_

## Anexo 3. Guía de observación en campo

### Guía de observación

Observables	Objetivo
<p>Principales documentos que se utilizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente médico.</li> <li>• Carta de egreso.</li> <li>• Documentos de referencia y contrarreferencia.</li> <li>• Guías médicas, Guías de enfermería.</li> <li>• Las NOMs involucradas en la prestación de planificación familiar y relacionados con él.</li> <li>• Cuestionarios de evaluación de calidad</li> <li>• Consentimiento informado</li> </ul>	<p>De acuerdo con Salle y Tuirán es importante tener claro cómo se “administran” los diferentes tipos y niveles de riesgo, por lo que resulta necesario saber cuáles son, de qué manera pueden evaluarse y quién y cómo deben controlarlos. El análisis de estos documentos permite identificar y comprender el nivel formal de la provisión de los servicios. Caracterizar el modelo de atención. Asimismo, podrá <b>¿?</b> determinar si desde lo formal se encuentra apego a DDHH.</p>
<p><b>Observación espacial;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿cómo está dispuesto el espacio de espera?</li> <li>- ¿cómo está dispuesto el espacio de atención?</li> <li>- ¿cómo se posicionan para otorgar consejerías?</li> <li>- ¿cómo se posicionan para brindar información?</li> <li>- ¿se otorga el método en el mismo lugar?</li> <li>- ¿en qué ocasiones se mueve a la paciente?</li> </ul>	<p>Cotejar con estándares de la NOM, DDHH, y de los modelos de atención centrados en la persona.</p> <p>Describir el espacio institucional, jerarquías, y posiciones.</p>
<p><b>Observación del proceso de provisión de atención médica entre personal sanitario;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo se relacionan los distintos profesionales de la salud en el proceso (observar estructura del proceso, jerarquías, relaciones de poder, conductas solidarias, socialización del conocimiento, relaciones entre el personal y con los consultantes)?</li> </ul>	<p>Establecer el circuito que de facto representa la provisión de los servicios de PF, las funciones diferenciadas, las relaciones de poder, las fronteras y contactos con otro tipo de servicios.</p>

- Describir los modos de interacción, comunicación, intercambios
- ¿Cuántos miembros del personal de salud se involucran y en qué momento en la entrega de los servicios de Planificación Familiar?
- ¿Cuánto tiempo se tarda cada parte del proceso?

Caracterizar los roles

Caracterizar el modelo de atención

## Anexo 4. Red de códigos para el análisis de datos

