

Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?¹

Patricia Lasso Toro²

Universidad de San Buenaventura, Cali (Colombia)

Recibido: 29/06/2011

Revisado: 31/10/2011

Aceptado: 28/05/2012

Resumen

Objetivo. El artículo recoge los hallazgos de la primera fase de una investigación llevada a cabo en el municipio de Candelaria (Valle del Cauca-Colombia), en convenio con la práctica profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de San Buenaventura – Cali y la Fundación el Amparo I.P.S. Este estudio buscó identificar las relaciones que existen entre las formas de cuidado en gestación que recomienda el Sistema de Salud oficial y las que practican las gestantes que acuden al Programa de Control Prenatal de la Fundación, a partir de sus creencias culturales. **Método.** En esta primera fase se llevó a cabo un estudio cualitativo, realizando cinco grupos focales, dos con el personal de salud y tres con 36 gestantes participantes en el programa de control prenatal. **Resultados.** Se encontraron barreras culturales para la adherencia al programa de control prenatal, relacionadas con las creencias, hábitos alimenticios y asistencia a interconsultas con algunos especialistas. **Conclusión.** Se insiste en la generación de procesos educativos al interior del Sistema de Salud acerca del lugar de la interculturalidad y su consideración en los procesos de evaluación, intervención y acompañamiento, en este caso, de los programas de atención materno – infantil.

Palabras clave. Atención prenatal, salud materna, cultura, sistema de salud.

Abstract

Objective. This article presents the findings of the first phase of research carried out in the municipality of Candelaria (Valle del Cauca, Colombia), under an agreement with Psychology undergraduate professional practice program of the Universidad de San Buenaventura, Cali, and the Fundación el Amparo I.P.S. This study is aimed at identifying the relationships between the forms of pregnancy care recommended by the formal health system and those practiced by pregnant women who attend prenatal care programs which are in line with their cultural beliefs. **Method.** In this first phase a qualitative study was carried out with five focus groups: two with health staff of the Foundation and three with 36 pregnant women attending the prenatal program. **Results.** Cultural barriers in some women were found to the adherence to formal prenatal programs, due to beliefs and eating habits and visits to specialists related to their culture. **Conclusion.** The importance must be stressed of the place of multiculturalism in the development of educational processes within the health system, including processes of assessment, intervention and support of maternal-neonatal care.

¹ Artículo resultado del proyecto de investigación aplicada "Propuesta de atención en Salud Materno-infantil: Diálogo de saberes: Programa de Atención Prenatal Fundación el Amparo I.P.S y saberes culturales comunitarios. Convenio interinstitucional entre la Universidad de San Buenaventura – Cali y la Fundación el Amparo I.P.S. Código Snies 110624.

² Magíster en Educación. Docente e investigadora Universidad de San Buenaventura – Cali, Colombia. Correo electrónico: plasso@usbcali.edu.co

Key words. Prenatal care, maternal welfare, cultural characteristics, health systems.

Resumo

Escopo. O artigo coleta as descobertas da primeira fase da pesquisa levada a cabo no Município de Candelária (Valle del Cauca- Colômbia), em convenio com a prática profissional da carreira de Psicologia da Universidade de San Buenaventura- Cali e a fundação o Amparo I.P.S. Este estudo procurou identificar as relações que existem entre as formas de cuidado em gestação que recomenda o sistema de saúde oficial e as que praticam as mulheres gestantes que vão ao Programa de Controle Pré-natal da fundação a partir de suas crenças culturais. **Metodologia.** Na primeira fase foi levado a cabo um estudo qualitativo, fazendo cinco grupos focais, dois com o pessoal de saúde e três com 36 gestantes participantes no programa de controle pré-natal. **Resultados.** Foram achadas barreiras culturais para a aderência ao programa de controle pré-natal, relacionadas com as crenças, hábitos alimentícios e assistência a interconsultas com alguns especialistas. **Conclusão.** Insiste-se na geração de processos educativos ao interior do sistema de saúde sobre o lugar da interculturalidade e sua consideração nos processos de avaliação, intervenção e acompanhamento dos programas de atenção materno-infantil.

Palavras chave. Atención pré-natal, saúde materna, cultura, sistema de saúde

Introducción

“Las mujeres no deben adaptarse a los servicios de salud, los servicios de salud deben adaptarse a las diversas mujeres que los necesitan” (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009, p. 19).

El enfoque intercultural en salud promueve el intento por reconocer la coexistencia de distintas cosmovisiones de lo humano en el ámbito de la salud. Esta perspectiva ha ido ganando poco a poco espacios en nuestro territorio, tanto en el ámbito del marco legal³, como en la materialización de proyectos educativos, culturales y de salud que incorporan tal perspectiva. Sin embargo, uno de los territorios más difíciles de penetrar tiene que ver, como lo refieren Sesia (1996), Rouvier et al. (2011) y Lerín (2010), con la cosmovisión de la salud en sí misma desde distintas perspectivas, es decir, el poder intentar concebir los procesos de salud/enfermedad y, en este caso particular de la gestación, de un modo que vaya más allá de la mirada del sistema de salud convencional, incorporando visiones desde lo cultural.

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de

esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades. (Austin, citado en OPS, 2008, p. 13)

Este enfoque, según Lerín (2010), tiene sus inicios alrededor de la década de los 40, cuando surge la Antropología médica como campo disciplinar de la Antropología social, buscando indagar, principalmente, las causas de desigualdad entre los pueblos indígenas y el resto de la población, en términos de salud.

En nuestro contexto latinoamericano, existe una diversidad de formas de significación y relación con los procesos de salud – enfermedad (Spinelli, 2004), en particular, de la gestación, teniendo en cuenta que en nuestros procesos de hibridación y mestizaje, cohabitan con una suerte de hibridaciones culturales (Canclini, 1989). En gran medida, estas hibridaciones culturales inciden en las prácticas de salud propiciadoras de estados de bienestar, pero también en formas de deserción, abandono o interrupción de controles, cuidados, recomendaciones y/o tratamientos médicos necesarios para asegurar una apropiada gestación.

³ Resolución 10013 de 1981, la Ley 691 de 2001 y la creación de EPS e IPS indígenas.

En muchas ocasiones, la cohabitación de distintas cosmovisiones alrededor de un fenómeno, en este caso, de la gestación, ha llevado a las madres embarazadas a incurrir en silenciamientos, ocultar información acerca de sus prácticas o incumplir con recomendaciones nutricionales, pues tienden a basar su comportamiento más en sus creencias culturales que en lo que les recomienda el sistema de salud. En el caso de los partos, por ejemplo, con todo y el aumento significativo en Colombia del número de partos atendidos institucionalmente por profesionales (en el año 2003 era de 93,5%, frente a 39% atendido por parteras), la atención del parto en el hogar continúa teniendo un lugar privilegiado sobre todo en las zonas rurales apartadas, en las cuales las vías de comunicación, los costos de los traslados, el bajo acceso a los servicios de atención sanitaria y las tradiciones culturales en torno al nacimiento en el hogar, han hecho de las parteras tradicionales una figura de gran importancia en las vidas de estas personas (Medina, citado en Amú y Rengifo, 2010).

Un claro ejemplo lo ofrece la delegación del Perú de *Medicus Mundi Navarra*, que, en el año 2003, concertó con las autoridades sanitarias regionales y nacionales el desarrollo de un sofisticado centro de atención moderna de partos, con el fin de disminuir la mortalidad materna y riesgos perinatales, pues había sido uno de los principales problemas de salud del país. Esta experiencia se realizó en la provincia de Churcampa en la región Huancavélica, una de las más pobres del país, de elevada incidencia de partos domiciliarios y de mortalidad materna y perinatal (Lema, 2009). Pese a la instalación de dicho centro de salud, las autoridades se encontraron con la sorpresa de que las parturientas no acudían a las clínicas, sino que seguían prefiriendo el parto en casa, según el modelo tradicional (Ganduglia, 2010). Tras muchos desencuentros, se conformó el Consorcio Madre-Niño, en el cual participaron actores de la comunidad, miembros de ONG locales y la entidad de salud contratante, para realizar adecuaciones culturales a los servicios de salud, ofreciendo distintas opciones de parto, manteniendo las principales características del parto tradicional de las indígenas e incorporando algunas medidas de asepsia y manejo de urgencia en los casos de extrema necesidad.

En este mismo sentido, el enfoque de la naciente Salud Intercultural ha situado su mirada de modo privilegiado en las comunidades rurales y en

grupos étnicos específicos. Es el caso de San Juan de Pasto en el que, durante el año 2009, la OPS/OMS Colombia llevó a cabo un estudio con comunidades indígenas del departamento de Nariño, para buscar el reconocimiento de las formas de cuidado pre, peri y postnatal de las indígenas de la comunidad, para así avanzar en la adecuación intercultural de los programas de salud, ya que el gobierno de Colombia ha firmado pactos internacionales y ha generado normas nacionales que obligan a avanzar en este punto (OPS/OMS, 2009). El municipio de Candelaria – Valle del Cauca, en este caso, tiene cerca de 73.546 habitantes en el que predomina la raza mestiza. En estudios anteriores (Llanos, Pradilla y Rueda, 2007) esta localidad fue el epicentro del nacimiento de lo que se conoce como la Medicina Social en Colombia, siendo la Universidad del Valle pionera en este tipo de investigaciones. Dada su condición geográfica, el hecho de estar atravesado por el Río Cauca, entre otros aspectos, lo lleva a ser un lugar de tránsito, movilidad tanto económica, social como cultural. Según la historia de poblamiento de este epicentro confluyen y han confluído distintas etnias, habiendo una fuerte presencia de personas de raza negra de la Costa Pacífica; quienes, por distintas razones (en su mayoría procesos migratorios por violencia), han ido formando asentamientos en el Municipio. Esta diversidad étnica, en particular, obliga a pensar en cuidados en salud, teniendo en cuenta cómo se producen las relaciones entre los saberes de los sistemas de salud establecidos y los saberes que, en este caso, las gestantes del municipio de Candelaria traen consigo desde sus tradiciones culturales.

La implementación de este tipo de modelos de salud son importantes, pues se consideran la salida a varias de las dificultades gestacionales que presentan poblaciones culturales específicas. En este orden de ideas, en un informe reciente sobre interculturalidad y salud materna (United Nations Population Fund [Unfpa], 2011) se reportaba que en América Latina y el Caribe las mujeres indígenas presentan una esperanza de vida considerablemente menor que las no indígenas, así como altas tasas de desnutrición, fecundidad y mortalidad materna; que la mortalidad materna en esta población no solo está relacionada con la falta de servicios en salud sexual y reproductiva, sino también con las barreras culturales y de género y que, por esto mismo, son mujeres que presentan una reducida asistencia capacitada durante su embarazo y parto, exacerbado por las barreras socioculturales que

encuentran en los pocos servicios de salud a los que pueden acceder.

Por otro lado, la atención o control prenatal trata de un conjunto de acciones que involucran la asistencia de la mujer embarazada a consultas médicas en una institución de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la futura madre para el parto, la maternidad y la crianza (Apráez, 2010). Distintos estudios han mostrado la importancia de la atención prenatal para la salud materna y la del bebé, reportando entre las mujeres que la reciben, menor riesgo de muerte materna, nacimientos prematuros, crecimiento retardado intrauterino, así como bajo peso al nacer (Ceballos, 2010).

Frente a la manera como las gestantes perciben el control y atención prenatal, Bolívar, Cano y García (2008) encontraron que un grupo de madres, en la ciudad de Bogotá, reconocían la atención prenatal de manera positiva, resaltando la importancia de la remisión al curso psicoprofiláctico, mientras que los horarios de atención y las barreras geográficas se reportaron como sus principales percepciones negativas del proceso. En esta misma línea, la investigadora Cáceres (2007) destaca el control prenatal como una estrategia clave para la detección temprana de riesgos en el embarazo, prevención de complicaciones y preparación de la gestante para el parto y la crianza, sin embargo, reconoce la existencia de barreras que interfieren en la adecuada adherencia al control prenatal. Al respecto y con el fin de ahondar en esta situación de salud materno-infantil, Herrera, Cáceres y Gracia (1997), tras sus investigaciones, propusieron la aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, el cual orienta los programas de atención prenatal en Colombia y en el que se basa este estudio.

Hogan et al. (2010) estimó que en el año 2008 habían 342.900 muertes maternas en todo el mundo, en comparación con aproximadamente 526.300 (entre 446.400 y 629.600) que habían en el año 1980; es decir, entre 1990 y 2010 la mortalidad materna mundial se ha reducido casi a la mitad. Según la OMS (2012), se reporta que en 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, teniendo en cuenta que casi todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado. A este respecto, se debe tener en cuenta que mejorar la salud

materna constituye uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000 (OMS, 2012). Dentro de los planes activados por los países participantes en esta iniciativa de atención frente a esta situación, Colombia destaca porque desde el 2008, se encuentra en el proceso de implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, basado en la web. Este proyecto pretende, entre otros asuntos, sistematizar la información necesaria en cuanto al tema en tiempo real, con el ánimo de evitar nuevos casos de mortalidad. Si bien el asunto no se circunscribe exclusivamente a la información estadística, el registro oportuno de la misma, para los fines de este estudio, incorpora como valor agregado la recolección y análisis de los determinantes sociales en salud vinculados a procesos de reconocimiento de condiciones de vulnerabilidad prevalentes en las muertes maternas. En ese sentido, las creencias culturales podrían ser consideradas como un co-factor dentro de esos determinantes psicosociales en salud, el cual requiere ser profundizado desde la dimensión cultural en la escala de valoración que se emplea en la medición del riesgo biopsicosocial en nuestro contexto colombiano.

Método

Este artículo recoge los hallazgos de la primera fase de esta investigación, la cual fue llevada a cabo a través de la realización de dos grupos focales con personal de salud de la Fundación El Amparo I.P.S⁴ del municipio de Candelaria en el Valle y tres grupos focales con gestantes que acuden al curso psicoprofiláctico del Programa de Control Prenatal de la misma I.P.S. A través de los grupos focales se recolectó información acerca de los saberes y prácticas de las gestantes en relación con sus cuidados en gestación, vistos desde el lugar del personal de salud y desde la voz de las maternas.

Participantes

Los dos grupos focales realizados con el personal de salud del programa de Promoción y

⁴ Fundación El Amparo I.P.S es una institución que, desde el año 1983, brinda servicios de salud a los habitantes del municipio de Candelaria – Valle del Cauca, haciendo presencia en la región con sus tres sedes a saber, Candelaria, Villa Gorgona y San Joaquín. A través de convenio interinstitucional de práctica profesional, la Universidad de San Buenaventura – Cali, en su facultad de Psicología, lleva a cabo esta investigación.

Prevención de la Fundación el Amparo I.P.S, se realizaron durante dos de las reuniones mensuales de promoción y prevención, a las cuales acudieron dos médicos generales encargados del control prenatal; el director de la Fundación, quien realiza a su vez atención a pacientes; dos psicólogas; dos enfermeras, y tres auxiliares de enfermería. El personal de salud que participó hace parte del equipo que brinda atención mensual a las gestantes a través del Programa de Control Prenatal y el curso de psicoprofilaxis semanal.⁵

En el caso de los tres grupos focales realizados con las gestantes, éstos fueron llevados a cabo durante el proceso de participación de las madres que asistían al programa de control prenatal y al curso psicoprofiláctico del Programa de Control Prenatal, de las sedes de Candelaria (25 participantes), Villa Gorgona (5 participantes) y San Joaquín (6 participantes). La distinción de las sedes obedece a distancias geográficas del Municipio y destaca la conformación de un grupo poblacional heterogéneo de 80 gestantes, en el que se encuentran mujeres desde los 13 hasta los 44 años, provenientes, en su mayoría, de la zona del Cauca o Nariño y en el que su forma de sustento familiar usual deriva de trabajos temporales como jornaleros en los cultivos o en algunas de las empresas de la región, presentando, en su gran mayoría, situaciones socioeconómicas difíciles. Todos los grupos focales fueron dirigidos por dos psicólogas, acompañadas de dos practicantes de Psicología.⁶

Instrumentos

La realización de los grupos focales se trabajó por medio de una guía semi-estructurada diseñada para identificar, con el personal de salud, cómo perciben las formas de cuidado de las gestantes y otra diseñada para el trabajo con las gestantes, con el fin de identificar los cuidados que ellas tienen durante su embarazo.

Concretamente, la guía que se elabora para desarrollar con el personal de salud tiene como intencionalidad explorar las concepciones que subyacen en el personal de salud frente a la forma cómo las gestantes perciben su cuidado

en gestación, incorporando tanto los cuidados orientados desde el Programa de Control Prenatal como otros cuidados que no estén dentro de lo que se encuentra establecido en el sistema de salud.

La guía trabajada con el personal de salud contenía algunos de los siguientes aspectos:

- Conocimiento de las formas de cuidado en gestación de sus pacientes y sus implicaciones en la adherencia al Programa de Control Prenatal. Algunos de los ítems más representativos de esta categoría son: ¿considera que las gestantes siguen las recomendaciones clínicas para su cuidado en gestación? En caso de no seguir algunas de ellas, ¿qué cree que influye para no llevarlas a cabo? ¿Ha encontrado la presencia de formas de cuidado en gestación distintas a las que le hace el sistema de salud?

- Sentidos desde los cuales se asumen tales cuidados culturales frente a los cuidados científicos. Entre las preguntas guía figuran: ¿qué le dice a sus pacientes cuando aparecen otras formas de cuidado distintas a las del Programa?, ¿Incorpora algunas de estas formas en su praxis?

La guía que se desarrolló con el grupo focal, realizado con las gestantes, constó de preguntas sobre sus formas de cuidado en el embarazo, distintas a las que le recomendaba el sistema de salud, teniendo como categorías:

- Percepción de las formas de cuidado en gestación del sistema de salud al cual están adscritas. Algunos ejemplos son: ¿qué piensa del Programa de Control Prenatal?, ¿asiste a la consulta con todas las especialidades?, ¿a cuáles no asiste?

- Prácticas de cuidado en gestación referidas a la alimentación, actividad física y empleo de plantas y/u otro tipo de medicinas para su cuidado. Algunas ítems fueron: ¿tiene algunas formas de cuidado para su embarazo distintas a las que le dicen en el Programa?, ¿Cuáles son?, ¿Qué le dicen en su casa distinto a lo que le dice el personal de salud?, ¿Qué hace al respecto?

⁵ Curso de Psicoprofilaxis en el contexto de control prenatal hace referencia a la educación en control de riesgos bio-psico-sociales durante la gestación y preparación para el parto y puerperio.

⁶ Se contó con la colaboración en la recolección de información de la docente María Eugenia García Hernández, de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura - Cali y las estudiantes, en Práctica Profesional, Laura Rengifo Farrufia y Anny Pilar Amú Vente.

Procedimiento

Se realiza contacto interinstitucional estableciendo un convenio de práctica profesional e investigación aplicada del cual se deriva este proyecto. Posteriormente, con los datos suministrados por la Fundación El Amparo I.P.S y un periodo de tres meses de observación participante se presenta el anteproyecto para iniciar su ejecución. Se establece contacto inicial con el personal de salud, presentando la propuesta y se acuerdan las reuniones para llevar a cabo los grupos focales. De modo simultáneo, se presenta la propuesta a las gestantes que acudían a los cursos psicoprofilácticos y se da curso al acompañamiento en los grupos focales donde participaron. Como se mencionó anteriormente, los grupos focales fueron dirigidos por una psicóloga orientadora (investigadora), otra psicóloga acompañante y dos practicantes de la facultad de Psicología. Previo a la elaboración del análisis se presentaron los resultados parciales al personal de salud, para contrastar lo interpretado por las investigadoras y asegurar su validez de contenido.

Al finalizar la etapa de recolección de datos, se realizó análisis de contenidos por categorías desde un marco fenomenológico, el cual se centra en la voz de las maternas, priorizando elementos de la subjetividad en interacción desde la perspectiva intercultural en salud con los referentes culturales que traen las maternas consigo. Esta mirada fenomenológica discute desde el lugar de las interacciones como elemento fundamental, los procesos de movilidad sociocultural.

Resultados

La idea de presentar estos resultados es 1) visibilizar aquellas zonas de tensión o desencuentro entre los cuidados que el sistema de salud plantea a las gestantes y 2) explicitar la información que las gestantes traen consigo de sus acervos epistemoculturales. Inicialmente, se planteó trabajar solo con las formas de cuidado prenatal cultural que las gestantes traían; sin embargo, en los grupos focales realizados con ellas, emergieron, como variables relevantes, también formas culturales del cuidado para el momento del parto y el postparto.

Con respecto al primer punto, anteriormente mencionado, se iniciará con la presentación de los principales hallazgos de los dos grupos focales realizados con el personal de salud del programa de

Promoción y Prevención de la Fundación El Amparo I.P.S. Posteriormente, se brindarán las conclusiones más relevantes obtenidas en los tres grupos focales realizados con las gestantes.

Lo que emerge en los encuentros

En ambos grupos focales realizados con los profesionales de la salud, se destacaron varios puntos que pueden obstaculizar el proceso de adherencia al Programa, desde la perspectiva cultural. En primer lugar, el personal de salud coincide en afirmar que las gestantes siguen, en gran medida, las recomendaciones médicas, a excepción de la relacionada con la alimentación en el embarazo, de la que tienden a alejarse de las sugerencias que se les brindan. Para el equipo de salud, la razón de las gestantes para no alimentarse del modo indicado por el sistema de salud depende de los mensajes culturales que reciben las gestantes en su hogar, tales como “si no come entonces el bebé no va a crecer” o “en embarazo no se hace dieta”, haciendo referencia a la costumbre de “comer por dos”, que subyace, en gran medida, en nuestro entorno. Asociado a estas creencias, el médico de control prenatal menciona que otra de las dificultades para regular la alimentación de las gestantes es que “las madres de ellas o las abuelitas les dicen que si no engordan, entonces el bebé no crece... muchas gestantes ya venían gorditas, entonces tenemos que hacer una intervención con la nutricionista para que no aumenten tanto de peso”.

En segundo lugar, el personal de salud coincide en que las gestantes no siguen el plan de consultas programado, según el caso, con los diversos profesionales de la salud que aseguran un buen embarazo; a saber: Medicina General, Enfermería, Ginecología, Odontología, Psicología y Nutrición. Este evento más que percibirse como un valor agregado para la salud materna, ocasiona quejas, cansancio y comentarios, con connotación cultural, como “en mi época no se hacía tanta cosa”, “el embarazo no es una enfermedad”, “el embarazo no tiene porqué cuidarlo tanto, es una cosa natural”. A esta predisposición de las gestantes, se suman los contrastes que se pueden encontrar en el propio sistema de salud. En este sentido, las gestantes comentan que “en el hospital no me mandan tanta cosa”, “yo no he vuelto porque me quedé en el puesto de salud”, enfatizando en que en la atención pública no les “toca tanta consulta”.

En tercer lugar, el personal de salud reconoce, además de las barreras culturales, otros factores que entran en juego como determinantes sociales de la salud de las gestantes, como lo son las dificultades económicas, frente a las cuales se ha optado por programar varias citas en una sola visita. Otra dificultad que presentan las gestantes que trabajan es la obtención de una autorización para ausentarse de sus labores para asistir a las citas médicas. Uno de los médicos del grupo focal refiere que este hecho parece acentuarse si la jefe es una mujer, quien suele comentar que “yo no me hice tanta cosa en mi embarazo”, según le reportan las gestantes.

Por otra parte, el hecho de que el embarazo no haya sido planeado, también es un factor que interfiere en la participación continua de la gestante y su familia en los controles. A esto, se suma la inestabilidad familiar y de pareja, más aún, si dependen de trabajos temporales; todos ellos, factores de riesgo psicosocial para la adecuada adherencia al control prenatal.

En cuarto lugar, destaca la dificultad de las gestantes para asistir a una de las especialidades más “temida” que es la visita odontológica. Los asistentes al grupo focal coinciden en afirmar que las gestantes “creen que ir a Odontología en el embarazo las va a descalcificar”. El área de Nutrición es otra de las interconsultas con baja asistencia, pues las gestantes dicen que “para qué van a ir si les van a quitar lo que les gusta comer”.

Como quinto punto, destaca una dificultad que parece propiciarse en el propio personal del sistema de salud al momento de realizar la citología en una mujer en embarazo. Frente a esta situación, una enfermera reconoce que el mito inicia por las propias actitudes del personal de salud: “yo vengo de trabajar en otra entidad y allá le dicen a la auxiliar tome la citología y la auxiliar dice no, yo no la tomo, ni tampoco a veces la enfermera y si la paciente ve eso, pues más miedo le da”. El médico de control agrega que las pacientes consideran la citología en embarazo como un examen proabortivo.

En cuanto a la toma de ecografías se encuentra un asunto paradójico. Cuando aún no ha sido visualizado el sexo del bebé, las madres permiten realizar este examen sin mayores quejas, no obstante, una vez lo han verificado, las gestantes tienden a preguntar “por qué tantas, me dijeron que eso era radiación y eso es igual a daño fetal”. Parece ser que la ecografía transvaginal es aún más “temida” por algunas pacientes. Un miembro del grupo focal relata que “una vez la abuela le dijo a la

paciente que no se la tomara que le iban a quemar el bebé”.

La dificultad para la toma de medicamentos, constituye el sexto punto que los profesionales de la salud destacan como obstáculos para la adherencia al Programa. En este punto, el personal de salud se encuentra, nuevamente, con limitantes culturales, sobre todo cuando ha habido infecciones vaginales y se medica metronidazol. Los comentarios de las gestantes son “eso le hace daño al bebé”, “me dijeron que no lo tomara”, entre otros.

En cuanto a la realización de actividad física, el personal de salud expresa, como séptima dificultad, que pese a que recomiendan caminar, creen que la mayoría de las gestantes no lo hace. Hay varios argumentos al respecto, entre ellos, el trabajo y los mensajes culturales que reciben en casa, pues “no las dejan hacer nada”.

Por otra parte, durante la realización de los grupos focales con el personal de salud emergieron comentarios acerca de los cuidados durante el parto y las creencias que traen consigo las gestantes, que se consideran factores de riesgo para la salud materna en periodo de lactancia. Con respecto a esto, destacó la creencia de que se genera mucha presión en las familias, dado que “apenas llega el niño a la casa y llora y si la madre apenas está iniciando su proceso de producción de leche, entonces rápidamente se acude a la leche de fórmula”. Este tipo de situaciones ocurre pues, culturalmente, la producción de leche se asocia además con el “ser buena o mala mamá”.

Entre tanto, durante el periodo de lactancia se tiene como factor de riesgo la ingesta de “agua de panela con maduro”. Según el médico del Programa, han tenido pacientes que han llegado “gorditas” al embarazo y continúan engordando, pues ingieren altas dosis de calorías a través del agua de panela, para prepararse para la lactancia.

Como conclusión, el personal de salud reconoce la existencia de factores culturales que disminuyen la adherencia al Programa de Cuidado Prenatal de las gestantes, entre los que destacan los hábitos alimenticios, el significado del peso en el embarazo, la toma discriminada de ciertos medicamentos, la asistencia a los servicios y algunos cuidados post-parto. Los profesionales de la salud, a cargo de las gestantes, resaltan que aunque las mujeres que presentan estos factores de riesgo no constituyen la mayoría, sí son suficientes para generar impacto en las estadísticas de salud prenatal.

Interesantemente, reconocen como factores protectores la estabilidad familiar, el apoyo y la participación de la pareja y/o la familia en el proceso, el establecimiento de una buena red interna institucional, que sostenga comunicación constante entre el personal de salud, la paciente y su entorno.

Ahora, se pasará a detallar lo encontrado en los grupos focales realizados con las gestantes.

La voz de las maternas

La realización de los grupos focales con las gestantes se concentró, particularmente, en rastrear cuáles eran los mensajes que recibían de sus entornos sobre los cuidados que debían tener durante la gestación, cuáles de estos mensajes no contarían al personal de salud y a quién acudirían primero, en caso de complicaciones o dudas. De las expresiones más comunes entre gestantes, sobre los cuidados que deben tener, destacan las siguientes: “En la casa dicen que no haga fuerza, cuidarse de golpes y no dormir tanto que me da anemia y mareos”, “A mí me ha dado lloradera en el embarazo, me dicen que no llore que así se me va a quedar el niño”, “Yo creo que eso son agüeros pero también la gente que lo dice es por la experiencia que ha vivido”, “A mí la que me cuida es mi abuelita, me dice que no barra, que no trapee, que al final se siente todo y me tiene como aterrorizada con el cuento”.

Las gestantes, participantes de los grupos focales, expresan que, en ocasiones, lo que recomiendan los especialistas no coincide con sus propios hábitos y gustos. Una participante expresa que “Ella (la nutricionista) me mandó a comer ensalada, pero en mi casa lo que se come es papa y arroz”. Además, coinciden en expresiones como “Yo cuestiono ahorita tanta ecografía, tanto cuidado, tanto examen” o “Yo cuando estuve embarazada me vine a meter a control cuando tenía como cinco meses, nunca nos dieron charlas así (refiriéndose a un embarazo anterior que fue manejado en el hospital), el vigilante me dijo en el hospital, usted tiene que enojarse para que la dejen allí y no la devuelvan a la casa”.

Al mismo tiempo, las gestantes expresan que la atención que reciben por parte de profesionales de la salud en programas de cuidado prenatal también suelen ser positivos. En este sentido, expresan “Yo le pregunto al médico y me dice haga su vida normal pero sin abusar” y “Ahora es muy diferente

el control prenatal... me gusta porque es continuo, seguido, mensual” (madre acompañante). En cuanto a quién acudirían, en primera instancia, frente a una complicación o queja, las gestantes tienden a mencionar a algún familiar. Por ejemplo, dicen:

“A mí me dijeron que, por ejemplo, el dolor bajito podía ser una infección. A la primera que le pregunté [por eso] fue a mi tía”. “A mí el bebé se me atravesó, me llevaron donde una sobandera⁷ y ella me lo acomodó”. “La señora [sobandera] me dijo que no me bañe tarde, que no me cruzara, que no me pare en la puerta, yo le hago caso porque es una señora de edad”.

En relación con aquella información que comparten con su contexto familiar y social y que omiten comentarla en sus visitas médicas, destacan comentarios como los siguientes: “El médico sí me dijo cero cicla, cero moto, pero cada quien se cuida como uno cree”, “A mí me da mucha hambre todo el día y yo como de todo”, “A veces me da pereza tanta cita”, “Yo no le contaría al médico lo de los baños de brevo”.⁸

“Yo no le contaría al médico lo del agua con maduro, la del agua de hierbas, la del sahumero el último día⁹, no porque el médico me va a decir ya eso pasó, ya no te vas a morir, haga lo de ahora”, “A mí el nutricionista me dijo que no me fuera a poner a tomar agua de panela porque eso lo “inflaba” a uno, pero no sé”.

En términos generales, los grupos focales realizados con las gestantes permitieron conocer varias de sus prácticas culturales. En estos conversatorios también resaltó que aunque las gestantes consideran que establecen relaciones cordiales y cercanas con los profesionales de la salud, sienten temor de contar todas las prácticas que realizan durante su proceso de gestación. Particularmente, les gustaría compartir sus saberes culturales, pues esto implica el saber se reconocidas desde su propia mirada, a la cual atribuyen gran importancia, sobre todo cuando proviene de la experiencia.

⁷ Denominación popular atribuida a las mujeres que hacen las veces de parteras o comadronas.

⁸ Los baños de brevo son una práctica cultural que implementan las gestantes cuando se inician las contracciones.

⁹ Hace referencia a una práctica cultural de “cierre de dieta”, donde la gestante y el bebé se encierran en un cuarto con vapores de hierbas calientes, bajo la concepción de “sacar los fríos” que quedan del parto. Hay toda una cosmovisión tras la práctica misma.

Discusión

Como se refiere en el título de este artículo, las tensiones o desencuentros reportados por los profesionales de la salud y las gestantes pueden tornarse en rutas de posibilidad, en la medida en que se pueda dialogar sobre ellas, respetando las distintas versiones que se puedan generar del proceso de gestación fuera de la concepción del sistema de salud imperante. Si bien es cierto que la información recolectada en los grupos focales reconoce que los factores culturales no son el único factor de riesgo para dichos desencuentros entre gestantes y profesionales de la salud, sí es importante ahondar en las creencias mismas de las consultantes y sus familias, con el ánimo de comprender sus formas de concebir y vivir la gestación en su entorno y, posteriormente, con su bebé. Esta comprensión busca asegurar la continuidad y permanencia en los programas de control prenatal. En este sentido, el manejo que actualmente se da a estos desencuentros se caracteriza por acciones coercitivas, que promueve el actual sistema de salud, como el uso de multas o la no expedición de certificados. Este tipo de acciones obstaculiza la adherencia de las gestantes a los programas de control prenatal, restando fuerza al objetivo primordial de estos programas, que es permitir una gestación sana.

Ahondar en las creencias que las mujeres tienen sobre el proceso de gestación significa escuchar la creencia. Teniendo en cuenta una de las creencias más predominantes en los grupos focales realizados con los profesionales de salud y las gestantes, la relacionada con la nutrición y el peso en gestación, escuchar la creencia significaría comprender que en nuestro entorno la relación con el alimento tiene una fuerte carga afectiva, significaría comprender que aún persiste la imagen cultural de “embarazo es igual a ganar peso” y que frente a estos introyectos, habría que adecuar la forma cómo se transmiten las recomendaciones médicas de cuidado prenatal. Para ello, se hace necesario rastrear su origen, reconociendo de dónde se derivan, para asegurar que no se enfrenten con los conocimientos médicos convencionales. Por ejemplo, cuando una de las gestantes nos comentaba que “En mi casa comemos papa y arroz”, nos ofrecía un mensaje que indica un territorio, un territorio de cotidianidad que requeriría ser explorado antes de “formular” dietas que posiblemente no hagan parte del contexto/territorio del día a día de las gestantes. Por supuesto, este

ejemplo puede hacerse extensivo a otras disciplinas encargadas del control prenatal.

Uno de los factores que favorecerá este cambio en las aproximaciones que deberán emplear los profesionales de la salud para asegurar que sus recomendaciones son cumplidas, es que tanto los médicos como las gestantes participantes destacan como positivo el vínculo que se genera en su relación médico-paciente. Tal es su importancia que, incluso, cuando uno de los especialistas (p. ej. Ginecología) les formula o recomienda algo que no haya sido mencionado por el médico de control, las gestantes consultan primero a este último, antes de iniciar lo sugerido por el especialista. Este asunto aunque pareciera mínimo, deja entrever el poder que logra un adecuado vínculo en la toma de decisiones que pueda tener una gestante. En este punto, cabe resaltar que las madres gestantes refieren sentirse más vulnerables, incluso desde sus propios contextos, dado que son blanco de innumerables mensajes que día a día reciben de diferentes figuras sociales y familiares (abuelas, tías, vecinas, amigas, sistema de salud) sobre cómo cuidarse en el embarazo. Por esta misma razón, el establecimiento de una relación previa de apoyo en un profesional de la salud asegura que la consultante, en el momento de tomar decisiones, considere las recomendaciones ofrecidas por su sistema de salud y las acepte como parte del propio diálogo que logre establecer entre sus tradiciones y lo que el sistema le recomienda, a través de su médico.

En una investigación llevada a cabo en la ciudad de Cali – Colombia, con mujeres embarazadas en condición de desplazamiento, Argote y Vásquez (2007) referían que la preocupación para las mujeres es que el niño nazca bien, lo cual para ellas significa, lograr llevar a cabo los cuidados que vieron practicar a sus madres, tías y mujeres de su tierra, es decir, conservar su propio “territorio cultural” de legados, saberes y prácticas sobre la gestación. Las autoras también reconocen que estas creencias, prácticas y costumbres relacionadas con la maternidad, en ocasiones, se consideran irrelevantes en el cuidado que se proporciona en los centros de salud, generando sentimientos de desconfianza para el uso de los servicios, es decir, para la continuidad y permanencia en los programas, que se insiste, están creados para propender por el bienestar y la salud materno infantil.

Asimismo, Muñoz y Vásquez (2007) refieren el valor de comprender el cuidado, desde la

perspectiva de Leininger, la cual implica aprender las formas y contextos de vida de las personas y reflexionando sobre los modos de aproximarse al otro desde su cotidianidad, desde una disciplina en particular.

Este punto merece ser revisado con mayor detalle, pues, frecuentemente se escuchan quejas del personal asistencial de enfermería, desde la voz de los y las pacientes, justamente, se quejan del personal con quien mantienen mayor contacto. Si se tiene en cuenta que las enfermeras tienen un papel crucial en los programas de control prenatal, pues suelen ser el puente entre el sistema de salud y las gestantes (a ellas les suelen compartir información a través del contacto frecuente que tienen con las gestantes en la toma de exámenes, la asignación de citas y el seguimiento telefónico que realizan), es necesario asegurar que estas relaciones sean apropiadas.

La apuesta por enfoques de salud más integrativos requeriría considerar lo que se planteaba al inicio del texto y que Canclini (1989) plantea desde nuestra herencia de hibridación cultural como, “desterritorialización de los procesos simbólicos (palabras del autor), en esa constante y dinámica interacción de rupturas de sistemas culturales, las cuales nos invitan a reconsiderar la categoría de *salud intercultural* como exclusiva de ciertos grupos étnicos o sociales. Esto conlleva a pensar la salud intercultural como lo expresaba sencillamente una de las maternas: “cada uno se cuida como cree”. Esto significa que el personal de salud debe estar continuamente *re-visando* las creencias que las gestantes traen consigo de sus entornos, para ser consideradas como sujetos culturales y productoras de cultura.

El presente trabajo sugiere que si bien la salud intercultural ha iniciado con el reconocimiento y valoración de tradiciones, sobre todo de Culturas indígenas, implica romper la diada cultura - etnia.

En la praxis...

En términos prácticos, las reflexiones ofrecidas por los participantes de este estudio sugieren el reconocimiento de que las creencias de las gestantes no son “meras creencias” o asuntos prácticos sin mayor valor; su discusión resalta el hecho de que se debe intentar reconocer otras formas de comprensión, en este caso, de la maternidad y los cuidados que llevan a cabo las gestantes, a partir de sus cosmovisiones. Es decir: “Darle la voz al

paciente es buscar comprender qué nos dice sobre los problemas de calidad de la atención bajo su propio punto de vista” (Infante y Abreu, 2007, p. 167). Desde ese punto de partida, habría algunas consideraciones mínimas que podrían apoyar esta comprensión. Algunas sugerencias son tan sencillas como incluir, en la escala de valoración psicosocial que se hace de la mujer embarazada, preguntas como, si tiene algunos tipos de cuidados caseros específicos para su gestación, para el sueño, las infecciones vaginales (cuando han ocurrido); cuáles son los cuidados que, desde su tradición familiar, consideraría para el momento del parto; qué tipo de alimentación prefieren en su casa; qué sugerencias de cuidado prenatal ha recibido desde su familia, entre otros.

Lo que estamos haciendo no es otra cosa que aprender a manejar una forma nueva de investigación ‘dialógica’, para la cual no estamos aún preparados. Entrenados para resolver problemas metodológicos en el sentido de la experimentación instrumentalista, necesitamos en el caso de la investigación-acción, súbitamente, una serie de competencias comunicativas diferentes (Fals Borda, 1990, p. 68).

El mismo Fals Borda lo reconocía casi veinte años atrás: intentar realmente ir más allá de lo que operativamente se puede vislumbrar e intentar profundizar en lo que significa proteger el bienestar de lo que para muchas mujeres y sus familias es una de las etapas más importantes y únicas de la vida.

Referencias

- Amú, P. y Rengifo, L. (2010). *Subjetividades y prácticas culturales en mujeres parteras del Pacífico colombiano: El conflicto entre la ciencia y los saberes ancestrales* (Tesis de pregrado no publicada). Universidad de San Buenaventura, Cali – Colombia.
- Argote, L. A. y Vásquez, M. L. (2007). Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. Recuperado de <http://journals.indexcopernicus.com/abstracted.php?icid=679772>
- Apráez, G. (2010). En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. *Univ. Odontol*, 29(63),29-

35. Recuperado de www.javeriana.edu.co/universitasodontologica
- Bolívar, P., Cano, M. F. y García, D.C. (2008). Experiencia sobre la atención prenatal de un grupo de madres post-parto hospitalizadas en una institución de IV nivel de atención (Trabajo de grado presentado para optar al título de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis17.pdf>
- Cáceres, M, F. (2007). La mortalidad materna en el Hospital Universitario Ramón González Valencia, entre 1994-2004. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(2), 99-107.
- Ceballos, G. I. (2010). *Cuidados prenatales y violencia doméstica durante el embarazo en la ciudad de Tijuana B. C.* (Tesis doctoral, Colegio de la Frontera Norte). Recuperado de <http://docencia.colef.mx/node/552>
- Canclini, G. N. (1989). *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México D.F.: Editorial Grijalbo.
- Fals Borda, O. (1990). *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla por la praxis* (8va ed.). Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Ganduglia, N. (2010). Monguelen, del mapudungún: *Ser sano y dar salud. Documental. Montevideo: Signo Centro Interdisciplinario*. Disponible en www.signo.com.uy
- Herrera, J. A., Cáceres D. y Gracia, B. (1997). Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia. Cali: Universidad del Valle.
- Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., ... Murray, C. J. L. (2010) Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 375(9726), 1609 – 1623. doi:10.1016/S0140-6736(10)60518-1
- Infante, C. y Abreu, L. F. (2007). Propuesta de un modelo conceptual para abordar las quejas médicas desde la perspectiva del paciente. En M. L. Magalhães y F. J. Mercado (Comps.), *Investigación cualitativa en los Servicios de Salud* (pp.137-170). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Llanos, G., Pradilla, A. y Rueda A. 2007. *Candelaria. El principio de la Medicina Social*. Edición Fundación Éxito. Medellín: Colombia.
- Licea, F. (2005). *Psicoterapia gestalt: El proceso figura fondo*. México: Manual Moderno.
- Lema, C. (2009). *Página institucional ONG Salud sin Límites, Perú*. Recuperado de <http://saludsinlimitesperu.blogspot.com/>
- Lerín, S. (2010). *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, D.F. México. Recuperado de http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf
- Muñoz, L. y Vásquez M.L (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4), 98-104.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de Salud Intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Colombia. (2009). *El nacimiento de la guagua. Cartilla para autoridades*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
- Rouvier, M., González-Block, M. A., Becerril-Montekio, V., Sesia, P., Duarte, M. B. y Flores-Collins E. (2011). Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales. *Salud Pública Mex*, 53,48-56.
- Sesia, P. (1996). "Women Come Here on Their Own When They Need To": Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2),121-40
- Spinelli, H. (Comp.). (2004). *Salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas – Panamá. (2011). *Dossier sobre Interculturalidad y Salud Materna*. Recuperado de http://media.gestorsutil.com/UNFPA_web/450/dosieres/docs/0318609001302030699.pdf