

Percepción sobre la prestación de servicios de atención a la infertilidad desde una mirada antropológica

Perception on the rendering of service to care for infertility from an anthropological viewpoint

Dr. C. Zoe Díaz Bernal,^I Dr. C. Dailys García Jordá^{II}

^I Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II} Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: algunas investigaciones han dado cuenta de una especie de «frialidad médica» vista en la atención a la infertilidad por parte de los prestadores de salud y percibida por parte de los usuarios de estos servicios.

Objetivo: conocer la percepción de usuarios y prestadores de salud, sobre la gestión y prestación de atención a la infertilidad en tres servicios en La Habana.

Métodos: estudio descriptivo realizado entre abril de 2007 y marzo de 2010. Se empleó un abordaje de tipo cualitativo que responde al diseño de Teoría Fundamentada. La población objeto de estudio se estructuró en dos grupos: las parejas infértiles atendidas en servicios seleccionados y sus prestadores de salud.

Resultados: se describieron cuatro categorías inductivas: la atención a la infertilidad por el sistema de salud; la organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención; la relación usuarios(as) prestadores, y el tránsito de los usuarios/as por los servicios de atención a la infertilidad. Se corroboraron debilidades para la atención a la infertilidad: insuficiente capacidad resolutive y necesidad de establecer funciones, normas y algoritmos en cada nivel de atención, para la mejora de sus procesos e insuficiente pensamiento médico-social, que parte de la ideología médico-hegemónica.

Conclusiones: existen limitaciones en recursos materiales y profesionales, es insuficiente la organización e integración de los servicios, lo que provoca fallas en la gestión y continuidad de la atención; se produce descentralización ejecutiva de la normativa y resulta insuficiente el tratamiento a las personas y a las parejas desde sus condicionamientos socioculturales.

Palabras clave: atención a la infertilidad, percepción de usuarios y prestadores de salud, relación médico-paciente, satisfacción de usuarios y prestadores de salud.

ABSTRACT

Introduction: some research works have reported a sort of "medical coldness" observed in the care for infertility by health care providers and perceived by medical service users.

Objective: to find out the perception of users and of health care providers on the management and provision of care for infertility in three medical services of Havana.

Methods: descriptive study conducted from April 2007 to March 2010. A qualitative-type approach was used to respond to the design of founded theory. The target population was divided into two groups: fertile couples assisted in selected services and their health care providers.

Results: four inductive categories were described: care for infertility by the health care system; the organization and functioning of and satisfaction with the infertility care services, relationships of users and service providers, and the transit of users through the services of care for infertility. Some weaknesses in infertility care services were confirmed such as the poor resolution capacity and the need of establishing functions, standards and algorithms in each level of care in order to improve their processes, and lack of adequate social and medical thinking resulting from the hegemonic medical ideology.

Conclusions: there are some constraints in material and professional resources; the organization and integration of services are poor leading to failures in management and continuity of care; executive decentralization of standards and the treatment given to persons and couples, taking their sociocultural conditions into account, is not enough.

Keywords: care for infertility, perception by users and health care providers, physician-patient relationship, satisfaction of users and health care providers.

INTRODUCCIÓN

El talante inesperado de la infertilidad añade dificultades tanto para los(as) prestadores(as) de salud encargados de tratarla, como para las personas infértiles que frente a estos se convierten en sus pacientes.^{1,2} El impacto de su diagnóstico y tratamiento sobre las personas, parejas y familias; la frecuente separación, temporal o definitiva de los usuarios de los servicios de atención y el valor significativo de la condición infecunda vivenciada, de la que han dado cuenta investigaciones recientemente realizadas en el contexto cubano, nos movilizó hacia el abordaje antropológico de la atención a la infertilidad como espacio donde probablemente radiquen explicaciones relevantes para la deconstrucción de propiedades identificadas para la infertilidad, entendidas como intrínsecas a esta.¹⁻¹⁰

La atención a la infertilidad en Cuba ha transitado estadios no siempre deseados, pero que han tenido como rasgo común, la gratuidad de los diagnósticos, de los tratamientos y de la propia atención médica.¹

No es la medicina científica vista en el sistema médico propio de la cultura occidental, el único modelo de prestación de atención al que acuden las parejas infértiles cubanas. El Modelo Curativo Alternativo Subordinado (MCAS),¹¹ inclusivo de las prácticas "tradicionales" complementa dicho panorama.¹²⁻¹⁴ Una investigación realizada en 2007, arroja que el método alternativo más conocido y empleado es el uso del jarabe o miel de güira, que varía en su constitución según criterio de quien los prepara. Esa misma investigación aporta, que las parejas infértiles que recurren a métodos alternativos, no lo conversaron con sus médicos por considerar que no tenían efectos adversos y no lo merecía.¹⁴

En los últimos 20 años se han registrado notables progresos en la valoración y tratamientos para la infertilidad.¹⁵ El esquema jerárquico de estos últimos indica, en primer lugar, el empleo de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos para luego decidir la utilización de las técnicas de reproducción asistida (TRA) o sugerir la adopción.¹⁶ La "biologización" de la procreación es resultado de un intenso proceso de "medicalización" que se intensifica en los procesos de infertilidad, y su efecto cultural es la "uniformización" de la procreación y su reducción a lo biológico. Las parejas con problemas de infertilidad acuden al médico para conseguir la procreación, y los tratamientos refuerzan su carácter biológico, porque en el contexto clínico, lo que se busca es hacer que se produzcan óvulos suficientes, que el semen contenga suficiente cantidad de espermatozoides de buena calidad, que dos gametos fundan su núcleo y que el embrión se implante en el útero.¹⁷

Los individuos infértiles suelen argumentar que la atención que les ofrecen los proveedores de salud se posiciona en una especie de "frialidad médica", que se dirige básicamente a la atención de una enfermedad y deja fuera al dúo humano que vivencia un padecimiento, la atención se centra casi exclusivamente en los aspectos biológicos del problema y no establece balance entre estos y otros aspectos de índole social.^{12,18-20} El paradigma central del Modelo Médico-Hegemónico (MMH) demerita el peso que tienen en sí datos como los sociales, y los reduce a mera información o a un determinante psicológico individual.²¹

El propósito de esta investigación es conocer la percepción de usuarios y prestadores de salud, sobre la gestión y prestación de atención a la infertilidad, en tres servicios de la capital cubana.

MÉTODOS

Se realizaron entrevistas y observación participante en 27 parejas atendidas en los servicios de infertilidad de tres hospitales ginecobstétricos de La Habana; observación participante de consultas y áreas de espera de dichos servicios y entrevista a cuatro prestadores de salud, dos médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, y dos Licenciadas en Biología.

Los hospitales ginecobstétricos se seleccionaron teniendo en cuenta el tipo de población que atendían, con la finalidad de contar con una mayor diversidad en cuanto al ambiente socioeconómico de procedencia de las y los usuarios. Los nombres de los hospitales se mantuvieron en el anonimato según la confidencialidad garantizada en el consentimiento informado.

Se incluyeron las parejas que tenían tres o más años de relación, que no era la primera vez que asistían al servicio, que acudieron al mismo en el período del trabajo de campo en presencia de la investigadora y que aceptaron participar de manera desinteresada previo su consentimiento. A todas las personas se les comunicó el

interés de recabar información relacionada con su experiencia vivida en su vínculo con los servicios de atención a la infertilidad y sus percepciones en relación con la gerencia y prestación de los mismos.

El número de entrevistas a las parejas infértiles y de observaciones, se definieron según el criterio de "saturación teórica o de categorías". Para la observación se utilizó la técnica de "observación participante abierta",²² que se realizó en consultas y salas de espera. Estas áreas se observaron durante el horario en que transcurrieron las consultas, durante 32 h respectivamente, para cada servicio.

Con la finalidad de conocer lo establecido a nivel institucional y las normativas en relación con la atención a la infertilidad, se revisaron documentos esenciales y el Proyecto de Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil.^{1,23,24}

Se utilizó la triangulación a través del empleo de diversas fuentes de información, de varios métodos para recabar los datos y el análisis cruzado entre dos investigadoras.^{22,25,26}

Para el análisis de la información se empleó el método cualitativo de análisis detallado de los datos, denominado "Teoría fundamentada".²² El análisis de la información se realizó a nivel individual y de conjunto, a través de la articulación de los enfoques *emic* y *etic*. El enfoque *emic* es aquel por el que el investigador analiza el lenguaje o la conducta ajena mediante el perspectiva y en los términos de sus actores. Sus unidades de análisis no se predicen sino se descubren. El enfoque *etic* es aquel por el que el investigador analiza el lenguaje o la conducta de otros bajo la perspectiva de su ciencia, y por lo tanto, de su cultura. Este suele ser su punto de partida y es externo a lo analizado.²⁷

RESULTADOS

La percepción sobre la gestión y prestación de servicios de atención a la infertilidad emergió a partir de cuatro categorías que adquirieron significado en y durante el vínculo de las parejas con los servicios de atención estudiados. Estas fueron: la atención por el sistema de salud a la infertilidad como problema de salud; la organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención a la infertilidad; la relación usuarios prestadores, y el tránsito de los usuarios por los servicios de atención a la infertilidad.

ATENCIÓN A LA INFERTILIDAD POR EL SISTEMA DE SALUD

Las parejas entrevistadas opinaron que no se presta suficiente atención a la infertilidad por parte del sistema sanitario, mientras que los prestadores de salud opinaron que hay limitaciones para la atención a la infertilidad y que existen diversos factores que limitan la capacidad resolutoria, expresada en la insuficiencia en el número de servicios y en un "fatalismo geográfico" que concentra los recursos en la capital o en unas pocas provincias, lo que constituye una barrera en el acceso a estos servicios. Señalaron la existencia de disparidades en el proceso de atención entre servicios diferentes, lo que relacionaron con la no estandarización de un protocolo de atención. Opinaron además que persisten dificultades para preparar y mantener actualizados a los profesionales que se dedican a la infertilidad, y es insuficiente la información estadística global que da cuenta de la magnitud del problema de salud en la población cubana.

[...] hay que darle más atención [...] se trata de tratamientos que son caros o que no los tenemos, o que se desconocen. Veo muchas, demasiadas mujeres y sin embargo no me parece que se le da a esta especialidad la misma atención como se le da a otras» (mujer, pareja 2).

La infertilidad no ha sido priorizada dentro de los problemas de salud, los recursos son muy costosos y no se le ha dedicado mucho a esto (licenciada en biología).

[...] hay que dedicarle más atención. Sé que los recursos para la infertilidad son sumamente costosos, pero es algo que vale la pena (médico).

ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

Todas las parejas entrevistadas percibieron congestión en los servicios de atención debido a la alta demanda y escasez de estos, lo que incide en la satisfacción con la atención recibida. Las opiniones al respecto fueron coincidentes con las de los prestadores, respecto al "fatalismo geográfico" percibido en el poco desarrollo de los servicios fuera de la capital del país y en la disparidad en cuanto a la profesionalidad de los especialistas y la disponibilidad de los recursos entre un servicio y otro. La mayoría de las parejas había cambiado espontáneamente de servicio de atención y sus opiniones se basaban en la comparación con el anterior.

[...] Hay mucha gente que acude a ellos [se refiere a los servicios de atención a la infertilidad] y se va por la demora, vas allí al [nombra un hospital de la capital] y unas colas de los mil demonios [...] la demanda de personas está muy por encima de las posibilidades [...] es terrible la cantidad de personas que están ahí esperando [...] (hombre, pareja 9).

Yo empecé a tratarme allá [se refiere a su provincia de residencia]. Y yo allá no vi resultados. Yo empecé en el mismo hospital materno y yo veía que las cosas en vez de ir mejorando [...] entonces eran las consultas de meses y meses, que no es como aquí que te siguen todos los meses (mujer, pareja 15).

La percepción de las parejas entrevistadas sobre la gestión y prestación del servicio fue diferente según el hospital donde se atendían. En uno de ellos, fue clasificada por la mayoría como "mala y pésima", mientras que en otro, la mayoría lo calificó de "buena, muy buena y excelente". Las principales insuficiencias e irregularidades señaladas, cuando se dieron opiniones negativas fueron: la demora para ser atendidos y lo dilatado del tiempo entre consultas, el deficiente equipamiento técnico y material que dificulta el diagnóstico certero, la falta de calidez en la atención percibida y la deficiente comunicación con el personal médico, que incide en la escasez de la información recibida frente a la esperada. Tales aspectos fueron vinculados con la alta demanda de los servicios, cuya cantidad en el país no es suficiente y hace que no satisfaga las necesidades.

[...] la atención a la infertilidad se demora mucho, es muy lenta [...] Quisiera que los doctores tuvieran más comunicación con el paciente [...] A veces siento que sí me explican, pero a donde yo quiero llegar nunca he podido, nunca he podido abrirme [...] las consultas son rápidas [...] son frías (mujer, pareja 19).

Ninguna de las parejas conocía la existencia de protocolos establecidos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, ni había sido informada sobre cuáles serían los pasos a seguir en su caso. Ninguna vinculó esto con la dilatación del tiempo para el diagnóstico y el tratamiento de su problema de salud.

[...] tiene que haber un proceso determinado, un algoritmo para esto, una metodología a cumplir, que a nosotros nunca nos la han explicado (hombre, pareja 14).

Lo que me he hecho son análisis de sangre, pero no se para que son, qué buscan con eso y tampoco me han explicado qué se hace después [...] (mujer, pareja 22).

Fue opinión unánime entre los prestadores de salud, la falta de uniformidad entre los diferentes servicios, referida a los procedimientos, métodos diagnósticos y terapéuticos que se emplean. Se indujo además a partir de sus discursos, la necesidad de mejora en los sistemas de referencia entre los diferentes niveles de salud, que garantice el adecuado acceso de las parejas, la agilidad de respuesta, y la personalización integral del caso para la decisión de transferencia entre servicios dentro de cada nivel, de acuerdo a sus especificidades.

Uno de los entrevistados participó en la confección de la propuesta de Programa para la Atención de la Pareja Infértil¹ y le otorgó especial importancia a las acciones que debe ejecutar el primer nivel de atención, con el fin de aminorar la congestión de los servicios en los restantes, acortar los tiempos para el diagnóstico y garantizar el acceso igualitario de las personas, independientemente del lugar de residencia y nivel socioeconómico.

Otro aspecto destacado es el papel que jugaría el nivel primario de atención en la identificación, por medio del Análisis de la Situación de Salud, del comportamiento de las tasas de infertilidad y los factores de riesgo, lo que permitiría realizar la adecuada promoción y prevención comunitaria e intersectorial.

Al no existir un protocolo universal, estandarizado para las condiciones de nuestro país [...] seguimos nuestro propio protocolo y cada hospital tiene el suyo en dependencia de sus resultados [...] con este protocolo que tenemos nos ha ido muy bien (médico).

Hasta este momento en Cuba no existía un programa para la atención sistemática de la pareja infértil. La gente no tenía como llegar a los servicios [...] lo primero que se hizo fue tratar de reorganizar la atención, para que la pareja tuviera disponibilidad de atención y libre acceso [...] con protocolo bien estandarizado, para un diagnóstico rápido y un manejo adecuado. [...] Se diseñó la atención que abarca los tres niveles escalonados [...] cada uno de los municipios de nuestro país se iba a insertar en la consulta de planificación familiar [...] esto tendría un gran papel, que sería pesquisar los factores de riesgo de infertilidad en la población y conocer como está realmente el sustrato en la población (médico).

RELACIÓN USUARIOS-PRESTADORES

Pocas parejas opinaron que recibían de los profesionales la información que ellas necesitaban y esperaban. En algunas uno de los miembros opinó no sentirse bien informado y el otro opinó que sí, pero reconoció recibir información a través del otro, lo que ocurrió en todos aquellos en que uno era profesional de salud y el otro no. La comunicación efectiva se privilegió cuando se estableció entre los prestadores de los servicios y los pacientes que poseían formación en el campo de la biomedicina, lo que

sugiere que se estén manifestando otros rasgos del MMH referidos a la medicina científica, que excluye al paciente del saber médico y lo trata como un consumidor pasivo portador de un saber diferente.

La mayoría de las parejas se mantenía al tanto de toda la información que se publica en los medios de información masivos e indagaban en otras fuentes. Lo consideraban necesario debido a que sus dudas y preguntas no eran satisfechas por el personal de salud que los atendía. Otros valoraron también, la información que obtienen a partir de lo que conversan y escuchan en la salas de espera cuando asisten a consultas.

Podría haber más información (hombre, pareja 13). [...] me explican bien, nos sentimos bien informados, nos hacemos las pruebas bien informadas [...] (mujer, pareja 13).

A mí no me han explicado aquí nada, ni por qué me mandaron esos análisis, ni qué se está pensando. El espermograma por la gente que te dice, uno sabe más o menos para qué es. Yo me mantengo al tanto de todo lo que sale sobre infertilidad por la televisión (hombre, pareja 22. Lo que me he hecho son análisis de sangre, pero no se para que son, qué buscan con eso [...] (mujer, pareja 22).

Las parejas entrevistadas se expresaron sobre la relación subordinada que establecen los prestadores con ellas, la deficiente comunicación que se logra y el trato poco personalizado que reciben.

Yo siento un poco de frialdad en el trato [...] Los médicos no conocen la desesperación, la ansiedad de uno [...] como para ellos es habitual, son un poco fríos [...] el 85 % de la consulta se basa en la parte clínica [...] (hombre, pareja 17).

[...] las consultas son muy rápidas, casi no demoran nada [...] yo creo que deberían explicar por qué se toman las decisiones (hombre, pareja 27).

Los prestadores entrevistados reconocieron que se establecen relaciones muy estrechas con los pacientes, debido al prolongado tiempo que estos permanecen vinculados a los servicios, a lo que se adiciona la atención «especial» que demanda la infertilidad. Dichas relaciones son importantes para lograr resultados satisfactorios, y en la actualidad consideraron es mejor, debido al aumento del nivel de instrucción e información de la población cubana. También se aportó la idea de que el propio modo en que se organice y funcione el servicio, influirá en dicha relación, pues se trata de un problema de salud que toca lo íntimo y privado, a nivel de la pareja, y requiere niveles de privacidad y de ética profesional refinados.

TRÁNSITO DE LOS USUARIOS POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA INFERTILIDAD

Las parejas infértiles participantes llevaban como promedio cinco años atendiéndose a partir de la sospecha de infertilidad, y la búsqueda de atención médica fue directamente en el segundo nivel de atención (hospitales ginecobstétricos), al que arribaron a través de la indagación y la gestión personal. Como sugieren los discursos de las parejas y corroborando lo obtenido de la revisión documental realizada, la atención a la infertilidad adolece de una insuficiente organización por los diferentes niveles de atención que comienza por el primer nivel, que es el que garantiza la transferencia de los pacientes a través de estos.

[...] decidimos ir a averiguar cuál era el problema [...] A través de una muchacha que conocíamos y ella conocía un médico y nos resolvió. Con él no resultó y fuimos cambiando de médico a ver (mujer, pareja 7). Llegamos a estos servicios por una amiga mía, que estaba en lo mismo (hombre, pareja 7).

Las parejas entrevistadas gustan de asistir juntos a las consultas por el apoyo que se brindan entre sí, pero desde los servicios estudiados se le otorga escasa importancia a esto al no constituir una exigencia. Ello expresa parte de la cultura médica, entendida como el modo como se percibe y concibe la infertilidad en el eje salud enfermedad atención, de acuerdo con la información que poseen los individuos, la pareja, la familia, los prestadores de salud y la sociedad toda, y su influencia en la utilización de los servicios de atención en el decurso del tiempo. Esta cultura apunta a la percepción a nivel simbólico de la determinación femenina en la infertilidad, que a su vez descansa en las construcciones sociales en torno a la parentalidad e identifica a las mujeres como responsables de la fecundidad. Las justificaciones para la no concurrencia a consulta de la parte masculina, reproducen los roles del modelo de masculinidad hegemónica, que vinculan al varón con la figura proveedora que trabaja en el espacio público y que tiene una responsabilidad que trasciende la responsabilidad con la reproducción biológica de la especie.

La mayoría de las parejas entrevistadas declaró haber acudido a otras formas de prestación de atención fuera del sistema de salud. El consumo de jarabe o miel de güira fue el tratamiento natural más usado, y el factor que más influyó en ello fueron las referencias sobre su éxito, transmitidas por familiares o conocidos, y el deseo de solucionar el problema en el menor tiempo posible.

Mi abuela me ha dado los jarabes de güira [...] Se lo he dicho al médico y me dijo que esas cosas naturales no están de más, que no hacen daño (mujer, pareja 4).

[...] hemos tomado el jarabe de güira varias veces y a él también se lo he dado (sonríe), varias botellas. Eso lo han traído del campo, familiares, vecinos [...] con el médico no lo hemos consultado [...] eso es medicina natural (mujer, pareja 8).

Ella ha tomado unos jarabes de güira, averiguando con las abuelas [...] (hombre, pareja 9). [...] Sí, eso lo hemos tomado varias veces, los dos lo hemos tomado [...] no lo hemos conversado con los médicos, no hace falta (mujer, pareja 9).

Según los prestadores de salud, los servicios de atención a la infertilidad se encuentran sectorizados, no obstante atienden población que no les corresponde según el área de residencia e incluso procedente de otras provincias del país. La explicación a este fenómeno radica en los problemas que existen para el acceso a este tipo de servicios debido a su escasez, tanto en la capital como fuera de esta donde se agudiza la situación, lo que vuelve a emerger como el "fatalismo geográfico" reconocido por ambos grupos, y que contribuye al congestionamiento percibido.

[...] Tenemos una avalancha de pacientes [...] Eso es poniendo freno. [...] Allá abajo hay pacientes que son de la Isla, de Oriente [...] Unas porque han tenido la posibilidad de tener acceso al servicio, otras porque han tenido estudio en otros lugares y no se han sentido satisfechas y han llegado por una u otra vía aquí [...] Si abrimos el banderín, el número ese se duplica. Y entonces el tiempo entre consultas se prolongaría a meses. No daríamos a basto (licenciada en biología).

La concurrencia en pareja a consultas no fue considerada un requerimiento indispensable por parte de los prestadores, aún cuando se aceptó que la infertilidad es un problema de la pareja. Los prestadores expresaron que las parejas infértiles cambian de un servicio para otro, y coincidentemente se aludió a la poca disponibilidad de alternativas de tratamientos y a la búsqueda por parte de las parejas de resultados más ágiles frente a la percepción de que están perdiendo el tiempo porque no se les estudia bien por falta de recursos.

Nosotros no exigimos que asistan en pareja a la consulta, en ningún momento lo hacemos. Si le pedimos, le decimos, que como parte del estudio hay cosas que hay que hacérselas a la pareja masculina [...] Desde ese punto de vista de estudio sí le exigimos que el hombre tiene que aceptar eso (médico).

DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE ABIERTA

Organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención

Cada servicio estaba organizado y funcionaba de manera particular y diferente entre sí. Los procedimientos, diagramas de atención y condiciones entre estos, difieren, también manifestado por los prestadores de salud entrevistados, y refleja la no estandarización del protocolo de atención.

Las consultas observadas fueron dedicadas, en la mayoría de los casos, a la revisión de los resultados de los exámenes médicos, a escribir en las historias clínicas y solo en tres ocasiones se realizó algún examen físico o entrevista a la pareja.

Existían diferencias en cuanto a condiciones materiales y de espacio entre las áreas destinadas a consulta, lo que repercutía en el ambiente dentro estas. En dos de los servicios estudiados solo se disponía de una silla para los pacientes, por lo que cuando asistió la pareja, debió quedarse uno de los dos de pie. Los hombres permanecían de pie, confrontaban dificultades para escuchar al médico y algunos optaron por separarse y mantenerse presentes pero distantes.

La privacidad para la consulta fue insuficiente en los servicios, se vio entorpecida por la permanencia dentro de la consulta de personas ajenas a esta, de otras parejas aguardando y por la interrupción de otros profesionales que interactuaron con el médico. La escucha entre médico y pacientes se dificultaba por el ruido ambiental provocado por la conversación de otras personas. Este resultado confirmó lo que declararon las parejas entrevistadas.

Relación usuarios-prestadores

Los comportamientos individuales durante la interacción que se estableció entre prestadores y usuarios durante las consultas médicas, manifestó en todos los casos una relación vertical jerárquica por los primeros y subordinada por los segundos, que se caracterizó por: la decisión unilateral sobre las conductas médicas a seguir, los profesionales ofrecieron la información que consideraron pertinente sin indagar sobre las necesidades de los pacientes; se trató el problema de salud desde la perspectiva biomédica independientemente de las características individuales de las personas y en el proceso no se tuvo en cuenta la participación de la pareja. En el caso de las consultas ofrecidas en uno de los servicios, se observó la disposición del médico por explicar cuando las y los pacientes le hicieron alguna pregunta, lo que fue más frecuente que en el resto de los otros. En otro de los servicios, las explicaciones

médicas aportadas por los profesionales se dirigieron a las investigadoras presentes en las consultas, a solas o en presencia de los pacientes, quienes en estos casos se obviaron (recibían las explicaciones a través de terceros). En la mayoría de las consultas observadas se apreció que los y las pacientes quedaron ocultos e invisibles tras el problema anatomofisiológico a corregir. En escasas ocasiones las personas fueron tratadas por sus nombres propios. Cuando concurren en pareja a la consulta, las mujeres fueron las identificadas por el personal de la salud, como las responsables por los tratamientos, aunque el factor de infertilidad fuera masculino: eran ellas quienes portaban los resultados de las pruebas diagnósticas, eran a quienes se les indicó y a quienes se les entregó.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación corroboraron muchas de las razones que se ofrecen como justificación para la Propuesta de Programa de Atención a la Infertilidad del año 2007,¹ como son las debilidades que presenta el sistema de salud para la atención a la infertilidad en el contexto cubano, su insuficiente capacidad resolutive y la consecuente necesidad de establecer las funciones, normas y algoritmos para la atención de la pareja infértil en cada nivel de atención, con vistas a la mejora de sus procesos.

Las dificultades materiales y financieras debidas al bloqueo impuesto a Cuba, acrecentadas durante el Período Especial, se expresan según el criterio de los prestadores, en los programas de estudio de pregrado y de las especialidades, en la inadecuación y falta de estandarización de los protocolos de atención a la infertilidad, en la falta de organización de los servicios en los diferentes niveles y en la escasa disponibilidad de recursos. Para dicho grupo, esto incide en el insuficiente desarrollo de los servicios de atención, en las disparidades entre los existentes y en las dificultades para ofrecer la cobertura y capacidad resolutive adecuadas, cuestiones que emergieron además del resto de las fuentes de información tomadas en cuenta.¹ Este mismo grupo identificó en las condiciones estructurales y en la falta de protocolos estandarizados, las condiciones causales de las insuficiencias de estos servicios, mientras que las parejas infértiles aunque coincidieron en vincularlo a la falta de recursos materiales, las explicaron desde lugares más cercanos a los aspectos de índole humano asistencial, lo que alude a las diferentes formas de conocimiento socialmente elaborado, provenientes de las distinciones cognitivas, formativas e informativas entre dichos grupos, que provocó valoraciones subjetivas diferentes frente a las expectativas de cada grupo.

Una de las aportaciones a partir de las voces de ambos grupos estudiados, es la insuficiente cobertura y capacidad resolutive de los servicios existentes, frente a la percepción del aumento de la demanda, aun cuando se desconoce la magnitud real del problema, lo que es reconocido en la introducción del Programa de Atención a la Pareja Infértil.¹

Según la observación de consultas y las entrevistas realizadas a los usuarios de los servicios de salud seleccionados, la atención que se le brinda a la infertilidad tiene un fuerte carácter biologicista. Esto habla del insuficiente pensamiento médico-social, y de la persistente ideología médico- hegemónica, propia del MMH descrito por *Menéndez*,²⁸ sobre lo que han alertado algunos autores cubanos.²⁹⁻³¹ Por ello, se considera un buen avance, la inclusión de una perspectiva preventiva educativa y epidemiológica, desde el primer nivel de atención, en el Programa de Atención propuesto en el año 2007.¹ Sin embargo, el tratamiento a la persona/pareja con

enfoque sociocultural, está ausente para los restantes niveles de atención, lo que puede ser mejorado.

Teniendo en cuenta todas las fuentes de información y técnicas empleadas, los resultados permiten decir que el abandono de un servicio de atención para acudir a otro diferente, es resultado de las particularidades en la organización y funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención, mediatizado por la relación usuarios prestadores, y que se explica por lo aletargado que se hace en el tiempo la solución de la infertilidad, las insatisfacciones con las limitaciones para el diagnóstico, debido a la escasez de recursos y la percepción de insuficiente comunicación con el personal médico, sin desestimar la percepción de poca calidez en el trato recibido.

Un aspecto a discutir son las disparidades en cuanto al funcionamiento en los servicios de atención a la infertilidad estudiados, entendido fundamentalmente como "el qué y cómo se hace", las que fueron vinculadas por los entrevistados, con la ausencia de un protocolo estandarizado, y adicionalmente lo relacionaron con las disparidades en la disponibilidad de recursos materiales y profesionales, que se agudizaba en las provincias fuera de la capital.

El reconocimiento de la inexistencia de un protocolo estandarizado, pone de manifiesto que, a pesar de existir un protocolo en el Manual de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia, no se usa por igual en todos los servicios existentes, debido a la disparidad de recursos entre uno y otro.¹ Lo anterior lo refuerza el testimonio de los prestadores entrevistados cuando dicen que "sus protocolos" les han dado buenos resultados, y lleva a inferir que las adecuaciones realizadas por cada servicio, obedecen a la adaptación de este y otros conocidos a sus condiciones estructurales y profesionales específicas, y poder dar respuesta a la demanda de atención y a las particularidades de los casos que reciben, lo que legitima la descentralización ejecutiva de la normativa.

Los datos obtenidos llaman la atención sobre una brecha existente en la integración de los servicios de atención a la infertilidad, que provoca fallas en su gestión y entrega, en la recepción de un continuo de servicios de acuerdo a las necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con la mayor calidad posible de acuerdo con las condiciones tecnológicas disponibles, tal y como ha sido definida la red de servicios de salud en la práctica sanitaria cubana.³² Esto podría argumentar en parte, la inadecuada forma en que transitan las parejas por los servicios de atención, el acceso directo al segundo o tercer nivel de atención violando el primero, concebido como entrada natural al sistema; el cambio de un servicio hacia otro debido a las insatisfacciones con la capacidad de respuesta: diagnósticas, tecnológicas y del recurso humano entre las diferentes provincias y al interior de estas, lo que podría atemperarse de existir para la infertilidad un mejor sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención; mejor relación horizontal entre los diferentes servicios dentro de un mismo nivel para la referencia y contrarreferencia de casos con un objetivo particular, un enfoque intersectorial y un programa de atención estandarizado, que establezca el alcance de la atención y sus procesos, como el concebido en la propuesta de 2007.¹

El empleo por parte de las parejas entrevistadas de métodos curativos alternativos, merece un aparte por la eficacia simbólica que justifica su uso.¹⁴ De acuerdo con el relato de las parejas, el empleo de estos métodos ocurrió en momentos en que no seguían ningún tratamiento farmacológico, y en la mayoría de los casos no lo comunicaron o consultaron al facultativo, por considerar que no lo ameritaba aunque tampoco fueron indagados al respecto por estos.

Tales cuestiones refuerzan peculiaridades que emergieron del testimonio de los prestadores: el empleo de dichos tratamientos buscando agilizar la concepción frente a la demora del éxito con tratamientos farmacológicos y el no "perder tiempo" en los momentos en que no están siendo tratados farmacológicamente o cuando están alejados de los servicios; el hecho de que no se consulte o informe al facultativo, y las razones de ello dan cuenta del vínculo asimétrico que se establece entre usuarios y prestadores, la exclusión y subestimación del saber del otro y la escasa indagación de los aspectos socioculturales, cotidianos y conductuales de las personas atendidas.

La relación entre usuarios y prestadores de los servicios requiere de un análisis desde las personas implicadas y sus capitales humanos, en un contexto concreto. La explicación que aportan las características del MMH no es suficiente, en opinión de estas autoras influyen también, las particularidades del propio problema de salud, los problemas organizativos y funcionales en los servicios, los puntos de encuentro y desencuentro entre los condicionamientos de género de los prestadores y usuarios de los servicios, las condiciones de vida y la vida cotidiana de las personas.

De acuerdo con los datos obtenidos a partir de este estudio, la atención a la infertilidad tiene limitaciones en cuanto a recursos materiales y profesionales, debido a la situación económica del país y al contexto cultural donde se presenta como una enfermedad insospechada, de la que no existen suficientes evidencias de su tasa de incidencia y prevalencia. Por otra parte, aunque la atención a la infertilidad se encuentra normada no está estandarizada, lo que legitima la descentralización ejecutiva de la normativa al interior de sus prácticas para responder a la disparidad en la disponibilidad de recursos entre los diferentes servicios de atención estudiados.

El insuficiente tratamiento a las personas y las parejas, desde sus condicionamientos socioculturales, reflejado en los protocolos para la atención a la infertilidad, limita las competencias culturales para su manejo y solución, y propicia la objetivación de los sujetos. De esta manera, el ejercicio de poder en la práctica médico-hegemónica, sobreviviente en los servicios de atención a la infertilidad estudiados, coloca a las personas y parejas infértiles en una situación de vulnerabilidad y subordinación para el ejercicio de sus derechos y toma de decisiones, en tanto se produce la objetivación de los sujetos y afecta la relación entre prestadores y usuarios de los servicios de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Atención a la Pareja infértil, Comisión Nacional. La Habana: MINSAP; 2007.
2. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citado 10 Mar 2010]; 37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662011000100009&lng=es
3. Llavona LM. El impacto psicológico de la infertilidad. Rev Papeles del Psicólogo. 2008 [citado 10 Mar 2010]; 29(2). Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1582>
4. Flores N, Jenaro C, Moreno Rosset C. Terapia de pareja en infertilidad. Papeles del Psicólogo, 2008 [citado 22 Sept 2010]; 29(2). Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>

5. Álvarez-Díaz J. Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. *Gac Méd Méx*: 2007;143(1):65-71.
6. Giambroni C, Cortejarena A, Budich P. Sexualidad y fertilidad. Parejas ESCA= ¿ESCAAs relaciones sexuales? *SASH Rev Argentina Sexualidad Humana*. 2002;16:15-20.17.
7. Gerrity D. A biopsychosocial theory of infertility. *Fam J*. 2001;9:151-8.
8. Padrón RS, Hernández AJ, Más J, Valdés F, Seuc A. Causas de discontinuación del seguimiento de las parejas infértiles y su relación con el diagnóstico y el estado de la fertilidad. *Rev Cubana Endocrinol*. 1997;8(3):208-16.
9. Los hombres contribuyen a la infertilidad y sufren a causa de ella. *Fam Health Internat. Network en español*. 2004 [citado 22 Dic 2009];23(2):17-20. Disponible en: http://www.fhi360.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm
10. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*. 2004;63:126-30.
11. Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios [CD-ROM]. México, D.F.: Yolpahtli S. A.; 2003.
12. Calero JL, Santana F. La solución ante la infertilidad: Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. *Rev Cubana Endocrinol*. 2006 [citado 2011 Sep 13];17(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532006000200002&lng=es
13. Calero JL. Salud reproductiva: ¿Estamos educando bien? *Rev Sexol Soc*. 1999;5(3):33-5.
14. Mederos L, García Jordá D. Creencias y actitudes populares relacionadas con la infertilidad. *Memorias I Congreso Iberoamericano de Antropología Anthropos 2007. La Antropología ante los desafíos del siglo XXI, marzo 2007 [CD-ROM]*. La Habana: Universidad de La Habana, Sociedad Cubana de Antropología Biológica; 2007.
15. Rigol R. Obstetricia y Ginecología. Evaluación de la pareja infértil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
16. _____. Obstetricia y Ginecología. Salud reproductiva. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
17. Bestard C. Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona; 2003.
18. Padrón R. Epidemiología de la Infertilidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1998.
19. Hernández AJ, Padrón RS, Más J, Valdés F, Seuc A. Seguimiento de parejas infértiles durante 2 años. *Rev Cubana Endocrinol*. 1997;8(2):126-34.
20. Jadur S. La infertilidad y sus modos de sufrimiento. Un dolor puro de esterilidad 2000-2007 [abst]. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica; 2007.

21. Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. Relaciones de Estudios de Historia y Sociedad. México, D. F.: El Colegio de Michoacán, Alteridades; 1997.
22. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta. ed. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
23. Rigol R. Obstetricia y Ginecología. Evaluación de la pareja infértil. La Habana: Editorial: Ciencias Médicas; 2004.
24. Cabezas E, Cutié E, Santiesteban S. Manual de procedimientos en ginecología. Estudio y tratamiento de la pareja infértil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
25. Artiles L. Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud. Resumed. 2000;13(3):119-29.
26. Bacallao J, Alerm A, Artiles L. Texto Básico de Metodología de la Investigación Educativa. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.
27. Pike Kenneth L. Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior. París: Mouton & Co.; 1971.
28. Menéndez EL. El modelo Médico-Hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu D' Etnografía de Catalunya. 1984;3:85-118.
29. Martínez Calvo S. Opción pedagógica para el análisis de la situación de salud en pregrado. Educ Med Super.1997,11(2):69-85.
30. _____. El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba. Rev Bras Epidemiol. 1999;2(1-2):19-33.
31. Rodríguez F, Toledo ME, Pérez D, Sánchez E. La globalización y el modelo de Medicina General Integral en Cuba. Retos y oportunidades. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000 [citado 2 Sept 2011];16(1):73-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000100013&lng=es
32. López P, Alonso L, García AJ, Fernández I. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2009 [citado 2 Sept 2011];25(4)86-97. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi09409.htm

Recibido: 20 de junio de 2012.

Aprobado: 25 de abril de 2013.

Zoe Díaz Bernal. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.

Dirección electrónica: zoe.diaz@infomed.sld.cu, zoe@ensap.sld.cu