

**CUADERNOS  
DE TRABAJO**

**1**

Barreras para la atención a la salud reproductiva de mujeres  
en situación de pobreza en el medio urbano.

Noviembre, 2008.



## **INFORME FINAL**

### *Barreras para la atención a la salud reproductiva de mujeres en situación de pobreza en el medio urbano*

**21 de noviembre de 2008**

#### **Contenido**

Introducción.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	7
METAS.....	7
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	7
Necesidades en salud reproductiva.....	10
METODOLOGÍA.....	12
RESULTADOS.....	15
I. Creencias y prácticas generales sobre la sexualidad y la reproducción.....	15
Creencias y prácticas generales sobre la sexualidad.....	15
Creencias generales sobre la reproducción.....	16
II. El embarazo.....	17
La planeación del embarazo.....	17
El embarazo imprevisto.....	18
El embarazo no deseado.....	18
Identificación del embarazo.....	21
Atención durante el embarazo.....	21
Atención al parto.....	22
III. Métodos anticonceptivos.....	23
Selección de métodos anticonceptivos.....	23
Razones de no uso de métodos anticonceptivos.....	24
Fallos en los métodos anticonceptivos.....	24
Elección de un método definitivo.....	25
IV. Infecciones de transmisión sexual (ITS) y cáncer cérvico-uterino y de mama.....	26
Prevención y atención a infecciones de transmisión sexual.....	26
Prevención y detección temprana de cáncer cérvico-uterino y de mama.....	29
V. Otras cuestiones de salud sexual y reproductiva.....	29
La menstruación.....	29
El aborto espontáneo.....	30
VI. Información sobre la salud sexual y reproductiva.....	30
Fuentes de información sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva.....	30
VII. Los servicios y la atención a la salud sexual y reproductiva.....	32
Desabasto de medicamentos.....	32
Tiempo de espera.....	33
Saturación de los servicios.....	33

Negación de servicios.....	34
Higiene.....	34
Capacidad del personal médico.....	34
<i>Maltrato</i> .....	35
Falta de revisión completa o atención plena.....	36
Servicios privados.....	37
Medicina tradicional.....	38
Los servicios ideales.....	38
VIII. Los hombres y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.....	39
<i>Desvinculación del embarazo</i> .....	39
Apoyo durante el embarazo.....	40
El cuidado de la salud sexual.....	41
IX. La violencia y el abuso sexual.....	41
El abuso sexual.....	42
Discusión.....	43
I. Creencias generales sobre la sexualidad y la reproducción.....	43
II. El embarazo.....	45
III. Métodos anticonceptivos.....	47
IV. Infecciones de transmisión sexual y cáncer cérvico-uterino y de mama.....	50
V. Otras cuestiones de salud sexual y reproductiva.....	51
VI. Información sobre la salud sexual y reproductiva.....	51
VII. Servicios y la atención a la salud sexual y reproductiva.....	52
VIII. Los hombres y la salud sexual y reproductiva.....	54
IX. Violencia.....	55
Conclusiones.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	62

## **Introducción**

Este documento tiene el fin de sistematizar algunos de los resultados más notables del proyecto de investigación *Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud*, realizado bajo la coordinación del Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas del Programa Salud Reproductiva y Sociedad y el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.

Dicha investigación tuvo el fin de documentar las barreras económicas, sociales e institucionales que conforman una distancia entre las necesidades de salud reproductiva de mujeres, varones, adolescentes y el ofrecimiento de servicios de salud (públicos y privados) en contextos marginales y pobres de la ciudad de México, con la intención de contribuir a un mejor diseño de políticas, programas e intervenciones.

Esta investigación se destaca por la cantidad de datos cualitativos que se arrojó a partir de las diferentes estrategias de recolección, incluyendo grupos focales y entrevistas a profundidad. Es importante mencionar que si bien la investigación ha encontrado información muy valiosa sobre las creencias y el comportamiento sexual y reproductivo de la población, así como su acercamiento con los servicios de salud sexual y reproductiva, fue difícil identificar las barreras para los mismos, no porque no existen, pero porque eso implica un concepto de ciudadanía y derechos que la población no manifestó tener. Por esto, la sistematización que aquí se muestra hace énfasis en estas creencias y comportamientos. También es necesario señalar que si bien se recibieron financiamientos por parte del CONACYT (4255-S) y del INDESOL (CS-09-I-VI-033-07), éstos permitieron la realización del trabajo de campo, tanto en la vertiente cualitativa como en la cuantitativa; los resultados de los grupos focales sólo se habían analizado teniendo como objetivo el diseño de los cuestionarios de la encuesta aplicada a la población masculina y femenina residente en los hogares de contextos de alta y muy alta marginación de las delegaciones Tlalpan e Iztapalapa, por un lado y a los prestadores de servicios, por el otro. Dadas las limitaciones financieras y temporales, tan sólo se había hecho un análisis de las diferencias entre hombres y mujeres, a partir de la encuesta mencionada (ver Covarrubias, 2008), así como de los grupos focales y entrevistas realizadas a los prestadores de servicios de salud reproductiva (ver Echarri y Reartes, 2006; Reartes, 2007; Agudelo, 2008). Se contaba entonces con un cúmulo de información de gran importancia y relevancia, y hubiera sido un gran desperdicio de recursos y esfuerzo el que quedara sin analizar. Este documento pretende subsanar parcialmente ese déficit y

complementar los resultados obtenidos anteriormente. En particular, se enfoca en las mujeres, y sólo considera a los varones y a los prestadores de servicios como contexto de la situación de las mujeres. Por otra parte, pretende analizar con mayor profundidad la información obtenida mediante técnicas cualitativas, sin entrar a los análisis cuantitativos, por lo que no hay una pretensión de representatividad de todas las mujeres de la ZMCM.

Los resultados están divididos en nueve secciones que a la vez tienen sus subapartados para identificar los diferentes matices de los temas. La primera sección se trata de las creencias sobre la salud sexual y reproductiva que expresaron las mujeres de todas las edades. La segunda sección abarca el embarazo desde su planeación hasta el parto. Esta sección también incluye información sobre el embarazo no deseado. La tercera sección incluye tanto percepciones como prácticas con respecto a los métodos anticonceptivos, incluyendo los métodos definitivos. La cuarta sección se trata de la prevención, detección y atención a las infecciones de transmisión sexual y el cáncer cérvico-uterino y de mama. En la quinta sección hemos agrupado otras cuestiones de salud sexual y reproductiva que no caben bajo las otras, con particular énfasis en las irregularidades menstruales de las mujeres. La sexta sección menciona algunas de las fuentes de información sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva, haciendo hincapié en las diferencias por edad que se encontraron. La séptima, y más larga sección, pretende mencionar algunos de los problemas que encontraron las mujeres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, terminando con un apartado sobre su visión para los servicios ideales. La octava sección describe la influencia que tienen los hombres sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La novena, y última sección de los resultados, toca el tema de la violencia de género y el abuso sexual, tanto por familiares como por extraños.

Este documento no pretende sistematizar todos los resultados de esta investigación y mucho menos todas las creencias, percepciones, opiniones y prácticas de la población en general con respecto a su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se espera que la información contenida aquí sirva para, en algunos casos, ratificar los datos arrojados en otras investigaciones y en otros casos, identificar nuevos hallazgos o tendencias para futuras investigaciones.

Finalmente, el fin de sacar a luz los resultados de cualquier investigación social es que se puedan utilizar para mejorar las condiciones de vida de la población estudiada. En este sentido, se busca aportar insumos a tomadores de decisión de instituciones públicas para que puedan realizar cambios que se repercutirán positivamente en la salud y ciudadanía de la población.

## JUSTIFICACIÓN

La intervención del estado mexicano en la provisión de servicios de salud reproductiva fue institucionalizada y reforzada desde los años cuarenta, alcanzando su principal expansión en los años setenta. Esto fue decisivo en la disminución de la mortalidad infantil y materna, en la reducción de la fecundidad y en la promoción de la atención médica de los partos.

A pesar de estos logros, en México aún prevalecen importantes problemas de salud reproductiva. Entre ellos destacan: la alta morbilidad y mortalidad materna entre los grupos pobres de la población, la alta frecuencia de abortos realizados en condiciones inseguras, la excesiva proporción de nacimientos por cesárea y de esterilizaciones femenina, la carencia de atención a los efectos secundarios de métodos anticonceptivos modernos, las altas tasas de mortalidad debido al cáncer cervicouterino, la baja proporción de mujeres a quienes se les practica el Papanicolaou así como la proporción creciente de morbilidad y mortalidad derivada de las ITS.

La fecundidad adolescente ha disminuido aunque la tasa de embarazos entre mujeres menores de 20 años permanece alta y la proporción de concepciones premaritales y fuera del matrimonio está aumentando entre ellas así como la incidencia de ITS entre adolescentes y jóvenes. La violencia es un importante factor coercitivo en la falta de autonomía de mujeres y jóvenes para la toma de decisiones con respecto a sus comportamientos de búsqueda de atención a la salud reproductiva. Todos estos problemas presentan variaciones importantes entre los diversos grupos sociales y son atendidos de modo muy diferente en cada uno de ellos.

Las necesidades en salud sexual y reproductiva así como las barreras sociales e institucionales para satisfacerlas han sido poco investigadas en México. Particularmente, las grandes encuestas sociodemográficas y de salud adolecen de varias insuficiencias conceptuales y metodológicas, entre ellas vale la pena mencionar el limitado concepto de necesidades insatisfechas que se utiliza.

De ahí la propuesta investigativa de combinar una encuesta dirigida a identificar las necesidades insatisfechas y sus determinantes con un acercamiento cualitativo que profundice en las barreras sociales que dificultan la satisfacción de aquellas necesidades y sobre la manera en que los servicios de salud responden a las demandas de atención lo que permitirá enmendar algunas de las carencias de investigación existentes.

La propuesta de investigación define tres dimensiones críticas y prioritarias:

- Las necesidades de atención a la salud de hombres y mujeres, relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio,
- Las necesidades anticonceptivas y preventivas que surgen entre hombres y mujeres debido a su exposición a embarazos inesperados, aborto e ITS, incluyendo su diagnóstico y tratamiento,
- La violencia basada en el género y su impacto en decisiones de salud reproductiva y en la utilización de servicios de salud reproductiva.

La investigación se enfoca en:

- los efectos de las diferentes desigualdades sociales sobre los siguientes aspectos: embarazo y atención del parto, anticoncepción, prevención y cuidado de ITS, incluido el VIH-Sida y aborto,
- la capacidad de los diferentes grupos sociales para articular sus necesidades y demandar servicios de calidad,
- las respuestas de los proveedores de servicios de salud a estas exigencias.

Si bien se había logrado obtener un cúmulo de información en esta línea de investigación, dadas las limitaciones financieras, temporales y de recursos humanos, tan sólo se había hecho un análisis de las diferencias entre hombres y mujeres, a partir de la encuesta cuantitativa antes mencionada (ver Covarrubias, 2008), así como de los grupos focales y entrevistas realizadas a los prestadores de servicios de salud reproductiva (ver Echarri y Reartes, 2006; Reartes, 2007; Agudelo, 2008). Se contaba entonces con datos de gran importancia y relevancia, y hubiera sido un gran desperdicio de recursos y esfuerzo el que quedaran sin analizar con mayor profundidad, refiriéndose a poblaciones específicas. De la misma manera, los análisis previos mostraban la necesidad de una mayor explotación de la riqueza de la información, de la divulgación de sus resultados y de su puesta a consideración a los entes encargados del diseño y evaluación de las políticas públicas. Este documento pretende subsanar parcialmente ese déficit y complementar los resultados obtenidos anteriormente. En particular, se enfoca en las mujeres, y sólo considera a los varones y a los prestadores de servicios como contexto de la situación de las mujeres. Por otra parte, pretende analizar con mayor profundidad la información obtenida mediante técnicas cualitativas, sin entrar a los análisis cuantitativos, por lo que no hay una pretensión de representatividad de todas las mujeres de la ZMCM.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las más importantes necesidades de salud reproductiva experimentadas por mujeres urbanas pobres de la Zona metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), mediante el análisis de grupos focales y entrevistas a profundidad.

## **METAS**

- Analizar la información cualitativa recolectada en campo, en áreas urbano marginadas de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, disponible en El Colegio de México.
- Identificar cómo las mujeres pobres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México expresan las barreras y los obstáculos de acceso a los servicios de salud que ellas reconocen y cómo estos difieren de otros contextos sociales. Mediante este objetivo se intentará establecer las diferentes condiciones y tipos de interacciones que impiden o favorecen que la gente exprese sus necesidades, sea capaz de traducirlas en una demanda de servicios de salud reproductiva de calidad y sea capaz de satisfacer sus necesidades,
- Examinar las percepciones de las usuarias de servicios de salud de la Zona metropolitana de la Ciudad de México sobre lo que son las necesidades más importantes y la manera de mejor satisfacerlas,
- Analizar las barreras que resultan del contexto social y de las instituciones de salud de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México y que hacen difícil para los proveedores de servicios contribuir a la reducción de las situaciones adversas de diferentes grupos en el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva.
- Fortalecer la alianza “INMUJERES”-“PIEM-CES” en el tema de salud reproductiva, en México y América Latina en concordancia con las atribuciones del Inmujeres para impulsar la política de género.
- Contar con información para enriquecer el “Observatorio de Género y Pobreza”.
- 

## **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

Con la Conferencia de El Cairo (1994) se consolidó el enfoque de salud reproductiva el cual enfatizó en la necesidad de implementar acciones y programas que atiendan las necesidades insatisfechas de los diferentes grupos de la población (mujeres, varones y adolescentes y jóvenes) eliminando las barreras de todo tipo que dificultan el acceso a información y servicios de calidad

en materia de sexualidad y reproducción. Asimismo, señaló como una preocupación central la atención de los derechos sexuales y reproductivos y el abatimiento de las condiciones de desigualdad social y de género que impiden la satisfacción de estas necesidades y derechos esenciales (ONU, 1994).

Las necesidades de salud se entienden como las condiciones de salud percibidas por las personas o percibidas y/o diagnosticadas por los profesionales de la salud. Las necesidades de salud han sido conceptualizadas y operacionalizadas de modo diferente según el tipo de abordaje teórico y el modelo de análisis utilizados (Lara Flores *et al.* 2000:98). Para Donabedian hay que distinguir dos perspectivas en el estudio de las necesidades, la del profesional o técnica, dictada por los estándares médicos y denominada “necesidad normada” y la perspectiva del paciente, la necesidad percibida por el individuo y llamada “necesidad sentida” (Lara Flores *et al.* *ibídem*).

Ambas perspectivas difieren cuando se trata de definir las necesidades dando lugar a “... necesidades latentes no reconocidas y no satisfechas... y necesidades referidas por los pacientes pero que los profesionales consideran inapropiadas” (Lara Flores *et al.* 2000:103).

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

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

La perspectiva antropológica ha demostrado que las necesidades de salud pueden ser abordadas de una manera más integral mediante el uso de métodos interpretativos que busquen la comprensión más que la explicación causal y que se apoyen en técnicas que no sólo consignan

datos, sino que los producen, recuperan e interpretan (Lara Flores *et al.*, op.cit :107). De forma coherente con esta perspectiva recuperamos un enfoque cualitativo en la investigación y la utilización de instrumentos como la observación, la entrevista y los grupos focales para acercarnos al punto de vista de los prestadores de servicios de salud, los usuarios(as) de estos servicios y la población en general.

Por necesidades en salud reproductiva entenderemos entonces las necesidades que presentan las mujeres debido a su exposición a embarazos, abortos e infecciones del tracto reproductivo, incluyendo su diagnóstico y tratamiento; las necesidades de atención relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, las necesidades derivadas del impacto de la violencia de género en las decisiones vinculadas con la salud reproductiva así como las necesidades de prevención y atención del cáncer cervical y de mama. Estas necesidades cambian según las especificidades dadas por el estrato socioeconómico, la orientación sexual, el grupo etario, el estado civil, las expectativas y proyecto de vida, el momento del ciclo reproductivo, el lugar de residencia, la condición étnica y el acceso a servicios de salud.

Según Gómez Gómez (2005) la noción de necesidades se encuentra en el centro del análisis de equidad en el cuidado a la salud, de acuerdo con los principios de la equidad distributiva, debe existir correspondencia entre las necesidades y los servicios. En consecuencia, los grupos con más grandes necesidades deberían recibir más recursos. Operacionalizar el concepto de necesidades ha implicado ciertas dificultades y un gran reto metodológico pero es también un requerimiento esencial en el avance de una agenda de equidad. Frecuentemente, el concepto de necesidad se utiliza como una variable próxima, por ejemplo midiendo la experiencia de enfermedad o accidente durante un periodo de tiempo determinado. Este uso presenta severas limitaciones, una de ellas es que sólo refiere a cuidados curativos o paliativos. Considerando que los servicios de salud reproductiva caen en su mayoría dentro del área de prevención, el uso de esta variable produce una significativa subestimación de las necesidades de cuidado de la salud de las mujeres (485-6).

Otro aspecto a tomar en cuenta es que operacionalizar las necesidades de atención en salud reproductiva es una tarea compleja pero probablemente mucho menor que encontrar información confiable acerca del grado en que estas necesidades son satisfechas. Existe un cuerpo considerable de información acerca de las necesidades y la provisión de servicios para regular la fertilidad, atender el cuidado prenatal y el nacimiento, pero es escasa en relación a las

necesidades y provisión de servicios respecto de ITS, violencia sexual y otras dimensiones de la salud reproductiva (489).

Si tal como es señalado por Dixon-Mueller y Germain (1993) el desafío es satisfacer las necesidades insatisfechas en materia de salud sexual y reproductiva, tomando en consideración las demandas y condiciones específicas de las mujeres (Tomado de Camarera y Lerner, s.f.), el mejor modo de conocer el punto de vista de las mujeres es escuchando de su propia voz, a partir de su experiencia vital, cómo ellas identifican y conceptualizan las necesidades, cuáles consideran son prioritarias, cuáles son satisfechas y cuáles no y cuáles son los obstáculos que impiden su satisfacción.

### ***Necesidades en salud reproductiva.***

Antes de hablar de qué entendemos por “necesidades en salud reproductiva” es necesario remontarnos al concepto de necesidades insatisfechas en planificación familiar, el cual encuentra distintos supuestos, significados y limitaciones según el enfoque en el que se inscriba. De acuerdo con lo planteado por Camarena y Lerner (s.f.) existen dos enfoques o paradigmas que divergen en cuanto a la definición del concepto de necesidades en salud reproductiva. Dentro del enfoque poblacional (décadas de 1970 y 1980) subyacente en la posición antinatalista y orientado fundamentalmente hacia la expansión de la cobertura anticonceptiva para regular y reducir la fecundidad, las necesidades de la población se definen básicamente en relación al logro de estos objetivos y de acuerdo con los intereses y preocupaciones de las autoridades gubernamentales, los responsables de los programas de planificación familiar, los proveedores de servicios y algunos investigadores y académicos.

De este modo, el concepto de necesidades insatisfechas de anticoncepción respondió a las preocupaciones políticas que priorizaban las acciones tendientes a incrementar el uso y efectividad de métodos anticonceptivos para regular, controlar y disminuir la fecundidad y obtener así un mayor bienestar en la población.

El segundo enfoque, denominado de salud reproductiva, tiene justamente como antecedente las críticas que el movimiento de mujeres realizó de la orientación, justificación y legitimidad de las políticas poblacionales, los programas de planificación familiar y sus consecuencias negativas en las mujeres, haciendo evidente la tensión entre las necesidades e intereses sociales o públicos versus los privados e individuales concernientes al uso de métodos anticonceptivos.

Este enfoque se consolidó con La Conferencia de El Cairo (1994) que enfatizó en las necesidades insatisfechas como una preocupación del ámbito personal y privado, la atención en los derechos reproductivos y las condiciones de desigualdad social y de género. Su racionalidad, a diferencia del primer enfoque enunciado, se desprende de las necesidades individuales, sobre todo las de las mujeres, las cuales no necesariamente coinciden con las derivadas de los intereses públicos.

Adoptando la perspectiva teórica de este segundo enfoque, cuando hablamos de necesidades en salud reproductiva nos referimos a aquellas vinculadas con la anticoncepción, la atención del embarazo, parto y puerperio, la interrupción de embarazos, la falla de métodos, los efectos secundarios de los contraceptivos, la esterilidad, la prevención de los cánceres del aparato reproductivo femenino y masculino, la prevención y atención de enfermedades tracto reproductivo, incluidas las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, la prevención y atención de violencia. Estas necesidades cambian según las especificidades dadas por el estrato socioeconómico, el género, la orientación sexual, el grupo etario, el estado civil, las expectativas y proyecto de vida y el momento del ciclo reproductivo.

Aunque sería deseable o esperable que las necesidades de las mujeres, los varones y los adolescentes sean el punto de partida de la organización y el ofrecimiento de los servicios de salud reproductiva, la orientación hegemónica que ha prevalecido en las instituciones de salud ha conducido a la exclusión de las percepciones, necesidades y demandas de la población. En nuestro medio, algunas investigaciones han documentado cómo generalmente se asumen las necesidades de las personas a partir de lo que el sistema médico supone que ellas requieren, siendo los prestadores de servicios los únicos autorizados “moralmente” para determinarlas (en primer lugar) y para satisfacerlas (en segundo lugar) mediante procedimientos técnicos y además, detectando sólo aquellas para las que ellos fueron entrenados (Jasís, 2000:133).

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

Si, como señalan Dixon-Mueller y Germain (1993), el desafío es satisfacer las necesidades reproductivas de mujeres y varones, se requiere, en primer lugar, ampliar el alcance de las

necesidades insatisfechas tomando en consideración las demandas y condiciones específicas de los distintos grupos poblacionales (Citado por Camarera y Lerner, op.cit.). De ahí que el reto y objetivo de nuestra investigación es la comparación entre las necesidades satisfechas e insatisfechas tal como son definidas por las propias mujeres y varones de diferentes grupos de edad que habitan en zonas donde prevalece la pobreza y marginalidad, y las que son identificadas por los programas y los prestadores de servicios de salud.

## **METODOLOGÍA**

Para acceder al conocimiento de estas necesidades privilegiamos como primer momento en la investigación, la aproximación mediante grupos focales, en tanto constituye un procedimiento metodológico que posibilita el acceso a las normas, ideales, valores y prácticas grupales a través de un discurso que se crea colectivamente y que al mismo tiempo permite descubrir desacuerdos individuales y no consensos al interior del grupo.

El adoptar una metodología cualitativa implica asignar centralidad a la dimensión subjetiva de la acción social, adoptando técnicas e instrumentos de recolección de la información y de análisis que se centren en el punto de vista de los actores sociales involucrados para acceder a sus propias interpretaciones, intencionalidades y atribuciones de sentido (Castro y Bronfman, 1995:58).

El componente de investigación cualitativa que busca comprender la manera en que diferentes grupos de la población identifican los principales problemas, necesidades y obstáculos en la atención de la salud reproductiva se hizo mediante la integración de grupos focales, en tanto constituye un procedimiento metodológico que posibilita la aproximación e interpretación de las normas, representaciones y prácticas grupales a través de un discurso que se crea colectivamente y que al mismo tiempo permite identificar desacuerdos individuales y falta de consenso al interior del grupo. Así mismo, se aplicaron entrevistas en profundidad, ya que esta técnica nos permite recuperar el discurso reinterpretado de los sujetos, para adentrarnos a ciertas dimensiones de la subjetividad.

La dinámica y discurso entablado en cada uno de los grupos focales, así como la información de las entrevistas fue grabado con el apoyo de aparatos de audio y video. A su vez, se elaboraron diarios de campo y reportes provenientes de la observación etnográfica. La información obtenida en los grupos focales fue transcrita para su posterior análisis.

Los objetivos que guiaron los grupos focales fueron:

- Identificar las más importantes necesidades de salud reproductiva experimentadas por mujeres de diferentes grupos de edad,
- Detectar cómo las mujeres expresan las barreras y los obstáculos de acceso a los servicios de salud,
- Establecer las condiciones y tipos de interacciones que impiden o favorecen que las mujeres expresen sus necesidades, sean capaces de traducirlas en una demanda de servicios de salud y por este medio, puedan satisfacer sus necesidades.

Los grupos focales se llevaron a cabo en octubre del 2005 y fueron conducidos por Elizabeth García, con el apoyo de las becarias del proyecto, Bessna Raquel Alva y Aidé Rodríguez Salauz. Cada grupo fue grabado y la información obtenida transcrita para su posterior análisis. El siguiente informe está basado en la sistematización de la información llevada a cabo por Emily Louise Barcklow D'Amica, aprovechando los avances realizados por Diana Reartes y Aidé Rodríguez Salauz así como en las sugerencias realizadas por Susana Lerner.

#### 1) Mujeres de 15-19 años.

Este grupo estuvo integrado por nueve jóvenes, con una media de edad de 17.4 y un promedio de 0.6 hijos. Del total siete eran solteras, una era casada y la restante vivía en unión libre; en cuanto a su ocupación, dos se dedicaban al hogar, tres eran estudiantes, dos declararon que trabajaban como costureras y las otras dos como obreras. De las tres jóvenes cuyo máximo grado escolar era la primaria, hay que señalar que en dos casos no habían concluido este ciclo, cuatro jóvenes habían iniciado la preparatoria pero no la terminaron, una tampoco finalizó la secundaria y la restante era analfabeta.

#### 2) Mujeres de 20-24 años.

El grupo estuvo integrado por doce mujeres, con una media de edad de 22 años y 1.25 hijos en promedio. Ocho eran solteras, dos estaban casadas y las otras dos vivían en unión libre. La mayoría se dedicaba exclusivamente a las actividades del hogar (diez) y sólo dos realizaban trabajo extradoméstico. En cuanto a su escolaridad, cinco habían finalizado la primaria, cuatro habían accedido a la secundaria pero sólo una había concluido este ciclo, una había iniciado la preparatoria pero no la terminó y dos habían realizado estudios técnicos.

### 3) Mujeres de 25-49 años.

En este grupo focal participaron doce mujeres, con una media de edad de 34.1. En relación a su estado civil tres eran solteras, cinco eran casadas y cuatro se encontraban en unión libre. De las doce, la mayoría (once) se dedicaba a las tareas del hogar y sólo una dijo ser comerciante.

Para poder describir las diferencias entre los grupos etáreos de mujeres sin perder la fluidez en la lectura del documento se ha asignado los siguientes nombres a estos grupos: “mujeres adolescentes” (15-19 años), “mujeres jóvenes” (20-24 años), “mujeres adultas” (25-49 años). Cuando no hubo tales diferencias se nota mediante la leyenda: “mujeres de todas las edades”.

Es importante aclarar que si bien este documento se enfoca en lo que han dicho las mujeres de todas las edades en los grupos focales y en las entrevistas a profundidad, en algunas secciones, cuando sea relevante, se han incluido citas de los hombres que participaron en las entrevistas a profundidad y los grupos focales.

En particular, para la sistematización de las entrevistas a profundidad en el análisis reseñado en este documento, se hizo una codificación abierta a mano de las transcripciones impresas y luego una revisión y selección de los temas y citas textuales para incluir en el cuerpo del documento. Estos temas formaron parte del esqueleto inicial del documento y se convirtieron en las categorías para la codificación de los grupos focales. Para los grupos focales, se codificaron las transcripciones con el programa *Atlas.ti* usando las siguientes categorías:

- “creencias y prácticas sexuales y reproductivas”,
- “el embarazo”,
- “métodos anticonceptivos”,
- “ITS y cáncer cérvico-uterino y de mama”,
- “información”,
- “servicios”,
- “hombres”,
- “violencia y abuso sexual”.

Se hizo una codificación abierta cuando el contenido no correspondía con estas categorías pero se valoró importante incluir en el documento final. Se imprimieron las citas seleccionadas y se realizó una segunda codificación antes de integrar el contenido codificado y citas textuales en el cuerpo del documento.

# RESULTADOS

## ***I. Creencias y prácticas generales sobre la sexualidad y la reproducción***

### **Creencias y prácticas generales sobre la sexualidad**

Las mujeres adolescentes distinguieron sus creencias alrededor de la sexualidad, particularmente el valor otorgado a la virginidad, de las de previas generaciones de mujeres. Según ellas, antes había muchos “*tapujos*” que ahora ya no existen. Aunque ellas identificaron prácticas sexuales como el sexo oral y el sexo anal como algunas en que las mujeres podrían seguir técnicamente siendo vírgenes, no les pareció necesario realizarlas solo con este propósito ya que no habría la necesidad de esconder su experiencia sexual. Incluso, rebatieron la idea de que las relaciones sexuales con vírgenes son las más satisfactorias, diciendo, “...*No porque ya no sea virgen ya no te va a satisfacer*”.

Además de no considerar la virginidad un valor en sí, las mujeres adolescentes mostraron sentirse asertivas en cuanto a su sexualidad, por ejemplo, abiertamente declarándose buenas para el sexo oral.

Al contrario que las mujeres adolescentes, las mujeres adultas mencionaron su preocupación por la expresión sexual demasiado abierta en sus hijas. Una, hablando de los consejos que da a su hija de nueve años dijo,

*“...mi hija cuando baila se mueve...mucho, entonces yo le digo a mi hija, ‘¿sabes qué? trata de no moverte mucho porque los niños aquí, no te voy a decir te van a violar, pero sí te ves mal meneándote demasiado’”.*

En términos de la práctica sexual, las mujeres adolescentes reportaron que sus relaciones sexuales suelen darse en espacios públicos y precarios. Ellas hablaron de tener relaciones desde en un closet hasta en un coche, e incluso en la calle, los andenes y vagones del Metro, las canchas de fútbol y en el cine. En lugar de tener relaciones en sus casas, lo que consideraban una “falta de respeto”, algunas optaron por los hoteles, aunque expresaron preocupación que ese acto podría

dejarlas con la etiqueta de “puta”, aunque lo consideraron preferible a estarse “*exhibiendo en la calle*”.

Las mujeres de todas las edades reconocieron la infidelidad en las relaciones de pareja como una realidad, tanto por parte de las mujeres como por parte de los hombres, sin embargo, existe una clara creencia que los hombres buscan relaciones sexuales fuera de su relación primaria con mucho más frecuencia. Las mujeres adultas describieron esta búsqueda en términos de la incapacidad de los hombres de “*controlarse*”, incluso diciendo que los hombres no pueden ser fieles.

### **Creencias generales sobre la reproducción**

Los resultados arrojados en esta investigación mostraron una persistencia en la creencia de la reproducción como destino de todo ser humano, tanto para las mujeres como para los hombres. Algunas de las personas entrevistadas tocaron esta creencia de manera muy directa como este señor,

*“...yo no creo en eso de que dicen que la familia pequeña vive mejor, yo siento que de dos a tres niños están bien en cualquier familia...es la meta de todo ser humano, aquí vienes, naces, te reproduces y mueres”.*

La importancia de la reproducción, especialmente para las mujeres, también fue tocada en cuanto a la infertilidad, un tema que surgió en el grupo focal de las mujeres adultas. Al respecto ellas decían,

*“... [la infertilidad] es muy frustrante para una mujer...y hasta empieza a decir incoherencias...a amargarse”.*

Es importante acotar que aunque la reproducción estaba vista como un proceso natural e incluso esencial en la vida, también se mencionó la importancia de tener las condiciones adecuadas para ella para evitar “*traer hijos al mundo para sufrir*”. Es con esta creencia, igual de arraigada, que las personas podían aceptar la planificación familiar e incluso el aborto electivo para ayudar con el espaciamiento adecuado de los hijos. En este sentido hubo un juicio contra la política de la Iglesia Católica por solo permitir el uso de métodos naturales, lo que se consideraban poco

confiables. Según las que emitieron este juicio, esta política fomenta los embarazos sin que las parejas tengan la posibilidad de darles a sus hijos la atención y condiciones económicas que requieren.

Si bien, hubo acuerdo en la inevitabilidad de la reproducción, no necesariamente hubo acuerdo sobre la edad apropiada para ella. Eso parecía depender más de las historias y aspiraciones personales de los individuos y las parejas. Una mujer adolescente decía,

*“...ahorita no, no me gustaría tener un bebé, yo creo que hasta cuando yo acabe una carrera o algo, para que...tenga lo necesario, como a los 25, ¿no?”*

Esta perspectiva no fue de las más comunes entre las entrevistadas en donde la gran mayoría habían tenido por lo menos un hijo antes de llegar a sus 18 años. La actitud con respecto al embarazo en la adolescencia fue de mucha tolerancia y más bien existían dudas sobre la sabiduría de tener un bebé al otro extremo de la edad reproductiva.

Sin importar la edad en que se inicia la reproducción, está vista como algo que conlleva cambios muy significativos para la vida e identidad de la mujer. Particularmente para las adolescentes, tener hijos representa la manera de convertirse en mujeres, adquiriendo características socialmente deseables como la madurez, la responsabilidad y el auto-sacrificio.

## ***II. El embarazo***

### **La planeación del embarazo**

Las mujeres de todas las edades identificaron la planificación familiar como una manera de asegurar las condiciones óptimas para poder cumplir con las necesidades afectivas y financieras de los hijos y con sus propias aspiraciones de vida. Es decir, los métodos anticonceptivos cumplen con su propósito de ayudar a las personas a prevenir y espaciar sus embarazos.

Sin embargo, se puede observar una desvinculación conceptual entre la planificación familiar y la planeación de los embarazos. Es decir, prevenir y espaciar los embarazos no es lo mismo que planear un embarazo propositivamente. Hay dos ejemplos claros de esa desvinculación: primero, existe un alto porcentaje de aceptación de los embarazos que surgen como resultado de un fallo

anticonceptivo y segundo, cuando las mujeres querían embarazarse, en muy pocos casos hicieron algo para planearlo, por ejemplo, ir a revisarse antes o monitorear su ciclo menstrual. Es decir, para la mayoría de las mujeres entrevistadas, el concepto del embarazo planeado se refiere más a un embarazo deseado o incluso intencionado que meticulosamente planeado.

## **El embarazo imprevisto**

Algunas de las situaciones en las cuales un embarazo surgía de manera imprevista fueron porque las mujeres tenían muchas preocupaciones y pendientes que las distraían en el momento, ya sea que estaban negociando el método más adecuado con su pareja o porque estaban esperando la cita para un método definitivo (oclusión tubaria bilateral o vasectomía). Una de las mujeres jóvenes describió las condiciones en que se embarazó de la siguiente manera,

*“Llevo el control del ritmo y pues falla; y falla más cuando tienes problemas y no estás en tu onda, estás como que en mil rollos, te llega a fallar”.*

Muchos de los embarazos que surgieron como resultado de un fallo anticonceptivo o en un momento inoportuno para la mujer o la pareja, fueron aceptados y los hijos resultantes integrados a la familia. Para estas mujeres, el apoyo recibido por parte de sus parejas o sus familias fue esencial para la aceptación del embarazo, inicialmente no previsto.

La aceptación de los embarazos también tuvo que ver con una sensación de falta de oportunidades y del “destino” una vez que el embarazo estaba en camino. Esta sensación fue expresada por las mujeres mediante frases como, *“por algo a mí me tocó”*. Las creencias religiosas también juegan un papel importante en la continuación de los embarazos no planeados. Una mujer adulta explicaba,

*“...Dios me lo dio y sólo él podrá quitarlo y si no pues que sea la voluntad de él”.*

## **El embarazo no deseado**

Frente a un embarazo imprevisto, y sin los recursos psicológicos o materiales para continuarlo, algunas mujeres contemplaron la opción de interrumpirlo. Esta contemplación iba desde

simplemente tener la idea a preguntarles a sus amigas, hasta su realización con los medios que tenían a mano. Muchas veces los métodos abortivos que llegaron a conocer, y en algunos casos a usar, no eran seguros. Una mujer joven contó:

*“...no falta la amiguita que te dice tomate eso o...que los mejoraditos con limón y cosas de este tipo...que te subes a tender al montón de piedras y te tomas el té y de allí te avientas para abajo ¿no?”*

Las razones por las cuales algunas mujeres adolescentes consideraron la interrupción del embarazo fueron relacionadas con su edad e interés en continuar su proyecto de vida o mantener su actual estilo de vida. Sin embargo, destaca que particularmente entre ellas, existía un rechazo hacía la interrupción del embarazo como una opción ante un embarazo no planeado y no deseado. Una la consideró un acto “*animal*” mientras que otra decía que sería preferible “*regalar*” el hijo que abortarlo. Estas actitudes se suavizaron en el grupo focal de mujeres jóvenes en donde algunas admitieron de haber contemplado la posibilidad de la interrupción en algún momento de sus embarazos. En el grupo focal de mujeres adultas ellas hablaron francamente sobre la interrupción del embarazo, aunque existía la idea que ellas ya habían pasado la edad para tomar este tipo de decisiones. Una mujer explicaba,

*“...con tantas formas que hay para cuidarte y tu pareja y confianza y todo pues yo pienso que a estas alturas de la vida para uno de mujer ya a esta edad yo creo que no se vale”.*

En general, las mujeres consideraron que ante un embarazo inicialmente no deseado siempre había una manera de “*arreglar las cosas*” sin la necesidad de recurrir a la interrupción del embarazo. Sin embargo, se contaron varias historias de mujeres que no lograron ni la interrupción ni la aceptación de sus embarazos y pasaron casi todo su gestación fajándose o tapándose para esconderlo, incluso dando a luz a escondidas. Las mujeres que contaron estas historias las reconocieron como ejemplos extremos de embarazos no deseados que habían terminado en el nacimiento de niños no deseados. Incluso, las mujeres adultas hablaron de casos de bebés que habían sido abandonados. Una contó de su experiencia de haber encontrado uno,

*“...yo creo que no quisieron tener a ese bebé y lo fueron a tirar a los basureros, porque aquí hubo una ocasión que aquí...de los departamentos, a una niña la tiraron acá atrás, la tiraron a una bebé estaba afuera de un carro y yo la vi*

*porque yo fui a la leche y le digo a una compañera, le digo, ‘está un bebé tirado ahí’”.*

Varias mujeres mencionaron un cambio repentino en la opinión de sus parejas con respecto al embarazo, aunque al principio hubiera sido intencionado por los dos y que él hubiera expresado un deseo por tenerlo. Una de ellas lo contó de la siguiente manera,

*“...en menos de un mes llega y me dice así muy tajante, ‘¿Sabes qué? Vas a abortar, yo ya me di cuenta de que quiero mi libertad, que no quiero estar junto a ti, que muy probablemente ya no voy a disfrutar mi vida’”.*

Esta respuesta muchas veces tomó a las mujeres completamente por sorpresa, dejándolas en aprietos ya con un embarazo de varios meses y la posibilidad real de tener que vivirlo a solas.

Otros actores que influyeron en la decisión de interrumpir el embarazo o no fueron los padres. Algunas de las mujeres adolescentes reportaron conocer a amigas que habían recibido presión por parte de sus padres para abortar. Su hipótesis para esta respuesta fue que a final de cuentas son los padres a quienes les recae la mayor carga para el cuidado y mantenimiento de la criatura. Decía una,

*“...sienten que es una carga más para ellos, ¿no?...Tus padres terminan de dar el estudio y todo eso, pues yo creo que la carga sí es para ellos no para ti”.*

Las mujeres adultas fueron las únicas que mencionaron seriamente la posibilidad de “regalar” a la criatura como una tercera opción frente a un embarazo no deseado. Explicaron que en sus colonias nunca faltaba una mujer infértil o que ya no podía tener más hijos que estaba dispuesta e incluso deseosa por aceptar a un hijo. Aunque sabían de los trámites en las instituciones públicas para la adopción, los consideraban “*muy tardados, laboriosos y con muchos requisitos*” y por lo tanto se hablaba de la adopción de un bebé en términos menos formales.

## **Identificación del embarazo**

Las mujeres entrevistadas identificaron varios signos corporales del embarazo como son el sueño, el tener más hambre y el no reglar. También algunas dijeron que sin tener estos síntomas simplemente sabían, atribuyendo este saber al “*sexto sentido*” de la mujer.

Para las mujeres que no esperaban embarazarse, la identificación oficial del mismo muchas veces comprobó una preocupación o ansiedad que ya traían, algunas a partir de que no les bajó la regla y otras desde que tuvieron relaciones sexuales sin protección.

## **Atención durante el embarazo**

Una vez identificado el embarazo, las mujeres jóvenes dijeron que el siguiente paso era ir a un médico para una revisión que incluía un primer ultrasonido y para empezar a tomar vitaminas. Aunque la mayoría seguía esta indicación, a las mujeres de todas las edades no les quedaba muy claro el fin de la atención prenatal ya que la veían como una atención muy básica de simplemente pesar y medirlas.

En varios casos las mujeres buscaron la atención prenatal en los servicios públicos con la idea de atenderse con un médico particular al momento del parto. Un hombre contó la experiencia de su pareja,

*“Ella se atendió allí durante el embarazo, porque además ellos le emiten los documentos para ...la incapacidad, pero ya habíamos decidido que en el momento del parto sería con un particular que conocíamos por referencia de familiares que ya se había atendido ahí, entonces nos daba más confianza este doctor, un particular”.*

En otros casos las mujeres fueron con un médico particular para su atención prenatal y luego a los servicios públicos para el parto porque les resultó menos costoso.

Pocas mujeres hablaron de nunca haber recibido ninguna atención prenatal pero cuando eso fue el caso citaron la falta de dinero para los traslados a los servicios como la principal razón. Una mujer lo comentó así,

*“yo tenía que ir a la consulta pero no podía por cuestiones económicas, no tenía dinero, pero ya conforme empezaron los dolores fui...”*

## **Atención al parto**

Las experiencias de atención al parto en los servicios públicos en general fueron rotundamente negativas. Las mujeres reportaron desde la negación de servicios y la falta de camas hasta condiciones no higiénicas y el abuso verbal por parte de los médicos.

En el grupo focal de mujeres adultas tocaron el punto de las cesáreas y aunque reconocieron que muchas mujeres creen que una cesárea es menos dolorosa que un parto vaginal, rebatieron esta noción contando sus experiencias personales,

*“...Yo tengo un niño de parto normal y dos de cesárea, entonces la verdad el parto normal duele, duele muchísimo, sí duele pero es un ratito, son unos segundos a la mejor, pero a la hora ya está uno como si nada...la cesárea quizás no duele, la piel se siente como la piel de puerco, la carne de puerco, pero al ratito que se pasa la anestesia es un dolor horrible...ya sales del hospital y te calma, te calma porque tienes todavía la anestesia, pero deja que se te baje la anestesia y ¡ay, es un dolor que no se lo deseo a la... peor enemiga! Porque es un dolor muy fuerte y te deja tirada en la cama completamente”.*

Las mujeres adultas consideraron que era preferible dar a luz de manera vaginal e incluso una mujer contó que había salido de un hospital en medio del trabajo de parto porque el médico le había dicho que iban a tener que hacerle una cesárea. Ellas mencionaron que habían escuchado de casos de cesáreas innecesarias en donde desde los primeros meses del embarazo los médicos les decían a las mujeres que su parto iba a ser por cesárea. Identificaron que estos casos fueron en su mayoría de médicos privados.

*“...desde el primer mes, cualquier médico particular...porque cobran más, la cesárea es más cara”.*

Para todas las mujeres, su preocupación al entrar a un hospital para parir fue, primero si el bebé iba a nacer bien y segundo si se les iban a atender bien. El extremo de esta preocupación fue expresada por las mujeres adultas como el temor de morir en el parto, lo que fue

particularmente preocupante para ellas en términos de quién iba a asumir el cuidado de sus otros hijos.

### **III. Métodos anticonceptivos**

Las mujeres de todas las edades sabían de por lo menos algunos métodos anticonceptivos. Los métodos más comúnmente mencionados fueron el DIU, las inyecciones, las pastillas y los condones. También se mencionó el método del ritmo y la lactancia.

#### **Selección de métodos anticonceptivos**

La selección de los métodos anticonceptivos tenía que ver con tres factores principalmente: primero con el método con que las mujeres se sentían más cómodas y lo que mejor les funcionaba, segundo, con lo que mejor cumplía con sus necesidades e intereses reproductivos en el momento, y tercero, con lo que estaba disponible y recomendado en los servicios públicos.

Cuando las mujeres se encontraban en una relación estable muchas veces tomaron la decisión sobre el método con su pareja como describe esta mujer adulta,

*“La platicamos mi esposo y yo, yo le dije que se hiciera la vasectomía pero no quiso, entonces dije pues no, si no se la hace él yo tengo que poner un alto en mi vida, ¿no? Porque si ya tengo tres hijos pues no sé que vaya a pasar, entonces yo fui quien hasta cierto punto tomó esa decisión de operarme, pero sí, sí fue platicado, tampoco lo descarté, platiqué con él, lo platicamos.”*

Cuando no estaban en una relación de pareja, muchas mujeres dejaron de usar un método, dejándose vulnerables al embarazo en las relaciones ocasionales que llegaron a tener.

Cabe destacar que varias mujeres se quejaron de tener problemas de salud con uno o más métodos y sin embargo hicieron varios intentos para encontrar un método que les funcionaba. Decía una mujer adulta,

*“Cuando nació mi niña, del hospital donde me alivié, me dijeron que me iban a poner el...DIU...pero no me quedó, sangraba yo mucho, mucho, entonces vine yo aquí al centro de salud y me lo quitaron, luego me dieron unas pastillas, pero no,*

*me alteraron mucho los nervios. Luego me pusieron una inyección y tampoco me quedó, sangraba yo mucho otra vez y luego ya de ahí, optamos por ya no ponerme nada. Después, el doctor que me vio...me enseñó los días en el calendario y así duré hasta los dos años”.*

## **Razones de no uso de métodos anticonceptivos**

El no uso de los métodos anticonceptivos muchas veces es debido a una relación sexual no planeada o apurada (rapidin). Una mujer adolescente cuenta,

*“Si se da yo creo que en ese momento no están pensando “ay, que el condón”, nooo, y ya después si son las consecuencias.”*

En los grupos focales y las entrevistas se hizo evidente que ninguna mujer está exenta de relaciones sexuales imprevistas ya que se mencionaron tanto entre mujeres adolescentes como entre mujeres jóvenes y adultas.

Otra de las razones expresadas por las mujeres para el no uso de los métodos anticonceptivos fue la pena o temor de ir a una farmacia para pedirlos. Una mujer joven comentó,

*“...me daba pena ir a la farmacia...y por no hacer eso, por pena pues quedé embarazada. Y por eso digo que no es por ignorancia sino más que eso por pena”.*

Finalmente, las mujeres jóvenes y adultas también comentaron sobre la resistencia de sus parejas para usar el condón, muchas veces con el argumento de, *“no se siente lo mismo”*. Ellas consideraron que los hombres que usaban este argumento no estaban tomándolas en cuenta y sólo estaban pensando en ellos mismos.

## **Fallos en los métodos anticonceptivos**

Varias mujeres mencionaron que ellas, o alguien que conocen, se habían embarazado mientras usaban un método anticonceptivo. Los fallos más mencionados fueron con el DIU y con las pastillas. Particularmente el embarazo con el DIU generaba preocupación en las mujeres adultas, principalmente por la falta de claridad sobre las implicaciones, tanto para el producto como para ellas mismas, en caso de continuar con el embarazo.

Muchas de las fallas en los métodos se derivaban de un mal uso o aplicación del mismo, lo cual evidenciaba una falta de información sobre el funcionamiento y el cuidado de la salud con el método. Una mujer contó, por ejemplo, que había usado su DIU durante 11 años sin ir a revisarlo.

También había falta de claridad sobre la seguridad de la lactancia como un método efectivo durante los primeros meses posparto. Muchas habían escuchado de sus madres o abuelas que sí funcionaba pero en la práctica les fallaba. Una mujer adulta contaba de su experiencia,

*“...yo estaba dando pecho a mi niña y yo estaba trabajando, entonces yo ahí en el trabajo me desmayé, me llevaron al hospital, ¿sabes cuántos meses tenía de embarazo? Seis meses, yo no me mareaba, yo no tenía ascos, yo no tenía nada”.*

## **Elección de un método definitivo**

La oclusión tubaria bilateral fue mencionada como el método más común, e incluso preferido después de haber tenido el número de hijos deseado. Muchas de las mujeres que habían iniciado su vida reproductiva en la adolescencia mencionaron haber sido “operadas” antes de cumplir 30 años. Las mujeres dieron varias razones para elegir esta opción:

*“...ya tenía tres hijos, yo ya no quería más...decidí operarme por eso, primero; también porque tengo otras metas, estudiar, trabajar, muchas cosas”.*

*“...cuando tuve a este, al pequeño sí me operé, no me quedaron ganas así que ya fue cuando me operé”.*

*“...no quiero traer más niños al mundo: soy una mujer soltera, mi marido me abandonó, con mis tres hijos, pero sí definitivamente me voy a operar”.*

Muchas mujeres hablaron de haber decidido operarse en el contexto de un último embarazo que fue inicialmente, no deseado. Es decir, después de tener uno o más hijos pasaron por un embarazo que no querían tener y para no tener que enfrentar esta situación otra vez optaron por un método definitivo. Quizá porque tomaron la decisión en estas condiciones o porque lo hicieron a una edad temprana, varias mujeres mencionaron sentirse arrepentidas por la decisión de operarse definitivamente ya que se encontraron todavía jóvenes y en una situación diferente y con ganas de tener un bebé de nuevo. Una mujer adulta contó,

*“...Yo tuve problemas con mi marido y me separé, entonces yo dije, ‘no, yo voy a estar sola, yo no voy a poder con los dos’, dije, ‘no, ni modo voy a tener que operarme’, entonces yo me operé para salir adelante y ahora...quisiera tener otro bebé”.*

Otra decía,

*“...Yo tuve a mis hijos muy chiquita, yo tenía dieciséis años cuando tuve el primero niño, entonces de ahí tengo otro, otro y otro, cuatro juntos, ahora mi hijo el más chiquito tiene diecisiete años, entonces yo digo, ¡‘ay, yo quisiera tener otro hijo’”!*

#### ***IV. Infecciones de transmisión sexual (ITS) y cáncer cérvico-uterino y de mama***

##### **Prevención y atención a infecciones de transmisión sexual**

La identificación de una infección de transmisión sexual en las mujeres de todas las edades se hace mediante la observación de cambios en el cuerpo, por ejemplo, ardor, molestias, comezón, flujo, color del flujo y mal olor. Entre las mujeres existe la creencia que son ellas las que sufren los síntomas de las infecciones y no los hombres, Varias decían,

*“...aunque tengan alguna infección y nos la transmitan a nosotras, ellos no sienten nada...no les baja ni el flujo, ni tienen comezón... se dan cuenta hasta que uno se va atender”.*

Ante los síntomas de una infección, las mujeres adolescentes recurren para consejo, en el siguiente orden, a sus amigas, a un médico y, en última instancia, a sus mamás.

Los diferentes tipos de infecciones que las mujeres de todas las edades conocen fueron gonorrea, hepatitis, herpes, sífilis y VIH/SIDA.

La información sobre cómo se transmiten las ITS fue dispar. Una mujer joven mencionó que era una cuestión de higiene, diciendo:

*“...luego ellos salen a la calle o van al baño y no se lavan las manos y luego llegan y agarran y es por eso que andamos agarrando infecciones”*

También una mujer adulta contaba que ella tallaba el baño después de cada uso por su temor a transmitir la infección a sus hijos.

Aunque había confusión sobre las vías de transmisión, la mayoría de las mujeres sí tenían claridad sobre estas vías, principalmente identificando que tenían que ver con la falta de cuidado en las relaciones extramaritales. Una mujer adulta decía,

*“...entonces cuando tienes tu pareja, o tú que eres infiel pues sí preocuparte, porque ahí sí es más seguro que nos infectamos de cualquier tipo de esa enfermedad”...*

En general, la sospecha del contagio de las infecciones es de las dos partes. Las mujeres atribuyen a los hombres la creencia de que ellas son las portadoras y que ellos son inmunes, pero por otro lado ellas creen que son ellos los portadores, porque supuestamente son ellos quienes buscan relaciones sexuales fuera de la pareja sin usar protección.

Varias de las mujeres adultas contaron historias de sus comadres o vecinas que habían muerto de SIDA y que habían sido infectadas por sus parejas. Contaba una,

*“...yo tuve una comadre que su esposo la contagió de SIDA, ella estaba embarazada y el bebé murió al mes y el señor murió al siguiente mes del bebé, entonces mi comadre estuvo en...un hospital de unas monjas de aquí de Tacubaya, y ella...estaba en tratamiento porque ya falleció también, pero precisamente fue por la infidelidad, le pegó el SIDA ese señor”.*

Había diferentes estrategias para prevenir o detectar las ITS. Algunas mujeres se revisaron porque sospechaban la infidelidad de su pareja y querían estar seguras que su salud no estaba afectada.

*“...Me da miedo porque ese anda de ojo alegre...cada año me hago mis revisiones, incluso luego en el carnet te ponen ‘venir en un año’. Yo prefiero ir y pagar nuevamente el carnet y que me hagan otra colposcopia en menos de un año para estar segura”.*

Por el otro lado, había mujeres que sin tener ninguna sospecha ni síntoma pidieron una revisión para infecciones al mismo tiempo que iban para otros servicios de salud.

*“...cuando estoy enferma de algo, pues ya me hago un chequeo, pero toda a la vez”.*

Para otras mujeres, la revisión para las ITS fue para asegurar que ellas no tenían una infección que podían pasar a otra persona. Este tipo de revisión la hacían independientemente de si tuvieran una pareja o no y de cualquier otro acercamiento con los servicios, es decir se hicieron una revisión específicamente para atender su salud sexual sin ningún otro pretexto.

*“una mujer se debe tratar, tenga pareja o no tenga pareja, porque no nada más necesariamente...cuanto tú tengas relaciones...te vas a contagiar...qué tal que tú tienes una enfermedad y tú no sabes y llegas y sí, necesitamos chearnos”.*

Algunas mencionaron la vergüenza que implica acudir a una revisión ginecológica. Sin embargo, para muchas de ellas, el miedo al cáncer y la infertilidad les llevó a superar este obstáculo y atenderse. Decía una mujer joven,

*“...yo al principio...no me atendía ni nada, decía ‘ay, va a pasar, ha de ser un simple flujito’ y eso, pero ya ahorita como están las cosas y que el cáncer que da y las infecciones te pueden quitar la matriz y todo eso, creo que yo ya ahora sí ya lo pienso, ya no lo deajo, ni lo dejaría pasar”*

En un tono parecido una mujer adulta afirmaba,

*“...quítense la pena, vaya, ábranse de pies, que las revisen, que las chequen porque es preferible pasar una vergüenza...no esperar a que les tengan que quitar la matriz”.*

## **Prevención y detección temprana de cáncer cérvico-uterino y de mama**

Casi todas las mujeres sabían sobre cómo revisar sus senos y dijeron que lo hacían regularmente. Varias comentaron que habían encontrado “bolitas” en sus senos y acudieron a una revisión médica para atenderse. En estos casos los médicos les habían dicho que eran de grasa.

Algunas mujeres hablaron de sentir pena para realizarse una prueba de Papanicolaou mientras que otras expresaron miedo sobre el posible dolor que eso les podría generar. Sin embargo, el temor al cáncer fue un incentivo para superar estos miedos e ir a revisarse. Una mujer joven decía,

*“...mi abuelita murió de cáncer en la matriz...por eso procuro estarme checando constantemente porque me da un miedo terrible...me da mucho miedo, el cáncer es terrible, ¿no?”*

El acercamiento con el Papanicolaou fue diverso para las mujeres entrevistadas. Algunas habían realizado su última prueba durante una campaña en los servicios de salud de su colonia, otras habían ido específicamente al centro de salud para este servicio mientras que otras más se lo habían realizado durante el transcurso de la atención para otras afecciones.

Las razones por las cuales no se habían realizado una prueba de Papanicolaou recientemente, tenían que ver con aspectos en el acceso a los servicios, incluyendo el número de fichas, el tiempo de espera, y la distancia o ubicación de los centros.

## ***V. Otras cuestiones de salud sexual y reproductiva***

### **La menstruación**

Mujeres de todas las edades comentaron sobre irregularidades en su ciclo menstrual. Estas irregularidades causaron preocupación para ellas, incluso temores sobre la infertilidad. Una de las adolescentes comentó,

*“...ya he ido como tres veces al ginecólogo y me dice que es normal, pero yo digo que no es normal, porque una vez, dejé de menstruar cinco meses”.*

El desconocimiento de la fisiología propia genera creencias equivocadas, así la ausencia de menstruación les preocupa, pues creen que su cuerpo está reteniendo algo que no sirve y las puede dañar.

Entre las mujeres adolescentes, en general, hay una falta de certeza sobre lo que sucede en su ciclo menstrual y particularmente de los momentos de fertilidad durante el transcurso del mes.

### **El aborto espontáneo**

Un tema que solo se tocó en el grupo focal de mujeres adultas fue el del aborto espontáneo. Existía incertidumbre sobre el riesgo que enfrentaba la mujer si el embarazo no es viable. Se habló del aborto espontáneo en términos de que el producto *“se le podía morir por dentro”* a la mujer. En estos casos, afirmaron la importancia de acudir con un médico.

## ***VI. Información sobre la salud sexual y reproductiva***

### **Fuentes de información sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva**

Las mujeres de todas las edades citaron diversas fuentes de información sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, las mujeres adultas hablaron de haber recibido información a través de las campañas o charlas que dan en los servicios o a través de sus vecinas; mientras que las mujeres adolescentes y jóvenes citaron a sus amigas, mamás, maestras y a los libros como las principales fuentes.

Sobre las campañas y charlas, las mujeres adultas expresaron que la información fue útil para aclarar dudas,

*“...dan información, pláticas sobre esto del Papanicolaou, cáncer de seno, embarazos, sexualidad, muchos cursos, de hecho sólo cursos, entonces yo sí he asistido a tres o cuatro de ellos, está bien, buena información, de hecho sí te despejan de muchas dudas que uno, pues desconoce, cosas que ‘ay Dios cómo es esto’”?*

Sobre la información que dan en la escuela, las mujeres adolescentes expresaron que no fue tan completa como les hubiera gustado, pero se sienten conformes,

*“...en la escuela, en la secundaria me llegaron a explicar, no muy a profundo, pero sí lo básico”.*

Sobre la información que dan las amigas, mamás, abuelas, hermanas y suegras, las mujeres, sobre todo las adolescentes y jóvenes, valoraron esta información como la más fiable porque era con base en la experiencia vivida. Recurrieron a estas fuentes con preguntas sobre síntomas de infección, noticias de embarazo y el cuidado durante el posparto.

En el grupo focal de mujeres adultas había un debate sobre ¿quién tiene más acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva? las mujeres que trabajan fuera de la casa o las mujeres que trabajan dentro de la casa. Un argumento era que las mujeres que trabajan fuera de la casa tienen contacto con más personas y acceso a más medios de información. El contra argumento era que cuando una está metida en el trabajo no tiene el tiempo para fijarse en otras cosas más allá de eso. Por otro lado, algunas decían que las amas de casa pueden compartir información con sus vecinas en los espacios comunes, mientras que el argumento en contra fue que eso sólo pasa si la mujer se mueve por su colonia, porque las amas de casa que casi no salen no tienen ningún acceso a la información.

Las mujeres que representaban una fuente de información para otras se sintieron en la necesidad de mantenerse informadas para poder cumplir con esta función. Decía una mujer adulta,

*“A mi no me importa, ya estoy operada pero siempre también tengo hermanas más jóvenes, o vecinas...tengo una hija también, para tener más información sobre [los métodos anticonceptivos] y poderle explicar a mi hija”.*

Las mujeres de todas las edades reconocieron que había una gran disponibilidad de información en la actualidad, sin embargo, las mujeres adultas recordaron que antes no había existido tanta información ni que la información fuera tan abierta. Incluso una mujer adulta decía que si ella hubiera sabido todo lo que ahora sabe cuando tuvo a sus ocho hijos no habría tenido tantos, o tan seguido.

## ***VII. Los servicios y la atención a la salud sexual y reproductiva***

Es importante aclarar que varios de los problemas que las personas identificaron sobre los servicios pueden aplicarse a cualquier servicio de salud, sin embargo, el análisis se ha enfocado en cómo estos problemas influyen en la atención a la salud sexual y reproductiva específicamente.

### **Desabasto de medicamentos**

Todas las mujeres mencionaron el desabasto de medicamentos y suministros en los servicios como una barrera en la atención, ya que les obligó a tener que comprarlos en una farmacia, lo que les representó un gasto muy significativo considerando los límites de su presupuesto.

El desabastecimiento fue una de las principales razones mencionadas para ir con un proveedor privado, porque si iban a tener que hacer la compra en la farmacia, iban a poder recibir la atención de acuerdo a su horario y de manera más rápida que en los servicios públicos. Es decir, el incentivo para ir a los servicios públicos disminuye mientras estos servicios no ofrezcan la ventaja de incluir los medicamentos en la atención.

En relación al desabastecimiento para la atención a la salud sexual y reproductiva, una mujer adulta comentó,

*“Desde un principio pedí el dispositivo y me dijo ‘no señora no hay’, le dije ‘bueno aunque sea inyecciones o algo’, ‘no, tampoco hay’, y dije ‘bueno ya pastillas por lo menos’ y dijo ‘no, ahorita no tenemos nada de planificación familiar, dese una vuelta al mes a ver si ya llegó’, y yo pues no, ¿para qué?”*

## Tiempo de espera

El tiempo de espera es una queja común y generalizada en los servicios públicos. Sin embargo, es importante destacar que es a costa de la salud de las mujeres, porque debido a que están a cargo de los cuidados domésticos y familiares, muchas veces no pueden ir a atender sus propias necesidades. Por ejemplo, una mujer adulta explicó que tuvo que conseguir su método anticonceptivo en otro lado porque no podía ir a los servicios de salud, entre que tenía que pedir el permiso en su trabajo para llevar a su mamá a los servicios y luego otro permiso para llevar a sus hijos, no había suficientes permisos para que ella también fuera. Varias mujeres también mencionaron que el tiempo de espera fue la barrera principal para acudir a los servicios de planificación familiar porque entonces no podían llevar sus niños a la escuela, recogerlos o preparar la comida.

Cuando sí llegaron a los servicios, el tiempo de espera fue más pesado para las mujeres durante los momentos de parto, antes de que los médicos las pasaran a la sala de expulsión o antes de administrarles un medicamento contra el dolor.

## Saturación de los servicios

Al tiempo de espera para recibir una consulta, hay que agregar el tiempo invertido en conseguir una ficha para tener derecho a la consulta, lo cual muestra una saturación de los servicios. Para las mujeres jóvenes, llegar temprano a los servicios para conseguir la ficha también implicaba poner en riesgo su integridad física por la inseguridad en su colonia.

La saturación de los servicios no solo implica tener que llegar temprano sino también que dentro de los servicios no hay suficiente espacio para la atención. Una mujer joven relató este fenómeno después de su parto,

*“...cuando regresé, mi cama ya estaba ocupada, en serio y me alivié a las ocho de la mañana...a la una me paré al baño y ya cuando regresé, ya mi cama estaba ocupada...y ya le dije a la enfermera ‘es que yo estaba acostada en esta cama y ya está una muchacha allí’...y ella dijo ‘ay hija es que ya no hay camas’”.*

## **Negación de servicios**

La negación de servicios se reportó más en el contexto de los partos, cuando la mujer no había conseguido un pase previamente para parir en un hospital dado o cuando el hospital no tenía disponibilidad de camas. En algunos casos fue una negación completa y en otros la mujer se retiró cuando le empezaron a poner obstáculos en el hospital.

La negación de servicios en un hospital muchas veces es el inicio de un peregrinaje por parte de la mujer de hospital en hospital, retrasando así la atención a su salud reproductiva. Una mujer adulta describió su experiencia de la siguiente manera,

*“...yo me fui desde las doce del día y resulta que en la entrada me dijeron que no, que todavía no y yo llegue con unos dolores y le decía a mi mamá, ‘lléveme a otro lugar porque mi bebé va a nacer aquí y no me van a pasar’”.*

## **Higiene**

La higiene en los servicios fue una queja de menor frecuencia para la mayoría de las mujeres. No existía una queja sobre la higiene para los centros de salud y sólo se enfocaba en unos pocos hospitales, sin embargo, cuando hubo problemas con la higiene, se destacaban por su gravedad. Una mujer joven relató,

*“...mi bebé amaneció malo...se le coló una infección en la piel porque estaba muy sucio el hospital, en los baños las mujeres hacían en el piso, todo era un asco, la comida te la daban echada a perder, o sea, horrible, horrible”.*

## **Capacidad del personal médico**

En todos los grupos las mujeres afirmaron que los médicos pueden equivocarse y que el simple hecho de ser médico no significaba que sabían de todo. Reportaron que muchas veces los médicos aseguraron que todo iba bien, cuando en realidad hubo algo mal. Una joven contó su experiencia con la falta de un diagnóstico correcto,

*“...es que muchas veces uno se confía a ellos porque son médicos y por eso a mí me pasó la primera vez, porque me confié demasiado. Me decían, ‘¡No tienes nada, no tienes nada!’ y sí, yo tenía infección en la orina”.*

Además de los errores en los diagnósticos de los médicos algunas mujeres también reportaron la falta de supervisión al personal médico pasante. Una mujer adulta relató su experiencia durante el parto,

*“...era una pasante de medicina...entonces ella dejó la mitad de placenta adentro, pero ya el doctor vino y dijo, ‘no, todavía tiene placenta aquí, entonces hay que introducir la mano y sacársela’...Apenas me habían cocido y me tuvieron que rajar, se dio cuenta el doctor...y tuvo que introducir su mano como 10 veces para sacar eso...y fue un dolor horrible y bien feo. Estoy consciente que los muchachos tiene que estar para aprender y todo pero que siempre un médico ya con su cédula profesional y se haya hecho muchos partos...que esté ahí observándolos, diciéndoles sabes qué estás mal o sabes qué esto no se agarra así porque hasta a veces te lastiman nada más y ...sí es mucho dolor.”*

## **Maltrato**

El maltrato o abuso verbal por parte de los médicos, sobre todo al momento del parto, fue algo reportado repetidamente por parte de las mujeres de todas las edades. A continuación son algunos de estos relatos,

*“...entró un doctor, fue tan mísero, me atendió tan mal...y era de ‘cállese, no grite...cállese, la estoy revisando, cállese, si grita yo la dejo aquí, ahí la dejo y con su bebé y yo me lavo las manos’, cosas de ese tipo”.*

*“...o cuando uno está gritando que se va aliviar le dice ¡‘ay señora, porque no gritó cuando estaba con su pareja’”!*

*“a mi última revisión que yo fui al médico, ya me sentía yo mal porque trabajaba y mi trabajo es andar caminando y le digo a la doctora, ‘¿doctora, no me da mi incapacidad?’ y me dijo, ‘¡eso lo hubieras pensado y no te hubieras embarazado,*

*si hubieras estudiado, hubieras terminado tu carrera no te hubieras embarazado y no estarías sufriendo nada de esto!’ y yo me quedé así como que...no pues sí me sentí bien mal, o sea me dio mucha tristeza. Si son feos”*

Las mujeres sabían de la posibilidad de este tipo de maltrato en los servicios y por lo tanto trataban de evitarlo. Una mujer adulta decía,

*“...por eso me aguantaba, no porque no me doliera, sino porque decía ‘yo no, lo que me van a decir’”.*

También algunas mujeres reportaron casos de abuso sexual por parte de los médicos, aunque aclararon que nunca fueron reportados oficialmente. Asimismo más de una mujer reportó que sienten miedo de un abuso así, sobre todo con los médicos hombres, y por eso siempre van a los servicios de salud sexual y reproductiva con una amiga o con sus mamás.

### **Falta de revisión completa o atención plena**

En general, las mujeres sintieron que las revisiones por parte de los médicos en los servicios de salud fueron muy apresuradas e incompletas. Mencionaron que a veces desconfiaba del diagnóstico porque el médico no les había preguntado de todo ni realizado una revisión corporal.

Paradójicamente por un lado las mujeres de todas las edades hablaron de sentirse incómodas y penosas con los médicos durante la revisión mientras por el otro lado reclaman una revisión a fondo. La explicación para esa aparente contradicción fue que una revisión completa les generaba tranquilidad y confianza en el diagnóstico si esto sucede y para eso estaban dispuestas a poner a un lado su pena.

En cuanto a la atención a la salud sexual y reproductiva en específico, las mujeres de todas las edades se quejaron de que los médicos no prestaban suficiente atención a sus preocupaciones durante el embarazo y de que subestimaron los síntomas que estaban teniendo. La respuesta de los médicos en el mejor de los casos fue decir que todo iba bien, que era normal, sin dar explicaciones sobre los síntomas que estaban manifestando. En el peor de los casos fue decir que las mujeres estaban inventando los síntomas o que eran “achagues” de ellas. Una mujer describió las consecuencias desastrosas de esta falta de atención,

*“...tuve un problema con una pequeñita que se murió, por lo mismo, cada mes ‘está bien, está bien’ y a la mera hora de la hora, llegué al hospital y no que debí haber tenido este que mandar a hacer otros estudios anteriores, cosa que nunca lo vieron”*

## **Servicios privados**

La acumulación de problemas que enfrentaron las mujeres en los servicios públicos fue lo que las llevó a buscar la atención a su salud sexual y reproductiva con los servicios privados. Varios tipos de servicios privados fueron mencionados, incluyendo al Dr. Simi, los de un familiar médico, y los que fueron recomendados por un conocido. También las mujeres acudían directamente a las farmacias cuando el personal era profesionista y a los consultorios privados de personas conocidas en sus colonias.

Algunas de las razones citadas para el uso de estos servicios fue el menor tiempo de espera, más flexibilidad en el horario, que costaba menos para acudir (principalmente por cuestiones de transporte) y que la atención fue más cálida y completa.

Una mujer adulta decía,

*“...yo creo que por eso abundaron mucho las farmacias de similares...de genéricos porque pues la gente prefería ir allí y no irte a formar a las seis de la mañana”.*

También es importante mencionar que, particularmente para los servicios de salud sexual y reproductiva, la discreción y la confidencialidad son altamente valoradas y las mujeres entrevistadas sintieron que encontraron eso en los servicios privados.

Sin embargo, las mujeres de todas las edades reconocieron que los servicios privados no siempre fueron de mejor calidad que los públicos y que si lo fueron tenía que ver con que hubo un pago de por medio. Una mujer joven decía,

*“...yo cuando tuve mi primer embarazo, mi esposo en un principio me quería llevar a un particular, bueno fuimos a un particular por lo mismo de que luego en los hospitales no nos atienden bien y eso, pero pues salió lo mismo, yo creo que peor, porque...fuimos varias veces y nunca me pesó, vitaminas si me mandó pero no me medía el estomago...no me revisaba nada más me tocaba el estomago y ya era todo”.*

## **Medicina tradicional**

Mujeres de todas las edades mencionaron que sus parientes les habían llevado a “sobarse” con una señora de su colonia durante el último trimestre del embarazo. Las experiencias de las mujeres con esta atención fueron en general positivas y dijeron que les ayudó a relajarse o a eliminar dolores. En casos en donde el bebé estaba mal posicionado para el parto, el ir a sobarse tuvo un efecto positivo para el acomodo y preparación del parto. Una mujer adulta contó su experiencia,

*“cuando yo salí embarazada de mi niña, a mi me decían que me iban a hacer cesárea porque mi bebé venía sentada. Entonces un día antes todavía fui porque ya tenía sangrado pero todavía no me aliviaba porque me decían, ‘espérese, espérese porque le vamos a hacer cesárea, pero mañana se viene y mañana le hacemos su cesárea’, y ya estaban todos los papeles hechos para hacer mi cesárea. En la noche me curan y me soban, al otro día me voy temprano, bueno más bien en la madrugada porque ya me empezaban a dar dolores...supuestamente yo ya tenía mi pase para cesárea, a la mera hora llego, me alivio luego, luego y decían que cómo era posible si la niña iba sentada”.*

## **Los servicios ideales**

Las mujeres adolescentes entrevistadas tenían recomendaciones muy específicas para los servicios de salud sexual y reproductiva amigables para ellas. En general, estas recomendaciones giraron alrededor de las características del personal médico y de las instalaciones. Pidieron que la atención fuera otorgada por una mujer joven que generara confianza y en un espacio privado con pocas personas. Les interesaba sentirse escuchadas y que quienes les atendieran les pusieran atención.

Las mujeres jóvenes hablaron de la necesidad de tener que los servicios estuvieran más cercanos a ellas, algo parecido a las campañas de salud que regularmente llegan a su comunidad. Recomendaron que estas campañas se dirigieran a edades etáreas menores para encontrar las mujeres antes de que ellas tuvieran un primer embarazo. También consideraron la importancia de sensibilizar a los médicos para que fueran más accesibles y cálidos en su atención.

Las mujeres adultas mencionaron la importancia de reducir los trámites en los servicios y que los hospitales estuvieran más cercanos ya que en las noches los únicos que les quedan son del IMSS e ISSSTE y no las aceptan allí por no ser derechohabientes. También expresaron su deseo que el personal médico tuviera más vocación y desempeño en su trabajo y que las tratara con más calidez humana, que entendieran la situación de pobreza en que vive la población a la que sirven.

## ***VIII. Los hombres y la salud sexual y reproductiva de las mujeres***

### ***Desvinculación del embarazo***

Varias mujeres que habían tenido un embarazo durante la adolescencia mencionaron la falta de apoyo de su pareja, pero no solo existía la falta de apoyo sino también una solicitud activa por parte de la pareja de interrumpir el embarazo. La siguiente cita es paradigmática en este sentido,

*...yo, cuando supe que estaba embarazada, pues fui y le dije a él, ‘pues, sabes estoy embarazada’ y él me dijo que abortara”.*

La razón más consistente para esta respuesta de parte del hombre fue que no tenía la seguridad de que era su hijo. Una de las mujeres entrevistadas lo describió de la siguiente manera,

*“...de los tres embarazos ‘es que ese bebé no es mío, es que ese bebé...quién sabe con quién te acostaste’...entonces fueron embarazos complicados pero cada que nacía un bebé...el más grande toda su cara de él, el segundo todo su color de él y el bebé es su mismo retrato andando”.*

A pesar de esta respuesta, muchas de las mujeres decidieron continuar con sus embarazos, buscando otras redes de apoyo, sobre todo por parte de su familia. Decía una,

*“...yo le dije que no iba a abortar y no fue necesario, tuve el apoyo de mi mamá”.*

## **Apoyo durante el embarazo**

En el otro lado del espectro, algunas mujeres contaron haber recibido el apoyo que necesitaban durante el embarazo e incluso para la crianza de sus hijos. Este tipo de apoyo fue visto positivamente por ellas y esencial para sobrellevar los altibajos de la experiencia.

*“...mi esposo sí me apoyaba mucho, me apapachaba mucho porque...me ponía muy mal varias veces, de hecho tenía amenaza de aborto, después también tenía amenaza de parto prematuro y él sí me apoyaba mucho, bueno hasta ahorita me apoya mucho con la salud de las niñas, cuando se pone mala en la madrugada él se levanta o sea él apoya también”.*

La participación del hombre durante el transcurso del embarazo fue muy importante, tanto para las mujeres como para los hombres mismos. A continuación un hombre entrevistado describe su experiencia estando presente en el parto de su hija,

*“yo estuve en el [parto] del medio, en el parto número dos que nació una niña, ahí estuve yo de manera simbólica yo corté el cordón y todo...Es impactante porque ves a tu pareja sufriendo, muchos fluidos, mucha sangre, ehh, es impactante de inicio pero ya una vez que ves al bebé ya todo cambia, el sentimiento, el sentimiento cambia radicalmente. Sí me gustó, la primera parte fue dolorosa, podría dividirlo en dos: me quedé como impactada pero bueno no podía yo presionar más a mi pareja y una vez que nace el niño, en este caso niña, lo tomas, cortas el cordón y te dejan verlo. Sí sientes algo indescriptible, y además sí te ligas fuertemente a ese bebé, muy fuertemente, una liga muy estrecha, muy estrecha con ese bebé. Me gustó, sí me gustó, en resumen, sí me gustó estar ahí.”*

## **El cuidado de la salud sexual**

La impresión que expresaron las mujeres sobre el comportamiento sexual de los hombres es que ellos tienen relaciones sexuales frecuentes y fuera de su relación de pareja,

*“el hombre cuando sale y no está en su casa es muy mujeriego...se meten con cuanta mujer se deje”.*

Las mujeres expresaron una falta de control en las prácticas sexuales dentro de su relación de pareja; así como desconfianza, les preocupaba que los hombres no tuvieran cuidado para no infectarlas después de haber tenido relaciones con otra mujer.

*“...el hombre llega y hace lo que quiere...lo peor es que ni siquiera se cuidan”.*

Las mujeres adultas expresaron dudas sobre si los hombres irían a una revisión si sospechaban de una infección a raíz de una relación fuera de la pareja. Según ellas, a los hombres les da pena ir a revisarse y *“son muy cobardes para los dolores”.*

A pesar de esta impresión sobre los hombres, algunos mencionaron haberse realizado análisis clínicos para prevenir contagiar a su pareja. Decía un hombre adulto:

*“...tuve una relación extramarital y como estaba planeando tener un segundo hijo, yo me hice el estudio [VIH] antes para descartar cualquier posibilidad de contagio”.*

## ***IX. La violencia y el abuso sexual***

Las mujeres de todas las edades reconocieron la violencia familiar como una realidad en sus colonias. Las mujeres que admitieron haber vivido en situaciones de violencia reportaron que esta violencia no paraba durante el embarazo.

*“...todo mi embarazo, absolutamente todo mi embarazo fueron agresiones, fueron malos ratos...diario eran agresiones, diario eran golpes, diario era el regaño...fue una pesadilla”.*

La violencia durante el embarazo también se manifestaba con el aborto forzado. Una mujer joven habló de su experiencia en este sentido,

*“...me llevó al doctor, él me llevó al doctor y me dieron cuatro inyecciones...me había llevado al doctor para que me abortara”.*

## **El abuso sexual**

El abuso sexual dentro del núcleo familiar fue mencionado por varias de las mujeres adolescentes. Los perpetradores incluían al padrastro, al primo y al tío. Como resultado de este abuso expresaron sentirse “acorraladas”, “horribles” y “tristes”. Una de las entrevistadas había tenido un hijo, producto de la violación familiar que había sufrido.

Fuera del núcleo familiar, las mujeres jóvenes reportaron sentir miedo por salir a las calles a ciertas horas de la mañana porque en las colonias en donde viven han escuchado historias de violaciones de mujeres por parte de los hombres indigentes que deambulan por ahí.

## **Discusión**

El objetivo de esta sección es analizar la gran cantidad de información recabada en esta investigación y reportada en la sección de Resultados, desde una perspectiva de género y en un marco de derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. Esta sección está dividida en los mismos apartados que la sección de resultados pero los subapartados han sido integrados para facilitar el análisis.

Para elaborar esta sección se hizo una revisión de varios de los Programas de Acción Especifica 2007-2012, incluyendo el de Arranque Parejo en la Vida, el de Planificación Familiar y Anticonceptivos y el de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. También se hizo una revisión de varias normas incluyendo la NOM-007-SSA2-1993, *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio* y la NOM-005-SSA2-1993, *De los Servicios de Planificación Familiar*.

Esta revisión ha permitido que esta sección también incluya algunas recomendaciones para mejorar la situación y la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, con la intención de que sean tomadas en cuenta para elaborar y promover programas y acciones de salud sexual y reproductiva desde las instituciones públicas de este país.

### ***I. Creencias generales sobre la sexualidad y la reproducción***

Las creencias son socialmente construidas y muchas veces son transmitidas de generación en generación. Específicamente, las creencias sobre la sexualidad que las mujeres de todas las edades manifestaron en esta investigación también son transmitidas de esta manera, como lo muestra el consejo para evitar atraer la atención masculina no deseada, que dio la mujer joven a su hija.

Aunque las mujeres adolescentes hayan recibido los mismos consejos que esta niña, la sociedad en donde ellas ejercen su sexualidad no es la misma que la de sus madres y por lo tanto, este tipo de consejo no tiene el mismo peso que tenía en años pasados. Amuchástegui (2005) describe el cambio cultural sobre la sexualidad que ha ocurrido en los últimos 40 años como resultado de un proceso de secularización, atribuyéndolo, en parte, a las políticas de planificación familiar que han influido en los discursos dominantes sobre la sexualidad y la reproducción (p. 109).

Hoy en día, la expresión sexual de las mujeres no es tan tabú como hace 40 años, y aunque lejos de ser tan aceptada como en otras sociedades, permite a las mujeres adolescentes poder manifestar su deseo sexual de manera más libre que como lo hicieron sus madres. Sin embargo, las mujeres adolescentes todavía no están completamente liberadas de los “*tapujos*” del pasado, de tal forma que mientras hablaron abiertamente de sus prácticas sexuales, todavía tienen sus relaciones sexuales en la clandestinidad.

Esta contradicción entre el discurso y la práctica responde tanto al dualismo que todavía existe en cuanto a la sexualidad femenina, como a las relaciones de poder que funcionan entre las generaciones para regular la sexualidad de las jóvenes. Por un lado, las relaciones sexuales a escondidas ayudan a mantener la imagen social de la mujer “asexuada, que no sabe nada acerca del deseo y las prácticas sexuales y que es iniciada en ellos solamente a través del deseo y la actividad masculinos” (Amuchástegui, 2005, p. 113). Y por el otro lado, responden al control sobre la sexualidad que ejercen las generaciones mayores cuando adoptan “el papel de censores sobre el comportamiento de las generaciones más jóvenes, aprobando aquellos que se asemejan más a lo que esas generaciones mayores consideran adecuado” (Román, 2000, p. 62).

Paradójicamente, aunque el ejercicio de la sexualidad en adolescentes es estigmatizado, su reproducción es aceptada. Las creencias sobre la reproducción en adolescentes, que manifestaron las mujeres de todas las edades en esta investigación, indican que existe una aceptación de ello. Esta aceptación es consistente con estudios sobre el tema que observan una normalización de este fenómeno en sectores marginados de la población mexicana (Stern, 1995). En parte, esta normalización se debe a su prevalencia en estos sectores, que es significativamente mayor que en sectores socio-económicos más privilegiados (Stern, 2008).

Al contrario que en otros sectores socio-económicos en donde las aspiraciones sociales se verían limitadas con un embarazo durante la adolescencia, en los sectores marginados y populares, donde las oportunidades vitales son de por sí limitadas, el embarazo no necesariamente se veía como una limitación al bienestar de la adolescente ni del hijo/a resultante. Lo que sí se consideró una limitación al bienestar fue tener más hijos de los que uno podía cuidar de manera adecuada. En varios momentos se evidenció que la prohibición de la jerarquía de la Iglesia Católica al uso de los métodos anticonceptivos no es compatible con las necesidades reales de la población y por lo tanto juega un papel cada vez menos relevante en la construcción de sus creencias y conductas sobre la sexualidad y la reproducción.

Si bien, existe gran apertura al uso de métodos modernos para controlar la fertilidad, conviven al lado de creencias tradicionales sobre el papel de la reproducción en la vida de las mujeres. La reproducción sigue siendo concebida como forma preponderante para la autorrealización de las mujeres, como queda claro en el discurso de las mujeres adultas sobre el impacto de la infertilidad en quienes la padecen. La creencia que el no poder tener hijos biológicos puede llevar a las mujeres a amargarse e incluso a la locura, naturalmente genera un temor sobre la infertilidad, aún en casos en donde no hay ningún antecedente médico que lo justifique.

## ***II. El embarazo***

Los resultados de esta investigación muestran el éxito con que los programas públicos de planificación familiar han respondido al interés de las mujeres por prevenir y espaciar sus embarazos. Sin embargo, también muestran una falta de información sobre los cuidados preventivos que facilitan un embarazo saludable, evidenciado en el hecho de que la mayor parte de las mujeres en esta investigación reportaron que su acercamiento a los servicios médicos fue a partir del embarazo.

La falta de cuidados preventivos antes del embarazo, como pueden ser la revisión médica, evitar hábitos nocivos para la salud como fumar o consumir alcohol o drogas y empezar a tomar ácido fólico, remite a la necesidad de acciones por parte del sector salud para informar a las mujeres sobre los beneficios de la “planeación” de sus embarazos y acercarlas a los servicios. El Programa de Acción Específico 2007 – 2012 de Arranque Parejo en la Vida, incluye, como una de sus estrategias, el “desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a la población en general” (Secretaría de Salud, s/f, p. 33). Ésta estrategia, más que cualquier otra, debe incluir acciones para promover el embarazo saludable mediante su planeación. Sin embargo, las acciones propuestas en ella no contemplan este elemento. Asimismo, en el Distrito Federal, el Catálogo de Servicios de las Unidades Médicas Móviles, que promueven el autocuidado y ofrecen la detección oportuna del embarazo en colonias de alta y muy alta marginación en la ciudad, no menciona que incluye un componente relacionado con los cuidados previos al embarazo (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2008).

La falta de información y acercamiento a los servicios de salud reproductiva antes del embarazo, y la ausencia de acciones para remediar esta situación, llevan a cuestionar si realmente existe un interés en asegurar que los embarazos sean planeados. Esto lleva a preguntarse si la falta de acciones para alentar la “planeación” del embarazo, que incluya cuidados preventivos, se debe en parte a la falta de elaboración del concepto del “embarazo planeado” en los servicios de salud, ejemplificado en la ausencia de su mención o definición de éste en los Programas de Acción Específicas 2007–2012 de Arranque Parejo en la Vida y Planificación Familiar y Anticoncepción de la Secretaría de Salud.

La falta de elaboración del concepto de embarazo planeado también lleva a una confusión sobre qué implica un embarazo “no planeado”. Aunque es lógico suponer que un embarazo en donde la mujer y/o su pareja han seguido ciertos cuidados preventivos lleva implícito el deseo del embarazo, no es lo mismo a la inversa, es decir, que un embarazo en donde estos cuidados no se han tomado, no es deseado. Los resultados de esta investigación muestran que hay un alto grado de aceptación de los embarazos, aun cuando no estaban presentes estos cuidados para considerarlos “planeados”.

La caracterización del deseo o no del embarazo es también un concepto complejo, ya que los resultados mostraron que un embarazo inicialmente deseado puede convertirse en uno no deseado y viceversa, dependiendo de las circunstancias que rodean al mismo. Debido en parte a la penalización, tanto legal como social, la interrupción voluntaria del embarazo, no fue contemplada como una opción real por muchas mujeres, aunque sí reconocieron que es una de las alternativas que tienen. Para estas mujeres, el embarazo está vinculado desde las primeras etapas de gestación con el futuro ejercicio de la maternidad de manera que su interrupción es difícil de concebir. Aún así, llama la atención que la edad y la experiencia de vida juegan un papel importante en la apertura de las mujeres a la consideración sobre la interrupción del embarazo, ya sea porque muchas tienen la experiencia de la maternidad y saben lo que implica o porque han visto en sus comunidades lo que pasa con los niños no deseados.

El interés que las mujeres adultas mostraron por la adopción de los niños no deseados podría justificar una reforma en los procedimientos para la adopción en México, para que fueran más fáciles de realizar, con la ventaja de que así se podría llevar a la legalidad una práctica actualmente fuera de ésta.

La mayoría de las mujeres que decidieron continuar con sus embarazos, identificó la atención prenatal como el siguiente paso a seguir después de la confirmación del embarazo. Sin embargo, sus relatos indican que no les quedaba tan clara la manera en que los componentes de la atención prenatal les iban a ayudar a prevenir las complicaciones durante el embarazo o en el parto y puerperio. Eso se reflejó en la poca consistencia con que acudieron a las visitas y el hecho de que muchas veces decidieron no tener la atención prenatal en el mismo tipo de servicio que el parto, como en los casos en donde usaron una combinación de los servicios públicos y privados. Para poder alcanzar las metas para la atención prenatal, tanto en términos de cantidad como en términos de calidad, el sector salud tiene una importante labor que hacer en la educación a las mujeres sobre la importancia de esta atención.

También es importante reconocer que algunas mujeres no acudieron a la atención prenatal por barreras indirectas como pueden ser los costos del transporte y en la necesidad de ausentarse en el trabajo. En este sentido, es imperativo que el sector salud encuentre alternativas para garantizar el acceso a esta atención.

En los resultados de esta investigación es evidente que los servicios de atención al parto en el sector público incumplen con los estándares mínimos de calidad en la atención, tanto en lo clínico como en la calidez. La experiencia del parto es significativa para cualquier mujer y ofrecerle competencia técnica y humana en la atención, que tome en cuenta las preocupaciones, tanto médicas como emocionales, que esta experiencia le genera, es parte de la responsabilidad del sector salud, así es como está anunciado en el Programa de Acción Especifico 2007–2012 de Arranque Parejo en la Vida (Secretaría de Salud, s/f, p. 33). La estrategia de garantizar las competencias del personal de salud también implica una mayor vigilancia sobre el abuso de las cesáreas en los servicios privados y públicos.

### ***III. Métodos anticonceptivos***

Las mujeres de todas las edades expresaron que su interés en usar métodos anticonceptivos tenía que ver, en parte, con el deseo de alcanzar sus propios planes de vida. Este deseo se puede interpretar como una manifestación de la autonomía de las mujeres. La importancia de la autonomía de las mujeres para el éxito de los programas de salud reproductiva está reconocido por la Secretaría de Salud (s/f), que afirma que “la subordinación [de las mujeres] y falta de

autonomía en la toma de decisiones se constituye en barreras para el conocimiento y adopción de métodos anticonceptivos” (p. 13).

Para las mujeres que habían decidido usar un método anticonceptivo, el proceso de selección del mismo era multifactorial e involucraba a varios actores, incluyendo a sus parejas y a los médicos. Cuando las parejas de las mujeres estaban de acuerdo en el uso de un método, jugaron un papel importante en la selección de este método y en asegurar la consistencia de su uso. Esto remite a la importancia de la participación activa de los varones en los servicios de planificación familiar, algo que está planteado de manera destacada por la Secretaría de Salud (s/f) en términos de su estrategia de “favorecer la participación del hombre en las decisiones reproductivas de la pareja y su familia, con absoluto respeto a las decisiones de la mujer” (p. 31).

Los médicos también jugaron un papel importante en la selección de los métodos, ya que con base en sus recomendaciones las mujeres tomaron la decisión sobre cuál método usar. Desafortunadamente, a veces el abasto limitado en los centros de salud fue el factor decisivo, y no los intereses y necesidades de las mujeres, para que el médico recomendara una opción u otra. En este sentido, es importante asegurar que se cumpla el objetivo en el Programa de de Acción Específico 2007–2012 de Planificación Familiar y Anticoncepción de “proporcionar servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad con una amplia oferta de métodos anticonceptivos modernos...” (Secretaria de Salud, s/f, p. 28).

Aunque todas las mujeres tenían conocimiento de los métodos anticonceptivos más comunes, eso no necesariamente se traducía en su uso de manera correcta y consistente. En parte, eso tiene que ver con la falta de información precisa al respecto. Menkes y Suárez (2003) encontraron resultados semejantes en su análisis de la sexualidad y el embarazo en adolescentes en donde notaron que si bien los adolescentes y jóvenes habían oído hablar de varios métodos, “son pocos los que conocen cabalmente el funcionamiento de los mismos” (p. 23).

Los resultados de la actual investigación muestran que el uso inconsistente o el no uso de los métodos anticonceptivos se deben a varios factores e incluye los efectos secundarios de los métodos sobre la salud, las relaciones sexuales no planeadas, la objeción de los hombres a su uso y el estigma sobre el ejercicio de la sexualidad de las mujeres.

A pesar de contar hoy en día con una gran variedad de métodos modernos, la realidad es que no existe el método perfecto y tampoco todos funcionan para todas las mujeres. Las mujeres en esta

investigación mencionaron haber probado hasta cuatro diferentes métodos, y cada uno que les generaba un efecto secundario diferente. Con este tipo de experiencias, es comprensible que las mujeres abandonen el uso de los métodos, aunque se arriesga un embarazo.

La no anticipación de las relaciones sexuales es una realidad innegable, tanto porque el deseo sexual es algo que “atraviesa los cuerpos” (Rodríguez, s/f, p. 3), como porque la espontaneidad en las relaciones sexuales es algo que legitiman socialmente las relaciones sexuales de las mujeres (Szasz, 2004, p. 4). Las mujeres de todas las edades admitieron que no habían usado un método anticonceptivo en alguna ocasión por no tenerlo a la mano, pero las adolescentes y las solteras estaban particularmente vulnerables a esta posibilidad por la manera accidentada e imprevista con que tenían las relaciones sexuales.

Los resultados de esta investigación confirman que los estereotipos de género juegan un papel central en el ejercicio de la sexualidad y particularmente en el uso de los métodos anticonceptivos. Las mujeres mencionaron que habían cedido ante la resistencia de sus parejas para usar condón, aunque eso las exponía a la posibilidad de embarazarse sin quererlo. Según Szasz (2004), este comportamiento puede explicarse por la creencia de una necesidad sexual irrefrenable en los varones, lo que lleva a “la aceptación de las demandas sexuales masculinas independientemente de los deseos propios e inhibe el uso de medidas preventivas” (p. 4).

Varias mujeres explicaron el no uso de los métodos anticonceptivos por sentir pena de ir a una farmacia para pedirlos. En un contexto cultural que condena las expresiones de deseos eróticos y de placer en las mujeres, esta sensación no es sorprendente (Szasz, 2004, p. 3). Acercar los métodos, incluyendo el condón, a las mujeres puede ayudar a tener mayor acceso a ellos y por lo tanto fomentar su uso, sin que las mujeres tuvieran que enfrentar las críticas sociales.

Los resultados de esta investigación muestran que la oclusión tubaria bilateral es un método muy común y que se practica a las mujeres relativamente jóvenes. Esta información corresponde a los datos sobre la distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas, usuarias de la oclusión tubaria bilateral en 2006, que fue de 62% (Secretaría de Salud, s/f, p. 24). Las sensaciones de remordimiento que expresaron algunas mujeres por haberse realizado la oclusión tubaria bilateral puede ser un indicador de que se requiere más consejería de parte del personal de salud sobre las implicaciones de usar este método.

#### ***IV. Infecciones de transmisión sexual y cáncer cérvico-uterino y de mama***

Más que cualquier otro tema de salud sexual y reproductiva, las mujeres de todas las edades tenían muchas dudas y confusiones sobre las ITS. Si bien, supieron cómo identificar cuándo tenían una infección por el cambio que ésta generaba en sus cuerpos, no necesariamente supieron qué infección era o cómo la habían contraído. Este resultado es consistente con el análisis que hace Szasz (2004) en cuanto al impacto de los valores restrictivos sobre la sexualidad femenina en la promoción del “desconocimiento de las mujeres sobre la existencia de este tipo de infecciones y sobre las formas como se puede contraer” (p. 4). Igual que en cualquier tema relacionado con la sexualidad y la reproducción, los estereotipos de género juegan un papel fundamental.

La falta de información sobre cómo se contraen las ITS es un factor determinante para la exposición a ellas, igual que la creencia de que las mujeres son las únicas que manifiestan síntomas, ya que esta les impide estar alertas a los signos de infección en los hombres con quienes tienen relaciones sexuales. En este sentido, llama la atención que en el Programa de Acción Específico 2007–2012 de Planificación Familiar y Anticoncepción, solo se mencionan acciones para prevenir las ITS en cuanto a los servicios específicos para los hombres, aunque en el Programa de Acción Específico 2007–2012 de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes menciona acciones para hombres y mujeres adolescentes. Los resultados de esta investigación muestran que también es importante que estas acciones se dirijan a las mujeres adultas ya que mientras más informadas estén, más puedan prevenir el contagio.

Los resultados de esta investigación confirmaron que la estrategia de las campañas de revisión para el cáncer cérvico-uterino y de mama ha funcionado muy bien para informar a las mujeres y hacer una detección temprana. Campañas parecidas podrían ser una buena estrategia para la detección de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, ya que muchas mujeres manifestaron que no acuden para este tipo de revisiones por pena o miedo. En este sentido, la estrategia de las unidades médicas móviles de la Secretaría de Salud del Distrito Federal es un modelo a seguir. Lo que se evidenció en esta investigación es la importancia de que este tipo de acciones lleguen a todas las mujeres – jóvenes, adultas, casadas y solteras – ya que todas están en riesgo de exposición de una manera u otra. Además de hacer revisiones, estas campañas también deben difundir información a todas las mujeres ya que en algún momento muchas son fuentes de información para otras.

## ***V. Otras cuestiones de salud sexual y reproductiva***

Las mujeres adolescentes expresaron mucho desconocimiento sobre el ciclo menstrual y las posibles causas por las irregularidades en ello. Este desconocimiento les causaba ansiedad por las implicaciones para su futura fertilidad. El desconocimiento de las adolescentes sobre el ciclo menstrual también fue el resultado de un estudio que se realizó en 2000 por Menkes y Núñez en donde encontraron que solo 10% de los estudiantes de educación media y media superior de Michoacán tenían conocimiento sobre el periodo de mayor fertilidad de las mujeres (Menkes y Suárez, 2003, p. 21). Estos hallazgos remiten a la importancia de promover la educación sexual en las escuelas, una acción contemplada en los Programas de Acción Específico 2007–2012 de Planificación Familiar y Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Las preocupaciones que las mujeres adultas manifestaron sobre el aborto espontáneo, que también es un tema que genera mucha ansiedad por su vinculación con la fertilidad, podrían ser resueltas con más información al respecto al momento que acudan para su primera cita prenatal.

## ***VI. Información sobre la salud sexual y reproductiva***

A pesar de las múltiples dudas e inquietudes que las mujeres de todas las edades manifestaron en esta investigación, es importante reconocer que ha habido avances en el acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva. Hoy en día existen muchas fuentes de información, algunas más oficiales y veraces que otras. El hecho de que las mujeres de todas las edades recurren a otras mujeres antes de ir con un médico reafirma las estrategias de conformación de redes sociales que se han elaborado desde el sector salud.

Los resultados de esta investigación también ratificaron la utilidad de las campañas informativas, sin embargo habrá que considerar la ampliación de la estrategia para que llegue a las mujeres de todas las edades y de todos dos estados civiles.

## ***VII. Servicios y la atención a la salud sexual y reproductiva***

Los resultados de esta investigación indican que los roles de género, en donde las mujeres “crían y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente durante toda la vida a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte”, influyen directamente en el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva, ya que las mujeres acompañan a los servicios de salud a todos sus familiares, pero no acuden para sí mismas (Lagarde, 1993, p. 238). A esta barrera socio-cultural, también se suma la dificultad que las mujeres reportaron para llegar a los servicios, por su lejanía de sus colonias o por estar en zonas inseguras.

El compromiso con la equidad de género que está incluido en los Programas de Acción Específico 2007–2012, implica que los servicios públicos tienen la obligación de encontrar la manera de atender a las mujeres, tomando en cuenta sus distintas necesidades. Eso puede implicar: hacer y promocionar cambios en el horario del servicio, construir los servicios en zonas más pobladas, llevar los servicios a las colonias mediante caravanas o unidades móviles, aumentar la seguridad alrededor de los centros de salud, y otras estrategias que representan un reconocimiento a la manera en que los roles de género constituyen una barrera para el acceso a los servicios.

En los relatos de las mujeres, al momento de acudir para una revisión de salud sexual y reproductiva – ya sea para realizarse la prueba de Papanicolaou, para detectar una ITS o para la atención prenatal – se enfrentaron con personal médico al que le faltaba sensibilidad sobre sus preocupaciones y pudores. Según lo que reportaron, las mujeres de todas las edades querían sentir que habían recibido una revisión completa, aunque ésta misma les causara pena. Para poder cumplir con las expectativas, a veces contradictorias, de las usuarias, es necesario que el personal de salud reciba capacitación en la perspectiva de género y el manejo de la relación médico-usuaria, dentro de un marco de respeto a los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

Además de la falta de una integración plena de la perspectiva de género en los servicios, también existe una serie de limitaciones que constituyen una violación a diferentes normas, incluyendo la NOM-007-SSA2-1993, *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio* y la NOM-005-SSA2-1993, *De los Servicios de Planificación Familiar*. Estas limitaciones incluyen el desabastecimiento de métodos anticonceptivos e instrumentos de planificación familiar así como medicamentos para su

uso durante el periodo del embarazo, parto y puerperio. También incluyen la falta de suficiente personal de salud calificado, lo que resulta en una sobresaturación de los servicios con la subsecuente negación de los mismos. Para remediar estas limitaciones es necesario analizar el presupuesto asignado a los servicios y abasto de medicamentos para la salud sexual y reproductiva y asegurar su manejo correcto.

El abuso y el maltrato en los servicios de salud sexual y reproductiva reportados por las mujeres de todas las edades, representan una violación a sus derechos humanos. Esta investigación no es la primera que reporta la violación a estos derechos, sobre todo durante el momento del parto (Castro y Erviti, 2003). Además de mayor investigación, acompañada por acciones inmediatas de solución, es necesario asegurar que los servicios que desde el sector público se ofrecen, estén enmarcados en el pleno respeto a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud y el derecho a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Los resultados de esta investigación confirman que las mujeres de todas las edades usan los servicios privados de sus colonias en ciertas situaciones, aun cuando tienen pocos recursos para hacerlo. Hace falta más investigación sobre las circunstancias que las llevan a usar estos servicios, particularmente para sus necesidades de salud sexual y reproductiva, ya que el uso alternado de los servicios públicos y privados para este tipo de atención deriva en una desarticulación de la misma que puede representar un riesgo para su salud. Las experiencias de las mujeres de todas las edades con los servicios privados también confirman que no por ser privados son mejores. En este sentido, la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de desarrollar estrategias para vigilar mejor los servicios privados, dentro del marco del derecho a la salud.

Las recomendaciones para los servicios de salud sexual y reproductiva que dieron las mujeres en esta investigación coinciden en la necesidad de mejorar la calidad técnica y humana en la atención, algo que ya está contemplado en los Programas de Acción Específico 2007–2012 de Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar y Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. También coinciden en la necesidad de acercar los servicios más a las mujeres de todas las edades, pero especialmente a las adolescentes, ya que según los resultados de esta investigación su acercamiento sucede cuando ya están embarazadas. Este acercamiento puede tomar varias formas, incluyendo más publicidad de los servicios en los centros de salud o caravanas y servicios móviles de salud, las dos que están contempladas en el

Programa de Acción Específico 2007-2012 de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (Secretaría de Salud, s/f, p. 26).

En el caso de las adolescentes, sus comentarios a partir de esta investigación indican que quieren una atención especializada, lo que requiere mayor capacitación al personal médico y servicios amigables dedicados a ellas, algo que ya está bosquejado en el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en la forma de un Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (Secretaría de Salud, s/f, p. 26).

### ***VIII. Los hombres y la salud sexual y reproductiva***

Igual que en el caso de las mujeres, los estereotipos de género influyen en las creencias y el actuar de los hombres en torno a la salud sexual y reproductiva. Estos estereotipos, que parten del “macho progenitor”, colocan a los hombres en una postura de poder y autoridad frente a las mujeres, al mismo tiempo que los llevan a conductas que ponen en riesgo su salud y la de su pareja (Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño, Reysoo, 2003, p. s35; Figueroa y Sánchez, 2000, p. 64). Estas conductas incluyen prácticas sexuales sin protección, lo que a la vez los expone a infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados, igual que a las mujeres.

La comunicación sobre la salud sexual y reproductiva en pareja es compleja y otros estudios han indicado que los hombres no necesariamente se sienten cómodos hablando de la prevención de embarazos y de ITS con sus parejas (Stern *et al*, 2003, s42). Este problema es algo que las mujeres en esta investigación también expresaron y que remite a la importancia de apoyar a la población a desarrollar herramientas de comunicación y negociación efectivas en estos temas.

En sus relaciones de pareja, las mujeres describieron que prevalece la desconfianza y los celos en las dos partes. Los estereotipos de género crean y refuerzan estos sentimientos, que a la vez afectan la franqueza y honestidad en la comunicación en pareja. Aunque, el ámbito de las relaciones personales puede no corresponder al gobierno, es posible que desde las instituciones sociales se promuevan otros modelos de relaciones, tal como lo ha hecho el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal en su promoción de la diversidad, democracia y equidad en las familias de esta ciudad (Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, 2008)

Varias mujeres en esta investigación mencionaron haber recibido presión por parte de sus novios para embarazarse. Sin embargo, después, estos mismos hombres pidieron a ellas que abortaran, evidenciando que querer embarazarse a su pareja no siempre se traduce en querer ser padre. Se podría generar varias hipótesis sobre este comportamiento masculino. Por un lado, puede estar relacionado con el quiebre en la imagen del típico-ideal hombre responsable y proveedor (Stern *et al*, 2003, s38). El embarazo en este contexto puede representar la necesidad de comprobar la “hombría” y la solicitud del aborto el reconocimiento de las limitaciones reales para asumir la responsabilidad. Por el otro lado, presionar a la mujer para embarazarse puede deberse al interés masculino por consolidar la relación de pareja y la solicitud del aborto a las dudas sobre este compromiso. Este es un fenómeno que merece mayor investigación ya que fue reportado en múltiples ocasiones.

El vínculo que el hombre desarrolla con el embarazo es obviamente diferente del que desarrolla la mujer, en gran parte porque no es en su cuerpo en donde se gesta. Este hecho biológico, aunado a los estereotipos tradicionales sobre la masculinidad, en los que la participación de los hombres en las etapas del embarazo, incluyendo el parto, es limitado e incluso llega a ser totalmente ajena. Sin embargo, la participación masculina en este proceso, cuando existe, sirve de gran apoyo a la mujer y también trae beneficios para los hombres en términos de su vinculación con el recién nacido.

En México, poco se ha hecho en los servicios públicos para facilitar la participación de los hombres en las diferentes etapas del embarazo, incluyendo el parto. El Programa de Acción Específico 2007–2012 de Arranque Parejo en la Vida, incluye entre sus acciones la promoción de “la visita de la pareja a cuando menos una consulta de control prenatal”, lo que representa un esfuerzo en este sentido, por mínimo que sea (Secretaría de Salud, s/f, p. 33). La relevancia e importancia de la participación de los hombres en el embarazo y el parto merece más investigación, lo que podría servir para justificar cambios estructurales en los servicios, por ejemplo el acondicionamiento de las salas de parto para que los hombres puedan acompañar a sus parejas.

## ***IX. Violencia***

Los resultados de esta investigación muestran que la violencia física, económica, psicoemocional y sexual contra las mujeres sigue siendo un grave problema en la sociedad mexicana. El hecho de

que ninguna mujer mencionó haber recibido apoyo de alguna institución pública para salir de la situación de violencia en que se encontraba, remite a la importancia de fortalecer las estrategias de detección temprana de la violencia desde el sector público. Los centros educativos y de salud son las instituciones naturales para desempeñar esta actividad, como se reconoce en la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2007, pp. 15-16). Este ordenamiento establece que el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres está integrada por las siguientes instituciones: Secretaría de Gobernación, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Seguridad Pública, Procuraduría General de la República, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Consejo Nacional para Prevenir y Erradicar la Discriminación, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF y los Mecanismos para el adelanto de las mujeres en las entidades federativas. En el caso específico del Distrito Federal, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del D.F. representa un paso más allá en la identificación de otras instituciones que comparten la responsabilidad de hacer esta detección, incluyendo la Secretaría de Seguridad Pública, la Secretaría de Cultura, el Tribunal Superior de Justicia y el Sistema de Transporte Público del D.F. (Metro) (Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, s/f, pp. 21-23).

Para que el personal de estas instituciones pueda detectar situaciones de violencia, requiere de capacitación constante, como lo reconocen estas dos leyes. El hecho de que el acercamiento de muchas mujeres víctimas de violencia a los servicios médicos fue durante su embarazo afirma la importancia de ofrecer este tipo de capacitación al personal involucrado en la atención a la salud sexual y reproductiva, especialmente porque, según lo que las mujeres en esta investigación contaron, la violencia no para durante el periodo de gestación.

Las experiencias que varias mujeres de esta investigación contaron sobre el aborto forzado refuerza la relevancia de la tipología de la Violencia contra los Derechos Reproductivos que se encuentra en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del D.F. Según esta tipología, la Violencia contra los Derechos Reproductivos incluye,

“toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del

embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia” (Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, s/f, p. 14).

Estas experiencias también muestran la importancia de la definición y castigo para el aborto forzado incluida en la reforma al código penal y la ley de salud del Distrito Federal que se aprobó el 24 de abril de 2007 por la Asamblea Legislativa. Esta reforma define el aborto forzado como “la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada”, y lo castiga con cinco a ocho años de prisión (Gobierno del Distrito Federal, 2007, p. 2).

En esta investigación, varias mujeres relataron sus experiencias sobre abuso sexual, muchas veces perpetrado por miembros de sus familias. Según un estudio realizado a nivel nacional por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la prevalencia de por vida de abuso sexual<sup>1</sup> en el país es de 4.4% y dos terceras partes de las víctimas son abusadas por conocidos (Ramos-Lira, Saldívar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot, Villatoro-Velázquez, 1998, p. 227).

Las mujeres en esta investigación describieron que habían vivido estas experiencias de manera solitaria, con todo el dolor psicoemocional que eso puede implicar. Estas experiencias también tenían repercusiones para su salud sexual y reproductiva, incluyendo el embarazo, muchas veces producto de incesto.

Lo relatado en torno al abuso sexual en esta investigación confirma la importancia de acciones multisectoriales para detectar y denunciar estos casos. También, confirma la importancia de mantener la excluyente de responsabilidad para el aborto si el embarazo es resultado de una violación en los códigos penales de los estados como una opción para mujeres víctimas de éste abuso. Asimismo, la NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención* es un instrumento importante para garantizar la atención y orientación adecuada a víctimas de violencia familiar y sexual, ya que incluye la obligación del personal de salud a proporcionarles a las mujeres anticoncepción de emergencia o, en su defecto, informarles sobre las alternativas para la interrupción legal del embarazo en los términos de la legislación estatal vigente. Al momento de escribir eso, la publicación de esta Norma por parte de

---

<sup>1</sup> Este estudio solo hizo referencia al abuso sexual asociado con el contacto físico, dejando a lado un amplio rango de otras conductas que también pueden ser abusivas sin implicar tocamientos o penetración.

la Secretaría de Salud está pendiente por razones ideológicas, a pesar de haber cumplido con todos los criterios técnicos, científicos y de reglamentación.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos del proyecto de investigación, “Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud”, y que aquí han sido sistematizados y analizados, ofrecen muchos puntos de donde se pueden partir para construir políticas, programas e intervenciones que facilitarán el acceso de las mujeres pobres residentes en la Zona metropolitana de la Ciudad de México a los servicios de salud sexual y reproductiva de los cuales tienen derecho.

Las creencias sobre la salud sexual y reproductiva que estas mujeres compartieron en la investigación muestran la importancia de trabajar desde el nivel psicosocial con la población para seguir avanzando hacia el pleno disfrute de los derechos sexuales y reproductivos. Las creencias manifestadas con respecto a la expresión sexual abierta, la infidelidad en la pareja, el papel de la reproducción en la vida de las mujeres y la edad apropiada para iniciarla, muestran que aunque la sociedad mexicana ha cambiado, todavía existen estereotipos y prácticas que limitan el desarrollo de las mujeres.

Las experiencias de las mujeres urbanas pobres con el embarazo muestran que los términos que se han empleado para calificar los embarazos, incluyendo el “no planeado” y el “no deseado” son limitados en cuanto intentan reflejar una realidad reproductiva subjetiva y compleja. Los resultados de esta investigación convocan al Sector Salud a tomar mayores medidas para asegurar que “todo niño que nazca sea un hijo deseado”, como está anunciado en el Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1996, párrafo 6.6). Estas medidas deben incluir: informar a la población sobre los cuidados preventivos antes del embarazo y atender el problema de salud pública que representa el aborto inseguro. La atención durante el periodo gestacional, incluyendo el parto y puerperio también tiene que reforzarse, en un marco de respeto a la equidad de género y los derechos humanos.

Los resultados de esta investigación confirman el impacto que han tenido los programas de planificación familiar en México, sin embargo, también alertan sobre las barreras, tanto culturales como materiales que se encuentran en el camino. Asimismo se ratifican que tanto los métodos como los seres humanos son falibles y que siempre existirán los embarazos imprevistos. A pesar de eso, el Sector Salud así como las instituciones educativas, tienen la obligación de informar a la

población sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles así como asegurar su acceso a ellos, haciendo uso de estrategias innovadoras para este fin.

Las incertidumbres que las mujeres entrevistadas manifestaron tener en esta investigación en cuanto a las infecciones de transmisión sexual remite a la necesidad de difundir mayor información a todas las personas – mujeres, hombres, solteras, casadas, jóvenes, adultas – sobre las vías de transmisión y las formas de prevención.

Más allá del tema del embarazo, la anticoncepción e las ITS, las mujeres expresaron otras dudas sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva, por ejemplo sobre la menstruación y los abortos espontáneos. Estas dudas ponen en evidencia la importancia de trabajar en el acceso a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad y la reproducción desde el sector educativo.

Las maneras en que las mujeres reportaron que comparten y encuentran información sobre la salud sexual y reproductiva muestran tanto la falta de fuentes oficiales sobre la misma, como la importancia de las redes sociales. Las estrategias innovadoras de difusión contempladas en los Programas de Acción Específico en esta materia, tales como las caravanas y las unidades móviles, representan un avance en este sentido.

Las experiencias que las mujeres reportaron tener en los servicios de salud sexual y reproductiva de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México muestran que todavía existen grandes deficiencias que requieren de un remedio inmediato para asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Estas deficiencias son varias y algunas son estructurales. Además de la transversalización de la perspectiva de género, requieren de una reconceptualización para posicionar a las y los usuarios en el centro de la atención, en un marco de derechos.

El abuso sexual que las mujeres reportaron haber sufrido en esta investigación es alarmante y remite a la importancia de fomentar el cambio en los patrones violentos de la población así como fortalecer las estrategias de detección y prevención que realizan las instituciones públicas, incluyendo la Secretaría de Salud.

Si bien la población objeto de este estudio es la femenina residente en las áreas de mayor marginación de la Zona metropolitana de la Ciudad de México, durante el trabajo de campo se

hizo evidente el origen rural de muchas de ellas, por lo que muchas de las recomendaciones aquí expresadas bien podrían extenderse al conjunto de mujeres pobres de nuestro país.

Este trabajo ha bosquejado el camino hacia la construcción de las políticas, programas e intervenciones a favor de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, partiendo de los relatos de ellas mismas. Las experiencias y prácticas que aquí se han sistematizado deben formar el eje rector para la elaboración de las acciones de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva en México que emprenden cualquier de las instituciones públicas de este país.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo Botero, Marcela (2008), *Barreras en planificación familiar en contextos marginales del D.F.: Visión de los prestadores de salud*, Tesis de Maestría en Demografía, Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana.
- Amuchástegui, A. (2005). “Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos”. En: Szasz, I., Lerner, S. (Editoras). *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México, p. 107-135.
- Bertrand, J. T., Hardee, K, Magnani, R.J. y M. A. Angle (1995). “Access, quality of care and medical barriers in family planning programs”. En: *International Family Planning Perspectives*, v. 21, nro. 2, june: 64-74.
- Blanco G., López O. y Rivera J., (1997), “Territorio y Salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México”, 1997 Meeting of the Latin American Studies Association., Guadalajara, México.
- Boltvinik, J. (2006). “La pobreza en el Distrito Federal/III”. En: *La Jornada*, 8-12:34.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia*. Consultado el 22 de noviembre de 2008 en: [www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf](http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf).
- Camarera, R.M. y S. Lerner (2008). “Repensando los significados del concepto de ‘necesidades insatisfechas’: consideraciones teórico-metodológicas e incertidumbres de evidencias empíricas en el México rural”. En I. Szasz y S. Lerner (Editoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I*. México, El Colegio de México.
- Castro, R. y M. Bronfman (1995). “Investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuituco”. En: Nigenda, G. y A. Langer (editores). *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. México, Instituto Nacional de Salud Pública: 53-68.
- Castro, R., Erviti, J. (2003). “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”. En: López, P., Rico, B., Langer, A., Espinosa, G. (Editoras). *Género y Política en Salud*. México: Secretaría de Salud, p. 255-273.
- Covarrubias Martínez, Laura Edith (2008), *Necesidades y barreras de atención de varones y mujeres en el ámbito de la salud reproductiva: similitudes y contrastes en la reproducción*, Tesis de Maestría en Demografía, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, México.
- Echarri, Carlos y D. Reartes (2006), "Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud". Ponencia presentada en el *I Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva Diálogo entre académicos, trabajadores de la salud y organizaciones de la sociedad civil por la defensa del derecho a la salud en México*, Asociación Latinoamericana de Medicina Social Región México, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad de Guadalajara, Universidad Nacional Autónoma de México, CONACULTA-INAH, UACM, Distrito Federal.
- Figuroa Perea, J. G. (1997). “Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud”. En: Elu, M. del C., (editora). *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*. México, Comité promotor por una maternidad sin riesgos: 9-52
- Figuroa Perea, J.G., Sánchez Olgún, V. (2000). “La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto”. *Papeles de Población* **25**, 59-82.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Consultado el 23 de noviembre de 2008 en: [http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd\\_poa.htm#ch6b](http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch6b).

- Gobierno del Distrito Federal (GDF) (2002). *Programa de salud 2002-2006*. GDF-Secretaría de Salud, Ciudad de México.
- Gobierno del Distrito Federal. (2007). *Gaceta Oficial del Distrito Federal* (No. 70). Distrito Federal.
- Gómez Gómez, E. (2005). "Gender equity and health policy reform in Latin America: issues of fairness in access to health care". En: Lerner, S. and E. Vilquin. *Reproductive health unmet needs and poverty*. Paris, Committee for international cooperation in national research in demography: 473-516.
- INSP, (2001), "Aspectos relevantes sobre la infraestructura disponible en las unidades médicas del sector privado", Sección de Indicadores de la Revista *Salud Pública de México.*, vol., 43, no.2, marzo-abril
- Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. (s/f). *Ley de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal*. Consultado el 22 de Noviembre de 2008 en: [www.inmujer.df.gob.mx](http://www.inmujer.df.gob.mx).
- Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. (2008, 27 de febrero). "Anuncian Actividades Para Reconocer La Diversidad Familiar". *Boletín de Prensa*. Consultado el 23 de noviembre de 2008 en: [www.inmujer.df.gob.mx](http://www.inmujer.df.gob.mx).
- Jasis Silberg, M. (2000). "A palabras de usuaria ... ¿oídos de doctor?. Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur". En: Stern, C. y C. J. Echarri (coord). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, El Colegio de México: 97-143.
- Lara Flores, N.; Támez González, S.; Eibenschutz Hartman, C.; Morales Estrella, S. L. (2000). "Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos". En: Mercado M., F.J. y T. M. Torres L. (comp.). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México, Universidad de Guadalajara-Plaza y Valdez: 97-112.
- Leal F., G. y C. Martínez S. (2002). *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*. México, UAM-Xochimilco.
- Menkes, S., Suárez, L. (2003). "Sexualidad y embarazo adolescente en México". *Papeles de Población*, **35**, 1-31.
- Mercado F., (2007), "Reflexiones sobre la evaluación en servicios de salud y la adopción de abordajes cualitativos y cuantitativos", en Maglhaes B., y Mercado F., (org.) *Investigación Cualitativa en los servicios de salud*, Lugar Editorial. Argentina.
- Mercado F., (1999), "La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico", en *Cadernos de Saude Publica.*, Río de Janeiro.,16(1), pp.179-186.
- Miller, K., Miller, R., Fassihian, G. y H. Jones (1998). "¿Cómo los prestadores pueden restringir el acceso a métodos de planificación familiar?". En: Millar, K., Millar, R., Askew, I., Horn, M.C. y L. Ndhlovu (editors). *Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: findings from situation analysis studies*. New York, Population Council : 161-179.
- OPS-OMS-SSDF, (2004), *La exclusión en salud en el Distrito Federal.*, Informe Técnico.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). *Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo, Egipto.
- Quintero, J. y E. Baltasar (2000). "Casas de salud: la importancia de la medicina familiar y preventiva". En: *Triple Jornada*, 6-11:8.
- Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M. y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?*. Buenos Aires, CEDES.
- Ramos-Lira, L., Saldívar-Hernández, G., Medina-Mora, M.E., Rojas-Guiot, E., Villatoro-Velázquez, J. (1998). "Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas". *Salud Pública de México*, **40**, 221-233.

- Reartes, D. (2007), "Principales problemas, necesidades y obstáculos en la atención a la salud reproductiva. El punto de vista de los prestadores de servicios". Ponencia elaborada en el marco del proyecto Identificación de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud.
- Rivas Zivy, M., Amuchástegui Herrera, A. y A. Ortiz-Ortega (1999). "La negociación de los derechos reproductivos en México". En: Ortiz-Ortega, A. (compiladora). *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*. México, UAM-Xochimilco-Edamex: 257-370.
- Rodríguez, G. (s/f). "Sexualidad, construcción social y conservadurismo". *Educación y Salud Sexual*. Consultado el 18 de mayo de 2008 en: <http://www.afluentes.org/documentos/construccion.doc>
- Román, R. (2000). *Del primer vals al primer bebé*. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2008). *Catálogo de Servicios 2008, Unidades Médicas Móviles*. Consultado el 22 de Noviembre de 2008 en: [www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx).
- Stern, C. (1995). "Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales". *Demos*, No 8, p. 11-12.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, LR., Reysoo, F. (2003). "Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México". *Salud Publica de México*, Vol. 45, supl 1, p. S34-S43
- Stern, C., Menkes, C. (2008). "Embarazo adolescente y estratificación social". En I. Szasz y S. Lerner (Editoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I*. México, El Colegio de México, p. 347-295.
- Szasz, I. (2004). "Las construcciones sociales sobre las relaciones de género y su influencia en las prácticas sexuales". *Género y Salud*, Vol. 2, No. 1, p. 3-5.