

# Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba

Norma González González  
Martha Isabel Ángeles Constantino  
Compiladoras



Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento,  
intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación  
desde México y Cuba

---

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO  
DE MÉXICO**

Dr. en A. P. José Martínez Vilchis  
*Rector*

M. en Com. Luis Alfonso Guadarrama  
Rico  
*Secretario de Docencia*

Dr. en Cs. Agr. Carlos Arriaga Jordán  
*Secretario de Investigación y Estudios  
Avanzados*

M. en C. Eduardo Gasca Pliego  
*Secretario de Rectoría*

M.A.S.S. Felipe González Solano  
*Secretario de Planeación y Desarrollo  
Institucional*

Dra. en Ed. Lucila Cárdenas Becerril  
*Secretaria de Difusión Cultural*

M. en E.I. Román López Flores  
*Secretario de Extensión y Vinculación*

Ing. Manuel Becerril Colín  
*Secretario de Administración*

L.C.C. Ricardo Joya Cepeda  
*Director General de Comunicación  
Universitaria*

M. en E.P.D. Guillermina Díaz Pérez  
*Directora de la Facultad de Ciencias  
Políticas y Administración Pública*

**UNIVERSIDAD DE LA HABANA**

Dr. Rubén Zardoya Loureda  
*Rector*

Dr. Mario Luis Rodríguez Suárez  
*Vicerrector Docente*

Dr. Rolando García Quiñones  
*Vicerrector de Investigaciones*

Dra. Cristina Díaz López  
*Vicerrectora de Relaciones Internacionales y  
Postgrado*

Dra. Rita González Delgado  
*Vicerrectora*

Dr. Avilio Yera Padrón  
*Vicerrector de Servicios*

Dra. Ruth Daisy Henriques Rodríguez  
*Directora del Centro de Estudios de Salud y  
Bienestar Humano*

Este libro fue positivamente dictaminado  
conforme a los lineamientos editoriales de la  
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados.

1ª edición 2006

D.R. © Universidad Autónoma del Estado de México  
Instituto Literario núm. 100, ote.  
C.P. 50000, Toluca, México  
<http://www.uaemex.mx>

D.R. © Universidad de la Habana  
Calle San Lázaro esq. L. Vedado  
Plaza Revolución, La Habana, 10400  
<http://www.uh.cu>

**ISBN: 970-757-014-8**

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

Edición: Dirección de Difusión y Promoción de la  
Investigación y los Estudios Avanzados

El contenido de esta publicación  
es responsabilidad de los autores.

Queda prohibida la reproducción parcial o total del contenido de la presente obra,  
sin contar previamente con la autorización por escrito del editor en términos de la  
Ley Federal de Derecho de Autor y en su caso de los tratados internacionales aplicables.

## CONTENIDO

Presentación.....	7
Introducción.....	9
La familia como espacio de intervención en el campo de la salud. Importancia de un abordaje cualitativo en el caso de la diabetes mellitus tipo 2 Norma González González .....	13
Métodos cualitativos vs. Métodos cuantitativos: dos enfoques que requieren integración Miguel Ángel Karam Calderón y Ángel Visoso Salgado.....	31
El espacio como abordaje cualitativo en las investigaciones sobre bienestar y salud en Cuba Luisa Iñiguez Rojas y Mariana Ravenet Ramírez .....	57
Apuntes de comunicación alternativa y salud. El foro teatro como propuesta para la concientización sobre la diabetes Martha Isabel Ángeles Constantino .....	99
Entre la medicina convencional y la medicina alternativa: Ceragem, redes sociales para tomar terapia en “la cama milagro”, uná estrategia de mercadeo de la empresa Alicia Margarita Tinoco García.....	115
Participación comunitaria en el control de <i>Aedes aegypti</i> . Miradas desde una experiencia de investigación-acción Dennis Pérez Chacón, Lizet Sánchez y Pierre Lefevre .....	151
Los significados socioculturales de los prestadores de servicio y su influencia en el programa de salud reproductiva de los estados de Morelos, Guerero y Oaxaca, México Isabel Hernández Tezoquipa, Luz Arenas Monreal y Doris Ortega Altamirano.....	171
Factores psicosociales que influyen en la utilización de los servicios de atención prenatal: perspectiva de las embarazadas Liliana Marmolejo Saucedo y Blanca Pelcastre-Villafuerte .....	187

Exploración de la significación social femenina del embarazo en la comunidad de Toluquilla, Jalisco, México Isabel Valadez, Raúl Amescua Fernández y Noé Alfaro.....	209
La rata: simbología creada por un paciente terminal Sofía Arjonilla Alday.....	225
Salud sexual y reproductiva adolescente en dos comunidades urbanas cubanas Grisell Rodríguez Gómez.....	257
Hacia una ruta de salud Zoraida María Amable Ambrós, Marlene Peña Gácita, Rosa Cabrera Matamoros y Carmen Sonia Clarke Columbie.....	269

# LOS SIGNIFICADOS SOCIOCULTURALES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO Y SU INFLUENCIA EN EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ESTADOS DE MORELOS, GUERRERO Y OAXACA, MÉXICO

Isabel Hernández Tezoquipa, Luz Arenas Monreal y Doris Ortega Altamirano<sup>1</sup>

## RESUMEN

**Objetivo.** Analizar los significados socioculturales de los prestadores de servicio que operan como determinantes en la prestación de los servicios del programa de Salud Reproductiva en los estados de Guerrero, Oaxaca y Morelos. **Método.** Entre octubre de 2002 y marzo de 2003, se hizo un estudio analítico cualitativo en seis jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud en tres estados: Guerrero, Morelos y Oaxaca. Mediante 18 grupos focales y 36 entrevistas a profundidad a prestadores de servicios de salud reproductiva: enfermeras, médicos y auxiliares de salud. Se utilizó la Teoría Fundamentada como base del muestreo teórico y del análisis. **Resultados.** La categoría central identificada en las narraciones es *la continuidad del poder patriarcal* que se expresa como el poder de los esposos y suegras sobre el cuerpo y la salud de la mujer. De ellos depende que las mujeres soliciten los servicios de salud reproductiva: planificación familiar, control prenatal, detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de mama. También *la sexualidad* es una categoría que contiene significados socioculturales que influye en la relación entre prestadores y usuarias. **Conclusión.** Así como existe de parte de la sociedad en general una cultura patriarcal que se refleja en el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres, existen también las propias de los prestadores de servicios que determinan la forma en que brindan sus servicios a las mujeres. Las percepciones y los conceptos de los prestadores de servicios reflejan una construcción social acorde al colectivo social al que pertenecen.

---

<sup>1</sup> Profesoras-investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Reproductiva (SR) ha evolucionado a favor del entendimiento de la salud de las mujeres. En un inicio la salud femenina se concebía esencialmente como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y para mejorar la salud infantil. En los servicios de salud, la atención que recibían las mujeres se expresaba a través de los programas conocidos como Salud Materno Infantil “que abarcaron todos los problemas de la mujer relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, o bien los esfuerzos por evitarlos a través de la planificación familiar, así como las condiciones de salud del niño pequeño” (Langer y Tolbert, 1996: 10). Estos programas se enfocaban más a la función reproductiva de las mujeres y a la salud de los niños menores de cinco años.

En 1987, a nivel internacional, se pone énfasis en la iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, la cual pretende reducir la morbilidad y la mortalidad materna. Ésta se centra en mujeres que cumplen con la función de reproducción abordando otros aspectos de la Salud Reproductiva y la sexualidad tangencialmente. Este enfoque recibió críticas, por lo que surge la necesidad de un concepto holístico de Salud Reproductiva.

La Salud Reproductiva, para la Organización Mundial de la Salud, es el conjunto de fenómenos relacionados con la reproducción biológica de la población y comprende no sólo aquellas enfermedades y problemas de salud derivados de la reproducción misma –el embarazo, el parto y el puerperio–, sino también aquéllos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, la prevención del embarazo no deseado, la regulación de la fecundidad y el uso de tecnologías anticonceptivas. Esta definición implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguro, pero también se refiere a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada, así como el derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad (Langer, 1998).

Esta visión de Salud Reproductiva considera las necesidades de la salud de las mujeres en sí mismas; esto es, como personas y más allá de la noción de cuerpo para la reproducción. Ésta incluye otras condiciones de las mujeres en todas las etapas del ciclo vital; así como también los factores vinculados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento. Otro hecho determinante en el entendimiento de la Salud Reproductiva es que incorpora una perspectiva de género e incluye a los varones como población cuyo comportamiento sexual afecta a la salud de las mujeres.



El avance de la Salud Reproductiva está ligado a los esfuerzos de los movimientos sociales organizados por mujeres y por organismos internacionales. Un hito marcado por las Naciones Unidas fue la declaración de la “Década de la Mujer” de 1985 a 1995. Siguió a ésta la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, y la de Beijing en 1995; la primera legitimó la política de la salud reproductiva como un asunto de importancia para la estabilidad de los países. Se constituyó la salud reproductiva de las mujeres como prioritaria y marcó metas contundentes como reducir los índices de mortalidad materna, la cual es abatible casi en su totalidad (Bronfman, 1998). La *Declaración de El Cairo* es un documento firmado por la mayoría de los países del mundo. En la segunda conferencia se discutieron problemas de salud de las mujeres como sexualidad, violencia de género e inequidad en otros ámbitos como la educación, el trabajo, la participación social y política, entre otros.

Otro aspecto considerado en esta investigación fue la utilización de los servicios de salud reproductiva como modelo médico asistencial y su relación con las mujeres. Dicho modelo refleja la estructura jerárquica de la sociedad que ubica a las mujeres que buscan la atención como seres carentes de conocimientos y recursos para el cuidado de su salud (Hernández, 2005).

Las mujeres cuando asisten a los servicios de salud deben ser *disciplinadas, obedientes* para entender sus problemas a partir de la explicación que se les presenta. En forma esquemática, en los servicios de salud se prefiere atender problemas de salud definidos biológicamente, tratar con *individuos* divididos en órganos, edades y sexos, a tratar con los sujetos, con su complejidad sociocultural. En este contexto se considera a las mujeres como amas de casa y madres, y a los varones como económicamente activos y productivos (Ávila, 1993).

Para la Secretaría de Salud, la *salud reproductiva* se compone de tres áreas que antes de 1995 constituyeron programas independientes que instrumentalizaban las políticas nacionales de salud: PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SALUD MATERNO-INFANTIL Y DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMA. La creación del Programa de Salud Reproductiva permitió que un conjunto de procesos que interactuaban entre sí, su comunicación y congruencia, formaran un todo congruente e integrador (Martínez, 2000).

En el discurso la propuesta de Salud Reproductiva considera no sólo a las mujeres, sino de manera especial a los varones; sin embargo, lo que se observa en la propuesta es que en los servicios de salud los varones son considerados en el aspecto reproductor; en ese sentido, son tomados en cuenta para las acciones de planificación familiar y de manera particular para la realización de vasectomías.

Aquí nuevamente hay un vacío en cuanto a los componentes que la Salud Reproductiva debería tomar en cuenta.

Comprender los elementos que limitan el quehacer de los prestadores del servicio, así como las circunstancias y condiciones en las que prestan la atención a la población usuaria, permite proporcionar información que facilite que la propuesta de Salud Reproductiva se traduzca en una práctica regular, completamente integral y reivindicadora de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Entre las aportaciones teóricas que brinda este estudio se encuentra la posibilidad de aproximarse al reconocimiento de las estructuras conceptuales y a las relaciones que se dan entre los significados respecto a la Salud Reproductiva de los proveedores, así como la manera en que se ejercen y aplican durante la prestación del servicio. Respecto a la aportación metodológica, se contrasta la información obtenida con las técnicas de grupos focales y con entrevista individual, se evalúa el rendimiento de cada una y si es útil emplearlas complementariamente o si sólo una de ellas es suficiente para recopilar la información a nivel de profundidad requerido.

El objetivo de este trabajo es analizar los significados, conocimientos y prácticas sobre salud reproductiva que tienen los prestadores de servicios del programa y cómo los integran a la atención que brindan a la población usuaria.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio cualitativo en la Secretaría de Salud de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca en dos jurisdicciones por cada entidad. La investigación se realizó de mayo a diciembre de 2002 e incluyó la obtención de datos sobre los prestadores de servicio –médicos, enfermeras y auxiliares de salud– que laboran en el programa de Salud Reproductiva.

### **Participantes**

En los tres estados, Guerrero, Morelos y Oaxaca, para la realización de los grupos focales se entrevistaron a veinte médicos(as), predominando el sexo femenino. Por nivel académico hubo nueve pasantes, diez médicos(as) generales y sólo una médica familiar. Por estados, los integrantes del grupo focal estuvieron integrados por: en Morelos siete pasantes de medicina, de los cuales cuatro fueron hombres y tres mujeres. En Oaxaca se entrevistaron a cinco médicas; cuatro de ellas médicas generales y una con la especialidad de medicina familiar, y en Guerrero a seis

médicos generales y a dos pasantes, en este grupo hubo cinco hombres y tres mujeres.

En cuanto a las enfermeras, para el grupo focal participaron un total de veinticuatro; de las cuales veintidós eran enfermeras generales, una licenciada en enfermería y una pasante. Por estado, la mayoría de las enfermeras de Guerrero reportaron contar con más de diez años en servicio y las de Oaxaca más de veinte años. En el estado de Morelos se entrevistaron a un total de seis enfermeras, cinco de las cuales ejercen como enfermeras generales y una es licenciada en enfermería. En Guerrero se entrevistaron a diez, de las cuales nueve eran enfermeras generales y una pasante, la mayoría con más de diez años de servicio. En Oaxaca se entrevistó a ocho enfermeras, todas ellas enfermeras generales con más de veinte años de servicio.

Respecto a las auxiliares de salud participaron en los grupos focales un total de 30 personas, la mayoría de sexo femenino, entre ellas hubo cinco parteras. La antigüedad laboral de este personal varía desde un mes hasta más de veinte años. Por estados: en Morelos se entrevistaron a diez participantes, dos de ellas ejercen la actividad de parteras y otra cuenta con la licenciatura en contaduría. La antigüedad varió entre uno y quince años. En Guerrero participaron diez auxiliares de salud; tres de ellas parteras. La antigüedad osciló entre un mes y más de veinte años.

Para las entrevistas a profundidad, se entrevistaron a tres médicos, dos de ellos varones y una mujer. De los varones, uno de ellos pasante en servicio social y el otro cuenta con cinco años de experiencia en el programa; la mujer ejerce como médica, es especialista en medicina familiar con veinte años de experiencia profesional. Uno de los médicos se entrevistó en Guerrero y atiende a población indígena exclusivamente, en una zona rural y de bajos recursos socioeconómicos, con alta migración tanto dentro del país como fuera, bilingües tanto mujeres como hombres, dedicados al cultivo de tierras de temporal. En el estado de Morelos el médico pasante se encontraba realizando su servicio social en un centro de salud que se ubica en una zona suburbana; atendía en su mayoría a población mestiza. La población de esta región trabaja en el sector secundario y terciario.

Para el caso de Oaxaca, la médica entrevistada labora en un centro de salud urbano con aproximadamente veinte médicos, odontólogos, psicólogo y laboratorio clínico. Es uno de los más antiguos de ese estado y por la misma razón las(os) usuarias(os) prefieren acudir allí aunque no pertenezcan a esa área de influencia.

Las tres enfermeras entrevistadas tienen una larga trayectoria de trabajo en el programa de SR que oscila entre diez a veintitrés años de servicio. Las tres refieren que la población que acude a los centros de salud es de bajos recursos económicos y marginada.

En cuanto a las auxiliares de salud, se entrevistaron a dos en Guerrero, una de Morelos y uno de Oaxaca. Tres de ellas son mujeres y uno es varón; las mujeres auxiliares tienen edad de 36, 43 y 49 años, y el varón auxiliar de 20 años. Las auxiliares cuentan con un mayor número de experiencia en ese puesto, oscilando entre siete y 14 años. El auxiliar varón tiene cuatro años en el puesto. El nivel de escolaridad se ubica entre primaria y secundaria completa. Las tres auxiliares son originarias de la comunidad en la que trabajan, el varón no. Las comunidades de las/los auxiliares son localidades marginadas con población de bajo nivel socioeconómico. Una localidad de Guerrero y la de Oaxaca carecen de agua entubada y de luz eléctrica, y en la de este último estado, el año anterior a la entrevista (2001) no llegó el maestro de primaria y los niños perdieron el año, la población es campesina y siembran en tierras de temporal, en una localidad de Guerrero existe un alto índice de emigración tanto dentro del país como fuera. Son localidades con poco número de habitantes, la de Oaxaca tiene aproximadamente 56 y de esos sólo 10 son mujeres en edad reproductiva.

**Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:**

**Criterios de inclusión**

Integrantes del equipo de salud que prestaban sus servicios en el programa de Salud Reproductiva dentro de la Secretaría de Salud de las jurisdicciones elegidas de los Estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca.

**Criterios de exclusión**

Personal de salud que laboraba en estas mismas jurisdicciones proporcionando sus servicios en programas distintos al de Salud Reproductiva.

**Procedimientos**

La información se obtuvo a través de las técnicas de grupos focales, y entrevistas a profundidad.

*Grupos focales:* el guión de entrevista incluyó aspectos relativos a las cuatro variables de estudio: la propuesta de Salud Reproductiva, la práctica de los prestadores de servicios, las condiciones del programa de Salud Reproductiva y la prestación del servicio a la población usuaria. Los ejes temáticos del grupo focal fueron las características de la atención integral a las mujeres en las distintas etapas del ciclo de vida, las relaciones entre los prestadores del servicio y la población usuaria, las condiciones y circunstancias en las que lleva a cabo el programa de Salud Reproductiva, las fortalezas y limitantes para realizar las actividades del programa, los conocimientos en Salud Reproductiva, los motivos para permanecer en el programa de Salud Reproductiva, las características y las modalidades de inserción en el programa, las estrategias para enfrentar los problemas de su práctica cotidiana.

*Entrevistas a profundidad:* el guión de entrevista y los ejes temáticos de la entrevista individual son los mismos que los del grupo focal.

Los participantes para grupos focales se eligieron de manera aleatoria. Para la entrevista a profundidad se eligieron a tres participantes del programa de Salud Reproductiva en cada entidad posteriormente a la realización del grupo focal.

## **Análisis**

Los grupos focales y las entrevistas a profundidad fueron grabadas y transcritas en el programa computacional Word y fueron codificadas y analizadas en el programa Ethnograph v. 4. Se elaboraron dos libros de códigos, paralelamente a la codificación se construyeron diversas tablas, esquemas y diagramas comparativos que concentraron los resultados cualitativos.

El análisis se enmarca dentro de la teoría fundamentada y como primer paso se identificaron códigos de apertura (*open coding*) a partir de los cuales se inició el análisis. Los códigos de apertura identificados fueron los siguientes:

1. *Contexto:* permite ubicar tanto las características personales de los entrevistados como de la población con que trabajan.
2. *Información:* los distintos tipos de información que el prestador del servicio intercambia con la usuaria, tanto para el diagnóstico, tratamiento, cuidados generales como efectos colaterales y contraindicaciones de la terapéutica.
3. *Práctica médica y paramédica:* acciones clínicas y comunitarias que el prestador realiza dentro del programa de Salud Reproductiva.

4. *Conocimientos técnicos:* conocimientos relacionados con el diagnóstico y manejo integral de todos los componentes que agrupa el programa.
5. *Concepto de Salud Reproductiva:* específicamente se indagó cuál es el concepto que posee de Salud Reproductiva.
6. *Circunstancias:* las condiciones y características institucionales y comunitarias que rodean la atención del programa.
7. *Prácticas de promoción de la salud:* las acciones educativas y de comunicación en salud que realizan con la población tanto intra como extramuros.
8. *Instrumentos de control:* relacionado con los distintos tipos de instrumentos con que cuenta la institución y son utilizados por los prestadores del servicio para identificar y localizar a la población usuaria de los componentes del programa de Salud Reproductiva.
9. *Sistema de referencia y contrarreferencia:* referido al proceso de enviar usuarias/ros del programa de SR, al segundo y tercer nivel de atención y recibir respuesta del tipo de atención y manejo recibido.
10. *Significados:* en este código se indagó acerca de los sentimientos y reacciones que les despiertan a los prestadores de servicios los distintos eventos y situaciones que se les presentan, tales como: adolescentes y mujeres añosas embarazadas, adolescentes hombres y mujeres solteros que acuden a solicitar métodos de PF, mujeres con cáncer cervicouterino o de mama.
11. *Dificultades:* aspectos que dificultan su quehacer cotidiano tanto a nivel institucional como comunitario.
12. *Capacitación:* necesidades de capacitación de los prestadores del servicio.

## RESULTADOS

Los ejes que ordenan la información son los significados, nociones y creencias que perciben los prestadores de parte de la población que potencializan u obstaculizan el desarrollo de los programas, y los significados de los prestadores de servicio en relación con la salud reproductiva.

## SIGNIFICADOS, NOCIONES Y CREENCIAS QUE PERCIBEN LOS PRESTADORES DE PARTE DE LA POBLACIÓN

En los estados donde se realizó la investigación se observan básicamente dos vertientes que en general determinan el desarrollo de los programas de Salud Reproductiva: la primera relacionada con los significados, nociones y creencias alrededor del embarazo, sexualidad, menopausia, diagnóstico oportuno de cáncer cérvico uterino y de mama; la segunda vinculada con el poder que se continúa ejerciendo sobre el cuerpo de la mujer.

Tanto en las áreas rurales con mayor población indígena como urbana las mujeres tienen vergüenza de su propio cuerpo,<sup>2</sup> o la mujer carece de valor sino tiene hijos; en contraposición se observa también que las mujeres empiezan a hablar sobre lo que sucede a sus cuerpos. La población está cambiando: las generaciones anteriores tenían dificultad para hablar de su salud sexual/reproductiva, las generaciones de hoy día poseen más capacidad y más apertura para comentar qué pasa con el cuerpo.<sup>3</sup>

Los significados que se transmiten los actores sociales entre sí mismos tienen más impacto que la información proporcionada por médicos y enfermeras,<sup>4</sup> por ejemplo, la comunicación oral entre las mujeres ejerce una mayor influencia en la toma de decisiones por la transmisión de nociones y creencias acerca de la toma de la muestra de Papanicolaou<sup>5</sup> (PAP), o alrededor de la menopausia”.<sup>6,7</sup>

---

<sup>2</sup> “No deben tener vergüenza hacia ellas mismas, verse su cuerpo entonces” (Grupo focal enfermeras Guerrero: 1488-1492 Grupo focal médicas Oaxaca: 1180-1193).

<sup>3</sup> “Entonces yo creo que la población está un poquito más, más capacitada, nivel cultural es más elevado que el de las personas mayores” (Grupo focal enfermeras Oaxaca: 928-932).

<sup>4</sup> “Esas ideas en la usuaria es como una sensación de desventaja, no, el hecho de que las personas en la comunidad, la comadre, la tía, la vecina tenga más impacto sus palabras que las mías” (Grupo focal Médicas Oaxaca: 04-609).

<sup>5</sup> “Luego les dicen a las señoras, no vayas por qué te quitan un pedazo” (Grupo focal médicos Guerrero: 1792-1793).

<sup>6</sup> “Pero a veces volvemos a caer otra vez en lo mismo, las creencias, sus costumbres, no se comparan el tratamiento, pero eso sí van con la curandera a que las cure de espanto...por eso sienten esos calores, según ellas porque están espantadas” (Grupo focal médicos Guerrero: 1906-1916)

<sup>7</sup> “Las pacientes vienen con ideas...medio raras en cuanto a la menopausia” (Grupo focal Médicas Oaxaca: 920-921).

## PODER SOBRE EL CUERPO DE LA MUJER

Tanto en los servicios de salud de Morelos, Oaxaca y Guerrero; las mujeres son las que más asisten a solicitar los servicios de Salud Reproductiva.<sup>8</sup> En el área urbana la pareja empieza a participar sobre todo en los servicios de planificación familiar, no sucede lo mismo en las áreas donde se concentra más población indígena. En estos espacios los hombres no asisten por el temor a la crítica de la población donde viven, sólo por coerción lo pueden hacer.<sup>9</sup> A las familias que pertenecen al programa Oportunidades se les exige que el varón acuda a las reuniones de información sobre salud.

Se detecta el poder que el esposo<sup>10</sup> o suegra ejercen sobre la decisión de las mujeres para acudir a la toma de la muestra de PAP. En las áreas indígenas este problema se agudiza; en Oaxaca hay comunidades donde las mujeres no se han realizado una prueba; aun cuando ellas lo deseen, los esposos no se los permiten. Culturalmente, no es bien visto que otro hombre, en el caso del médico, explore el cuerpo de la mujer. Se convierte en obstáculo que el médico sea hombre.<sup>11</sup> Las mujeres, ya sea enfermera o médica, tienen más aceptación entre la población para la toma de la muestra de PAP.<sup>12</sup> Los médicos que comprenden esta situación se apoyan en las enfermeras para realizar el estudio, pero también se encuentran médicos que ejercen su poder, no permitiendo que las enfermeras realicen el estudio,<sup>13</sup> aunque las mujeres desean lo contrario.

En Guerrero esta situación se torna más compleja, las mujeres suelen ocultar su embarazo hasta la semana 36, esto es resultado de la crítica severa que reciben del

---

<sup>8</sup> "Normalmente el 80% de consultas es de mujeres, aunque el señor esté enfermo nunca va por más que a veces les dices vayan, tiene que ir su esposo a las pláticas, él no va, ...y los hombres casi es muy difícil que asistan a la consulta". (Grupo focal médicos Guerrero: 432-442; 563-575) (Grupo focal Morelos: 1648-1656).

<sup>9</sup> "Los mando traer a la fuerza porque saben que si no van tengo que avisarle al comisario para que él los vaya a traer... por su voluntad propia no van" (Grupo focal médicos Guerrero: 454-462).

<sup>10</sup> "Pero hay mujeres que van y dicen es que mi esposo no me deja" (Grupo focal enfermeras Morelos: 573-575).

<sup>11</sup> "Tengo el obstáculo de ser hombre, allá las señoras piensan que cómo es posible que el doctor, el médico hombre, me agarre si mi esposo no me ha visto" (Grupo focal médico Guerrero: 985-990).

<sup>12</sup> "Tenemos la muerte de mujeres en México por cáncer cérvico uterino y que no hemos podido cambiar eso precisamente por esa idea, del temor, de la inquietud, del hecho que les da vergüenza, les da pena, el marido no les da permiso, un montón de situaciones sociales de un poco curiosas que nos rodean a las mujeres de México" (Grupo focal médicas Oaxaca: 1180-1193).

<sup>13</sup> "Para tomar la citología yo tengo mucho problema con mi médico para que él salga del consultorio y yo siempre con mi paciente, la paciente no quiere que el médico esté ahí cuando yo le voy a tomar la citología, el médico dice que no se va a salir, porque él es el responsable del programa" (Grupo focal enfermeras, Morelos: 1806-1813).



resto de las mujeres de la misma comunidad;<sup>14</sup> al solicitar la primera consulta ya muy avanzado el embarazo, es difícil revertir alguna situación de riesgo que tenga la embarazada. También hay temor a la crítica por parte de las otras mujeres para tomarse la prueba del Papanicolaou.<sup>15</sup> Las usuarias sólo permiten que las mujeres médicas las consulten. Los hombres médicos se apoyan en la enfermera para consultar a las mujeres embarazadas. La atención del parto también debe ser realizada por una mujer médica. El esposo no participa en el cuidado de la mujer embarazada, hay una costumbre de los esposos emigrantes de sólo venir a embarazar a las mujeres y retornar a su trabajo.

En Oaxaca, cuando hay un embarazo en una mujer adolescente la responsabilidad es más de ella que del varón que la embarazó, ya que ellos se comprometen poco.<sup>16</sup>

En la zona indígena, se observa que las mujeres no pueden asistir a la clínica para controlar su embarazo ni atender su parto, los celos de los maridos impiden que la atención del embarazo sea de la manera más adecuada.

En cuanto al programa de planificación familiar, en general las mujeres son las que acuden a solicitar los métodos de planificación familiar. Esto sucede tanto en las zonas urbanas como indígenas. Pero también ya se observa a las parejas u hombres solos solicitar estos servicios. En Guerrero las mujeres tienen que planificar a escondidas del marido, por lo tanto usan más los hormonales inyectables sin importar la trascendencia que tenga esta acción para su Salud Reproductiva,<sup>17</sup> el poder del esposo y de la suegra se vuelve a manifestar también en este ámbito.

Las auxiliares de salud proporcionan información muy valiosa en cuanto a este programa, ellas comentan que los varones casi no desean usar métodos anticonceptivos, por ejemplo el condón; mientras que las mujeres van a escondidas a buscar su método. Los esposos se molestan si las mujeres usan un método sin el "permiso de ellos". Usan la inyección por ser más "discreta", ya que se aplica cada

---

<sup>14</sup> "Les decimos que nos digan cuándo están embarazadas porque a muchas les da pena decir que están embarazadas" (Grupo focal Guerrero médicos: 1073-1978).

<sup>15</sup> "Sí, Papanicolaou, y me dicen, no es que me da pena que fulanita me va a criticar" (Grupo focal enfermeras Guerrero: 1328-1329).

<sup>16</sup> "Una pequeña diferencia en la que la mujer se va ser responsable le guste o no del producto que trae al mundo, el jovencito con que se desaparezca y ahí nos vemos ni te conozco no va a llevar esa responsabilidad" (Grupo focal enfermeras Oaxaca: 2420-2448; 2453-2466).

<sup>17</sup> "Yo les digo qué decidiste, a veces la suegra, el marido o por la religión no planifican sí, y a veces a escondidas del marido ellas planifican sí y entonces también ahí les damos inyecciones, es más fácil para ellas la inyección, porque las pastillas no, porque el marido o la suegra puede notarlo". (Grupo focal enfermeras Guerrero: 683-693) Grupo focal auxiliares de salud: 1028-1056; 1078-1084; 1120-1134).

mes.<sup>18</sup> Las auxiliares tratan de buscar el apoyo del varón a través del convencimiento de las mujeres; tratan de convencer a las mujeres para que hagan partícipe al varón en el control natal. Las auxiliares sienten más confianza con las mujeres para hablar sobre los temas de planificación, aunque saben que tienen que superar esta situación y hablar con los hombres. Otra forma de control del cuerpo de la mujer por parte de los varones tiene relación con la vasectomía y el uso del condón. La vasectomía significa para los hombres el control por parte de ellos de no poder procrear y así vigilar a la mujer de algún engaño.<sup>19</sup> El uso cada vez mayor del condón por parte del hombre tiene una mayor relación con el disfrutar su propia sexualidad al tener varias parejas, que usarlo como método o protección para el control natal con su pareja.<sup>20</sup>

## **SIGNIFICADOS DE LOS PRESTADORES CON RESPECTO A LOS USUARIOS(AS) DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA**

En este apartado se reportan los diferentes significados que primero los prestadores otorgan de la población que atienden, del equipo con el que trabajan y sus reacciones a la sexualidad de los adolescentes que atienden.

Los médicos consideran que la población con que trabajan y ofrecen los servicios del programa de Salud Reproductiva, por sus prejuicios, apatía, bajo nivel educativo y poca cooperación, obstaculiza el desarrollo del programa.<sup>21</sup> Ellos consideran que los prejuicios, apatía, bajo nivel de escolaridad y poca participación de la población se convierten en obstáculos y dificultades para el desarrollo y buen desempeño del programa de Salud Reproductiva.

De parte de los médicos, se piensa que las auxiliares de salud –parteras– son un obstáculo para el buen desempeño de sus acciones en el cuidado de la salud de la

---

<sup>18</sup> “Sí, para el método...me asesoro a que esté de acuerdo su esposo porque si he tenido varios, ...se llegan a molestar y, o sea ellas me comentan, no de que mi esposo se enoja” (grupo focal auxiliares de salud Morelos: 825-832).

<sup>19</sup> “Que me lo animo...así yo se que yo estoy operado y al rato me sale con su domingo siete yo estoy operado”. (Grupo focal auxiliares de salud Morelos: 1367-1373).

<sup>20</sup> “Uno me pedía hasta 10-15 condones, y le digo oye para que quieres tantos, no jefa es que usted no sabe, le digo claro, si nada más los ocupas para hacerlo con tu mujer, claramente así le dije...no jefa es que tengo otras dos afuera” (Grupo focal auxiliares de salud Morelos: 1160-1171).

<sup>21</sup> “Yo creo que el principal problema es la población el tipo de población que tenemos la cultura...muchas veces para ellos no es importante acudir al control prenatal...” (Grupo focal médicos Morelos: 1583-1588) (Grupo focal médicas Oaxaca: 2558-2559).

población.<sup>22</sup> Los médicos desconocen o no dan valor a la aportación que las auxiliares de salud brindan a la población más desprotegida del sistema.

Respecto a las reacciones sobre la sexualidad de los adolescentes, para unos causa conflicto darles los anticonceptivos a los jóvenes, para otros no; al contrario, piensan que es una oportunidad para educar a los jóvenes sobre enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia. Los médicos se han encontrado con obstáculos de autoridades en las escuelas para impartir pláticas sobre el uso del condón porque induciría a los alumnos a practicar la promiscuidad.<sup>23</sup>

En varias comunidades de Guerrero, no se presentan adolescentes a solicitar el servicio de planificación. En una comunidad hay una experiencia exitosa de un médico, quien por su contacto con los jóvenes les proporciona información al respecto; estos jóvenes tienen más acceso o salen a comunidades urbanas a trabajar. Por otro lado, hay otro médico que tiene buena comunicación con los jóvenes, pero éstos le dicen que no se unen a una mujer hasta que se casan. La postura de los médicos(as) es que se casen o no hay que dar educación para la Salud Reproductiva.

Respecto a la sexualidad de los(as) adolescentes, las enfermeras reaccionan igual que los médicos; para unas es causa de sorpresa que las(os) jóvenes lleguen a solicitar servicios de planificación, y su actitud no facilita el servicio, para otras es una oportunidad para dar un servicio de salud reproductiva. En las primeras, las reacciones van desde la presión que ejercen con las mujeres jóvenes para preguntarles si van a ser usuarias constantes o, de lo contrario, no pueden registrar el método,<sup>24</sup> hasta si tienen permiso de sus padres.<sup>25</sup> Este mismo grupo de enfermeras proporciona un trato diferencial en el caso de hombres jóvenes o mujeres. Para el segundo grupo de enfermeras que apoyan el cuidado de la salud reproductiva de las(os) jóvenes, cuando éstos solicitan el servicio, su actitud es de brindarles seguridad y confianza, no amenazan con la presión de la familia.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> "Son muchas las parteras hay que reconocer que cuando ya van con nosotros ya van complicadas... y no sé por qué, pero tienden a buscar más a la que menos sabe y está más complicado" (Grupo focal médicos Guerrero: 900-910).

<sup>23</sup> "Se nos dio la indicación de no tocar el tema del condón...como que los íbamos a alentar a la promiscuidad" (Grupo focal médicos Morelos: 1328-1351).

<sup>24</sup> "Nada más hoy los quieres o vas a seguir viniendo, no pues que vengo de paso...tenemos que justificar la salida del método" (Grupo focal enfermeras Guerrero: 2695-2712).

<sup>25</sup> "Nos dieron unos dispositivos para jovencitas...la parte familiar de que si su mamá ya esta enterada y que si se le puede dar, pero que es importante que ella platique con su familia, porque la mayoría lo hace a escondidas de su familia" (Grupo focal enfermeras Morelos: 1261-1275).

<sup>26</sup> "Pues yo brincaría de gusto y echaría cuetes, porque hay muchas niñas de muy corta edad que ya están embarazadas ahorita incluso tenemos una niña de trece años con embarazo de casi siete meses,

Orientan a las(os) adolescentes sobre complicaciones, cuidados de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Sugieren también educar a las madres sobre educación sexual de los adolescentes. Las enfermeras de Oaxaca detectan problemas importantes como la práctica entre las adolescentes de automedicación de hormonales inyectables y orientan sobre dudas que este grupo les plantea acerca de la sexualidad.<sup>22</sup> La perspectiva de las auxiliares de salud sobre este tema es la misma controversia que presentan tanto los médicos como las enfermeras.

## DISCUSIÓN

La dimensión filosófica de la investigación cualitativa nos acerca a la realidad de los seres humanos que se va construyendo por sus experiencias subjetivas cotidianas. Los significados que definen las acciones de los seres humanos son aprehendidos a través de la interacción social. En el presente escrito se analiza la realidad construida por los individuos a través de la vivencia del cuidado y atención de la salud reproductiva. Por su condición histórica, las mujeres han sido consideradas cuerpo-naturaleza y propiedad de otros. Un cuerpo ocupado, habitado, objeto y expropiado. El cuidado prenatal, la planificación familiar, las medidas preventivas de salud reproductiva de las mujeres depende de quién ejerza el poder.

Los prestadores de servicios de salud reproductiva no son ajenos a la construcción de esta subjetividad, la de ellos mismos ejerce un poder sobre la salud reproductiva de las mujeres; así, un grupo de ellos controla a través de sus propios significados la forma de brindar sus servicios a las mujeres. Se ha demostrado que usuarias que valoran las actitudes democráticas ceden su atención de la salud reproductiva a prestadoras de sexo femenino (Ivar, 1994), en el contexto en que fue realizada la presente investigación las mujeres no tienen este poder de decisión. Esta forma de actuar tanto de los prestadores de servicios como de los propios usuarios(as) es reflejo de significados construidos bajo la vivencia cotidiana en la sociedad patriarcal definida como “un orden social caracterizado por las relaciones de dominación y opresión establecidas por unos hombres sobre otros y sobre todas las mujeres y criaturas” (Flores, 1997: 64).

---

entonces las pláticas que uno da las toman como miedo a la mamá...” (Grupo focal enfermeras Morelos: 1277-1292).

<sup>22</sup> “Es cierto que a la primera relación se va a embarazar... si ya estoy embarazada qué cosas me pueden hacer” (Grupo focal enfermeras Oax. 2489-2504).

El patriarcado se considera también como una institución en virtud de la cual la mitad de la población, las mujeres, se encuentra bajo el control de la otra mitad, los hombres (Flores, 1997). Sólo bajo este marco teórico se puede analizar y comprender por qué las mujeres no son dueñas de su propio cuerpo y, por lo tanto, no tienen autonomía para ejercer los cuidados necesarios a su salud reproductiva. Las mujeres cada vez, son más críticas de la forma y el contenido de la atención que reciben a su salud reproductiva en los servicios de salud; se reconoce también que la organización y calidad de la atención no se resolverá exclusivamente en el contexto del sistema médico aislado (Fee, 1983); sino haciendo un trabajo de análisis y conciencia tanto con varones como con las mujeres para deconstruir la sociedad patriarcal y crear una nueva relación entre hombres y mujeres.

## CONCLUSIONES

Existen avances y postulados teóricos de lo que debe ser la atención de la salud reproductiva de las mujeres, pero si no existe un trabajo serio y profundo para deconstruir la sociedad patriarcal y analizar los significados socioculturales que acompañan a los hábitos y conductas de los usuarios y prestadores de los servicios de salud reproductiva pocos serán los cambios estructurales tanto en los servicios de salud como en la sociedad. Durante la atención brindada a las usuarias por el personal de salud dentro del programa de salud reproductiva, se hizo evidente la influencia que ejercen los prejuicios sociales sobre la sexualidad humana de médicos, enfermeras y auxiliares de salud. Debido a lo anterior, es necesario integrar dentro de la capacitación en esta área, dirigida a este personal, elementos de reflexión sobre sexualidad, derechos humanos y reproductivos de hombres y mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

Ávila R., Héctor (1993), "Los modelo médicos asistenciales en su relación con la mujer" en Pérez-Gil, Sara Elena *et al.*, *Género y salud femenina*, CIESAS, UDG, México.

Bronfman M., S. López Moreno y B. Rico Galindo (1998), "Servicios de salud y salud de la mujer en el contexto de la globalización", *Región y Sociedad*, IX (16): 3-47.

Fee, Elizabeth (1993), *Las mujeres y la atención a la salud: una comparación de teorías. Women and Health Care. The politics of sex in medicine*, Bay wood Co. New Cork, pp. 17-34. Traducción: Deyanira González de León Aguirre, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Flores Hernández, Eugenia (1997), "Algunas reflexiones teóricas" en Sayavedra, Gloria y Eugenia Flores (coords.) *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*. Red de mujeres A.C., México, pp. 61-91.

Hernández-Tezoquipa, I., L. Arenas-Monreal y R. Valdez-Santiago (2005), "No dejarse caer en cama: Las mujeres y los servicios de salud". *Cad. Saude Pública*, Río de Janeiro, 21(4): 110-116.

Ivar Elstad J. (1994), "Women's priorities regarding physician behavior and their preference for a female physician". *Women & Health*, vol. 21 (4), 1-19.

Langer, Ana y K. Tolbert (1996), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, EDAMEX, México.

Langer, Ana (1998), "Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la Salud Reproductiva de la retórica a la práctica", en *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Edamex, México, pp. 136-149.

Martínez, C. (2000), "Planificación familiar: un programa con larga historia" en Bronfman M., A. Langer y J. Trostle *De la investigación en salud pública y La difícil traducción*, INSP-Manual moderno, México.

**Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba**, compilado por Norma González González y Martha Isabel Ángeles Constantino, se terminó de imprimir en septiembre de 2006, en los talleres de Editorial CIGOME, S.A. de C.V., Vialidad Alfredo del Mazo núm. 1524, ex Hacienda La Magdalena C.P. 50010, Toluca, México. La edición estuvo al cuidado de la Dirección de Difusión y Promoción de la Investigación y los Estudios Avanzados, de la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados, UAEM. El tiraje fue de 1000 ejemplares.