

Entre las creencias populares en salud materna y la reforma del sistema de salud uruguayo: continuidades y ¿cambios?¹

Dra. Graciela Castellano sofiacastellano@gmail.com

Dra. Jimena Heinzen jimena.heinzen@gmail.com

Soc. Soledad Nión Celio msnion@gmail.com

Depto. de Medicina preventiva y social
& Unidad de Sociología de la Salud
Facultad de Medicina
UdelaR

RESUMEN

La sociedad uruguaya en su conjunto enfrenta la complejidad del proceso de cambio del modelo de atención en el marco de la Reforma del Sistema de Salud, iniciada en el 2005. Sin embargo, el esfuerzo por implementar una atención a la salud más humanizada e integral no es aprovechado por todos los grupos sociales, en la medida que el diseño de las estrategias de participación sigan basándose en la concepción técnico hegemónica de la salud y de las políticas sociales en general.

Esta ponencia pretende aportar conocimiento a través de resultados de investigación sobre las creencias en torno a la salud materna de las usuarias de la Administración de Servicios de Salud del Estado, con el fin de que los programas de atención a la salud reflejen también la perspectiva cultural de la población beneficiaria, complementando la perspectiva del saber científico.

PALABRAS CLAVE

CREENCIAS – EMBARAZO - SALUD

¹

Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011

INTRODUCCIÓN

En el marco de un enfoque integral de la salud, que prioriza la prevención y promoción, la educación para la salud constituye una herramienta fundamental ya que a través de ella es posible crear un ámbito colectivo de construcción de nuevos saberes, construir e incorporar nuevas concepciones acerca de la salud, así como también propiciar la reflexión sobre las prácticas de los participantes y sobre los estereotipos utilizados comúnmente en la práctica por profesionales de la salud. Del mismo modo, es posible revalorizar aquellas creencias y prácticas beneficiosas de las usuarias para el logro de una salud integral.

Este trabajo se inscribe en el marco de la investigación “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad”, comenzado en abril de 2010, en el cual se realizaron veintisiete entrevistas a mujeres embarazadas usuarias de policlínicas de ASSE, BPS y del Hospital de la Mujer Paulina Luisi (Centro Hospitalario Pereira Rosell). Como tal, el estudio intenta ser un aporte al desarrollo de la sociología de la salud, en el marco de las actividades de las investigadoras dentro de la USS y el Depto. de MPyS, F. Medicina, UdelaR. Asimismo, se propone aportar conocimiento a través de resultados de investigación sobre las creencias en torno a la salud materna de las usuarias de la Administración de Servicios de Salud del Estado, con el fin de que los programas de atención a la salud reflejen también la perspectiva cultural de la población beneficiaria, complementando la perspectiva del saber científico. En esta ocasión, se realiza una reflexión –derivada básicamente del análisis documental y de las entrevistas cualitativas-, relativa al sistema de salud como un todo y a sus concepciones hegemónicas, en particular sobre las políticas de cuidado de la salud materna y cómo las mismas contemplan o no las creencias y prácticas extendidas por las usuarias, como así también describe alguna de las experiencias de mujeres embarazadas usuarias del sub-sistema público.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD MATERNA

A un nivel general, autores como Berger y Luckmann (2003) advierten de las diversas realidades que coexisten en una misma sociedad y en el mundo, donde “...*las acumulaciones específicas de realidad y conocimiento pertenecen a contextos sociales específicos....*”. Analizar la realidad del *mundo de vida* de una población de interés, nos

aproxima a los fundamentos del conocimiento que orienta la conducta en la vida cotidiana de ese grupo, a las objetivaciones de los procesos (y significados) subjetivos por medio de los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común.

Desde este punto de vista, el conocimiento de la vida cotidiana se comporta como un saber práctico fundado en normas y valores, e indagar en él implica acercarse al “...*fundamento incuestionado de todo lo dado en mi experiencia, el marco presupuesto por así decir, en el cual se colocan todos los problemas que debo resolver*”. (Schutz - Luckmann, 1973)

La salud y la enfermedad son dimensiones de la vida cotidiana de los individuos concebidas dentro de ese conocimiento fundado en su *mundo de vida natural*. Tal como señalan Mitjavila y Fernández (1998)

“Actualmente existen suficientes argumentos científicos como para sostener que tanto la salud como la enfermedad no existen en si mismas en la naturaleza: ambas son construcciones sociales. (...) los propios estados físicos y mentales del ser humano, las formas de interpretarlos y las respuestas terapéuticas que reciben están fuertemente condicionados por factores de naturaleza social.”

De esta forma, las situaciones bio psíquicas que se perciben e interpretan como problemas de salud (incluso las enfermedades microbianas) tienen -en distintos grados- una raíz sociocultural. Esto muestra claramente la necesidad por parte de todos los actores involucrados a la prevención, la promoción y la atención de la salud de comprender la estructura y los procesos sociales por detrás de la producción, interpretación y actitudes frente a la salud y la enfermedad. En este sentido, se afirma que la *experiencia* de la enfermedad y de la salud son fenómenos que, si bien han existido siempre como tales, cobran distintas características según el contexto socio histórico que se esté observando. Las creencias y prácticas de salud variarán según las etapas de la historia, las culturas y sociedades, grupos, etc.

En el plano de los comportamientos preventivos, por ejemplo, distintos estudios muestran que dichos comportamientos no están explicados por un conjunto único de razones, sino que dependen significativamente de la percepción que ellas tienen de la “amenaza” de una enfermedad o conducta, y de la eficacia que la acción preventiva tiene sobre la reducción de dicha amenaza. En este sentido, las creencias juegan un papel importante en materia de salud y de conductas preventivas. Asimismo, la adopción de acciones preventivas también se encuentra determinada por la evaluación de viabilidad y eficacia que la persona realiza de dicha acción (una estimación subjetiva

de los beneficios potenciales en función de los costos físicos, sociales, económicos que le implica). (Lostao, 2000).

El modelo de creencias en salud, aplicado a diversos estudios desde la década de 1950, considera que los comportamientos relacionados a la salud son el *resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.*” (Moreno - Gil, 2003). Sin embargo, utilizando como única aproximación dicho modelo es factible llegar a resultados discordantes entre las creencias y los comportamientos de salud. Bajo esta realidad cobra relevancia el análisis funcionalista como aproximación complementaria, el cual considera que las creencias en salud son conductas verbales articuladas con otros elementos del contexto.

Los individuos viven en una continua movilización y actualización de creencias y valoraciones que pueden o no llevar a la práctica dependiendo de las habilitaciones y limitaciones que les brinda el contexto en el cual están insertos. Es decir, dichas creencias y prácticas se entrecruzan en un tiempo y espacio determinado, en una red de relaciones socio-económicas y culturales determinadas que fomentan la actualización de dichas creencias pero que así mismo las limitan. Puede que esas limitaciones sean plasmadas en prácticas divergentes. Las creencias moldean las actitudes con respecto a la salud pero no necesariamente se traducen en comportamientos acordes a dichas creencias. Como señalan Aguinaga *et al* (1983) existen factores condicionantes de las *actitudes* con respecto a las diferentes opciones sanitario-asistenciales (concepto de enfermedad, tipificación del rol de enfermo, conocimiento de los distintos sistemas sanitario-asistenciales, idea de muerte y su codificación cultural en relación con la enfermedad, la ideología, especialmente, las creencias religiosas), y factores constitutivos de los *comportamientos*, los cuales tienen que ver con “...*la actuación que un individuo realiza en una situación concreta, como respuesta a la misma.*” Siguiendo a Mary Douglas este es un *conflicto cultural* que se puede reconocer –además de en campos como la religión- en aspectos referidos al tratamiento del cuerpo, de la salud.

Cabe tener en cuenta que la variación histórica y sociocultural de lo que se considera salud y/o enfermedad se aplica tanto en lo que refiere al conocimiento popular como al conocimiento científico. La legitimidad que posee la medicina, como señalan Mitjavia y Fernández (1998), ha redundado en una naturalización de la manera médica de ver y actuar frente a la salud y la enfermedad, la cual se funda en esquemas de percepción de la realidad y categorización de los pacientes:

“En condiciones de incertidumbre, el médico clínico suele recurrir a conocimientos de carácter general, a la experiencia propia y a la experiencia sistematizada por su comunidad de pares, pero también a sus propios esquemas de percepción de la realidad, y en estos últimos se incluye la categorización de pacientes en base a estereotipos que son usados como puntos de referencia.”

La categorización realizada por médicos y profesionales relacionados a la salud involucra por lo general la utilización de estereotipos como punto de referencia para la elaboración de diagnósticos y determinar las acciones preventivas. Es decir, los profesionales de la salud -al igual que sucede con el resto de los individuos- utilizan sus esquemas de referencia socio-culturales como marco para la interacción y definición de las situaciones (Mitjavila, 1998). A saber *“...a lo largo de la práctica sanitaria, los médicos construyen activa y selectivamente durante los primeros años de ejercicio, unos sistemas de categorías y de nociones mediante los cuales aprehenden las enfermedades y a los enfermos con los que tienen relación, y organizan sus intervenciones diagnósticas y terapéuticas.”*(Devillard, 1990)

Toda interacción social se encuentra cargada de tipificaciones y la relación entre profesional de la salud y pacientes no es una excepción. Tanto la atención como los programas de prevención y promoción de salud se encuentran signados por las valoraciones que los profesionales y el personal abocado a estas tareas tienen de cuáles son las creencias y prácticas más extendidas entre las mujeres en relación a la salud materna.

Dichas tipificaciones, las políticas y programas de salud y la propia organización del sistema sanitario, traducen y legitiman los valores dominantes en la sociedad, el rol de *desviado* del enfermo y cuándo éste vuelve a su estado de *normalidad*. (Rodríguez, 1987). El saber médico, en este sentido, posee una *función normalizadora*². La medicina se presenta como una autoridad cultural, como una *institución de control social*³, siendo la legitimidad de la medicina un *fundamento más de los procesos de medicalización del espacio social*. (Mitjavila, 1998).

En relación a la construcción social de la salud y la enfermedad, el control social refiere a cómo los ideales culturales sobre la salud y la enfermedad determinan la organización sanitaria de una sociedad. En dicha organización, la medicina en general y el médico en particular, son quienes representan dichos valores y *los objetivan* mediante

² *“...para que alguna cosa pueda ser medicalizada es necesario que sea clasificada, evaluada, caracterizada en términos de normalidad- anormalidad.”* (Mitjavila, 1998)

³ Por control social se entiende *“...toda instancia de regulación respecto de los cuerpos desde una situación de poder, o en concordancia con él, en beneficio del orden instituido.”* (Nievas, 1999)

la asignación de los individuos de “la normalidad” y/o “la desviación” (Rodríguez, 1987). Ese *control social* es ejercido (sin intencionalidad y/o conciencia necesariamente) a través de los mecanismos de *medicalización* y de *asistencia sanitaria*.

La *medicalización* refiere a la intervención por parte de la medicina en la vida de las personas. Como define Mitjavila (1998) son “...*los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios (Menéndez, 1985)*”, donde como señala Nieves (1999) “...*el enunciado médico nos acompaña en la mesa (...), nos rellena estratégicamente los ratos libres (...), nos dice cuánto trabajar, cómo descansar (...)* El mito de la privacidad es una *ensoñación burguesa que la medicina (y no sólo ella) hace añicos*”.

La *asistencia sanitaria* (más concretamente su alcance y su calidad) consiste en la distribución de los distintos recursos del sistema de salud en una sociedad. Es un mecanismo de control mediante el cual se reproducen tanto las desigualdades socio-económicas como los valores ideológicos dominantes. (Rodríguez, 1987). Las formas actuales de asistencia sanitaria abarcan –además– un número importante de políticas y programas de salud formales (estatales, con participación significativa de universidad y organizaciones de la sociedad civil) muchos de ellos focalizados específicamente a los sectores que viven en contextos críticos.

El consultorio es un pequeño modelo en escala de las relaciones de dominación existentes en la sociedad, entre saberes. El “saber reificado” opera como una cortina ideológica que media en dichas relaciones de dominación, de violencia. En dicho saber experto se basa la confianza absoluta y ciega en la medicina, mediante el cual el paciente es confiscado del control de su cuerpo, en lo que Nieves (1999) llama un “ritual de expropiación”. En esta misma línea, Devillard (1990) plantea que la posición de poder que ocupa la medicina científica tiene que ver con la relación que se establece entre saber y poder, y más específicamente a las *condiciones sociales de clase* que permiten obtener dicho conocimiento. A su vez, el médico consigue su poder gracias a ser él mismo la representación de las tendencias “racionales” en la sociedad. (Ackerkhecht, 1985). En el caso específico de la salud femenina, Nieves (1999) señala que en estos procesos de medicalización

“La ginecologización es la operatoria específica de intervención sobre la mujer, la forma en que el saber médico la significa atrapándola en su función reproductora, con

lo que le confiere un status que trasciende las fronteras técnicas de la medicina y se instala en lo social, definiéndola integralmente, reinventándola socialmente como sujeto reproductor tutelado. Medicalización que es, de este modo, intervención política sobre el cuerpo femenino, razón de Estado metamorfoseada en razón médica.”

El papel de la medicina tradicional –entonces- es preponderante en sociedades como la uruguaya donde el “saber experto” no sólo se impone al “saber profano”, sino que también lo limita y permea constantemente.⁴ Creencias y prácticas populares entran en pugna con el saber médico legitimado, y con el modelo que el mismo propone.

Creencias y prácticas de salud materna

Como ya se ha mencionado, la decodificación cultural del estado de salud-enfermedad del organismo se basa en los signos y síntomas que se consideran indicadores de la situación de bienestar o malestar bio-psíquico, como así también, la intensidad y frecuencia de los síntomas llevarán a considerar la mayor o menor urgencia de esa condición. Estos elementos en su conjunto construyen una tipología de enfermedades-síntomas-situaciones definida socio culturalmente por los individuos, teniendo en cuenta causas, sintomatologías y afectaciones de las mismas. De igual modo, “*El modo de valorar la situación se verá también modificado en función del tipo de relaciones que exista entre el sujeto activo y el sujeto paciente...*” (Aguinaga et al, 1983). La tipificación del rol de enfermo (o de la condición de salud particular) en el colectivo social determina para el individuo afectado un *status* específico.

Etapas del ciclo vital -como puede ser el embarazo- determinan transformaciones en dicha evaluación sobre el estado de salud (“vulnerabilidad”) y las actitudes y comportamientos a tomar de acuerdo a la misma. Dentro del estudio de las creencias y las prácticas populares en relación a la salud materna y el parto aparece como dimensión fundamental, entonces, la valoración específica de la situación de embarazo dentro del conjunto de valoraciones en torno a la salud de las mujeres en general, en el entendido que surgen creencias y se propician prácticas específicas que –aunque no necesariamente asimilen embarazo a enfermedad- sí sitúan dicho estado como de mayor vulnerabilidad, cambiando de esta forma el patrón de referencia y momentáneamente, en definitiva, el estatus asociado a esa persona dentro del colectivo social.

⁴ Y –a nuestro entender- no sucede de igual modo a la inversa.

Estudios recientes (por ejemplo Lartigue Becerra, T. 2001; Hecker, A. et al 2006; entre otros) señalan cómo para algunos individuos el embarazo es visto como una situación de vulnerabilidad y “amenaza” en relación a la salud de la mujer, que le impone límites y moderaciones para atender esa situación de “riesgo”. En otras sociedades y grupos, el embarazo es visto como un evento natural en la vida de la mujer, sin acarrear mayores problemas de salud y por tanto no se concibe como necesario un sistema de prohibiciones estricto, aunque sí es considerado un *estado particular dentro de la condición de salud*. (Hecker et al, 2007) (Pesce, 1992).

En la misma línea, encontramos estudios que abordan la importancia que adquiere la consideración de prácticas populares arraigadas en países como Méjico donde aún existe una alta mortalidad infantil, y una alta tasa de muertes maternas, ya que estas prácticas populares ayudan a la mujer y su familia a enfrentar los diversos riesgos del período perinatal, marcando la importancia de instrumentar estrategias de diagnóstico e intervención sensibles a la cultura. (Lartigue, 2001). En el trabajo de Pelcastre *et al* (2005) se puede apreciar que en regiones de Méjico donde los saberes indígenas constituyen el marco de referencia para la solución de problemas de salud, estas prácticas se mostraron útiles y benéficas para los cuidados perinatales, teniendo en cuenta que son lugares sin servicios de salud.

De igual modo, en el trabajo de Perovic *et al* (2006) queda demostrada la importancia de algunas creencias de la comunidad indígena toba relativos a la alimentación durante la gestación, ya que los mismos condicionan la nutrición de la madre: en algunos casos de manera benéfica y en otras operan en detrimento de nutrientes como el pescado, considerados por esta cultura como productores de anomalías en el futuro bebé.

En nuestro país, los estudios del Programa de Antropología y Salud (Dpto. de Antropología Social - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación - UdelaR), reafirman la importancia de lo sociocultural en la problemática global de la salud *reconociendo definitivamente la especificidad ontológica de ese dominio que puede ser también abordado profesionalmente y responsablemente por la antropología*. (Romero, 2009).

Complementariamente, desde la Cátedra Libre en Salud Sexual y Reproductiva, Sexualidad y Género (Facultad de Psicología de la Universidad de la República), se aporta la necesidad de trascender en Uruguay la concepción de la salud como la ausencia de enfermedad y la superación del paradigma médico hegemónico tradicional

por un concepto de salud entendido como un proceso al mismo tiempo singular que colectivo, entretejido por diferentes factores, entre ellos el género (Benedet - Ramos, 2009). Desde la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo que se realizó en el Cairo en 1995, se puso sobre la mesa la necesidad de construir políticas públicas de salud desde una perspectiva de derechos y de género, superando así el paradigma de la atención materno infantil por un paradigma de Salud Sexual y Reproductiva; incluyendo las relaciones de género como relaciones de inequidad entre mujeres y varones que juegan un rol en el proceso salud enfermedad a través de los Determinantes Sociales propuestos por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en 2005. (Benedet- Ramos, 2009).

Queda claro que en Uruguay es necesario profundizar en investigación específica en el tema. Sobre todo si tenemos en cuenta que ligada a la propia construcción cultural de la salud y la enfermedad, en el caso de la salud materna confluye el hecho de que la maternidad, siendo un fenómeno social, también se configura a través de significaciones socio-culturales del imaginario social que no necesariamente tienen relación directa con la maternidad en términos biológicos, sino que son el producto de una operación simbólica que le da significado a la dimensión materna de la feminidad y por ello, son portadoras de sentido. (Amorín *et al*, 2006) Por tanto, así como la salud y la maternidad son vivenciadas de manera diferencial entre e intra sociedades, la salud materna constituye un fenómeno socio-cultural específico en sí mismo, que contempla estas valoraciones, creencias y construcciones sociales subyacentes a procesos de índole macro.

Si bien existen diferentes referencias en la literatura de la región y a nivel nacional en torno a las implicancias de las creencias y prácticas populares en el continuo del proceso salud enfermedad de la mujer embarazada así como de la salud fetal y neonatal, las mismas son parciales y correspondientes a grupos poblacionales específicos.

Dicha especificidad dificulta las posibles extrapolaciones al universo de las mujeres embarazadas que se atienden en el primer nivel del sub sector público en Montevideo, que será la población objeto de la presente propuesta. Esto conlleva la ausencia de esta mirada en la práctica asistencial, en los programas de promoción y educación para la salud, en la enseñanza de pre y posgrado, así como en el diseño de políticas públicas integrales e inclusivas, que incorporen la perspectiva de las usuarias, en clave de derechos humanos, género, y participación efectiva. Cabe preguntarse entonces, *cómo*

sin ese conocimiento es posible integrar dichas creencias en un modelo asistencial de salud acorde a los marcos de referencia de las usuarias, en comunión con el saber de los profesionales de la salud.

REFORMA DEL MODELO ASISTENCIAL Y LA SALUD MATERNA

“A partir de 1900 la sociedad uruguaya convirtió a la salud en el valor supremo. De él derivó un poder opaco pero absoluto, el del médico, y un sometimiento inconfesado pero total, el del paciente” (Barrán, 1992).

El modelo asistencial y la atención médica se ven profundamente influidos por el contexto histórico y sobre todo, por la concepción que la cultura ofrece respecto a la salud y la enfermedad. El Uruguay se enfrenta actualmente a un cambio en el paradigma biomédico, marcado sobretodo por un fuerte cuestionamiento social al modelo hegemónico. (Romero, 2009)

La medicalización de la sociedad uruguaya ocurrida en el 1900, según Barrán (1992), ocurrió a tres niveles: el primer nivel, la consideración de la salud como valor supremo de la sociedad; en el nivel de la atención, con una creciente participación del médico en el tratamiento de la enfermedad (a diferencia del siglo anterior, donde, barberos, curanderos y curanderas, así como cirujanos de bajo prestigio, soldados rasos en algunos casos, eran los depositarios de la capacidad de curar, sin contar la enorme participación de las mujeres en la vida familiar, la automedicación y auto cura). Y finalmente, en un tercer nivel, la asunción por parte de la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes derivados directamente del saber médico. El campo de la salud en el Uruguay no ha sido una excepción y ha estado hegemonizado por el saber y la institución médica. Como lo demuestra la reconstrucción histórica realizada por este autor, el poder médico se afianzó en el siglo pasado, ligado al modelo patriarcal, al rol de autoridad ejercido por el padre, el Estado y las Instituciones. (Barrán *et al*, 1992).

En los últimos años, han ocurrido cambios que muestran una cierta fractura en este modelo hegemónico, los cuales comienzan por la masificación de la profesión médica, la feminización de la misma, la integración más democrática, así como médicos cada vez más jóvenes; cambios todos que desestabilizan la base de la autoridad y ponen en cuestión su tradicional poder.

Parte de los cambios refieren al impacto de la divulgación masiva de temas de salud, que genera actitudes menos pasivas por parte de los pacientes, así como la creciente denuncia de errores médicos, iatrogenias, todo en su conjunto genera una nueva actitud por parte de la población que sumado a la disminución del estatus médico, configura una verdadera “revolución cultural” en el campo de la salud , mediante la cual el *saber profano* se ve permeado por la popularización del *saber experto*. Es así que las personas reclaman una atención cualitativamente diferente, y –concomitantemente- crecen en los últimos años las medicinas denominadas “alternativas” (Romero, 2009).

Sin embargo, tal como manifiesta Romero (2009), en el caso concreto del Uruguay la autoridad médica se mantiene vigente diferencialmente según la población usuaria “...la modalidad autoritaria predomina y perdura como *habitus asistencial* en las relaciones médico paciente, sobre todo en el marco de la asistencia gratuita o de la Salud Pública. (S. Romero, 2003).” Esta posición jerárquica del médico –que establece la existencia de un *habitus asistencial autoritario*- en la situación “personal” con el paciente se encuentra predeterminada por la valorización social de su rol, mediante la cual se lo habilita a ejercer ese poder, esa autoridad. Una de las consecuencias de dicho *habitus*, es el “retramiento” –término acuñado por Mary Douglas, y la consecuente búsqueda de soluciones alternativas al mismo. Pero esta posibilidad de “resistirse” a las formas preponderantes en el sistema de atención de salud es desigual según los distintos sectores en la sociedad: se logra con mayor efectividad en los sectores medios y altos (en términos de poder adquisitivo). (Ver también Moreira, N. 2004).

Por otro lado, el modelo asistencial uruguayo ha sufrido algunas transformaciones en los últimos años, dando señales de un “esfuerzo adaptativo” ante esta “revolución de la salud”. Es así que la actual reforma de la salud pretende generar un modelo asistencial que concibe a la salud desde una perspectiva más amplia, privilegiando la prevención, la promoción de la salud y la educación para la salud, sobre la cura y el control del cuerpo, al menos en términos discursivos. La Ley 18.211 promulgada en noviembre de 2007 reglamenta la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que se venía desarrollando desde el año 2005; la misma incorpora como principios rectores del sistema, entre otros:

“A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los

servicios de salud. D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones. E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista...I) La participación social de trabajadores y usuarios. J) La solidaridad en el financiamiento... ”.

Estos principios reflejan la intencionalidad antes mencionada de aproximar el cuidado a la salud a la vida cotidiana de las personas, así como promover un mayor control por parte de la población de su propia salud desde una perspectiva de derechos. En esta línea se ha promovido el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), con énfasis en el primer nivel de atención y se vienen generando espacios de participación social y coordinación intersectorial en aspectos relacionados a la promoción y prevención de la salud. Esto se ha constatado fundamentalmente en el sub sector público de la mano del fortalecimiento de ASSE⁵ como prestador integral, del MSP⁶ en su rol de rector y definidor de políticas de atención a la salud, y la inserción de distintos servicios de la Universidad de la República a nivel territorial.

Los sistemas de salud basados en la APS, como el uruguayo, tienen como objetivo principal alcanzar el máximo nivel de salud para toda la población, haciendo especial énfasis en la equidad y la solidaridad. Con respecto a los principios que sustentan los sistemas de salud basados en la APS se destacan: Dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la participación y la justicia social, entre otros. El objetivo de dar respuesta a las necesidades de la población en el marco de la “Renovación de la APS” incluye la mirada objetiva desde los servicios de salud, así como la mirada subjetiva, lo percibido por las poblaciones, es decir: *“Esto supone que la APS debe atender las necesidades de la población de forma integral y basarse en la evidencia, al tiempo que debe respetar y reflejar las preferencias y necesidades de las personas independientemente de su situación socioeconómica, cultura, género, raza u origen étnico.”* (OPS/OMS, 2007)

Para cumplir con el objetivo central del nuevo SNIS se han propuesto, entonces, cambios en tres niveles fundamentales. El *cambio en el modelo de atención*, el cual privilegia la atención integral y continua en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, con un fuerte fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. El *cambio en el modelo de gestión*, parte de esta estrategia incluye la descentralización de ASSE y que el MSP asuma el rol de rector y regulador del sistema. Se prevé además la

⁵ Administración de los Servicios de Salud del Estado
⁶ Ministerio de Salud Pública

participación de usuarios y funcionarios del sistema en la gestión tanto a nivel de la Junta Nacional de Salud (máximo órgano de conducción del sistema) como de la gestión local de servicios. El *cambio en el modelo de financiamiento*, basado en el principio de justicia distributiva y buscando disminuir las inequidades preexistentes en cuanto a inversión en salud, creándose para ello el Fondo Nacional de Salud que luego será remplazado por el Seguro Nacional de Salud (Tomasina-León, 2008).

A pesar de estos esfuerzos el modelo se haya aún fuertemente mediatizado por la visión médico hegemónica de la salud, con una importante relevancia de la mirada clínica – individual - curativa del proceso salud – enfermedad.

La participación de los trabajadores y los usuarios en el sistema, es considerada una de las dimensiones centrales en este análisis, en el entendido de que la participación social de alguna manera puede ser quien lleve la voz, las visiones y percepciones de los distintos usuarios y usuarias del sistema a los niveles de gerenciamiento y gestión del mismo a fin de ser incluidas en programas de educación y promoción de la salud. En el año 2005 se promovió la creación del Consejo Consultivo Nacional de la Salud y los Consejos Consultivos Departamentales los que nuclearon los distintos actores vinculados a la salud (representantes gubernamentales, empresarios, trabajadores y usuarios), y tenían como objetivo el avanzar en el proceso de reforma del sistema sanitario. Como ya se ha mencionado, en el 2007 se aprueba la ley que reglamenta la creación, funcionamiento y financiamiento del SNIS, la misma establece:

“Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate. (...)

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho de participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación” (Ley 18.211, 2007).

No se puede ser ajeno al hecho de que se ha avanzado en este aspecto, ya que se han incorporado representantes de los usuarios en los órganos de conducción generales del SNIS y a nivel local en muchos servicios, fundamentalmente en el sub sector público. Sin embargo, queda mucho por avanzar en lo que hace a la construcción colectiva de esta participación y sus significaciones para los distintos actores del sistema para que la misma sea realmente un ámbito democratizador y no otra estructura

jerárquica y burocratizada alejada de las perspectivas y expectativas a nivel local. Más aún, en la inclusión no sólo de su voz si no también de los fundamentos que guían sus creencias y prácticas cotidianas, lo que implica la legitimación del saber popular como complementario al saber científico-profesional. Con respecto a las construcciones sociales en torno a la participación social Iñiguez concluye: *“El significado social de la atención sanitaria no es el mismo para todos los agentes implicados. Una amplia gama de elementos configuran las diferentes posiciones que miran y significan qué es, cómo se hace, y qué expectativas se crean en relación a la sanidad y al sistema sanitario”* (Iñiguez *et al*, 2008). Futuras investigaciones e intervenciones a nivel comunitario deberán indagar y acompañar procesos de construcción colectiva en torno a conceptos como salud y participación social de los distintos actores involucrados en vistas a favorecer ámbitos dialógicos que promuevan un mayor control de su salud por parte de las comunidades, y garanticen un mayor éxito de las estrategias de prevención y promoción de salud.

En la actualidad, los cambios acaecidos en la formación de los médicos refleja este mismo proceso, observándose cambios estructurales en la currícula tendientes básicamente a la generación de un médico humanista, inserto en un modelo que prioriza un enfoque de la salud donde los determinantes sociales adquieren mayor relevancia.

En consonancia con el perfil del egresado aprobado por la Asamblea del Claustro (1995), se aprueba el Nuevo Plan de Estudios (NPE) en su sesión del día 27 de diciembre de 2007. El mismo es ratificado por el Consejo de Facultad de medicina el 26 de marzo de 2008 y por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República en diciembre del mismo año. El NPE se encuentra en proceso de implementación; siendo un proceso con dificultades entre otras cosas por las resistencias que provoca la necesaria incorporación de otras miradas y otras prioridades a la formación médica.

En relación al caso uruguayo, en términos generales y tal como señala Romero (1993), podemos pensar que *“...la medicina [a la luz de estas transformaciones mencionadas] produce igualmente sus propias vías de transformación en valores y alternativas, aunque no todas con la misma profundidad. Mantenemos la convicción de que la diversidad cultural llegó para quedarse en el campo de la salud, no es un cambio menor.”*

La salud de la mujer en Uruguay

En los últimos 5 años en el marco de la Reforma del Sistema Sanitario se han dado algunos avances importantes específicamente en materia de salud sexual y reproductiva. Abracinskas & López Gómez en su estudio “Monitoreo de Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva” para el período marzo 2005 – febrero 2006, manifiestan “...*la constatación de un avance lento pero progresivo del estado de las políticas de salud sexual y reproductiva en nuestro país*” (Abracinskas - Lopez, 2006). En dicho estudio se plantea la existencia de tres niveles: los programas, las normativas sanitarias y guías clínicas, y los mecanismos o ámbitos creados para la consecución de los objetivos planteados. Como aspecto positivo, las investigadoras destacan la creación del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, incluyendo en la agenda temáticas no tradicionales como violencia de género, salud del varón, entre otros.

A nivel específicamente de normativas y leyes las autoras destacan el desarrollo de:

- *la normativa de Atención Sanitaria y Guías de práctica clínica de la ordenanza 396/04 del MSP, “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”;*⁷
- *el Decreto N°47/2006, que retoma y reglamenta la Ley N° 17.386 del año 2001 que disponía el derecho de toda gestante al acompañamiento en el parto por una persona de su elección; y*
- *el Decreto N° 271/2005 que establece la “exoneración del pago de la tasa moderadora a todas las mujeres embarazadas, de los estudios paraclínicos que se recomiendan en el protocolo para un adecuado control del embarazo de bajo riesgo”.*

Posteriormente al período analizado por Abracinskas & López Gómez (2006), se han sucedido otros decretos y ordenanzas ministeriales orientadas a la mejora en la atención a mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en julio del año 2006 se exoneraron los costos de la Colpocitología Oncológica y Mamografías (Ordenanza número 402/006 del MSP). En diciembre de 2008 -previo debate a nivel social y legislativo- se promulga la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva; la que representa un avance importante en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos (Ley 18.426).

Asimismo, en el marco de la implementación del SNIS se llevó adelante un Plan de seguimiento y auditoria de la Reforma a través de la selección de indicadores

⁷ Si bien fue aprobada en el 2004 su implementación corresponde al período estudiado (Briozzo, 2007).

vinculados a Programas de Salud, donde se dispone la evaluación del cumplimiento de determinadas Metas Asistenciales, en las que se incluyen indicadores referentes a la Salud del Niño y de la Mujer. Se han publicado además Guías en Salud Sexual y Reproductiva. En el período analizado por Abracinskas & López Gómez (2006) se elaboró el Capítulo de Anticoncepción y las Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico de Infecciones de Transmisión Sexual. Posteriormente en el año 2007 y 2008 se publica el Capítulo Normas de Atención a la Mujer Embarazada y Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio, respectivamente. En dicho capítulo se hace referencia específica, por un lado que en la formulación del concepto de riesgo se tenga en cuenta no solo las causas médicas, sino también las diferentes situaciones sociales y culturales de las mujeres; y, por otro que en la educación de la mujer embarazada, se aborden *“fantasías, mitos y creencias, miedo al parto, a la muerte, al dolor”*.

A pesar de la intencionalidad política de abordar la salud sexual y reproductiva de forma integral, en las conclusiones del trabajo Abracinskas & López Gómez (2006) destacan: *“Esta voluntad no siempre se correlaciona en la práctica, debido a que muchas veces prevalece la inercia de una tradición institucional caracterizada por la formulación de políticas sectoriales y temáticas, que resisten la transversalización de la perspectiva de género en programas, muchas veces enunciada pero no siempre traducida en objetivos y acciones”*. Con respecto a la inclusión de la perspectiva de los usuarios y usuarias específicamente, se destaca una gran tradición de organizaciones sociales organizaciones de mujeres y feministas y de derechos humanos. Sin embargo, estas no han sido integradas de manera directa en el diseño e implementación de las reformas planteadas. Si bien la presente administración se ha planteado como objetivos principales profundizar en la participación social y en las políticas de género desde una perspectiva de derechos, no se cuenta aún con elementos para evaluar su impacto real, más allá de la transformación en el plano normativo y discursivo en materia de políticas de salud y del modelo de asistencia. Esto último, en vistas de los resultados de algunos estudios anteriores, que planteaban la existencia de costos políticos en materia de reformas del sistema de salud, que redundaron en cambios leves del sistema pero no en transformaciones sustantivas (Mitjavila *et al*, 2002).

LAS CREENCIAS Y PRÁCTICAS POPULARES EN EL EMBARAZO/PARTO

En este punto expondremos algunos de las principales líneas resultantes del análisis preliminar exploratorio de los datos provenientes de las entrevistas cualitativas y del relevamiento mediante formulario autoadministrado.

En primer lugar, cabe destacar la legitimidad de la perspectiva médica existente en los discursos de las mujeres entrevistadas. En este sentido vemos que en general existe una absoluta confianza en la manera médica de encarar los cuidados durante el embarazo y el parto, aun sin entender las indicaciones por parte del médico tratante. Cabe tener en cuenta, que las entrevistas han sido realizadas en salas de espera y consultorios en los días que las mujeres concurrían a realizarse los controles del embarazo de rutina, por tanto, todas ellas presentan algún grado de adherencia a la manera médica de cuidar su salud en este período de sus vidas.

“Si, porque yo si tengo una duda pregunto y lo importante es que confíes en el médico, sino para que venís, no?” (Policlínica central, mujer adulta múltipara).

“Lo demás ta, porque lo que te vayan a hacer vos que sabes, porque si te cortan te tienen que cortar si te meten algo es porque te lo tienen que hacer...” (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

Asimismo, este *discurso medicalizado* se traduce en las recomendaciones atribuibles a un buen estado de salud en el embarazo: control de la alimentación, asistencia a todos los controles médicos, no fumar, entre otros. Algunas de dichas recomendaciones vividas como de difícil incorporación a sus hábitos y costumbres previos.

“Si, eh... lo que me costó muchísimo fue incorporar las verduras, me mandaron a comer quilos de verduras y yo para mí las verduras no existían, eso fue lo que más me costó que más me recomendaron.” (Policlínica periférica, mujer adulta múltipara).

“No, no, no...bueno, reducís el consumo de repente cuando te dicen lo de las dietas, la alimentación, reducís un montón de alimentos que no son alimentos, los consumís por consumir...” (Policlínica periférica, mujer adulta múltipara).

“Pensé que tenía que dejar de hacer muchas cosas, que se me complicó dejar de hacerlas la verdad, pero que las tenía que dejar de hacer.” (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

“- Fumo menos pero fumo igual.”

1- Ahí está cambiaste, bajaste la cantidad de cigarrillos que fumas, porque alguien te dijo o porque...

2- Si me dijeron todo el mundo y la partera, que dejara de fumar y ta...dejarlo no lo dejé pero ta bajé un poco.”⁸ (Policlínica periférica, mujer adulta múltipara).

“Y, cuando te dicen del peso, a veces tenés ganas de comer te vienen ganas de comer pero ta te tenes que aguantar, eso de la sal yo estuve de acuerdo o sea no me obligo a comer sin sal pero ta es feo comer sin sal.” (Policlínica central. Adolescente, nulípara).

“Dejar la droga que era bastante complicado, pero con ayuda de mi pareja salí adelante.” (Policlínica central, Adolescente, nulípara)

Esta “medicalización” se traduce también, como lo indica el cuadro 1, en las respuestas más frecuentes a la pregunta *¿Cuáles son las tres cosas más importantes a tener en cuenta para mantener una salud adecuada de la madre durante el embarazo?* relevada mediante formulario autoadministrado en las salas de espera.

CUADRO 1 - TOP 3 de Recomendaciones durante el embarazo (datos formulario autoadministrado)	
1º	Cuidar la alimentación
2º	Control del embarazo
3º	No fumar ni permitir que fumen

A estas recomendaciones se agregan las referidas al control de las emociones, sobre todo en el momento del parto: tranquilidad, autocontrol, “no gritar”, hacer caso a todo lo que el personal de salud indique, etc. Dichas recomendaciones encuentran su justificación en parte en la vivencia de la situación de parto (propia o de allegadas) y mantiene estrecha relación con los miedos en ese momento.

“1-¿ y algo que te digan de que vos tenes que hacer en el parto?

2- Quedarte calladita, calladita y nada más, nunca me dijeron: tenés que hacer fuerza así o allá, cosas útiles no te dicen, te dicen siempre cosas inútiles. Pero ahora como que ta.” (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

En este sentido, en el momento del parto en específico es donde afloran mayormente los miedos, siendo aquellos relacionados al trato (más específicamente al “maltrato”) y atención por parte del personal de salud los que emergen con mayor relevancia. Dicho miedo se alimentaría tanto por experiencias propias anteriores –en aquellas mujeres múltiparas- como de experiencias de referentes socio-culturales (familiares, amigas).

“Entonces ta, te tienen que tratar igual sea el primero o el último o sea quien sea, después le agarre el brazo al doctor pero no se porque motivo, ah porque yo estaba acostada en emergencia y dijo ya esta en completa, se ve que ya venía y yo le agarre el brazo porque pensé que se iba; y la enfermera me dijo: no lo toques; no podes tocar al médico y yo me puse... porque yo no lo quería tocar por nada

⁸ De aquí en más, “1” refiere a la entrevistadora y “2” a la entrevistada.

lo agarre por un impulso de no quedarme sola ahí, porque llega a nacer o algo vos que sabes, por más que tengas 10 no sabés, no es que uno tiene lo agarra y ta te vas. Y ta que te traten bien no digo?” (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

*“1- ¿algún miedo que tengas del parto mismo?
2- que me cosan.”* (Policlínica central. Mujer adulta, nulípara).

“De los médicos, si, es como que lo sabes pero hasta que no te lo dicen, decís bueno como que voy a esperar que me rezonguen pero no si, por indicación médica.” (Policlínica periférica, mujer adulta múltipara).

“Llegué como a las 5 de la mañana y a las 7 nació, y me hicieron pujar en la sala de parto, me hicieron pararme y caminar hasta la sala de parto a tenerlo ahí y como que no salía más y después me cortaron mucho y me cosieron todo mal y me trataron re mal, hasta el día de hoy tengo todo mal por ellas.” (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

*“2- Te dicen cosas con respecto al parto, siempre te están diciendo de eso.
1- ¿por ejemplo?
2- De que te cortan de y que te cosen y que te gritan, que te tratan mal, todo eso.”* (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

*“1- ¿y en relación a tu salud en particular, algún miedo o algo?
2- No con mi salud no. Miedo siempre tengo al ir, no al dolor, porque doler te va a doler, está escrito en la Biblia que te va a doler. Miedo a cómo te traten, que te traten bien cuando vas a tener. Porque todas dicen que te tratan mal, que te relajan que yo que se cuanto, yo que se...”* (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

Asimismo, sobresale en el discurso de las entrevistadas la necesidad de “ser escuchadas” por el personal de la salud durante todo el proceso (gestación y nacimiento) como así también contar con la compañía de la pareja o familiar próximo en el momento del parto. Cabe señalar que esta necesidad de intercambio sobre la experiencia del embarazo no encuentra eco, en esta población, en la posibilidad de asistir a clases de preparación para el parto como sí sucede en aquellas mujeres que asisten a mutualistas o servicios privados. Esto último, sería incluso una necesidad que las propias mujeres embarazadas sienten, tanto para poder intercambiar experiencias como para poder incorporar los conocimientos que le permitan transitar durante el embarazo y el parto con mayor tranquilidad sobre lo que les está sucediendo (necesidad de saber que “está todo bien”, que es “normal” lo que sucede).

Estos aspectos también es expresado por la mayoría de las mujeres que contestaron el formulario autoadministrado mediante la pregunta *¿Cuáles son las tres*

cosas más importantes a tener en cuenta en el momento del parto para garantizar la salud de la madre?, donde se destacan las respuestas sobre la importancia de estar acompañadas y tener una atención adecuada. (Ver Cuadro 2) En este último punto se

CUADRO 2- TOP 3 de Recomendaciones durante el parto (datos formulario autoadministrado)	
1º	Tranquilidad / Estar acompañada
2º	Atención adecuada

podría pensar –tan solo a modo de hipótesis- que la mención a la importancia de la compañía guarda

estrecha relación, entre otras cosas, con la campaña de promoción de algunos derechos de las mujeres en el momento del parto, siendo entonces reflejo del éxito de esa estrategia de atención sanitaria (Ley 17.386). Estos elementos se traducen, entonces, en algunas de las recomendaciones para el embarazo y el parto de las entrevistadas.

“...mi familia, mis padres, estoy como muy apoyada....sobretudo tengo un trato muy bueno, con todos. Me escuchan, hablamos...” (Policlínica periférica, mujer adulta, primípara)

“...la alimentación,--la pareja, la contención de la pareja...estar tranquila” (Policlínica periférica, mujer adulta, primípara)

En general, las creencias y consejos referidos al universo socio-cultural próximo son tomados por estas mujeres como cuestiones de poca importancia en términos de salud y más cercanos a cuestiones relacionadas al descubrimiento del sexo del feto, creencias sobre el manejo del estrés del parto y el desencadenamiento del parto ligado a fenómenos naturales, las tormentas, las fases de la luna, por ejemplo. Algunos ejemplos de ellos los encontramos en los siguientes fragmentos de entrevistas.

“Mi madre es mae, somos umbandistas ahora , hace 5 años, (...) mi madre es jefa. (...) el espíritu me guió a la policlínica, me ayudó a llegar”(Policlínica periférica, adolescente, nulípara)

“2-Viste esa era otra cosa que me decían: la panza es de varón

1-¿según qué?¿la forma?

2-Si que si es para adelante así, es de varón y la niña como que se desparrama así para el costado” (Policlínica central. Mujer adulta, múltipara).

“1-Alguna otra recomendación que te hayan hecho, cosas que estaba bueno que hicieras...no se para descubrir el sexo...”

2- No, juegos...

1- ¿Cómo qué?

2- El de la aguja con el hilo o el tenedor y la cuchara...

1- El de la aguja no lo tengo, cómo es?

2- 2- Es una aguja, le pones un hilo, tenés que hacer así 3 veces en la panza y te lo ponen en la mano y si hace una línea es varón y si hace un cerito una nena

1- Mirá no sabía, el del tenedor y eso lo conocía...

2-Sí esos me los hizo mi padre.” (Policlínica periférica, adulta, nulípara)

“La forma de la panza, si son puntiagudas y bajas son varones si son redondas y altas son nenas...si la cara se te mancha es una niña, si estás bonita es un varón....si estás fea es una nena...que se te hinche la cara---son unas cuantas...si...se hace la luna.....tenés familia.” (Policlínica periférica, adulta, primípara)

“Antiguamente se usaba....no me acuerdo si es luna llena o luna nueva.....” (Policlínica periférica, adulta, primípara)

“Por ejemplo, si llueve, si llueve y hay tormenta se adelantan los partos ...yo que sé...que otra cosa...si perdés el tapón mucoso enseguida vas a tener familia...y se sabe que no es tan rápido..y algunas ni lo pierden o ni se enteran....y hay otras que son más rústicas....ahora no me acuerdo.....si comés mucho chocolate te ayuda a adelantar el parto...” (Policlínica periférica, adulta, primípara)

Más allá de esto, dichas creencias se mantienen de manera latente y cabría en un segundo nivel de análisis –más profundo- tratar de abordar sus verdaderos alcances.

“1- ¿y cosas que te hayan recomendado más tipo amigas o parientes?

2- Sí, pero yo que se pero como que no escucho mucho esas cosas...” (Policlínica central. Mujer adulta, nulípara).

“2-Ay yo que sé, en este momento no me acuerdo pero hay una vecina que es muy de los yuyos y esas cosas, viste que siempre esta, pero no me acuerdo, se que me había dicho algo, no me acuerdo ni porque era, porque yo vómitos y eso no tuve, bueno no se se que algo me dijo y no...”

1- ¿ni la escuchaste?.

2- Y si porque no sabés si te hace bien o qué, si fuera en otro momento capaz que si, viste no estando embarazada.” (Policlínica central. Mujer adulta, nulípara).

“Lo que por ahí se dice lo tomo con pinzas.” (Policlínica periférica, adulta, primípara)

En este sentido, parecería que discurso médico y discurso popular no convivirían simultáneamente en la experiencia de la salud en el embarazo, e incluso habría un gran cuestionamiento a las creencias populares del entorno más cercano y no así de aquellas provenientes del saber médico, altamente legitimado aunque también temido y poco claro.

“No yo que se, capaz que para mi no porque soy una gurisa y no entiendo mucho de eso, creo que se tendrían que expresar un poco más con las cosas” (Policlínica central. Adolescente, nulípara).

“No, son medios secos los médicos” (Policlínica central. Adolescente, nulípara).

“Sí, que te expliquen” (Policlínica central. Adolescente, nulípara).

Vemos, entonces, una relación unidireccional de un marco de referencia socio-cultural sobre otro, no existiendo – a entender de las entrevistadas- espacios en el sistema médico para sus creencias y necesidades de tipo emocional. No obstante, se puede confirmar mediante las entrevistas realizadas que –en términos generales- el embarazo es vivido como situación vital y de salud específica al tiempo que trascendente, la cual modifica la vivencia de la mujer y la pone en contacto con múltiples estados afectivos; se mezclan el miedo, la alegría, el rechazo, la sorpresa ante los cambios, la sensación de trascendencia por la nueva vida que se alberga e incluso la necesidad de compartir la experiencia con otras mujeres en igual situación.

CONTINUIDADES Y CAMBIOS DEL MODELO: ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

El presente trabajo ha pretendido ser un esfuerzo de reflexión en torno a las consideraciones teóricas de las creencias y prácticas en salud materna, y la integración efectiva de las mismas en el modelo asistencial para el caso uruguayo, entendiendo la necesidad de profundizar tanto a nivel teórico como programático en este sentido.

Se considera que no es posible construir modelos de salud integrales, capaces de responder a las necesidades reales de la población, que generen resultados positivos para el conjunto del colectivo social, si no se tienen en cuenta las bases culturales y el modo de vida de quienes hacen usufructo de los servicios. Si no se establece, en definitiva, un verdadero vínculo entre saber popular y saber profesional.

El Uruguay se encuentra frente a lo que varios autores/as consideran una “revolución de la salud”. Como respuestas a dicha revolución es posible identificar tres grandes procesos: 1) la respuesta institucional estatal, representada por la Reforma del Sistema de Salud, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud; 2) el esfuerzo por parte de la Facultad de Medicina de adaptar su plan de estudios a una nueva concepción de atención a la salud, con mayor énfasis en un modelo de prevención y promoción. Y por último, 3) el incremento del uso de medicinas alternativas que como vimos, son opciones a las que accede un sector particular de la población, de mayores

recursos económicos, y que refleja la búsqueda no institucionalizada de soluciones, una suerte de “resistencia” al modelo predominante.

En relación a estas manifestaciones colectivas de respuesta, creemos que sobre todo en lo que concierne a la respuesta institucionalizada estatal, el modelo que se ha caracterizado aquí, se encuentra inmerso en un proceso de cambio, que ofrece un marco y un entorno propicio a la inclusión de nuevas miradas y concepciones de la salud, en donde habría cabida para la inclusión de la “perspectiva popular” (la perspectiva de valores y creencias acerca de la salud de amplios sectores de la población). En cierta medida, dicha inclusión sería coherente con el esfuerzo tendiente a estimular la participación de los y las usuarias en la gestión del sistema en los distintos órganos de dirección a nivel general y local.

Es necesario considerar los plazos históricos para el análisis de los resultados ante cambios que son aún incipientes, y que -si bien ofrecen un contexto en teoría apropiado para los objetivos analizados aquí- sigue siendo compleja la articulación real de la participación y la inclusión de las miradas populares en el diseño y programación en salud. Por tanto, es necesario un marco temporal más amplio para poder arribar a conclusiones. Este es un tiempo de elaboración de cambios, de generación de nuevas subjetividades en torno a la atención a la salud, lo que implica un largo proceso donde existen múltiples responsabilidades.

La sociedad como un todo atraviesa este proceso, y sus manifestaciones son múltiples y diversas. Por un lado se observa un esfuerzo de participación en algunos sectores populares en la gestión del actual sistema de salud, lo cual implica un avance significativo si comparamos el modelo anterior. Por otro lado, diversas organizaciones sociales vinculadas sobre todo a las cuestiones de género, reclaman no haber sido incluidas en las etapas de planificación y diseño de programas de salud sexual y reproductiva.

En su conjunto, entonces, la sociedad busca modos de enfrentar la complejidad de este proceso, donde se contraponen el gran desarrollo tecnológico de la medicina biomédica, con la necesidad de una medicina más humanizada e integral. Pero este esfuerzo no es susceptible de ser aprovechado por todos los grupos sociales, en la medida que el diseño de las estrategias de participación sigan basándose en la concepción técnico hegemónica de la salud y de las políticas sociales en general. Futuras investigaciones e intervenciones a nivel comunitario deberán indagar y acompañar procesos de construcción colectiva en torno a conceptos como salud y

participación social de los distintos actores involucrados, en vistas a favorecer ámbitos dialógicos que promuevan un mayor control de su salud por parte de las comunidades.

En lo que a la salud materna refiere en las entrevistas se ha podido apreciar la lejanía con que las mujeres usuarias del subsistema público vivencian el mundo y el saber médico, más allá de adherir a la medicalización que el sistema propone. Esta situación revela su máxima expresión en el miedo al maltrato y en la falta de espacios para ser escuchadas y/o recibir información adecuada relativa a los procesos que atraviesan.

La integración del conocimiento sobre las creencias y prácticas de las usuarias en materia de salud materna será un pilar fundamental para el éxito de las políticas orientadas a la promoción de las conductas preventivas en este tema, sin el cual los indicadores podrán brindar resultados cuantitativos significativos pero cualitativamente alejados de los marcos de referencia de la población objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

Abracinskas, L; - López Gómez, A. (2006) “Monitoreo de Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva”. 2º Encuentro Universitario “Salud, Género, Derechos Sexuales y Reproductivos. Avances en investigación nacional.” Montevideo. Udelar, Facultad de Psicología, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.

Ackerkhecht, E. (1985) Medicina y Antropología Social. Ed. Akal Universitaria, Madrid.

Aguinaga Roustán, J.; Comas, D.; Díaz, M. A.; López, A. E.; Manrique, A.; Ochoal, J.M. (1983) “Evaluación de la percepción de la problemática de la salud” en REIS. N° 23. NOTAS DE INVESTIGACIÓN. pp141-158.

Amorín, D.- Carril, E. - Varela, C. (2006) “Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En: LÓPEZ GÓMEZ, A. (Coord.) Proyecto Género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo. Ed. Trilce, Montevideo.

Asamblea del claustro. Facultad de Medicina. Perfil del Egresado (1995). Disponible en: http://www.fmed.edu.uy/Documentos/PERFIL_DEL_MEDICO.pdf -agosto 2010-

Asamblea del claustro. Facultad de Medicina. Plan de Estudios de la Carrera Doctor en Medicina, 2007. Disponible en: <http://www.claustro.fmed.edu.uy/menu2.html> -agosto 2010-

Barrán, P. (1992) “Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. La medicalización de la sociedad”. Nordan/Goethe-Institute, Montevideo.

Benedet, L. - Ramos, V. (2009) “Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud” CSIC, Montevideo.

Berger, P. – Luckman, T. (2003) “La construcción social de la realidad”. Amorrortu Editores. Madrid.

Castellano – Heinzen – Nión. (2010) “Creencias populares en torno a la salud materna y el modelo asistencial predominante.” En: Revista de Salud Pública, (XIV) 2: pp32-46, dic. 2010. Escuela de Salud Pública, Córdoba – Rep. Argentina. http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/05_SP%20dic10_art%203.pdf - diciembre 2010-

Castellano – Heinzen – Nión. (2011) “Cambios en el modelo asistencial uruguayo y creencias en torno a la salud materna.” Ponencia 111. *I Congreso Uruguayo de sociología. Repensando los desafíos de la integración social.* 6, 7 y 8 de julio de 2011. Intendencia de Montevideo. DS, FCS, UdelaR – Colegio de sociólogos – Univ. Católica.

- Decreto N°47/2006.

http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/acompanamiento_en_el_parto_reglamentacion.pdf - agosto 2010-

Devillard, M. J. (1990) “La construcción de la salud y de la enfermedad”. En: REIS. Julio-Septiembre. Num.51:pp.79-88.

Hecker, A. – de Olivera, N. – Selli, L. “Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença.” En: REBEN. Brasilia 2007 jan-fev: 60(16); pp-42-48

Iñiguez, L. *et al.* (2009) “Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya”. En Revista Forum: qualitative social research. Volumen 10, No. 2, Art. 34. Mayo.

Lartigue, T. (2001) “Myths and taboos of motherhood: focusing on the health-disease process”. Perinatol.Reprod. Hum. Num. 15:pp-75-88.

Ley 18.211. 2007.

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> - agosto 2010-

Ley 18.426 DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 2008.

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426> – agosto 2010-

Lostao, L. (2000) Factores predictores de la participación en un programa de «screening» de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. REIS. N° 92. Octubre- Diciembre: pp169 -188.

Mitjavila, M.- Moreira, C.-Fernández, J. (2002) “Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?” Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4): pp1103-1120, jul-ago.

Mitjavila, M. – Fernández, J. (1998) “Factores sociales, salud y enfermedad” En: DIBARBOURE, H. & MACEDO, J. Introducción a la medicina familiar. Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República, Montevideo: pp506-519.

Mitjavila, M. (1998) “El saber médico y la medicalización del espacio social” DT n° 33 DS FCS Udelar Montevideo

Moreira, N. (2004) “Una perspectiva sociológica sobre las nuevas formas de tratamiento frente a la enfermedad: ¿métodos alternativos o complementarios a la medicina moderna?” Monografía de Grado. Fac. Ciencias Sociales, DS. UdelaR. Montevideo.

Moreno- Gil. (2003) “El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud.” En: International Journal of Psychology and phycological therapy, june, año/vol. 3 , número 001. Universidad de Almería (España), Almería, España, pp. 91-109. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56030105>–agosto 2010-

MSP. Normas de atención a la mujer embarazada. 2007 http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_atencion_mujeres_embarazadas.pdf -agosto 2010

Nievas, F. (2005) “El control social de los cuerpos”Eudeba, Buenos Aires.

OPS / OMS (2007) “La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas.” Documento de Posición de la OPS/OMS, Washington D.C

Pelcastre, B.- Villegas, N.; De León, V. (2005) “Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México” En Rev. Esc. Enferm. USP;39(4): pp375-382, dez.

Perovic, N.; Cristaldo, P.; Barragán, B.; Lagranja, E. (2006) “Representaciones contemporáneas de mujeres embarazadas tobas entorno al consumo de alimentos durante el proceso de gestación.” En: Dieta (B. Aires);2006. abril - junio. 24(115):pp15-21.

Pesce, P. (1992) “Mitos y creencias de la lactancia materna / Myths and beliefs about breast feeding”. Santiago de Chile; Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería; jun. 1992. 95 p. Idioma: Es. Tesis

Rodríguez, J. (1987) “Salud y Sociedad”. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español. Editorial Tecnos, Madrid.

Romero, S. (2009) “Modelos culturales y sistemas de atención de la salud” En: Cuadernos del CES. 2009. Num. 5. Diciembre. Montevideo. : pp38-45.

Romero, S. (2009) “Dossier Veinte años de estudios en antropología de la salud”. En: Cuadernos del CES. Num. 5. Diciembre. Montevideo: pp31-33.

Romero, S. (1993) “Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural. La medicalización de la sociedad.”. Nordan/Goethe-Institute. Montevideo.

Schutz, A. - Luckmann, T. (1973) Las estructuras del mundo de la vida. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Tomasina, F. – León, I. (2008) “Capítulo 7 Sistema de salud en Uruguay.” En: Temas de Salud Pública. 2008 Depto. MPyS. Oficina del Libro. FEFMUR, Montevideo.