

ATENCIÓN PRENATAL: ENTRE LA BÚSQUEDA DE LOS DERECHOS Y LA RESIGNACIÓN

*Flor de María Cáceres Manrique**

*Gloria Molina Marín***

*Andrea Hernández Quirama****

Recibido en enero 20 de 2014, aceptado en mayo 16 de 2014

Citar este artículo así:

Cáceres Manrique FM, Molina Marín G, Hernández Quirama A. Atención prenatal: entre la búsqueda de los derechos y la resignación. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(2): 15-25.

Resumen

Objetivo: Comprender las estrategias que usan las gestantes para obtener servicios de atención prenatal con calidad. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo con sustento teórico en el Interaccionismo Simbólico y uso de los métodos de la Teoría Fundamentada. Se realizaron entrevistas en profundidad a 18 gestantes y se hizo observación de las interacciones entre las gestantes, y de ellas con el personal de salud en los escenarios de atención prenatal. La información fue analizada paralelamente con su recolección, mediante codificación y categorización, aplicando la comparación constante y el muestreo teórico, hasta lograr saturación de las categorías emergentes. **Resultados:** Emergieron dos categorías: atención satisfactoria a toda costa y resignación. La primera, presente en los discursos de las gestantes que, empoderadas de sus derechos, se valen de estrategias como acudir al servicio de urgencias, argumentar y resaltar sus necesidades, consultar con profesionales familiares o conocidos, poner quejas, llamar la atención, buscar información adicional, rezar y hasta llorar, con el fin de hacer efectivo el derecho a ser atendidas. Mientras que otro grupo de gestantes, se resignan con la atención que les brindan, a veces justifican la baja calidad y agradecen. **Conclusiones:** Estas categorías dan cuenta, por un lado, del empoderamiento que algunas gestantes han logrado construir alrededor del derecho a la salud, pero también de las profundas inequidades en la obtención de servicios integrales de atención prenatal.

Palabras clave

Atención prenatal, servicios de salud, mujeres embarazadas, derecho a la salud, investigación cualitativa (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Doctora en Salud Pública. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Autora para correspondencia. Correo electrónico: fmcacer@uis.edu.co

** Enfermera. PhD in Health Service Management. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: molinag@saludpublica.udea.edu.co

*** Trabajadora Social. Doctora en Investigaciones Feministas y Género. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: ahernanq@uis.edu.co

PRENATAL CARE: BETWEEN THE SEARCH FOR THE RIGHTS AND RESIGNATION

Abstract

Objective: To understand the strategies used by some pregnant women to obtain quality prenatal care. **Materials and Methods:** Qualitative study with theoretical support in Symbolic Interactionism and use of Grounded Theory methods. In-depth interviews with 18 pregnant women, and observation of interactions among pregnant women and with the health care personnel in prenatal care settings were conducted. The information was analyzed in parallel with its collection, coding and categorization by applying the constant comparison and theoretical sampling, to achieve saturation of the emerging categories. **Results:** Two categories emerged: satisfactory healthy services and resignation. The first one was present in the speeches of the pregnant women who, empowered by their rights, used strategies such as going to the emergency room, arguing and highlight their needs, consulting with family or professional acquaintances, bringing complaints, calling attention, searching for additional information, praying and even weeping in order to have their right to be attended become effective. Meanwhile, another group of pregnant women are resigned to the care they receive and they sometimes justify the low quality of health services and are thankful. **Conclusions:** These categories give an account on the one hand, of the empowerment of some pregnant women have been able to build around their right to health but on the other hand of the deep inequity in obtaining comprehensive prenatal care.

Key words

Prenatal care, health services, pregnant women, qualitative research, right to health (*source: MeSH, NLM*).

ATENÇÃO PRENATAL: ENTRE A BÚSCA DOS DIREITOS E A RESIGNAÇÃO

Resumo

Objetivo: Compreender as estratégias que usam as gestantes para obter serviços de atenção pré-natal com qualidade. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo com sustento teórico no interacionismo Simbólico e uso dos métodos da Teoria Fundamentada. Realizaram se entrevistas em profundidade a 18 gestantes e se fez observação das interações entre as gestantes, e delas com o pessoal de saúde nos cenários de atenção pré-natal. A informação foi analisada paralelamente com sua colheita, mediante codificação e categorização, aplicando a comparação constante e a amostragem teórica, até lograr saturação das categorias emergentes. **Resultados:** Emergiram duas categorias: atenção satisfatória a todo custo e resignação. A primeira, presente nos discursos das gestantes que, empoeiradas de seus direitos, se valem de estratégias como acudir ao serviço de urgências, argumentar e ressaltar suas necessidades, consultar com profissionais familiares ou conhecidos, por queixas, chamar a atenção, buscar informação adicional, rezar e até chorar, com o fim de fazer efetivo o direito a ser atendidas. Enquanto que outro grupo de gestantes resigna se com a atenção que brindam lhe, às vezes justificam a baixa qualidade e agradecem. **Conclusões:** Estas categorias dão conta; por um lado, do apoderamento que algumas gestantes têm logrado construir ao redor do direito à saúde, mas também das profundas iniquidades na obtenção de serviços integrais de atenção pré-natal.

Palavras Chave

Atenção pré-natal, serviços de saúde, mulheres grávidas, direito à saúde, pesquisa qualitativa (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

En el marco de la salud con perspectiva de derechos (1) la atención prenatal a las mujeres embarazadas es catalogada como prioritaria, pues dicha atención es considerada un determinante, tanto de la salud de la gestante, como la de su hijo por nacer. Los resultados del proceso en ambos grupos poblacionales son de tal relevancia que están catalogados como indicadores del nivel de vida de la población, así como de la cobertura y calidad de los servicios de salud, del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de las inequidades sociales existentes en una comunidad; de ahí su denominación como eventos de interés en salud pública o eventos trazadores.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) considera que la salud materno-infantil ha sido objeto de programas específicos, estrategias de atención y demanda de recursos desde hace más de un siglo, y que aunque sigue siendo una prioridad, lo que se espera de estos es un cambio de actitud frente a la salud de madres e hijos. De tal manera que ya las gestantes no solo sean destinatarias de programas bienintencionados, sino que ahora ellas reclaman el acceso a la atención con calidad, como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, no solo como su compromiso desde lo técnico, sino también como un imperativo ético y político.

Sin embargo, en Colombia se presentan situaciones en las cuales hay desencuentros entre los derechos de la gestante y la respuesta real que le dan las instituciones de salud. Esto con frecuencia genera tensiones entre ellas y los profesionales de la salud, en los escenarios de atención prenatal, con consecuencias que van en detrimento de la calidad de la atención, de los servicios obtenidos y de la salud del binomio madre-hijo. Estudios previos (3-6) muestran que estas situaciones de desencuentro tienen sus orígenes en el modelo de prestación de servicios de salud actual, que más que defender la salud como un derecho de las gestantes, la desdibuja como un negocio rentista, fragmentado,

centrado en la obtención de lucro, la contención de costos, y con atención diferenciada según la capacidad económica de las gestantes, más que en sus necesidades particulares.

En respuesta a lo anterior, y de acuerdo con las premisas del Interaccionismo Simbólico, las gestantes se consideran a sí mismas como sujetos de derechos y agentes activos que interpretan, clasifican y reconstruyen los significados que reciben del contexto social y de su interacción con la realidad; los transforman, gracias a que poseen un *self* (sí mismo) que les permite interactuar consigo mismas, hacerse auto-indicaciones y producir respuestas divergentes de las expectativas relacionadas a su lugar en la estructura social y a los roles asignados dentro de sus grupos de referencia. Respuestas que pueden ser opuestas a las esperadas y que obedecen a la acción del *self* (7).

Siguiendo estos planteamientos y con el objetivo de comprender las estrategias que usan las gestantes para obtener servicios de atención prenatal con calidad, se llevó a cabo el presente estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa, con sustento teórico en el Interaccionismo Simbólico (7) y utilizando como método la Teoría Fundamentada (8) y la observación. El estudio fue aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes (Universidad de Antioquia y Universidad Industrial de Santander).

Se llevaron a cabo entre una y cuatro entrevistas en profundidad a 18 gestantes mayores de 14 años, residentes en diferentes estratos socioeconómicos del área urbana de Bucaramanga, quienes estaban afiliadas a diferentes regímenes de aseguramiento, incluso no afiliadas, cuyos embarazos tenían diferentes edades gestacionales a la hora de las entrevistas, durante el año 2012.

Las gestantes fueron contactadas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto públicas como privadas, a donde ellas asistían para recibir atención prenatal. Además se hizo búsqueda comunitaria usando la estrategia de bola de nieve, con el fin de captar gestantes que no habían asistido a control prenatal en ninguna institución. A estas últimas gestantes se les asesoró y se coordinó con la institución correspondiente para iniciar atención prenatal. En las IPS visitadas, se realizó observación participante y no participante, de las interacciones de las embarazadas con otras gestantes en las salas de espera y con el personal de salud que les prestaba los servicios de atención prenatal, tanto en las salas de espera como en los consultorios donde recibían la atención por parte de los profesionales de la salud: médicos, enfermeras y nutricionistas, principalmente; para lo cual se obtuvo previo consentimiento informado tanto de la gestante como del profesional de la salud que las atendía.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en archivos de texto. De igual manera se procedió con los diarios de campo que contenían las observaciones realizadas. La información tanto de las entrevistas como de las observaciones, fue analizada en forma simultánea conforme se iba produciendo su recolección. Para ello, los textos de las entrevistas y de los diarios de campo de observaciones fueron revisados y leídos línea por línea, por dos de las investigadoras. De esta manera se generaron códigos usando un sistema de codificación manual y abierta, y de categorización basada en el método de comparación constante y de muestreo teórico, hasta lograr saturación de las categorías emergentes (8). Se triangularon las técnicas utilizadas y las fuentes consultadas. Los resultados se validaron en grupos focales con gestantes en las instituciones de la ciudad donde se llevan a cabo los programas de atención prenatal. Vale la pena aclarar que las gestantes que fueron captadas en la comunidad que no habían iniciado control prenatal, luego de la gestión realizada por

el equipo investigador, pasaron a pertenecer al grupo que recibe atención prenatal; así, todas ellas participaron en la validación de los resultados. A continuación se presentan los resultados con base en la triangulación de técnicas y fuentes, sin discriminarlos.

RESULTADOS

Descripción de las participantes

Las 18 gestantes entrevistadas procedían de cinco de los seis estratos socioeconómicos en que está clasificada la ciudad. Sus edades al momento de la entrevista estaban entre 14 y 38 años. Al momento de la entrevista, ellas habían cursado entre cinco y 16 años de escolaridad, con promedio de 12 años. Once de ellas residían en viviendas clasificadas en estratos socioeconómicos 0, 1, 2 o 3 (que denominamos bajos), y siete en estratos 4 o 5 (que denominamos altos). El número de gestaciones por mujer estaba entre una y seis. Para 10 gestantes este era su primer embarazo, para cinco el segundo y para las otras tres: el tercero, quinto y sexto. Las mujeres de mayor paridad, vivían en estratos bajos y su promedio de embarazos fue de 2,2, mientras que para quienes vivían en estrato alto fue de 1,5 embarazos por mujer. Con relación al estado civil de las participantes se encontró que entre las 11 embarazadas procedentes de estratos bajos, seis eran solteras, tres vivían en unión libre y dos eran casadas, mientras que de las siete procedentes de estratos altos, seis eran casadas y una vivía con su pareja en unión libre. En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS): 12 pertenecían al régimen contributivo, cinco al subsidiado y una no estaba afiliada al SGSSS al momento de la primera entrevista, por lo tanto no había recibido atención prenatal. A ella se le dio asesoría y se hizo acompañamiento para que lograra su afiliación al SGSSS y su inicio de atención prenatal.

Descripción de los escenarios de observación

Los escenarios de observación fueron principalmente las salas de espera, previas a la atención, y los consultorios donde los profesionales realizan la atención prenatal a las gestantes. Las observaciones allí realizadas, dan cuenta de que estos espacios se configuran en escenarios ricos en oportunidades de interacción y de compartir entre las gestantes. En las salas de espera, las embarazadas aprovechan para intercambiar información de interés sobre diferentes tópicos relacionados con la gestación, para narrar sus experiencias, preocupaciones y temores, y para dar y recibir consejos, recomendaciones, e información relacionada con los servicios de salud. Se destaca la espontaneidad, la camaradería y la solidaridad entre ellas.

Dentro del consultorio, lo que se observó con mayor frecuencia, es que el diálogo es menos espontáneo, más formal y, en la mayoría de los casos, no hay una verdadera comunicación. Las oportunidades de intercambio visual entre el profesional y la gestante son restringidas por la presencia del computador, y el tiempo de encuentro se ve limitado por otras tareas como registrar la información en el sistema. Al respecto, una gestante decía después de la consulta que el profesional no parecía estar interesado en ella como persona, ni en su salud y la del bebé, sino en llenar un registro, un número, en sacarla rápido de la consulta para atender a la siguiente usuaria de la lista.

Categorías emergentes

De los discursos de las gestantes y de la observación realizada emergieron dos categorías con relación a la atención prenatal recibida. La primera de ellas fue denominada “Atención prenatal satisfactoria a toda costa” y la segunda “Atención con resignación”. Ambas se describen a continuación.

Atención prenatal satisfactoria a toda costa

Esta categoría emergió principalmente en aquellas gestantes que conocen sus derechos, quienes están empoderadas con el cuidado de su salud durante el embarazo, sobre todo aquellas con mayor nivel de educación, con acceso a otras fuentes de información, por ejemplo a través de Internet, películas, videos o revistas. Ellas buscan por diferentes estrategias obtener atención en salud, que sea de buena calidad, completa y oportuna, de tal manera que les permita satisfacer sus necesidades en salud, resolver sus inquietudes y mitigar sus preocupaciones.

Entre las estrategias usadas para obtener atención oportuna está la de acudir a los servicios de urgencias en lugar de solicitar cita o acudir a los servicios de consulta externa, cuando identifican cualquier signo que ellas consideran señal de peligro o de problemas en su salud o del bienestar del bebé. Ellas esperan allí ser atendidas en forma inmediata, sin necesidad de tener que hacer trámites, ni pedir autorizaciones. Así lo expresan algunas gestantes:

Yo he ido tres veces a urgencias cuando no siento el bebé, así el Dr. me regañe y me diga que son sólo ganas de molestar. (32 años, segundo embarazo, profesional, estrato alto)

Esperé hasta la noche y luego fui al hospital, porque sabía que allí por urgencias lo atienden a uno rápido, sin tanto trámite. (17 años, primer embarazo, séptimo grado, estrato bajo).

Cuando hay insatisfacción con la atención prenatal recibida, algunas acuden a un profesional familiar o conocido, a otra gestante, a una mujer con experiencia previa de embarazo, o a alguien en quien ellas confían que les puede ayudar a resolver sus problemas. Así lo narra una gestante quien, después de una primera consulta que consideró

incompleta e insatisfactoria para sus expectativas, buscó ayuda con un profesional de la familia:

Después fuimos al consultorio del tío de mi esposo y ¡qué diferencia!, él nos explicó todo, ahora está pendiente de mi salud y de la del bebé. (31 años, primer embarazo, profesional, estrato alto)

Otras buscan atención con profesionales ya conocidos con quienes tienen algún grado de confianza, como esta gestante quien después de un desencuentro con un especialista acudió a otro ya conocido:

Llamé llorando al Dr. X, quien me había atendido en la primera cesárea y en quien confío plenamente, y él me dijo: véngase mañana que yo estoy de turno y la veo de una vez. (32 años, segundo embarazo, profesional, estrato alto)

Hay quienes, cuando son objeto de atención que ellas consideran insatisfactoria o de baja calidad, inmediatamente llaman la atención, incluso al mismo profesional o hacen uso de los mecanismos dispuestos para tal fin, como el buzón de sugerencias o el envío de una comunicación con la queja. Una gestante lo expresó así:

Como el doctor habló por teléfono durante toda la consulta, yo no salí del consultorio hasta que él no colgó, y le dije: ¡me parece el colmo Dr. que usted me haya atendido de esa manera! (38 años, quinto embarazo, bachiller, estrato bajo).

Otra decía:

Salí tan furiosa de esa consulta, que escribí una pastoral de quejas y la coloqué en el buzón de sugerencias. (34 años, segundo embarazo, profesional, estrato alto).

Con tal de satisfacer sus necesidades de atención, algunas llegan a medidas extremas como pedir, suplicar, llorar, rezar y, en últimas, hacer públicas sus quejas con tal de obtener la atención que consideran adecuada para contar con una buena condición de salud que les garantice el bienestar propio y del bebé. Esto fue lo que se pudo observar en un escenario de entrega de citas para especialistas cuando una gestante empezó a gritar y decía:

Si yo no estuviera grave, si mi embarazo no fuera de alto riesgo, yo dejaría la consulta con el especialista para cuando usted quiera, pero no es así; yo necesito la consulta rápido. (38 años, quinto embarazo, bachiller, estrato bajo)

Acto seguido empezó a llorar desconsoladamente hasta que apareció el funcionario que le consiguió una cita prioritaria con el especialista.

Atención prenatal con resignación

La segunda categoría fue observada en otro grupo de mujeres, generalmente con menor nivel de educación y con pocos recursos; que a diferencia de las anteriores, parecen desconocer que la atención prenatal completa es un derecho y que los servicios de salud para ellas deben ser integrales, satisfactorios y de calidad. Por el contrario, preguntan muy poco, son muy sumisas, no expresan su inconformidad, y algunas se sienten agradecidas de que las atiendan o les prometan atención, como se logra colegir de los siguientes fragmentos:

Antes gracias que la doctora me atienda; ella dice que nosotras las embarazadas molestamos mucho, que todo nos parece grave. (37 años, primer embarazo, técnica, estrato bajo)

Otras, aunque durante la atención no les hayan colocado las vacunas, ni les hayan dado

información con relación al desarrollo del bebé, ni sobre su crianza, tampoco les hayan orientado sobre planificación familiar, consideran que la atención es buena, sobre todo las adolescentes. Una de ellas decía:

A mí me atienden muy bien. La doctora siempre me pesa, me mide y me toma tensión; lo que me preocupa es que yo no sé cómo criar al bebé, ni cómo darle seno, ni de vacunas, ni nada de nada. (16 años, primer embarazo, séptimo grado, estrato bajo)

Algunas veces ellas se dan cuenta de la baja calidad de la atención, pero no se quejan, no exigen, e inclusive justifican las omisiones. Es el caso de una gestante que relataba:

Ese Dr. ni me tomó la tensión, ni me pesó, ni siquiera me miró. Yo me aguanté y no le dije nada, porque ellos pobrecitos también están cansados. (34 años, segundo embarazo, técnica, estrato bajo)

Hay quienes se dan cuenta después de haber salido del consultorio de que la atención no llenó sus expectativas o que no hubo lugar a sus preguntas, ni a exponer sus necesidades, y se sienten culpables por no haber exigido a tiempo. Es el caso de una gestante que fue regañada en la consulta, pero no reclamó en el momento. A la salida de la consulta decía:

He debido decirle al Dr. ¡a mí me respeta! Porque yo vengo a que usted me oriente, no a que me regañe. (18 años, primer embarazo, octavo grado, estrato bajo)

DISCUSIÓN

En este estudio emergieron dos categorías que permiten comprender que ante la presencia de barreras, o la negación de los servicios de atención

prenatal, o ante la insatisfacción con los mismos, algunas gestantes han identificado estrategias exitosas que les permiten obtener servicios a los cuales ellas tienen derecho. Sin embargo, hay un grupo de mujeres que se resignan, y así no hayan logrado atención satisfactoria, se callan, no cuestionan, no exigen e incluso algunas tratan de justificar la situación. Esas diferencias entre los dos grupos, podrían configurar desigualdades injustas y evitables, en este caso en la calidad de la atención prenatal recibida. Estos hallazgos coinciden con una reflexión anterior sobre el tema, en la cual se planteó que ante las barreras que enfrentan las gestantes con el sistema de salud, algunas asumen actitud de resignación, mientras que otras exigen sus derechos (9).

El hecho de que las gestantes reaccionen de una u otra manera, ante las dificultades que viven, puede reflejar una falta de reconocimiento de sus derechos, o un bajo empoderamiento con los mismos. Un estudio previo (3) encontró que hace falta posicionamiento de las gestantes frente a sus derechos y deberes en salud, lo cual pone a prueba su capacidad de agencia y el uso de los recursos a su alcance. También puede ser explicado desde el Interaccionismo Simbólico como la capacidad de agencia de las gestantes, ante situaciones adversas (7), y que, a su vez, podría definirse como empoderamiento con sus derechos o falta del mismo.

Por otra parte, existen similitudes de los hallazgos del presente estudio con uno previo realizado por Argote y Vásquez (10), quienes encontraron que el interés principal de las gestantes es que el niño nazca bien, por tanto los cuidados que ellas mejor valoran son aquellos dirigidos a la salud de sí mismas para darle bienestar al niño por nacer, con énfasis en seguir, en primer lugar, las recomendaciones de las personas más cercanas, los familiares y los profesionales que les inspiran confianza y, en un segundo lugar, la asistencia a los servicios de salud.

De otro lado, llama la atención encontrar gestantes del área urbana sin atención prenatal por falta de un carné de afiliación al SGSSS. Esta gestante, precisamente, correspondía a una mujer en su sexto embarazo, con algún grado de desnutrición; es decir, una gestante con alta necesidad de atención. Este hallazgo coincide con lo reportado por un estudio realizado por Bernal-Roldán et al. (11), con mujeres desplazadas, quienes percibieron una atención deficiente, solo prestada en casos de extrema gravedad, después de larga espera, y de contar con los documentos exigidos. También coincide con otro estudio realizado por Aguado et al. (12), quienes encontraron que gestantes sin afiliación al SGSSS tienen menos posibilidades de hacer uso de los servicios de salud, y que a mayor número de hijos, la probabilidad de que ellas obtengan atención se va reduciendo, tal como el caso descrito.

También los resultados del presente estudio son consistentes con estudios previos realizados por Chávez-Courtois y Casanueva (13), quienes reportan que las gestantes con mayor nivel de escolaridad utilizan más los servicios de salud, asisten más a las citas, muestran mayor interés en recibir atención y exigen calidad de los mismos. Por ejemplo, un sistema con coordinación insuficiente genera inequidades, y donde estas más se manifiestan es en la comunicación, la educación y la información, para las personas que viven en condiciones desfavorables (14). De ahí la necesidad de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales, sin que nadie sea excluido por ningún tipo de razones, como lo concluyeron Martínez et al. en su análisis (15).

Desde otro punto de vista, en la interacción entre las gestantes y los profesionales de salud, las gestantes de los dos grupos asumen diferente postura. Por ejemplo, ante los regaños del personal de salud, mientras las del primer grupo dicen que no importa si quienes las atienden las regañan, con tal de estar seguras de su bienestar y el del bebé, las del segundo grupo, temen a los regaños.

En este sentido, el estudio realizado por Barbosa-Duque (16), quien concluyó que las gestantes no quieren asistir a los servicios de salud, por temor a ser juzgadas o regañadas. Al respecto, el estudio realizado por Castro y Peñaranda (17) identificó que las gestantes se sienten regañadas por el personal de salud. De igual forma, los resultados obtenidos contrastan con un estudio realizado en Perú por Blossiers (18) en cuanto a la importancia asignada por las gestantes al trato recibido durante la atención prenatal, a la información proporcionada, además de la confianza que les proporcione el profesional de salud durante la atención y la satisfacción con el servicio prestado.

En cuanto a las inequidades identificadas, no obstante que en Colombia la maternidad está protegida por la Constitución Política (19) y que los principios orientadores de la Política de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) (20) se sustentan en la búsqueda de la equidad de género, la justicia social, la igualdad de trato y de oportunidades, es evidente que estos principios no se están reflejando en la práctica. De hecho, solo si se intervienen estas condiciones de distribución inequitativa en función de la propiedad o de los privilegios acumulados, se podrá construir una sociedad justa para las mujeres, en función de sus capacidades y necesidades humanas (16, 21).

La limitación del presente estudio radica en que, como estudio cualitativo, los hallazgos aquí presentados no pueden ser generalizados a todas las gestantes, ni a otras poblaciones, sin antelación de una mirada crítica y reflexiva previa de acuerdo a cada contexto.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio muestran cómo algunas mujeres, sobre todo quienes conocen sus derechos, se han apropiado y se sienten empoderadas de los mismos, buscan a toda costa estrategias para obtener servicios completos y de

calidad. Estos hallazgos muestran la necesidad de que las gestantes de todos los estratos, y en general las mujeres, conozcan sus derechos a la salud, la educación y la información, que les permitan una mejor perspectiva de análisis de situaciones y de búsqueda de herramientas para enfrentar amenazas y tomar decisiones en condiciones adversas, con tal de lograr el goce efectivo del derecho a la salud. También, llaman la atención sobre la necesidad de empoderar a las mujeres en lo relacionado con el derecho a la salud; de tal manera que todas ellas puedan conocer y ejercer sus derechos; aun en contra de las barreras y obstáculos que imponen los intermediarios del sistema, con el fin de garantizar el goce efectivo del derecho. Pues, no es suficiente con que un grupo de gestantes use herramientas eficaces que les permitan lograr una atención satisfactoria, cuando lo ideal sería que los servicios de atención prenatal fueran prestados a todas ellas con la mejor calidad posible, independientemente de si reclaman o no. Todas las gestantes tienen igualdad de derecho a disfrutar de atención en salud de calidad, para evitar problemas y lograr

niños y mujeres saludables, como un paso hacia el logro de la equidad en salud con justicia social.

AGRADECIMIENTOS

Los resultados que se presentan en este escrito forman parte de los hallazgos del trabajo de Tesis Doctoral de Flor de María Cáceres, titulado *Significados de la maternidad y del control prenatal para un grupo de embarazadas, sus familiares y los miembros del equipo de salud de Bucaramanga 2010-2012*, cofinanciado por el Fondo Profesorial de la Universidad de Antioquia y el Departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander. En este sentido, se agradece en primer lugar a las gestantes y al personal de salud que proporcionaron las entrevistas, a las instituciones de salud que permitieron el estudio; así mismo, a las universidades de Antioquia e Industrial de Santander por el apoyo económico y académico durante todo el proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de Naciones Unidas. Centro de información. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Internet]. [acceso julio de 2009]. Disponible en: www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OMS; 2005.
3. Molina G, Vargas G, Shaw A. Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín – Colombia, 2008-2009. *Gerenc. Polit. Salud.* 2010; 9(19): 108-123.
4. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: El caso de Colombia. *Rev. Panam. de Salud Pública.* 2008; 24(3): 210-216.
5. Molina G, Vargas J, Muñoz IF, Acosta JJ, Sarasti D, Higuera O, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. *Gerenc. Polit. Salud.* 2010; 9(18)Suppl: 103-117.
6. Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LE, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de salud en Colombia. [Internet]. Medellín: Mayol Ediciones; 2010. [Acceso agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.idrc.ca/openebooks/486-4/#fn4>
7. Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora SA; 1969.
8. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
9. Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G. Inequidades sociales en atención materna. *Rev Colomb Obst Ginecol.* 2010; 61: 231-8.
10. Argote LA, Vásquez ML. Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. *Colombia Médica.* 2007; 38(4)Suppl 2: 27-43.
11. Bernal-Roldán MC, Muñoz L, Ruiz CH. Significado del cuidado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. *AQUICHAN.* 2008; 8: 97-115.
12. Aguado LF, Girón LE, Osorio AM, Tovar LM, Ahumada JR. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2007; 5. [Internet]. [acceso enero de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77350108>
13. Chávez-Courtois M, Casanueva E. Uso de servicios preventivos de salud materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas. *Rev de Salud Pública.* 2005; 7: 16-25.
14. Paganini JM, Etchegoyen GS. Identificación de Inequidades en la atención materno-infantil en el contexto de diferentes espacios sociales. Estudio Colaborativo Multicéntrico, año 2004. Centro Interdisciplinario Universitario para la salud (INUS). [Internet]. [acceso enero de 2014]. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2006/Etchegoyen.pdf>
15. Martínez-Valle A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. *Rev Panam Salud Pública.* 2014; 35(4): 264-9.
16. Barbosa-Duque ML. Narrativas de madres gestantes relacionadas con no tomar la decisión de acudir a los servicios de salud. *Umbral Científico.* 2006; 8: 47-61. [Internet]. [acceso enero de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30400807>
17. Castro BE, Peñaranda F. La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva.* 2011; 7(3): 333-345.

18. Blossiers C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(3): 337-44.
19. República de Colombia, Constitución Política 1991. Bogotá, Colombia: Editorial Panamericana.
20. Colombia. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Ministerio de Salud; 2003.
21. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10(Suppl 1): 72-82.