

LAS VOCES ACALLADAS EN LA MATERNIDAD

*Los controles prenatales ausentes o inadecuados
en la perspectiva de las mujeres de sectores populares*

Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud

CEDES - FLACSO

Año 2005

Autora

Lic. Adriana Alejandra Greco

Directora:

Dra. Edith Alejandra Pantelides

Greco Adriana A

Las voces escudadas en la maternidad 1a ed Buenos Aires Reysa Ediciones 2008

124 p 22x18 cm

ISBN 978 987 1249 36 7

1 Ciencias Sociales | Título CDD 301

Fecha de catalogación 04/06/2008

Todos los derechos reservados

**Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo,
ni en parte, ni registrada en, o transmitida por, un
sistema de recuperación de información, en ninguna
forma ni por ningún medio, sea mecánico,
fotoquímico electrónico, magnético,
por fotocopia o cualquier otro, sin permiso previo
por escrito de la editorial**

ISBN 978 987 1249 36-7

Libro de edición argentina

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11 723

Copyright © by Reysa Ediciones

Impreso en la Argentina Printed in Argentina

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
PRÓLOGO	6
AGRADECIMIENTOS	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	
<i>El control prenatal ausente o inadecuado un problema vigente que demanda atención</i>	11
<i>1 Normativas nacionales e internacionales de la atención prenatal</i>	11
<i>2 La atención durante el embarazo y su relevancia en el ámbito de la salud materno infantil</i>	17
<i>3 El problema de las consultas prenatales ausentes o inadecuadas</i>	21
CAPÍTULO II	
<i>El problema de investigación</i>	25
<i>1 Antecedentes de estudios sobre atención prenatal</i>	25
<i>2 Delimitación del problema el control prenatal ausente o inadecuado en la perspectiva de las mujeres de sectores populares</i>	31
<i>3 Objetivos de la investigación</i>	32
CAPÍTULO III	
<i>Marco teórico</i>	
<i>Inadecuación de los cuidados prenatales las otras voces en la maternidad</i>	33
<i>1 Control del embarazo disciplinamiento del cuerpo de la mujer</i>	33
<i>2 La maternidad en la cultura patriarcal identidad deber ser y predestinación</i>	39
<i>3 Los otros semblantes las otras voces en la maternidad</i>	43
CAPÍTULO IV	
<i>Encuadre metodológico</i>	47
<i>1 Estrategia</i>	47
<i>2 Trabajo de campo</i>	47
<i>3 Población investigada</i>	52
<i>4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos</i>	53
CAPÍTULO V	
<i>Análisis descriptivo de los resultados de la investigación</i>	59
<i>1 Características socio demográficas de la población investigada</i>	59
<i>2 Características de la historia obstétrica</i>	62
<i>2.1 Paridad y edad del primer embarazo</i>	62
<i>2.2 Conductas de control prenatal</i>	63

<i>3 Nivel de Información de las mujeres en estudio sobre el control del embarazo</i>	69
<i>4 Acceso a los servicios de atención prenatal</i>	74
<i>5 Percepción de la calidad de la atención</i>	76
CAPÍTULO VI	
<i>Esas otras voces tienen nombre propio</i>	79
<i>1 Observación preliminar</i>	79
<i>2 Los cuidados prenatales ausentes o inadecuados en el discurso de las mujeres de sectores populares</i>	79
<i>2.1 Las respuestas de las entrevistadas</i>	79
<i>2.2 Los controles prenatales y la experiencia de la maternidad</i>	85
<i>2.3 La maternidad en condiciones de pobreza</i>	90
<i>2.4 Saber médico saber popular</i>	92
<i>3 Conclusiones</i>	93
CAPÍTULO VII	
<i>Consideraciones finales y recomendaciones</i>	95
<i>1 Escuchar a las otras voces problematización y elucidación</i>	95
<i>2 Recuperar el valor preventivo de la atención prenatal</i>	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	
<i>1 Tipos de controles prenatales por caso</i>	109
<i>2 Fragmentos de entrevistas</i>	113
CUADROS	
<i>I 1 Tasa de mortalidad perinatal en la Argentina</i>	22
<i>I 2 Mortalidad perinatal en la provincia de Buenos Aires 1995-2001</i>	23
<i>IV 1 Evolución de la tasa de mortalidad perinatal según Región Sanitaria de residencia 1991-2001</i>	48
<i>IV 2 Mortalidad infantil y sus componentes según región de residencia Año 2003</i>	49
<i>V 1 Cantidad de mujeres entrevistadas por intervalo de edad</i>	59
<i>V 2 Nivel educativo situación laboral situación de pareja y paridad por intervalo de edad</i>	60
<i>V 3 Edad del primer embarazo</i>	62
<i>V 4 Cantidad de controles prenatales ausentes o inadecuados y de controles prenatales adecuados</i>	64
<i>V 5 Controles prenatales ausentes o inadecuados y controles prenatales adecuados según edad educación y situación de pareja</i>	65
<i>V 6 Tipos de control prenatal en embarazos planificados y no planificados</i>	68

PRESENTACIÓN

La experiencia acumulada a lo largo de los últimos años, permite afirmar que la Maestría en Ciencias Sociales y Salud ha sido una propuesta académica adecuada frente a las necesidades de formación de posgrado en el área de ciencias sociales y salud. Este programa se ha desarrollado desde su nacimiento como un proyecto educativo cuya definición fundacional es la de colaborar con la preparación de profesionales con capacidad de ofrecer una respuesta calificada frente a las transformaciones del sector salud como ante las demandas originadas en los ámbitos decisorios de las políticas sectoriales. Esta orientación de la Maestría se sostiene en la estructura curricular de las materias que conforman el programa así como en el conjunto de profesores con experiencia en la investigación, y en la elaboración y gestión de políticas para el sector.

Con el propósito de fortalecer esa línea de acción, la Maestría obtuvo el apoyo financiero de la Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud (por sus siglas en inglés AHPSR-World Health Organization). Esta contribución posibilitó mejorar las condiciones para el desarrollo de investigaciones de tesis de tal forma que esta publicación es un resultado directo de dicho apoyo.

Los eslabones de la actividad científica y académica que se reforzaron para crear un ambiente más propicio fueron: i) Soporte económico para la realización de los trabajos de campo necesarios para el avance de los proyectos, ii) Intensificación de la actividad de supervisión de tesis iii) Publicación de las tesis distinguidas por los evaluadores.

La iniciativa no solo ha permitido aumentar el número de tesis finalizadas sino que, al mismo tiempo, ha afianzado hábitos y habilidades de investigación entre los estudiantes, ha facilitado la aplicación de mecanismos para la asignación de fondos competitivos de investigación, ha estimulado la investigación empírica de excelencia, ha generado nuevas condiciones para intensificar la dedicación de los docentes a la Maestría, y finalmente, ha abierto canales para vincular investigación y políticas públicas incrementando la interacción entre académicos y actores del sistema de salud.

Mariana Romero
Coordinación Académica
CEDES

Pablo Vinocur
Coordinación Académica
FLACSO

PRÓLOGO

La investigación biomédica atrae una financiación desproporcionadamente más alta que la investigación de las políticas y los sistemas de salud (IPSS). Si tomamos únicamente el financiamiento de IPSS se podrá observar que solo el 5% de estos recursos son gastados en países en desarrollo. Incluso este pequeño monto de dinero es usado principalmente por investigadores de países del norte, que están involucrados en IPSS en países en desarrollo. Esto coloca en el foco de atención el tema de la falta de recursos humanos en los países en desarrollo que estén en condiciones de llevar a cabo investigación de políticas y sistemas de salud.

La Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (Alliance for Health Policy and Systems Research –AHPSR, por sus siglas en inglés) tiene entre sus preocupaciones el insuficiente número de investigadores de IPSS en los países en desarrollo. Una de las estrategias de la Alianza para revertir esta situación es invertir en jóvenes investigadores que trabajen en temas de IPSS. Inicialmente la Alianza apoyó a jóvenes investigadores mediante el otorgamiento directo de pequeños subsidios de investigación para la realización de sus trabajos. Esta estrategia fue posteriormente modificada en el sentido de apoyar el fortalecimiento de la capacidad de investigación, educación y aprendizaje de las instituciones de los países en desarrollo, generando así una inversión que orientará a los jóvenes investigadores hacia las áreas temáticas de IPSS. La Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO) es uno de los 10 programas de enseñanza alrededor del mundo, seleccionados competitivamente para realizar esta tarea.

En este momento, la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO) ha completado exitosamente el proyecto y le ha sido otorgado un segundo subsidio para continuar su buen trabajo en la producción de investigadores de IPSS de alta calidad en la Argentina. La presente publicación es un reflejo del resultado del trabajo que la Maestría ha realizado con el subsidio de la Alianza. El producto del intenso trabajo llevado a cabo por algunos de los estudiantes apoyados por la Alianza puede ser visto en sus tesis.

Una lectura de los trabajos de los estudiantes, uno de los cuales puede ser visto en este volumen, expone el amplio rango de importantes áreas de IPSS que abordan. El estudio de las personas que viven con VIH/SIDA realizado por Gianni plantea vívidamente, en contraste con el modelo biomédico de tratamiento, la importancia del enfoque holístico en el abordaje de los pacientes VIH. Otro estudio trata de la importancia de la escasa utilización de los cuidados prenatales, lo que tiene serias implicancias para la condición de la salud materno-infantil en el país. Este no es solo un problema en Argentina sino un problema significativo de salud en la mayor parte del mundo en desarrollo. En tanto la mayoría de los estudios han puesto la atención sobre las barreras geográficas y económicas para la utilización y los aspectos administrativos de la accesibilidad de los cuidados prenatales, Greco se interesó por examinar la dimensión cultural del embarazo que se pone de manifiesto al momento de solicitar cuidados.

prenatales. El estudio de Greco envía un fuerte mensaje a los planificadores para que replanteen sus planes de salud preventiva, en el sentido de que deberían estructurarlos teniendo en cuenta el marco cultural en el que se encuentran.

El estudio de Kremer sobre el Programa Remediar es un llamado de atención para quien formule políticas. El estudio prueba que un programa bien intencionado y dirigido a facilitar el acceso de los pobres a los servicios de salud, puede no tener éxito si no está adecuadamente concebido y planificado. El estudio de Kremer le plantea a quien toma decisiones de política el dilema de actuar bajo la presión de la compulsión política o bien ensayar respuestas con el auxilio de evidencias. El estudio del Plan Vida, es muy interesante en el sentido que cuestiona la base misma de la atención primaria de salud que ha sido promovida durante décadas, que es la participación comunitaria. El estudio revela que mientras la participación comunitaria ayuda a establecer una red de mujeres y a tratar con los problemas sanitarios, tiene una capacidad limitada para resolver problemas básicos de salud. Lo que el estudio hace, en consecuencia, es plantear que con frecuencia el excesivo énfasis en la participación comunitaria puesto por quienes toman decisiones de política los lleva a ignorar la importancia de la reforma del sistema de salud.

Todos los estudios mencionados son importantes tópicos de IPSS que lidian con aspectos prioritarios de salud en Argentina. Algunos de ellos son, incluso, prioritarios para el mundo en desarrollo. Veo en estos estudiantes una fuerte orientación de ciencias sociales que otros programas de enseñanza carecen. Me satisface advertir que la extensa tradición de investigación en ciencias sociales de CEDES/FLACSO es traducida en un aprendizaje para IPSS. Algunos de los estudios que aquí se presentan se han apoyado fuertemente en métodos cualitativos de investigación lo que es vital para abordar temas como VIH/SIDA.

Confío en que esta publicación tendrá una amplia circulación entre los académicos pero también entre funcionarios gubernamentales y no gubernamentales, de forma tal que los hallazgos sean bien utilizados en los procesos de decisión y de implementación.

Estoy seguro que esta experiencia será útil para otros países de la región así como también para otros becarios de este proyecto. Tengo la esperanza que la experiencia del proyecto sea difundida ampliamente a otras instituciones de enseñanza de postgrado, en general y de los becarios de la Alianza en particular. Creo firmemente que hay gran valor y relevancia en intercambiar aprendizajes, establecer redes y compartir recursos entre instituciones de los países en desarrollo.

C A K. Yesudian, Ph D
Manager
Alliance for Health Policy and Systems Research
World Health Organization

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, la Dra. Edith Alejandra Pantelides, con quien he aprendido tanto, a través de su constante orientación y la paciente lectura de mi trabajo. Al Dr. Ignacio Llovet y a la Dra. Mariana Romero del CEDES - Centro de Estudios de Estado y Sociedad, y a Alliance for Health Policy and Systems Research, por el estímulo y la confianza en esta investigación. A todos los docentes de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud de CEDES-FLACSO, a quienes debo el valioso bagaje de conocimientos y enseñanzas que me nutrieron y guiaron. A Elena Nicoletti, por sus inestimables aportes teóricos. A mis amigos y colegas, que constantemente me apoyaron y alentaron. A mi familia, en especial mi esposo y mi hijo, que me acompañaron siempre, con su infinita y amorosa paciencia, en esas largas y laboriosas horas de concentración y dedicación a mi trabajo. Y, por supuesto, a todas aquellas mujeres que he entrevistado y que, desinteresadamente, han compartido su tiempo y sus experiencias en un momento tan especial como es el embarazo y el inmediato puerperio. Agradezco sincera y afectuosamente a todos ellos, sin los cuales esta investigación no hubiera sido posible.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal adecuado tiene importantes implicancias en la calidad de vida de las mujeres y los niños, contribuyendo a prevenir y tratar oportunamente ciertas complicaciones del embarazo, alteraciones en el desarrollo y la maduración fetal y factores relacionados con la morbi-mortalidad neonatal.

A pesar de los avances registrados en los últimos años, el bajo nivel de control prenatal –es decir, consultas ausentes durante todo el embarazo, o bien insuficientes en calidad y cantidad, en términos de precocidad, continuidad y número de visitas acumuladas–, sigue siendo un problema en varios países en vías de desarrollo, especialmente en aquellos en los que predominan las franjas poblacionales más empobrecidas y, por lo tanto, más vulnerables.

Nuestro país está atravesado por profundas disparidades en las condiciones socio-sanitarias de la población registrándose, en consecuencia, marcadas diferencias en las tasas de mortalidad materna e infantil según las distintas jurisdicciones. Esta situación, sobretodo con respecto a los malos resultados peri y neonatales, es el reflejo de la disímil cobertura de la atención prenatal que reciben las mujeres, especialmente en zonas del interior y en áreas periféricas del conurbano bonaerense.

La literatura sobre la temática de la atención prenatal es vasta y variada. En la gran mayoría de las investigaciones realizadas en nuestro país y en el exterior que han sido relevadas, el eje está puesto predominantemente en asociar el control prenatal inadecuado con la calidad de los servicios de salud de la mujer, o bien con la cuestión de las barreras (esencialmente geográficas y socio-económicas) para el acceso a los mismos. Si bien algunas de estas investigaciones enuncian la importancia de indagar además en los factores psicológicos y socio-culturales de las usuarias de dichos servicios, no profundizan en este aspecto. Pareciera entonces que aun se mantienen abiertos algunos interrogantes relacionados a cuáles serían los factores subjetivos psicológicos y socio-culturales presentes en las conductas prenatales inadecuadas, y en qué medida se relacionarían estos factores con aquellos otros aspectos –más frecuentemente investigados– relativos a calidad y acceso de los servicios de atención prenatal, en particular en el subsector público de salud.

Para comenzar a dar respuesta a estos interrogantes, se ha llevado a cabo una investigación cualitativa, de tipo exploratorio-descriptiva, orientada a indagar esas conductas desde la perspectiva de sus protagonistas, ahondando en sus percepciones y representaciones e intentando articularlas con el contexto social y personal (familiar e intra-subjetivo) en las que estas se construyen y desarrollan. A tal efecto, han sido entrevistadas mujeres en edad reproductiva internadas en el Servicio de Tocoginecología de un Hospital Materno-Infantil, el Hospital "Dr. Oscar Alende" de Ing. Budge, Partido de Lomas de Zamora-, situado en una de las zonas más carenciadas y sanitariamente desfavorables del conurbano bonaerense.

En el primer capítulo de esta investigación, luego de recorrer brevemente las normativas vigentes en diferentes países y en el nuestro en materia de atención prenatal, se subraya la relevancia de los cuidados durante el embarazo resaltando justamente su indudable repercusión en la salud y las posibilidades de supervivencia del recién nacido, como así también en la salud y el bienestar de la madre, en especial en aquellos medios sociales más desventajosos, donde la atención prenatal suele constituir uno de los pocos contactos de las mujeres con los sistemas de salud.

El capítulo siguiente contiene una revisión de los estudios relevados sobre la cuestión de los controles prenatales inadecuados, ello lleva luego a recortar el problema de investigación, cuyo principal objetivo es -como se ha mencionado precedentemente- identificar los factores que, desde la perspectiva de las mujeres de sectores populares, inciden en sus conductas durante el embarazo de manera tal que no consulten al obstetra o lo hagan en forma inadecuada o deficiente.

El marco teórico de esta investigación está desplegado en el tercer capítulo, destinado a ir corriendo el velo de los distintos discursos -filosóficos, médicos, científicos, culturales- que han predominado durante años, siglos, en el proceso de construcción del imaginario social sobre la figura de la mujer y de la madre, lo cual ha desembocado en un proceso de disciplinamiento del cuerpo femenino y silenciamiento de su singularidad, es decir, de esas otras voces, diferentes a las signadas desde la cultura oficial.

El cuarto capítulo desarrolla la estrategia metodológica empleada aquí, describiendo el lugar geográfico seleccionado, las características de la población investigada y los instrumentos utilizados para el proceso de recolección de los datos. La técnica privilegiada ha sido la entrevista semi-estructurada, a fin de promover narraciones espontáneas y relatadas por las protagonistas en sus propias palabras.

En el quinto capítulo se despliega el análisis descriptivo de los resultados de la investigación, destacando fundamentalmente los tipos de conductas de control prenatal observadas en la población seleccionada (en base a la categorización establecida en el capítulo IV). Completan este capítulo los análisis referidos al nivel de información de las entrevistadas sobre la utilidad y características del control del embarazo, al acceso y utilización de los servicios de salud para la atención prenatal de parte de estas mujeres y a su percepción sobre la calidad de dicha atención.

Luego de comprobar -a través de lo observado en esos resultados- que en las conductas en estudio incidirían otros factores que exceden el campo de las meras determinaciones socio-económicas, educacionales y de accesibilidad y calidad de la atención, se profundiza en el análisis de los aspectos socio-culturales e intra-subjetivos implicados en ellas, este análisis se desarrolla en el capítulo siguiente, donde -justamente, afinando la escucha- asoman esas otras voces.

En el laborioso trayecto recorrido en esta investigación -cuyas consideraciones finales están contenidas en el último capítulo-, lo más valioso y fascinante ha sido el renovado encuentro con cada una de las protagonistas que, expresando siempre más de lo que dicen, finalmente nos han hablado tanto, porque -inadvertidamente- han hablado sobre sí mismas, poniendo en escena sus singularidades, con la maternidad como telón de fondo. Una maternidad muchas veces tironeada entre el deseo y el deber -entendido como el "deber ser madre" y "como se debe ser madre"-, producto en general de los mandatos sociales, familiares y del discurso médico que suelen ser, en definitiva, los mandatos de la cultura predominante.

Una de las aspiraciones de esta investigación es que sus resultados contribuyan a recuperar en toda su dimensión el valor preventivo de los cuidados prenatales, tanto desde el punto de vista sanitario como social. Queda claro que ello solo será posible si, además de escuchar lo que dicen esas mujeres, reorientamos nuestras prácticas y les conferimos a sus decires el poder de decisión que, por derecho, les corresponde tener sobre su salud y sobre su propia vida. Seguramente, queda por andar el camino más difícil, porque para re direccionar nuestro saber y nuestro quehacer profesional, se necesita mucho más que buenas intenciones prolijamente enunciadas en normativas, leyes y programas.

CAPITULO I

El control prenatal ausente o inadecuado un problema vigente que demanda atención

1. Normativas nacionales e internacionales de la atención prenatal

La provisión de atención especial a las mujeres durante el embarazo en los servicios públicos de salud tiene un desarrollo relativamente tardío en el terreno de las prácticas obstétricas. Recién alrededor de 1930 -esto es, casi 30 años después del comienzo de la atención normatizada del parto- el Reino Unido decidió ofrecer los chequeos regulares durante el embarazo como una parte integral de la atención materna¹.

En los años subsiguientes se llegó a reconocer universalmente el potencial de los cuidados prenatales para mejorar los resultados de salud de la madre y el recién nacido, a tal punto que el completo acceso de todas las mujeres a la atención prenatal ha sido incluido entre las metas a alcanzar en numerosas conferencias internacionales, como por ejemplo "The World Summit for Children" en 1990, "The International Conference on Population and Development" en 1994, "The Fourth World Conference on Women" en 1995 y "The United Nations General Assembly Special Session on Children" en el 2002 (OMS-UNICEF, 2003).

Actualmente los países industrializados y aquellos en vías de desarrollo cuentan con sus propias normativas y programas para la atención de las mujeres durante el embarazo, observándose que en muchos de ellos las pautas han sido elaboradas dentro del marco teórico de la medicina basada en la evidencia. En Canadá, por ejemplo, el cuidado prenatal se aborda desde este enfoque², implementando prácticas de atención centradas en la familia -"The Family-Centred Maternity and Newborn Care"- (Health Canada, 2000).

¹ Este dato histórico aparece en un documento relativamente reciente de la OMS (OMS-UNICEF 2003), en el que se explica que esa decisión del Reino Unido obedeció al hecho de haber observado que mientras la muerte materna debida a sepsis puerperal, hemorragia y parto obstruido haba declinado sustancialmente durante los primeros años del siglo XX, este no era el caso de las muertes asociadas con eclampsia. Se suponía en ese entonces que estas últimas se podían prevenir tempranamente durante el embarazo mediante intervenciones destinadas a medir y reducir la presión arterial e identificar mujeres en riesgo de convulsiones. En relación con este punto cabe mencionar que el alcance preventivo de los controles prenatales es un tema en el que no todos acuerdan (lo cual se desarrolla más en detalle, en el segundo apartado de este capítulo). Por su parte Dodd, Crowther y Robinson (2002) destacan que la introducción de los cuidados prenatales -en 1913 se atribuye a Baillantine en la Universidad de Edimburgo, pero fue en 1930 cuando creció el énfasis en entrenar a los profesionales de la salud en los cuidados prenatales, estimulando a su vez a las mujeres a atenderse durante el embarazo.

² Con los lineamientos proporcionados por "The Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Database".

Estas practicas implican la oferta de una atencion individualizada, segura y proporcionada por personal capacitado, en el contexto de un proceso complejo multidimensional y dinamico, capaz de responder a las necesidades fisicas emocionales y psicosociales de cada mujer y su familia

Los principios fundamentales de esta modalidad de atencion son básicamente los siguientes

- La posibilidad de optar en base a la informacion obtenida
- La continuidad de la atencion
- La atencion basada en la evidencia
- El respeto por las individualidades

Con respecto al numero y frecuencia de las consultas prenatales, este texto canadiense enfatiza que las mismas deberian determinarse en base a las necesidades fisicas y psicosociales de cada mujer y su hijo por nacer, destacando que hasta ahora, el cronograma de visitas se ha basado mas bien en decisiones arbitrarias y tradicionales que en la evidencia

No obstante alli se recomienda seguir el esquema propuesto por la Sociedad de Obstetras y Ginecologos de Canada, segun el cual despues de la consulta prenatal inicial la mujer sin riesgo identificable deberia concurrir cada 4 a 6 semanas antes de las 30 semanas de gestacion, luego, cada 2-3 semanas y, despues de las 36 semanas, cada semana o cada 2- hasta el momento del parto

En la visita inicial de la atencion prenatal se incluyen una serie de componentes esenciales, tales como la confeccion de una historia clinica prenatal, el relevamiento de la historia personal de la paciente el examen fisico general, los pedidos de estudios de diagnostico y de laboratorio, asesoramiento en general y la orientacion sobre los recursos comunitarios y las opciones de atencion disponibles

Se recomienda asimismo realizar un diagnostico inicial sobre el estado de salud de la madre y el feto y sobre el riesgo potencial de que ambos puedan desarrollar alguna complicacion, de modo tal que pueda proveerse una atencion adecuada durante el embarazo³ Se enfatiza que esta evaluacion debe ser realizada por un profesional entrenado, capaz de estar efectivamente al tanto del estado de salud de la mujer, de las probables complicaciones y riesgos que puedan presentarse y de los recursos regionales y locales en salud

En el Reino Unido (Clinical Guideline 6, 2003) se propone una atencion centrada en la capacidad de las mujeres para tomar sus propias decisiones relativas a los cuidados prenatales, tambien desde un enfoque de la medicina basada en la evidencia

³ En este punto se desestima el empleo de un sistema de clasificacion generalizado en términos de bajo, mediano y alto riesgo, en razon de que la evidencia existente al respecto ha demostrado que tales instrumentos suelen tener un pobre valor predictivo

Dentro de este marco, se propone un esquema de consultas basado en las necesidades de cada caso, recomendando 10 visitas para una mujer nulipara con un embarazo no complicado y 7 para el caso de una mujer que ya ha tenido uno o más hijos y que tampoco presenta signos de eventuales complicaciones

En la primera consulta, se sugiere ofrecer a la mujer embarazada la información relativa a los servicios de atención prenatal disponibles, estilos de vida recomendables, las pruebas de diagnóstico previstas (aclarándole su derecho a aceptar o rechazar realizarlas). Se propone asimismo establecer un sistema claro de referencia para la mujer embarazada que requiera atención especial, en caso de que se detecte cualquier problema o complicación

Se enfatiza que la atención prenatal debería ser rápida y fácilmente accesible a todas las mujeres, en forma acorde a las necesidades de cada una y de su comunidad, favoreciendo un clima que les posibilite hablar y discutir sobre problemas sensibles, tales como violencia doméstica, abuso sexual, padecimientos psiquiátricos y consumo de drogas ilegales

En el ámbito de los países latinoamericanos, el Ministerio de Salud de Chile difundió recientemente una guía de control prenatal (MINSAL / CEDIP, 2003), elaborada en base al nuevo modelo de atención prenatal propuesto por la OMS (2002 a), a partir de un estudio multicéntrico randomizado realizado en 4 países de distintos continentes⁴

En este nuevo modelo se recomienda identificar, en la primera visita, a las embarazadas de bajo riesgo (a las que se les ofrece un control de rutina) de aquellas que pueden necesitar una atención especializada y deben ser derivadas a los centros de salud correspondientes. Para las mujeres del primer grupo se propone un cronograma de 4 consultas, sugiriendo que se realicen solo los exámenes y las pruebas que han demostrado ser efectivas y beneficiosas⁵

Dentro de este marco, la normativa chilena enfatiza la importancia de llevar a cabo un control prenatal efectivo, es decir, basado en intervenciones destinadas -en líneas generales- a

- La detección de patologías
- La consejería y las actividades de promoción de la salud (relativas a nutrición, evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas, lactancia materna y planificación familiar)
- Preparación para el parto
- Capacidad de responder en forma adecuada y oportuna ante complicaciones

⁴ Este estudio se llevó a cabo entre 1996 y 1998 en centros de salud de Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia. Además, la OMS realizó en el 2001 una revisión sistemática de las investigaciones clínicas aleatorizadas con la que evaluó la efectividad de los distintos modelos de control prenatal (OMS 2002 a)

⁵ En un reciente informe la OMS concluyó que "en la práctica clínica se pueden introducir los modelos con un número reducido de visitas prenatales sin riesgo de consecuencias adversas para la mujer o el feto neonato tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo" (OMS 2003 b)

Nuestro país dentro de los lineamientos básicos generales establecidos desde los organismos internacionales⁶ ha reformulado la normativa sobre control prenatal que regía desde 1993, elaborando -en el 2001- una "Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal" sustentada al igual que Chile y otros países de Latinoamérica en los preceptos de la medicina basada en la evidencia.

En esa Guía se define el control prenatal como "la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza" (Ministerio de Salud de la Nación 2001, 7). Debe ser precoz (efectuado en el primer trimestre de gestación), periódico (con una frecuencia acorde al nivel de riesgo), completo y de amplia cobertura⁷.

Dicha normativa -relativa al control prenatal y también al cuidado preconcepcional- enfatiza la importancia de la promoción y la protección de la salud de la mujer orientadas fundamentalmente a:

1) La prevención de algunas enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B⁸, rubéola, toxoplasmosis, virus de inclusión citomegálica, tétanos, sífilis, enfermedad de Chagas e infecciones buco-dentales).

2) El control de enfermedades crónicas (hipertensión crónica, diabetes mellitus, anemia, carcinoma de mama, carcinoma cervical y tumores de ovario).

3) El asesoramiento para reducir defectos congénitos (prevención de defectos del cierre tubo neural con suplementación de ácido fólico en la etapa preconcepcional y durante el primer trimestre⁹ y orientación en mujeres de edad avanzada, con antecedentes de niños afectados en embarazos previos, antecedentes familiares de enfermedad genética, exposición a tóxicos ambientales y mujeres con características étnicas especiales).

4) La orientación sobre hábitos y estilos de vida perjudiciales (nutrición inadecuada, consumo de medicamentos teratogénicos, de tabaco, de alcohol y de drogas, aspectos laborales y ambientales como la realización de trabajos pesados y el contacto con plaguicidas, solventes orgánicos, material radioactivo y otras sustancias tóxicas), reforzando en cambio la importancia de adoptar estilos de vida saludables.

⁶ En especial los lineamientos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP - OPS/OMS).

⁷ En relación con este aspecto el documento especifica que "en la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbimortalidad perinatal" (Min. de Salud de la Nación 2001: 8).

⁸ El documento subraya en este punto que "aproximadamente entre el 70% al 80% de los neonatos infectados son portadores crónicos de antígenos HB. Además la infección fetal se asocia con prematuridad y niños pequeños para su edad gestacional" (Min. de Salud de la Nación 2001: 4).

⁹ Esta práctica protege al embrión de padecer estos defectos en un 72% de los casos.

Las recomendaciones y practicas normatizadas en este documento se enmarcan en un abordaje basado en el llamado "enfoque de riesgo" segun el cual "no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros" Ello establece por lo tanto una diferencia en los niveles de cuidados necesarios para cada mujer, que van desde "un minimo para las mujeres de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño hasta un maximo necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo" (Ministerio de Salud de la Nacion 2001: 16)

En la presente normativa se enumeran los siguientes factores de riesgo

1) Caracteristicas individuales o condiciones socio demograficas desfavorables

- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años
- Ocupacion: esfuerzo fisico, carga horaria, exposicion a agentes fisicos quimicos y biologicos, estres
- Desocupacion personal y/o familiar
- Situacion inestable de la pareja
- Baja escolaridad
- Talla baja
- Peso menor de 45 Kg
- Dependencia de drogas ilicitas y abuso de farmacos en general

2) Historia reproductiva anterior

- Muerte perinatal en gestacion anterior
- Recien nacido con peso al nacer menor de 2500 grs o igual o mayor de 4000 grs
- Aborto habitual
- Cirugia uterina anterior
- Hipertension
- Nuliparidad o multiparidad
- Intervalo intergenesico menor de 2 años

3) Desviaciones obstétricas en el embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal, numero de fetos o del volumen del liquido amniotico
- Ganancia de peso inadecuado
- Amenaza de parto de pretermino o gestacion prolongada
- Pre-eclampsia
- Hemorragias durante la gestación
- Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilizacion
- Obito fetal

4) Enfermedades clínicas

- Cardiopatías
- Neuropatías
- Nefropatías
- Endocrinopatías
- Hemopatías
- Hipertensión arterial
- Epilepsia
- Enfermedades infecciosas
- Enfermedades autoinmunes
- Ginecopatías

En cuanto al número de consultas el Ministerio de Salud de la Nación recomienda reducir el número de visitas a 5 para las mujeres embarazadas de bajo riesgo perinatal, en base a lo propuesto por el CLAP OPS/OMS en estudios realizados en la década del 90 (respaldado posteriormente por los criterios desarrollados en el estudio clínico multicéntrico controlado realizado por la OMS, mencionado anteriormente)

Propone, por lo tanto, incluir la mayor cantidad de prácticas de control prenatal en cada consulta con la finalidad de reducir "al mínimo útil" el número de controles necesarios, en base al siguiente esquema

1ra Visita	Antes de las 20 semanas de gestación
2da Visita	Entre las 22 y 24 semanas de gestación
3ra Visita	" las 27 y 29 " " " "
4ta Visita	" las 33 y 35 " " " "
5ta Visita	" las 38 y 40 " " " "

Las prácticas recomendadas para el embarazo de bajo riesgo son en líneas generales, las siguientes: determinación de la edad gestacional, determinación del grupo sanguíneo y del factor Rh, confirmación de la existencia de vida fetal, evaluación nutricional de la embarazada (medición de peso y talla, evaluación de la ganancia de peso materno durante la gestación, detección de anemia, suplementación con hierro y ácido fólico, etc), medida de la altura uterina para el seguimiento del crecimiento fetal, control de la presión arterial, detección de infecciones (infecciones del tracto genital, bacteriuria asintomática, enfermedades de transmisión sexual -entre ellas, sífilis, hepatitis B y VIH) detección de diabetes gestacional y diagnóstico de la presentación fetal. También se sugiere incluir en el proceso de atención prenatal la promoción de la lactancia materna y considerar los aspectos emocionales, culturales y sociales de la maternidad, en especial en el caso de "madres primíparas, adolescentes, sin pareja o en extrema pobreza" (Min. de Salud de la Nación, 2001, 34)

Finalmente, se recomienda asesorar a las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma tales como

- Actividad uterina aumentada para la edad gestacional
- Perdida de sangre y/o liquido amniotico por genitales externos
- Cefaleas, trastornos visuales, emesis
- Hipertermia persistente
- Ausencia de movimientos fetales por mas de 24 hs

La normativa indica la confeccion de una completa anamnesis que debiera ser volcada en la Historia Clinica Perinatal Base (la cual a su vez integrara el Sistema Informatico Perinatal, ampliamente utilizado en la Argentina desde su normatizacion oficial en 1993)¹⁰

En el ambito de la Provincia de Buenos Aires, el abordaje del control prenatal esta contemplado dentro del "Subprograma de Perinatologia, Salud Reproductiva y Sexual y Lactancia Materna", integrante del Programa Materno infantil del Ministerio de Salud provincial

Los objetivos de este Subprograma son¹¹

- 1) Mejorar la calidad y calidez de la atencion de la salud reproductiva y sexual de la pareja y el niño recién nacido promoviendo la incorporacion de prácticas en los servicios de salud que favorezcan la lactancia materna
- 2) Articular redes de servicios de salud para la optima atencion perinatal
- 3) Promover el autocuidado de la mujer para la optima atencion perinatal
- 4) Promover condiciones optimas para el inicio de la vida, con especial enfasis en el apoyo del vinculo madre hijo
- 5) Controlar la aplicacion delCodigo Internacional de Comercializacion de Sucedaneos de la leche materna

Por resolucion ministerial, tambien en el ambito de la provincia de Buenos Aires -en todas las instituciones donde se realiza asistencia prenatal- se utiliza la Historia Clinica Perinatal Base desarrollada por el CLAP y sus formularios complementarios, al igual que la Libreta Sanitaria Materno-Infantil¹²

2. La atención durante el embarazo y su relevancia en el ámbito de la salud materno-infantil

En lineas generales, las investigaciones y publicaciones cientificas relativas al tema habitualmente asocian una atencion prenatal adecuada con una mejor calidad de vida de los niños y sus madres (Martinez-Gonzalez, Reyes-Frausto y Garcia-Peña, 1996), enfatizando su valor preventivo en relacion a las complicaciones del embarazo y del parto y, fundamentalmente, a los factores de morbi-mortalidad perinatal -en especial prematuridad y bajo peso al nacer-

¹⁰ Este sistema fue oficialmente publicado en la "Propuesta Normativa Perinatal" (Dir. Mat. Inf. MINSA 1993)

¹¹ Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. www.ms.gba.gov.ar

¹² Resolución Ministerial N° 426/97 "Implementando un Sistema de Información Perinatal" Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata. 23 de enero de 1997

Específicamente con respecto a la morbi-mortalidad perinatal¹³, varios investigadores desde un enfoque basado en la determinación de los "factores de riesgo", han hallado una asociación significativa entre bajo peso al nacer¹⁴ y pobre control prenatal¹⁵, juntamente a la presencia de otros factores -tales como la amenaza de parto pretermino, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, los embarazos múltiples y el consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, etc.), asignándole a cada uno diferentes niveles de incidencia (Ortiz, 2001, Cabrales Escobar, Saenz Darias, Grau Espinosa et al, 2002¹⁶, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2003, Matijasevich, Barros, Diaz-Rossello et al, 2004)¹⁷.

En tal sentido, algunos de estos autores (Cabrales Escobar, Saenz Darias, Grau Espinosa et al, 2002) han destacado justamente que el bajo peso del niño al nacer es uno de los indicadores más útiles para ponderar la calidad del control prenatal recibido por la madre y evaluar sus resultados, subrayando el lugar primordial que ocupa el bajo peso entre las causas de mortalidad perinatal y de varias patologías en el periodo neo y post-natal. De hecho, el bajo peso al nacer es uno de los principales factores que incide en la morbi-mortalidad infantil, principalmente en los países en desarrollo, donde los recién nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos presentan 40 veces más probabilidad de morir en el periodo neonatal en comparación a los que tienen un peso mayor (CLAP-OPS/OMS, 2001).

Varios estudios han enfatizado, por lo tanto, la necesidad de mejorar y ampliar la cobertura de los cuidados prenatales junto a otros factores como por ejemplo la detección de infecciones y patologías durante el embarazo y la atención neonatal especializada, para disminuir los índices de mortalidad perinatal (Jaramillo Arias Palomino Pasmíño de Osorio y Pinzon, 2001, Ticona Rendon, Huanco y Gonzales, 2004, Rodriguez Cardenas Velazco Boza y Eunice Mensah, 2004)¹⁸.

¹³ Muerte perinatal es la muerte acaecida en el periodo per natal que comienza a las 22 semanas completas de gestación (154 días) y corresponde a la muerte de un feto cuyo peso es de 500 gramos o más sumada a la muerte de recién nacidos antes de cumplir los primeros 7 días completos de vida (CIE 10ma Revision OMS 1993).

¹⁴ La OMS define bajo peso al nacer todo peso menor a 2.500 gramos con el que nacen los bebés independientemente de su edad gestacional.

¹⁵ Tipificado en algunos de estos estudios como menos de tres controles realizados durante la gestación.

¹⁶ Estos autores señalan que solo la consulta prenatal "extemporánea" (realizada más de 15 días después del primer control prenatal) constituyó un riesgo significativo.

¹⁷ No obstante, en un estudio anterior (Rosell Juarde Domínguez Basulto Casado Collado y Ferrer Herrera 1996) se había concluido que "la calidad de la atención prenatal" al igual que otros factores como por ejemplo "los antecedentes obstétricos adversos" y "las afecciones agregadas" no se comportaron como factores de riesgo de bajo peso al nacer.

¹⁸ Jaramillo Arias Palomino Pasmíño de Osorio y Pinzon (2001) enfatizan especialmente el valor de confeccionar una detallada y completa historia clínica prenatal para la adecuada detección de los factores de riesgo. Asimismo Ticona Rendon, Huanco y Gonzales (2000) destacan la "relación inversa" existente entre mortalidad per natal y número de controles prenatales.

También con respecto a la prematuridad algunos autores establecieron que el control prenatal inadecuado, en términos de bajo número de consultas es un factor de riesgo (Bolzan, Guimarey y Norry 2000). Por su parte Goldstein Sandoval y Zaglul Matta (2001) destacan la fuerza de la asociación entre la prematuridad y el número de consultas prenatales¹⁹ entre otros factores subrayando que sus resultados coinciden con investigaciones anteriores²⁰.

En este punto cabe destacar que a nivel mundial (aunque con variaciones de una región a otra), los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas forman parte de las principales causas de muerte en los recién nacidos, principalmente durante la primera semana de vida. Asimismo los niños que nacen prematuramente o con bajo peso, si sobreviven, presentan frecuentemente trastornos del desarrollo cognitivo y tienden a ser más vulnerables a las enfermedades en las etapas posteriores de la infancia (OMS, 2005-b).

Otro de los aspectos a tener en cuenta en el ámbito de la morbi-mortalidad perinatal es la relevancia de prevenir, detectar y tratar infecciones durante la atención prenatal, en especial la sífilis y la infección por VIH. Según Reyes-Gómez, Carbajal Rodríguez, López Cruz et al. (1999), la ausencia de control prenatal es un factor determinante para que haya más casos de sífilis congénita. Durante la gestación, la infección se puede transmitir en forma vertical de madre a hijo, produciendo la muerte intraútero en el 25% de los embarazos, y mortinatos o mortalidad neonatal en el 25% de los recién nacidos infectados. Las secuelas postnatales son sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas (Reyes Gómez, Carbajal Rodríguez, López Cruz et al. 1999, Valderrama, Zacarías y Mazin 2004).

En relación a la infección por VIH, el último informe de la OMS refiere que, si bien las tasas de mortalidad han sido menores, hasta ahora, en el período neonatal que en el post neonatal los hijos de mujeres VIH positivas tienen más probabilidades de nacer prematuramente, de presentar un índice de Apgar bajo y de tener muy bajo peso al nacer (OMS, 2005 b).

Con respecto al tema de las complicaciones obstétricas, varios autores han observado un mayor riesgo de padecerlas en aquellas madres que no han tenido un buen control prenatal (Pavon Leon, Gogea-coechea-Trejo, Duran González y Becerra-Aponte, 2003). En esta línea de investigación, se ha destacado asimismo

¹⁹ Los autores determinaron la siguiente fuerza de la asociación: en orden descendente: embarazo gemelar, antecedente de parto prematuro, hipertensión arterial previa, ruptura prematura de membranas, control prenatal, índice de desarrollo social.

²⁰ Las investigaciones mencionadas por estos autores son las siguientes: a) Barros H, Tavares M y Rodríguez T. (1996) "Role of prenatal care in preterm birth and low birthweight in Portugal" *Journal of Public Health Medicine* Vol. 18 pp. 321-328. b) Gómez Olmo M, Oelgado Rodríguez, M y Bueno Cavanillas A. (1996) "Prenatal care and prevention of preterm birth: a case-control study in Southern Spain" *European Journal of Epidemiology* Vol. 12 pp. 37-44.

que una adecuada cobertura de la atención durante el embarazo permite la detección y el manejo oportuno de los factores de riesgo obstétrico, con el consecuente impacto positivo en la morbi-mortalidad materna e infantil (Herrera, 2002)

No obstante, en un gran número de investigaciones científicas emprendidas en la última década se relativiza el valor predictivo exclusivo de la atención prenatal en relación a las principales causas de morbi-mortalidad materna

Según estas publicaciones, si bien los cuidados prenatales permiten detectar y tratar afecciones crónicas (como la anemia, la diabetes y la hipertensión), no ayudan en sí mismos a predecir la mayoría de las emergencias obstétricas (Ransom y Yinger, 2002, 12-13), por lo que "han mostrado ser más beneficiosos para los resultados neonatales que para las mujeres" (Ramos, Romero, Karolinski et al., 2004, 27). De hecho, desde esta perspectiva se subraya que el abordaje de riesgo, empleado para identificar a las mujeres más propensas a presentar serias complicaciones, ha demostrado tener solo una efectividad limitada, puesto que muchas gestantes que no tenían aparentemente factores de riesgo desarrollaron complicaciones mientras que, por el contrario, aquellas que sí fueron identificadas como de riesgo llegaron al parto sin problemas²¹ (OMS/UNICEF, 2003)

Aun así, a pesar del escaso efecto directo de la atención prenatal en la reducción de la morbi-mortalidad materna, no hay duda de que un efectivo control durante el embarazo incide positivamente en los resultados perinatales (contribuyendo a un desarrollo saludable en la infancia) y aporta significativos beneficios para el bienestar y la salud de las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en países en vías de desarrollo, donde la atención del embarazo cumple un importante papel de "soporte social" (Sanchez-Perez, Ochoa-Diaz Lopez, Garcia-Gil y Martin-Mateo, 1997) al constituir uno de los pocos contactos de las mujeres con los sistemas de salud (Ransom y Yinger, 2002, 12-13, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004, cap 7)²²

Entre los beneficios que otorga una adecuada atención prenatal, los principales informes referidos al tema (Ransom y Yinger, 2002, 12-13, OMS/UNICEF, 2003, Bhutta, Darmstadt y Ransom, 2003, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004, cap 7) destacan fundamentalmente los siguientes

-La detección y el tratamiento de la anemia, apuntando a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada (con suministro de ácido fólico, hierro y yodo)

-La detección y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual -entre otras²³-, para prevenir principalmente la transmisión vertical del VIH y la sífilis

²¹ Estas comprobaciones llevaron a reenfocar los programas de salud materna apuntando a garantizar el completo acceso de las mujeres a la atención calificada en el momento del parto que es donde la mayoría de las muertes maternas se producen asegurando una adecuada cobertura de las emergencias obstétricas

²² "En la Argentina, muchas mujeres especialmente las adolescentes ciertas minorías y mujeres de condición socioeconómica baja reciben su primer examen integral de salud durante el control prenatal" (Ministerio de Salud de la Nación 2001 7)

²³ Los informes mencionados recomiendan puntualmente la prevención y tratamiento de la malaria en los países en los que esta es endémica

-La oportunidad de informar a cada mujer sobre los signos y síntomas de eventuales complicaciones y sobre los riesgos durante el parto, orientando hacia una atención del parto asistido por personal capacitado²⁴

-La posibilidad de asesorar sobre planificación familiar, contribuyendo a evitar embarazos indeseados y alertando sobre el riesgo de los intervalos intergenésicos cortos (reconocido como un factor relevante para la supervivencia perinatal)

La oportunidad de asesorar sobre lactancia materna y planificación familiar y de promover estilos de vida saludables (Ransom y Yinger, 2002, 12-13, OMS, 2005 a)

La posibilidad de detectar los casos de mujeres que sufren violencia en el hogar y derivarlas a los centros capacitados para proporcionarles la ayuda apropiada (Ransom y Yinger, 2002, 12-13)²⁵

3. El problema de las consultas prenatales ausentes o inadecuadas

Según el último informe de la OMS, a pesar de los avances realizados a nivel mundial relativos a "ampliar la accesibilidad y garantizar al menos una consulta prenatal", todavía en varios países "la proporción de mujeres que alcanzan el mínimo recomendado de cuatro consultas es demasiado baja" y "la primera consulta suele producirse en una etapa avanzada del embarazo" (OMS, 2005 a, 45-46)

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación ha destacado que en el 2001, si bien en el subsector público el 78% de las embarazadas han realizado alguna visita de control prenatal muchas de estas consultas "no reúnen los requisitos aceptables en cuanto a su precocidad, cantidad, distribución, integralidad y calidad" y "solo el 30 % de los controles se inicia precozmente", es decir, durante el primer trimestre de embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2001, 4)

En la provincia de Buenos Aires, a pesar del incremento que se ha producido en los años anteriores con respecto a la captación precoz de embarazadas, los últimos valores registrados (13,9% de las embarazadas captadas en el primer trimestre) "se encuentran muy por debajo de lo esperable", según se consigna en el Programa Materno provincial²⁶

Se estima que esta situación debe haber empeorado en los últimos años, en el contexto del progresivo aumento de los niveles de pobreza y desempleo y, paralelamente, *del considerable deterioro de la atención en el sub-sector público de salud*

²⁴ A diferencia de lo que ocurre en otros países en vías de desarrollo - en nuestro país más del 98% de los partos ocurren en centros de salud (Min. de Salud de la Nación, 2001)

²⁵ La violencia doméstica es un factor relevante en la salud materno infantil ya que el maltrato físico puede provocar la pérdida del embarazo - precipitar el parto antes de término o de un bebé de bajo peso - además del impacto negativo que tiene sin duda en la salud mental de las mujeres (Valdez-Santiago et al., 2004)

²⁶ En el capítulo "Lineamientos y Estrategias 1997 - 2000"

(especialmente en el ámbito de la provincia de Buenos Aires), donde se conjugan negativamente un significativo aumento de la demanda (debido al incremento de la pobreza y al quiebre del sistema de seguridad social) y un nivel preocupante de desabastecimiento de insumos. Este progresivo deterioro de la situación socio-económica general y, concomitantemente, de la oferta de los servicios públicos de salud, sin duda debe haber repercutido muy desfavorablemente en el estado de salud de las mujeres y sus hijos, en especial en los sectores sociales más vulnerables.

En este contexto, cabe destacar asimismo el impacto negativo del control prenatal inadecuado en relación a la problemática de la transmisión vertical del VIH/SIDA. La transmisión vertical es la vía predominante de infección por VIH en los niños, representando el 95% de los 1 379 niños enfermos notificados al 31 de junio del 2001 y el 6,9% del total de personas con SIDA en nuestro país (Ministerio de Salud de la Nación, 2001). Los riesgos de infección perinatal por VIH se reducen y se evitan administrando el tratamiento preventivo pertinente a la mujer embarazada seropositiva (profilaxis fetal y neonatal antirretroviral y suspensión de la lactancia), para lo cual es fundamental una atención prenatal precoz que incluya orientación y la administración de pruebas de detección de VIH (Scandizzo, Litrenta y Corazza, 2005).

En un análisis de la situación de la mortalidad materno-infantil en Latinoamérica y el Caribe, el CLAP-OPS/OMS destaca que, si bien la mortalidad infantil ha evidenciado una mejora en los últimos 25 años, la mortalidad perinatal sigue siendo muy alta (mostrando similar tendencia a las cifras de mortalidad materna, que también permanecen altas en la región). Agrega que es muy preocupante además el nacimiento anual de 1,7 millones de bebés con retardo en su crecimiento fetal quienes, en su mayoría, tendrán comprometido su crecimiento físico y su desarrollo intelectual (CLAP-OPS/OMS, 2003).

Con respecto a nuestro país, la OPS refiere que "dos tercios de las muertes infantiles en Argentina son neonatales" y que en el año 2000, "6 de cada 10 muertes de recién nacidos podían haberse evitado con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y tratamiento precoz" (OPS, 2003, 1).

En relación a las tasas de mortalidad perinatal y neonatal, las últimas cifras disponibles, correspondientes al año 2002, son las siguientes:

Cuadro 11
Tasa de Mortalidad Perinatal en la Argentina

	Tasa de Mortalidad Perinatal ²⁷	Tasa de Mortalidad Neonatal ²⁸
República Argentina	17.3	11.3
Cdad. de Buenos Aires	8.6	6.4
Prov. de Buenos Aires	14.9	10.0

Fuente: Indicadores Básicos 2004, Ministerio de Salud de la Nación - OPS

²⁷ Como se ha especificado anteriormente, la mortalidad perinatal es la que ocurre en el período perinatal que comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación y finaliza a los 5 días completos posteriores al nacimiento.

²⁸ La mortalidad neonatal es la mortalidad infantil que ocurre en los primeros 28 días de vida.

Comparada con la mortalidad neonatal (e inclusive con la tasa general de mortalidad infantil del país, que es de 16,8), el índice de mortalidad más elevado -a nivel nacional- corresponde al período perinatal. Asimismo, comparando lo que sucede en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano, las mayores tasas se registran en este último²⁹, tanto para la mortalidad perinatal como para la neonatal.

Específicamente en relación a la provincia de Buenos Aires, la evolución de la mortalidad perinatal hasta el 2001 (como puede observarse a continuación) registra una progresiva disminución pero según las posteriores mediciones citadas precedentemente-, la mortalidad perinatal en el conurbano retrocedió lamentablemente a los índices registrados hace ya diez años.

Cuadro 1.2
Mortalidad Perinatal en la Provincia de Buenos Aires 1995-2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tasa de Mortalidad Perinatal	15,7	15,7	14,5	14,3	14,9	12,7	12,5

Fuente: Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

En razón de su indudable repercusión en el nivel de salud materna y en los índices de morbi-mortalidad perinatal, el bajo nivel de control prenatal -ya sea por ausencia de controles durante todo el embarazo, por número de consultas insuficientes o por escasez de controles precoces- resulta ser un problema gravitante en el campo de la salud pública, especialmente en las jurisdicciones más empobrecidas del país, incluidos ciertos sectores del conurbano bonaerense.

Esta situación sugiere -en consecuencia- la relevancia y la conveniencia de investigar en profundidad cuáles serían los factores que estarían implicados en las conductas de control prenatal inadecuado, contribuyendo así a la planificación e implementación de intervenciones efectivas que permitan elevar los actuales niveles de salud de las mujeres y los niños.

²⁹ No obstante, cabe destacar que los índices más elevados de todo el país se registran en las provincias de Tucumán (28,8) y Misiones (28,0).

CAPITULO II

El problema de investigación

1 Antecedentes de estudios sobre atención prenatal

En la literatura relevada desde la segunda mitad de la década del 90 hasta la fecha se ha observado que las investigaciones sobre una inadecuada utilización de los servicios de atención prenatal provienen predominantemente de la esfera de países en vías de desarrollo. En la mayoría de estos estudios el eje está puesto predominantemente en el análisis de la calidad de los servicios de atención prenatal o bien en la problemática de las barreras geográficas socio económicas y culturales para el acceso a los mismos, destacando que los bajos niveles de consultas prenatales se verifican en los contextos socio económicos más desventajosos.

Desde este enfoque y dentro del abanico de investigaciones realizadas en Latinoamérica López y Tamargo (1995) han observado en un relevamiento realizado en diferentes zonas de nuestro país a mediados de los 90 que la condición de pobreza influye desfavorablemente en la adopción de conductas preventivas ya que existen diferencias en la cantidad de controles prenatales que favorecen a las mujeres mejor educadas y menos pobres, es decir que aquellas con menores recursos, menor nivel de instrucción y menor índice de cobertura en salud ingresan más tardíamente al control prenatal.

En una investigación realizada en un hospital general del Instituto Mexicano del Seguro Social uno de cuyos objetivos fue medir la asociación de los factores socio económicos, culturales, demográficos y de los servicios de salud con la utilización adecuada de la atención prenatal en mujeres embarazadas Martínez González, Reyes Frausto y García Peña (1996) refirieron los siguientes resultados:

Si bien las barreras de acceso a los servicios de salud no se relacionaron significativamente con la modalidad de utilización de los servicios de atención prenatal, todas las mujeres manifestaron tener al menos alguna de ellas. Las que más frecuentemente verbalizaron fueron las económicas y las personales (referidas más bien a la capacidad de las mujeres para salvar obstáculos que con aspectos relacionados con la forma en que están organizados los servicios de salud).

Las mujeres que tenían mayor probabilidad de utilizar los servicios de manera adecuada eran aquellas con mayor nivel de escolaridad e ingreso familiar, las que vivían con una a cuatro personas, y las que cursaban su primer embarazo.

Es decir, según estos autores, a mayor número de habitantes en el hogar se disminuye la probabilidad de usar los servicios de salud, lo cual podría estar asociado con un mayor apoyo en hogares de menos de 5 personas.

El conocimiento de complicaciones y urgencias evidenciaron una asociación significativa con la utilización adecuada, es decir, a mayor conocimiento acerca del embarazo y sus complicaciones, mayor la probabilidad de utilizar adecuadamente los servicios de control prenatal. En relación con este punto, los investigadores sugieren por lo tanto que, si se incrementa el nivel de conocimiento de las mujeres se podría mejorar entonces la utilización de los servicios de atención prenatal. Estiman asimismo que el inicio de la atención prenatal en el segundo o tercer trimestre podría estar asociado a un diagnóstico tardío del embarazo o a una falta de identificación de la necesidad de atención prenatal con fines preventivos.

A partir de estos resultados los autores estiman que los factores asociados con la utilización adecuada son modificables a través de la orientación, la educación, la organización y la calidad de la atención, lo cual debería ser considerado para lograr una mayor y mejor utilización de los servicios de atención prenatal.

En una investigación cuantitativa basada en una muestra aleatoria que también se llevó a cabo en México en la región de Chiapas Sánchez Pérez, Ochoa Díaz López, García-G y Martín Mateo (1997) destacan que sus resultados son consistentes con otros estudios que indican que las condiciones socioeconómicas y geográficas son un importante predictor de una atención prenatal adecuada o inadecuada. De hecho, según esos resultados, las mujeres en mejor situación socioeconómica fueron las de mayor probabilidad de recibir una atención prenatal adecuada. Con respecto a las mujeres que no recibieron atención prenatal, entre los principales motivos explicitados por ellas figuraron el no creer necesaria la atención prenatal y no tener dinero. En cuanto a los factores que inciden en el número de consultas de atención prenatal, las variables que mostraron mayor asociación fueron la edad (a mayor edad, mayor uso de los servicios), la situación socioeconómica, el nivel de escolaridad (a mayor nivel de estudios, mayor nivel de uso), y el acceso a los servicios de salud (a mayor distancia, menos consultas, si bien no debe perderse de vista, según señalan los autores, la alta proporción de mujeres que no utilizaron los servicios de salud más cercanos debido a la percepción de mala calidad de la atención que tienen acerca de ellos). En razón de los resultados obtenidos, este estudio recomienda favorecer el uso de los servicios de atención prenatal y disminuir las inequidades en el acceso a los mismos en la región mediante el incremento de la calidad de la atención, una mayor coordinación con los sistemas formales de salud y el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de la población, en especial los bajos niveles educativos observados y los altos niveles de pobreza.

En otra investigación realizada unos años después en ese mismo país (Mendoza Flores, Sánchez Jimenez, García Cardona y Ávila Rosas, 2002) se analizó el uso de los servicios de atención prenatal asociado a los síntomas percibidos durante el embarazo en mujeres residentes en la ciudad de México. En este trabajo los autores consideran que, si bien la utilización está condicionada por

la oferta, el proceso que media entre la necesidad percibida de solicitar atención y la utilización del servicio de salud esta influido por factores tales como la educación y la cultura, entre otros. El estudio concluyó que las mujeres que percibieron más molestias o síntomas durante la gestación se atendieron más y tuvieron un adecuado control prenatal, probablemente, porque recibieron más información por parte del personal de salud. Por otra parte, en esta publicación se señala que los estudios realizados hasta esa fecha por el Instituto Nacional de Perinatología de México identificaron que los factores que se asocian positivamente con el uso de los servicios de salud son -entre otros- la accesibilidad geográfica, la percepción de la necesidad de atención y algunas características sociodemográficas (edad, tipo de hogar, ocupación). Se mencionan asimismo varias investigaciones en las que se ha establecido que la disponibilidad de los servicios de salud, la percepción del estado de salud, el número de hijos previos, un alto nivel de escolaridad y el estar unido en pareja influyen de manera determinante en la utilización de los servicios de salud.

En la región centro occidental de Venezuela se realizó un estudio de casos y controles con el objetivo de reconocer los factores determinantes del inadecuado control prenatal. En él se observó que los factores relacionados con este último incluyeron la edad menor de 20 años, los bajos ingresos y la procedencia rural, en cambio la primiparidad y la edad mayor a 30 años fueron factores que se asociaron a menor riesgo de control prenatal inadecuado (Pascuzzo, Lima, Gaviria de Pascuzzo, Sánchez et al., 1999).

En un estudio descriptivo epidemiológico, analítico, de corte transversal, realizado en un hospital venezolano (Faneite, Rivera, González et al., 2002), se investigaron aspectos relacionados a factores epidemiológicos (residencia, educación, estado civil, edad), socio-económicos (recursos, domicilio lejano, falta de transporte, etc.) y nivel de educación prenatal (falta de motivación y desconocimiento de la importancia de las conductas preventivas), en pacientes cuyo embarazo actual o pasado no fue controlado. En la investigación se incluyó además la indagación de factores de tipo institucional (tales como ausentismo o huelgas de personal y horarios inapropiados) y aspectos relacionados a la calidad de la atención. Los factores comunes hallados entre las mujeres que no realizaron controles prenatales fueron: en este estudio, la edad (25-34 años), la residencia en barrios, la situación de concubina y el nivel primario de educación, evidenciando -según los investigadores- "inestabilidad familiar" y "debilidad social y educacional" (Faneite, Rivera, González et al., 2002, 80). Otros aspectos observados fueron los socioeconómicos, la residencia lejana del centro de salud, el desempleo, la falta de recursos y finalmente, la ausencia de programas de educación (que se vio reflejada en el desconocimiento de la importancia del control prenatal y la falta de motivación). También ocuparon un lugar destacado los factores institucionales mencionados y la calidad de la atención médica prestada.

Entre los factores analizados en relación a las conductas preventivas durante el embarazo, uno de los ejes de las investigaciones relevadas es -como puede observarse- la problemática de la educación en términos de conocimientos e

información de las mujeres sobre el evento reproductivo. En relación con este aspecto, Arias Jimenez, Granados y colaboradores (2000) exploraron -en una localidad de Costa Rica- el nivel de conocimiento de mujeres en edades reproductivas con respecto al embarazo y la relación entre nivel de educación e inicio del control prenatal. Los investigadores encontraron una diferencia interesante entre la opinión de las mujeres (relativa a cuando iniciar el control prenatal) y su conducta (es decir, cuando lo iniciaron efectivamente). En efecto, aunque el 85% opinó que el control debe comenzarse dentro del primer mes solo el 44% de ellas inició su propio control en ese tiempo. Con respecto a las mujeres que iniciaron el control más tardíamente los resultados fueron los siguientes: el 60% empezó su control prenatal más tarde porque no se dieron cuenta de que estaban embarazadas, 9,5% nombraron dificultades con el trabajo, 7,9% esperaron un mes después de darse cuenta para estar seguras de estar embarazadas, 6,3% dijeron que se sintieron bien y por eso no necesitaron control, 3,2% dijeron que no querían ir al doctor, una mujer dijo que no tenía acceso al centro médico y otra mujer manifestó que su esposo no le permitía ir. A partir de estos resultados, el estudio destaca la necesidad de insistir más en la educación de la comunidad para reconocer en forma temprana los signos del embarazo y tener presente la importancia de iniciar el control prenatal lo más precozmente posible.

En un estudio donde se investiga el efecto de un programa de mejoramiento de la calidad de los servicios materno perinatales en el Perú (Seclén-Palacín, Jacoby, Benavides et al. 2003) se considera que uno de los determinantes de la utilización de los servicios de salud obstétricos es el grado de conocimiento de las mujeres en aspectos básicos de salud materna, puesto que el grado de conocimientos en salud está asociado con el nivel educativo y socio económico de la mujer, los cuales -a su vez- influyen en el uso de los servicios obstétricos. Esta investigación postula además que una mejor calidad de atención promueve un mayor uso de los servicios y, por lo tanto, un mejor estado de salud de la población, constituyéndose así en un factor protector. Estos resultados son coincidentes con lo señalado en otras investigaciones, como por ejemplo, el estudio realizado en nuestro país antes mencionado -en el que se señala justamente que "el análisis del Aglomerado del Gran Buenos Aires puso en evidencia la existencia de una fuerte asociación entre el nivel educacional de la madre y la actitud de prevención y cuidado del embarazo, situación que también condiciona las posibilidades de accesibilidad al sistema de salud. Cuanto más alto es el nivel educacional no solo se cuenta con mayor información acerca de la importancia de los cuidados prenatales sino también con mejores recursos para acceder a la atención de la salud" (Lopez y Tamargo, 1995, 180).

Con respecto a estudios realizados en otras regiones del mundo en vías de desarrollo, se ha observado que estos también tienden predominantemente a analizar la problemática del inadecuado nivel de consulta prenatal desde la perspectiva de la calidad de la atención y de las barreras de acceso, fundamentalmente económicas y culturales. Por ejemplo, en un estudio cualitativo realizado en Ciudad del Cabo (Abraham, Jewkes y Mvo, 2001) los resultados indican que las percepciones de las mujeres de la calidad de la atención influyen

enormemente en las prácticas de atención de la salud, se subraya en consecuencia, la necesidad de mejorar la calidad de los servicios -en especial la comunicación proveedor-paciente- y procurar que los mismos estén más orientados a las usuarias.

Una investigación realizada en un área rural de Pakistán (Fatmi y Avan, 2002) concluye que el status social y la condición económica de las mujeres residentes en esa zona se constituyen en un importante factor determinante en la utilización de los servicios de atención prenatal.

En Nigeria una indagación realizada en base a un cuestionario estructurado estableció que las tres razones más comunes dadas para no usar la atención prenatal fueron los recursos financieros limitados (46%), la voluntad de Dios (17,2%) y la negativa del marido (17,2%). Sus autores (Adamu y Salihu, 2002) destacan por lo tanto que se requieren esfuerzos para reducir la pobreza y empoderar a las mujeres económicamente y diseñar programas que consideren el contexto socio cultural específico de la población a la que van dirigidos.

La temática del empoderamiento de las mujeres aparece como eje de una investigación más reciente realizada en India, donde Yesudian (2004) concluye que ciertos factores que hacen al empoderamiento de la mujer, tales como la educación, el acceso a los medios masivos de comunicación y la calidad de vida en el seno familiar (dada por la posibilidad de participar en la toma de decisiones esenciales), han tenido un impacto positivo en la utilización de los servicios de salud materna. Destaca asimismo que el uso de estos últimos depende no solo de la disponibilidad, sino además de muchos otros factores como la distancia de los centros de salud, la percepción de la mujer y su familia con respecto a la necesidad de atención, las posibilidades económicas de acceso a los servicios y la interacción entre el paciente y el personal de los sistemas de salud, enfatiza finalmente que el status social de la mujer y su estado de salud están intrínsecamente relacionados, puesto que un bajo status social es frecuentemente la causa del pobre acceso de la mujer a los servicios de salud esenciales.

En relación con esta línea investigativa más enfocada en la mujer, otros estudios realizados en los últimos años en Latinoamérica también han tomado en cuenta la perspectiva de las mujeres ante la experiencia de la maternidad y muchos inclusive, han considerado los factores subjetivos y psicológicos subyacentes a las conductas observadas o, por lo menos, han señalado la importancia de analizarlos más en profundidad.

En una investigación realizada en Perú sobre los factores que influirían significativamente para que las mujeres tengan atención prenatal, parto institucional y atención posparto, Sandoval Falcon (2002) infiere que la atención materna estaría más fuertemente asociada a factores individuales (en especial, la educación y el nivel socioeconómico de la madre)², que a los factores contextuales (como por

²Según este estudio el factor explicativo que está más consistentemente asociado con resultados positivos es el nivel de educación de la madre: la mujer con mayor educación sabrá más acerca de la disponibilidad de los servicios de salud así como de los beneficios que produce su uso. El segundo factor individual significativo y consistente encontrado es la condición económica.

ejemplo la disponibilidad de los servicios de salud) Enfatiza además el valor de la autonomía³ de la mujer como otro factor fuertemente asociado a resultados positivos en salud materna. En relación al tema del acceso a los servicios de salud considerado aquí como otro factor que influye significativamente en la utilización de de estos por parte de la población subraya que, además del componente geográfico (que es en el que generalmente se centran las investigaciones), el acceso tiene fundamentalmente otras dimensiones como son la económica, la administrativa, la de conocimiento y la psicosocial, relacionada a factores sociales, culturales y psicológicos.

Por su parte, al evaluar la calidad y efectividad de un programa de control prenatal implementado en un hospital de Bogotá, Urrego Mendoza, Gonzalez-Gonzalez y Fernandez Morris (2001) destacan el concepto de atención integral, tomando en cuenta no solo las variables relacionadas con la función reproductiva, sino también las psicosociales y socio culturales, en tanto pueden constituir factores de riesgo, en especial en el contexto de subvaloración y discriminación que suelen padecer mayoritariamente las mujeres en Latinoamérica. Según las autoras, "el sometimiento a formas de vida cotidiana bajo patrones de dominación patriarcal, subordinación y violencia, son limitaciones graves para el logro de la salud integral en general y materno-perinatal en particular". Asimismo las usuarias del programa en estudio "mostraron altos niveles de factores de riesgo perinatal de tipo psicosocial, dados por alta frecuencia de uniones no legales, gestantes adolescentes, un nivel de escolaridad que en general no sobrepasa la secundaria, desempeño de múltiples roles y predominio de oficios inestables, poco remunerados y con pobre reconocimiento social". En forma similar a otras investigaciones, entre los factores relacionados con la ausencia o falta de continuidad del control prenatal, este estudio destaca la importancia de considerar las limitaciones económicas, geográficas y culturales para el acceso a los servicios de salud y la relevancia de brindar un servicio de salud de calidad jerarquizando el vínculo entre el personal y las usuarias e incluyendo a la pareja y a la familia de la gestante en el proceso de atención.

En una ciudad fronteriza de México se realizó una investigación para conocer las condiciones en las que se efectúa el control prenatal y establecer las posibles asociaciones entre tales condiciones y ciertos resultados neonatales como bajo peso al nacer, estado de salud del neonato y prematuridad. Además de observar la relación entre ausencia de control prenatal y bajos ingresos, poca comunicación con la pareja, falta de seguro médico y presencia de embarazo no deseado, en este estudio se señaló la necesidad de "estudiar más a fondo los factores psicológicos y socio culturales que inciden en la falta de utilización del sistema de salud entre las mujeres embarazadas, aun cuando conocen su importancia

³ Este estudio destaca el valor de la autonomía de la mujer como un factor que favorece un mayor control prenatal. En la línea de los autores que desde la perspectiva del empoderamiento de la mujer consideran que fomentar su educación es una de las mejores maneras de tener una maternidad segura (Shiffman, 2000, citado por la autora, "Can poor countries surmount high maternal mortality?" *Studies in Family Planning*).

así como la posible influencia de la violencia doméstica en este fenómeno” (Ramirez-Zetina, Richardson, Avila et al., 2000, 100)

La tematica del embarazo no deseado como un factor asociado a control prenatal inadecuado fue abordada en una investigación realizada en Ecuador donde, en una muestra representativa, Eggleston (2000) ha observado que las mujeres con embarazos no deseados eran un 32% menos proclives a buscar formas de cuidado prenatal que las mujeres cuyos embarazos eran planeados. También eran un 26% menos propensas a comenzar los cuidados antes del primer trimestre del embarazo y un 29% menos tendientes a recibir por lo menos un adecuado número de visitas⁴

Finalmente cabe destacar, en el marco de las investigaciones que analizan las conductas de las mujeres ante el control prenatal desde una perspectiva centrada preferentemente en la evaluación de los factores psicológicos, sociales y culturales intervinientes, el estudio exploratorio realizado en nuestro país -a mediados de los noventa- en una muestra de mujeres internadas en el Hospital Materno-Infantil R. Sarda (Checa, 1996)

Esta investigación analizó -desde un enfoque de género⁵- las percepciones, actitudes y valoraciones que motivan la ausencia de conductas preventivas de las mujeres durante el embarazo, partiendo de la hipótesis que “dichos comportamientos están vinculados, por una parte, a un conjunto de aspectos relativos al conocimiento y la significación otorgada por las mujeres a la salud reproductiva, y por otra a la atención que prestan los servicios públicos destinados a la salud de la mujer” (Checa, 1996, 12)

2 Delimitación del problema: el control prenatal ausente o inadecuado en la perspectiva de las mujeres de sectores populares

Como puede apreciarse, las investigaciones llevadas a cabo hasta ahora sobre los factores que influyen o determinan las conductas preventivas ausentes o inadecuadas son preferentemente de tipo descriptivo-explicativo y -si bien algunos estudios consideran importante indagar en los aspectos subjetivos y psicológicos de las mujeres en estudio o, por lo menos, sugieren abrir nuevas líneas de investigación en tal sentido- no profundizan en general en tales aspectos, a excepción del estudio realizado en el Hospital Sarda, mencionado anteriormente

⁴ En otro estudio realizado en Kenia (Magadi, Madise y Rodriguez 2000) también se observó una tendencia a comenzar los controles más tardíamente (en promedio durante el quinto mes) y a realizarlos con menor frecuencia en el caso de los embarazos no deseados o no planificados

⁵ La autora especifica que la conceptualización de género como categoría analítica que diferencia el sexo en tanto atributo biológico del género como variable construida social e históricamente se refiere a los contenidos adjudicados a varones y mujeres en la reproducción social y es la más pertinente para dimensionar los comportamientos esperables de las (y por las mismas) mujeres en relación a la maternidad” (Checa 1996 13)

Más allá de las limitaciones económicas, geográficas y socio-culturales que -según lo evidenciado por las anteriores investigaciones- se constituyen en factores que influyen negativamente en la salud materna y, en particular, en las conductas preventivas durante el embarazo, pareciera que aun quedan abiertos algunos interrogantes: ¿cuales serían los factores individuales (subjetivos y psicológicos) que, desde la perspectiva de las mujeres de sectores populares, predominan en las conductas de control prenatal inadecuado? y ¿cómo interjuegan esos factores con los aspectos relativos a disponibilidad y calidad de los servicios de salud, en un contexto socialmente desfavorable?

Profundizando el camino abierto hace ya casi diez años por Susana Checa (1996), el presente estudio pretende responder a esos interrogantes, desde un nuevo enfoque que incorpora la dimensión de la comprensión y la interpretación en el proceso de indagación de los imaginarios sociales puestos en juego en las conductas investigadas.

3 Objetivos de la Investigación

Para intentar dar respuesta a esos interrogantes, el presente estudio se propone los siguientes objetivos:

3.1 Objetivo General

Identificar los factores que, desde la perspectiva de las mujeres de sectores populares, inciden en las conductas de control prenatal ausentes o inadecuadas.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar las representaciones, significaciones y valoraciones que construyen las mujeres de sectores populares sobre la experiencia de la maternidad.

- Indagar sus percepciones sobre los servicios de atención prenatal en términos de acceso y calidad.

- Establecer cuáles de esos factores predominan en las conductas de control prenatal investigadas.

CAPITULO III

*Marco Teórico**Inadecuación de los cuidados prenatales las otras voces en la maternidad**1 Control del embarazo, disciplinamiento del cuerpo de la mujer*

“Desde los orígenes de la medicina hasta nuestros días cabe reconocer los mismos acentos, la misma ética, la misma “mirada”, los mismos desconocimientos”

“Porque es cierto que la medicina nunca habla de la muerte, a no ser para tratar de intentar postergar su plazo, nunca habla de la vida y el placer, a no ser para reglamentarlos”

Jean Clavreul (1983, 32, 47)

Hablar de control prenatal alude inevitablemente al acto médico puesto en juego en el evento reproductivo, inscripto en el amplio campo de la salud de la mujer, en el que convergen los discursos sociales inherentes a la maternidad, la femineidad y los procesos de salud/enfermedad/atención

Esos discursos, enhebrados por el eje transversal del género, invisten el cuerpo de la mujer embarazada de un cúmulo de significaciones que organizan su experiencia y a la vez la trascienden, enajenando, tironeando o silenciando su singularidad. Entre ellos, el predominante ha sido justamente el discurso médico, imponiendo su “conocimiento autorizado” (Sadler S., 2001)¹ y hegemonizando las prácticas referidas al cuerpo femenino y a las fases normales de su ciclo vital, como son el embarazo y el parto. A ello cabría agregar además que el discurso médico, históricamente y desde sus orígenes, ha sido enunciado siempre por hombres lo cual, no solo ha sido determinante en “los modos de enfermar y las condiciones de salud e las mujeres” (Calderon Pinto, 2000, 31), sino que además ha permitido analizar “como un imaginario masculino “ve” -o sea, construye- a sus mujeres” (Fernández, 1994, 61)². De hecho, la forma en que es mirado el cuerpo físico depende de las categorías culturales predominantes, relacionadas con las formas en que cada sociedad se representa a sí misma en cada momento

¹ Michelle Sadler S. toma el concepto de “conocimiento autorizado” de la antropóloga Brigitte Jordan para explicar que “para cualquier dominio particular existen ciertos sistemas de conocimiento, de los cuales algunos por consenso llegan a tener más peso que otros ya sea porque explican el estado de las cosas de un modo más eficaz o porque están asociados a bases de poder más fuertes. “La legitimización de un sistema de conocer por sobre los demás usualmente lleva a la devaluación de los otros. Quienes siguen practicando los sistemas alternativos tienden a ser vistos como ignorantes incultos y su opinión no es tomada en cuenta en los ámbitos de toma de decisiones. Esto lleva a que la constitución del conocimiento autorizado sea un proceso social contínuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de la comunidad. Y llega a ocurrir que los participantes ven el orden social así construido como el orden natural de las cosas. De este modo se puede decir que el conocimiento autorizado es persuasivo porque parece natural, razonable y construido consensualmente, por tanto su poder radica no en que sea el conocimiento correcto sino el que cuenta

² Las cursivas son de la autora

de la historia, estas representaciones a su vez definen los contornos de cada experiencia corporal subjetiva

Ya desde la antigüedad, con la medicina hipocrática, comienza a perfilarse el modelo conceptual de la diferencia entre lo femenino y lo masculino basada en la esencia y en la naturaleza, instaurando así -aunque con argumentaciones diferentes- el discurso de la "inferioridad natural de la mujer" como soporte cultural de su posición subordinada en el orden social (Fernández, 1994)

Fernández (1994) destaca cómo, en la historia del pensamiento médico de occidente, perdura este marco lógico conceptual sobre la inferioridad femenina -concebida como inherente a su naturaleza-, aun a pesar del distinto papel que, desde la antigüedad y hasta al siglo XVIII, galenistas y aristotélicos otorgaban a la mujer en la reproducción³

En su historización sobre el lugar de la mujer en el devenir del discurso médico, Fernández (1994) señala que en la Edad Media este discurso -hegemonizado por la Iglesia- concebía a la mujer como "una réplica imperfecta" del varón, como en el mundo antiguo, y se conceptualizaba a la sexualidad femenina como amenazante y demoníaca, por lo que las mujeres en esa época -en que predominaba la valoración clerical por la castidad- han sido objeto de permanente desconfianza, cuando no de persecución al ser personificadas como las brujas⁴

Es en el siglo XVIII cuando -junto al nacimiento de la medicina moderna (Foucault, 1987)- nace la figura de "la madre", dejando atrás el desprecio medioeval por las mujeres e inaugurando el largo y perdurable proceso histórico de veneración e idealización de la maternidad, en el que se han de magnificar aquellas funciones ligadas al cuidado y a la crianza de los hijos (Fernández, 1994, Carlis, 2000, Martínez Benlloch y Bonilla, 2000, Butron Aranda, 2003)

La construcción social de este ideal de la maternidad había comenzado a producirse a partir del descubrimiento del óvulo -realizado por Harvey en 1650- lo cual llevaría posteriormente, una vez superadas las resistencias iniciales, a una revalorización del rol femenino en la concepción (Videla, 1990, Fernández, 1994). Revalorización que, sin embargo, lejos de otorgarle autonomía y poder

³ En relación a este punto Fernández (1994: 78) comenta que -mientras en la Edad Media había prevalecido la concepción aristotélica- según la cual la mujer solo es un recipiente del semen masculino no hacia mediados del siglo XVI retornaba la hipótesis de Hipócrates y Galeno del doble semen encendiendo una polémica que se sostuvo durante todo el siglo XVII. Polémica que según señala excede evidentemente el marco del debate científico porque -en definitiva- lo que está allí en discusión es la patria potestad y por consiguiente el status de la mujer en la sociedad. (las cursivas son de la autora)

⁴ Resulta interesante observar -según destaca la autora- que el concepto de bruja condensaba facetas muy diferentes -además de las histéricas y delirantes- a las que se creía poseídas -muchas de las mujeres acusadas como brujas eran pobres pertenecientes al medio rural y ejercían la medicina "popular" (magas parteras y sanadoras), es decir -eran mujeres que poseían un cierto saber y, como tales, "desafiaban las bases mismas del lugar que esa sociedad había asignado a las mujeres" (Fernández, 1994: 72-76).

de autodeterminación a la mujer, término reforzado finalmente los resortes socio culturales de su subalternidad y su enajenación manteniéndola excluida de la vida pública y confinada a partir de entonces- en el ámbito privado del hogar⁵. Además, como afirma Fernández (1994: 82), *"este lugar de reconocimiento que la sociedad le otorga a la mujer en tanto madre va acompañado por un corpus discursivo que la significara como sexualmente pasiva afectivamente dependiente y socialmente necesitada de protección masculina"*⁶.

Antes de esta reformulación de la maternidad, la medicina premoderna no se ocupaba de los eventos relacionados con la reproducción, por lo que la asistencia de las enfermedades femeninas y del parto estaban casi totalmente cubiertas por mujeres (comadronas y curanderas). Recién en el siglo XVIII los médicos varones se vuelcan al estudio y la atención del cuerpo de la mujer. Este hecho fue dando lugar al nacimiento de la ginecología y de la obstetricia, desplazando a "la medicina popular de las viejas" (Donzelot, 1979, 23) y concentrando su práctica en manos de médicos hombres en Europa y Estados Unidos durante el siglo XIX.

Según Zarate C. (2001, 7-8) la ginecología surgió por un lado, "como la especialidad que faltaba para completar el estudio de las diferencias sexuales que emprendió la medicina desde finales del siglo XVIII, con el objeto de aportar las evidencias físicas necesarias para la justificación de las funciones que cada sexo estaba llamado a cumplir en la sociedad". Pero, por otro lado, su surgimiento se debe asimismo al proceso de profesionalización y especialización que comenzaba a experimentar entonces la medicina. Por su parte, Carlis (2000) destaca que la tarea de las parteras (no valorada hasta entonces) fue masculinizándose poco a poco para ser asumida por los ginecólogos y obstetras entrenados en las universidades, profesionalizando así el cuidado de las mujeres y del recién nacido.

Fernández (1994: 84, 174-175) señala que, desde el punto de vista histórico, este proceso está asociado a los profundos cambios que trajo aparejado el paso del antiguo régimen a la incipiente sociedad industrial en la constitución y función de la familia, modificándose radicalmente la estrategia de crianza y educación de los niños. Es en esa época cuando comienzan las campañas de "médicos, moralistas y hombres de Estado"

⁵ Buitron Aranda (2003: 17-18) cita en su trabajo la obra de Elizabeth Badinter (*Un amor conquistado o el mito del amor materno*, 1987, Ed. Nueva Fronteira, Brasil) destacando que según esta autora a partir de que en el siglo XVIII el amor materno comenzó a visualizarse como "natural" este nuevo status de la mujer -que se consolida en el siglo XIX- le adjudica el papel de "esposa administradora, colaboradora del hombre en la tarea de mantenimiento y/o acrecentamiento del patrimonio familiar y el papel de madre "cría, adora, educadora" de los hijos instalando la idea de que la felicidad de la mujer se da en el matrimonio y a través de la maternidad.

⁶ Las cursivas son de la autora.

para que las madres amamanten a sus hijos (hasta entonces a cargo de las nodrizas, con altísimas tasas de mortalidad infantil)?

Ese giro de la mirada médica va produciéndose de la mano del proceso de medicalización del cuerpo femenino, que comienza en la época de la Ilustración -junto al avance de la secularización- y se afianza fuertemente en los años posteriores, en especial con el crecimiento tecnológico del siglo XX (Fernandez, 1994, Carlis, 2000 y Zarate C., 2001)

Si bien no puede dejar de destacarse la contribución de la ciencia médica en la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil (consecuentes al mejoramiento de las técnicas en el tratamiento de las complicaciones durante el embarazo y el parto), es indudable sin embargo la deshumanización progresiva del proceso de atención, que ha priorizado la reducción y control de los riesgos en desmedro de la contención emocional, en especial a partir de la asistencia hospitalaria del parto -y luego, también del embarazo- a principios del siglo pasado⁴

Los procesos de medicalización aluden al dominio ejercido por el saber y el poder médico sobre aspectos de la vida de los sujetos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina. En consecuencia, los comportamientos que antes pertenecían a otras áreas de la vida social entran luego en su jurisdicción y son categorizados en términos de salud/enfermedad. Esto implica, no solo la intervención creciente de la medicina en la vida y las relaciones sociales, sino fundamentalmente el ejercicio del control social sobre esos ámbitos, estableciendo los límites entre lo normal y lo patológico, en base a una facultad socialmente legitimada (Conrad, 1982, Conrad y Schneider, 1985, Foucault, 1996, Menendez 1994, Menendez y Di Pardo, 1996⁵)

La enfermedad y la anormalidad, lejos de ser entidades objetivamente definidas, a-históricas y permanentes, son fundamentalmente construcciones sociales, es decir, "modelos explicativos" (Good, 1993) mediante los cuales cada cultura determina de manera particular aquellos padecimientos, anomalías,

⁴ En la sociedad premoderna -en cambio, la maternidad no estaba asociada a los cuidados afectivos hacia los hijos- sino que lo valorado era gestar y parir 18 a 20 hijos

⁵ La historia de la atención prenatal ha sido mencionada en el primer punto del capítulo I de la presente investigación

⁶ Dentro de la corriente latinoamericana de la antropología médica Eduardo Menéndez ha propuesto el concepto de "modelo médico hegemónico" para el análisis del discurso médico, entendido como "el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta lograr identificarse -por lo menos en algunos contextos- como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos. Algunos de los rasgos estructurales de este modelo son el biologismo, la historicidad, el individualismo, el dominio de una orientación curativo-asistencial basada en la eliminación del síntoma, la relación asimétrica médico-paciente, la exclusión del paciente del saber médico y la concepción de la salud y la enfermedad como mercancías, entre otros. Cumple además una función de "control, normatización, medicalización, legitimación" (Menéndez y Di Pardo, 1996: 59-60)

perturbaciones funcionales y trastornos de conducta que pertenecen al ámbito de la medicina y justifican su intervención. Esta intervención se ejerce como forma de control social cuando pretende "limitar, modificar, regular, aislar o eliminar" aquello que ha sido socialmente definido como anormal, "utilizando medios médicos y en nombre de la salud" (Conrad, 1982, 130). Conrad (1982, 144) señala que "la medicalización tiene lugar cuando las formas tradicionales o previas de control social dejan de ser eficientes o aceptables", tal como ha sucedido con la religión la cual, "con sus confesiones, excomuniones e inquisiciones", ha precedido justamente a la medicina como principal agente de control social. Entre los efectos de la medicalización, este autor menciona la interminable expansión de la jurisdicción de la medicina aun cuando no sea capaz de ocuparse de ciertos problemas, la influencia -en ella- del orden moral de la sociedad (a pesar de creerse a sí misma como neutral) y el tratamiento exclusivamente individual de los problemas humanos, ignorando o minimizando la naturaleza social de los mismos.

Ese control de la sociedad sobre los individuos "no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce sobre el cuerpo" (Foucault, 1996, 87), disciplinándolo a través de las prácticas que despliega el poder médico, sostenido en una legitimidad de carácter técnico-científico¹⁹.

Desde esta perspectiva, el cuerpo es abordado como una materialidad sumisa y pasiva, sujeta a pautas y restricciones o, a lo sumo, portador de deseos y pasiones que deben ser domesticados o constreñidos para conservar y preservar determinado orden social. Se le desconoce así su potencialidad simbólica y su capacidad expresiva, es decir, su capacidad para metaforizar las diferentes experiencias sociales y subjetivas, pretendiendo mantener a raya aquellas manifestaciones que no estén en sintonía con el discurso médico, tributario -en definitiva- de los discursos oficiales de la cultura. En este sentido se podría aseverar con Baudrillard (1993, 117) que "toda la historia actual del cuerpo es la de su demarcación, de la red de marcas y signos que lo cuadrícula, lo parcelan, lo niegan en su diferencia y su ambivalencia radical para organizarlo en un material estructural de intercambio/signo, al igual que la esfera de los objetos, y resolver su virtualidad de juego y de intercambio simbólico".

Desde el momento que ingresa al dominio del discurso médico, la mujer deja entonces de tener el control de su cuerpo para ser controlada por aquel y así, despersonalizada y asexuada, muta de sujeto a objeto (objeto-cuerpo disciplinado) del conocimiento técnico-científico. Como todo acto médico -en tanto estrategia biopolítica (Foucault, 1996, 87)-, el ejercicio en relación con el embarazo y el parto -muy lejos de ser neutral y objetivo- está fuertemente condicionado a su vez por los discursos normativos y moralizadores imperantes.

¹⁹ Foucault se refiere al concepto de "disciplinas" como al arte de hacer obediente al cuerpo humano en las diversas instituciones de la sociedad: entre ellas: el hospital, donde se ejerce lo que él denomina la "microfísica del poder", fabricando sujetos y cuerpos "dociles" y útiles (1976). "La disciplina afirma es una técnica de ejercicio del poder" elaborada en sus principios fundamentales, en el siglo XVIII (1996: 113).

en cada época concreta y por las representaciones que circulan, en el imaginario social, en torno a la mujer y a la maternidad¹¹. Representaciones y discursos que -inevitablemente- se escurren por los resquicios de su práctica pretendidamente aseptica y se ponen en acto a través de los dispositivos de control del cuerpo y las emociones

Estos dispositivos, en sus variados matices y acentos, asoman en particular en la práctica obstetrica toda vez que se escotomizan los afectos y los aspectos subjetivos puestos de manifiesto, por cada mujer, en su propia y singular experiencia del embarazo, el parto y el puerperio. Y si las emociones y la subjetividad no pueden ser eludidas, el saber medico recurre entonces a otro tipo de prácticas de disciplinamiento, destinadas a reencauzar esas manifestaciones dentro del circuito de su discurso. Así es como, en algunos casos, se formulan sermones, reproches o amenazas por ejemplo, cuando algunos profesionales desde una posición autoritaria "retan" a las mujeres embarazadas que no concurren regularmente a las consultas de control prenatal o que no "cumplen" con ciertas prescripciones (muchas veces alejadas de los recursos economicos o socio-culturales de las pacientes)¹². En otros casos, en cambio, directamente se psicopatologizan las exteriorizaciones y conductas visualizadas como alejadas de lo "normal" (es decir, concebidas y definidas como "anormales" y "desviadas") apelando a la intervención del saber psiquiatrico o psicologico¹³. Y logicamente, lo "anormal" aqui sera todo aquel comportamiento que no se ajuste al modelo -socialmente construido, instituido y valorado- de la "buena madre". Es así como, con sus intervenciones, los profesionales de la salud tienden a homogeneizar y regular el ejercicio de la maternidad, diluyendo no sólo las diferencias entre las subjetividades femeninas sino además las intersecciones con vectores sociales claves como etnia, estatus socio-economico y tradición cultural.

Desde este enfoque, el modelo explicativo biomedico pasa por alto o desdibuja "los procesos historicos, sociales y politicos que constituyen a los problemas de salud tanto en emergentes de condiciones de vida, como en construcciones sociales y significantes culturales", oculta "el orden moral con el que estan comprometidas" sus categorias de analisis e impide visualizar, en definitiva, "el creciente proceso de medicalizacion de areas claves de las practicas cotidianas de los conjuntos sociales" (Grimberg, 1997, 15)

¹¹ Este aspecto se desarrolla en detalle en el siguiente punto de este Capitulo

¹² En muchas de estas situaciones desde el discurso médico normativo se catalogan esas conductas como "desidia" en especial si se trata de mujeres pertenecientes a sectores populares. O bien en otras situaciones por ejemplo ante desbordes emocionales de las parturientas los profesionales apelan a advertencias culpabilizantes como la que sigue: "si no te controlas, te voy a tener que dar un calmante y eso le va a hacer mal a tu bebé"

¹³ Como en el caso por ejemplo en el que los signos de angustia de una mujer internada -cursando su inmediato puerperio- habian sido interpretados como una presunta depresión post-parto cuando en realidad la tristeza y el llanto eran tan sólo expresiones de preocupación porque transcurridas ya varias horas desde un parto complicado, ningun profesional habia ido todavía a informarle como estaba su bebe

En cambio, la corriente de la medicina social latinoamericana ofrece un valioso marco teórico y metodológico para el abordaje del campo de la salud de las mujeres. Esta corriente conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y como tal analiza las especificidades individuales y grupales en el contexto social que las determina, tomando como categorías de análisis factores como clase social, producción económica, etnia y género, entre otras, y considerando los efectos de los cambios sociales a lo largo del tiempo. Para ello, entonces, "triangula" complementariamente métodos de análisis del nivel individual y social (Iriart, Waitzkin, Breilh y colab., 2002).

En este sentido, Eduardo Menéndez (1994) afirma que el proceso de "salud/enfermedad/atención" implica la construcción social de simbolizaciones, representaciones y significados colectivos sobre los padecimientos, al tiempo que en las sociedades latinoamericanas opera en un contexto de desigualdad y estratificación social que supone, no solo relaciones de explotación económica, sino también de hegemonía/subalternidad ideológico-cultural¹⁴. Asimismo, el sociólogo Roberto Castro (2000, 25) al investigar las experiencias relacionadas con la salud, la reproducción y la anticoncepción en los habitantes de una población rural mexicana, considera que la manera en que ellos dan significado a estas experiencias "no solamente es el resultado de una combinación de creencias tradicionales y de conceptos médicos modernos, sino que también está influida por elementos que provienen de otros niveles de realidad como la situación económica prevaiente (de pobreza para la mayoría de los habitantes) y las relaciones de género dominantes".

2 La maternidad en la cultura patriarcal: identidad, deber y predestinación

"¿Que es la mujer? La Mujer es una ilusión. Una invención social compartida y recreada por hombres y mujeres. Una imagen"

"Y la Mujeres mas real que las mujeres () Ni aun en el espejo pueden verse ellas mismas, hasta tal punto sus imagenes son apropiadas por la imagen de la Mujer. Sus voces no pueden ser escuchadas, silenciadas como estan por ese coro anonimo que habla, grita y susurra por todos lados lo que la Mujer es"

"Desde la multiplicidad discursiva () se organiza un real Mujer=Madre, que no es la realidad, pero que se constituye como si lo fuera"

Ana María Fernández (1994, 22, 164)

¹⁴ En particular, en nuestro país, se estima que los procesos económicos y financieros de los últimos años habrán profundizado las brechas entre los diferentes sectores sociales, agudizando las condiciones de pobreza y marginalidad que traen aparejados el desempleo crónico y los bajos niveles de educación (reproduciendo los circuitos de exclusión o, mejor dicho, de expulsión social). Además, la actual crisis del subsector público de salud, especialmente en el ámbito de los municipios de la provincia de Buenos Aires, producto de los procesos de descentralización y transferencia de los servicios y de las fuertes y progresivas restricciones presupuestarias, acentúan la situación de inequidad de los sectores sociales más empobrecidos en cuanto al acceso y utilización del sistema sanitario.

La vida de cada mujer, aun antes de quedar embarazada, se despliega en el interjuego de los condicionamientos familiares e intrasubjetivos pero también se traza en las coordenadas de los diferentes discursos sociales (científicos y políticos) que -atravesados por la dimensión del género- hablan de ella y le asignan un lugar que muchas veces le es incómodo y, entonces, no desearía ocupar.

Este lugar supone a la vez una posición y una función que se definen y se ordenan desde lo que Fernández (1994, 161) conceptualiza como el "mito social de la maternidad" surgido en Occidente con la modernidad y afianzado luego, en el siglo XIX a través del paulatino proceso de "sacralización" del amor materno.

Este mito, estructurado en la ecuación "Mujer=Madre", impregna todos los discursos sobre la mujer, traduciéndose en representaciones y prácticas que de un modo u otro moldean su imagen y organizan su existencia. A partir y a través de ese mito la maternidad es entonces visualizada en el imaginario social como la función "paradigmática" de la mujer y, más aun, como aquello que le confiere identidad y da sentido a su vida desde esta perspectiva: "la esencia de la mujer es ser madre"¹⁵.

Según puntualiza la autora (1994, 162-164) este mito, además de ser social -por cuanto participa en la producción del "conjunto de creencias y anhelos colectivos que ordenan la valoración social que la maternidad tiene en un momento dado de la sociedad" es también individual en la medida en que recreándose en lo singular otorga "los parámetros de significación individual de dicha función", interviene en "la valoración que cada madre tiene de sí misma y de los demás" y jerarquiza, "de determinada manera" su proyecto como madre con respecto a los otros proyectos vitales. En él además intervienen aspectos de la esfera de lo no consciente, es decir, ajenos a la reflexión, por lo que opera generando significaciones, valoraciones y actitudes de las cuales, por lo tanto, no es posible dar demasiadas explicaciones¹⁶.

Siguiendo los desarrollos teóricos de Fernández (1994, 168-176), la "ilusión de naturalidad" y la "ilusión de atemporalidad" son factores que contribuyen fuertemente a la pregnancia social del mito de la maternidad. En virtud del primero de ellos, los discursos populares y científicos, basados en la característica anatómico-fisiológica de la mujer y su función en la reproducción, inscriben la maternidad en el orden biológico considerándola -por tanto, como un fenómeno de la naturaleza- dentro de esta estructura de pensamiento, entonces es "natural" que una mujer sea madre.

¹⁵ Es interesante observar como perdura aun hoy el discurso hegemónico sobre las "diferencias naturales" y esenciales entre lo femenino y lo masculino cuyos deslizamientos asoman intactos en la narrativa de este mito.

¹⁶ Fernández (1994, 163) señala que en virtud de ello las experiencias se exteriorizan con una aparente naturalidad ("me sale así" - así debe ser -) detrás de la cual sin embargo existen complejos procesos subjetivos y sociales "que dibujan los bordes de lo posible" es decir "lo posible de ser imaginado actuado, pensado, teorizado, deseado" en un momento histórico particular.

Asociada a esta concepción, que es patrimonio de las creencias populares pero también del discurso médico, persiste tradicionalmente la noción del instinto materno concebido como un fenómeno a-cultural y a-histórico que supuestamente le permite a la madre criar y "entender mejor que nadie" a su hijo, al que está ligada por "lazos de sangre insolubles" y a quien debe brindar entonces un "amor incondicional" e "irreemplazable". Con referencia al concepto de instinto materno, Fernández (1994, 171-172) comenta, siguiendo a Eva Giberti, que "pensarnos como hijos del instinto" nos daría la ilusión de tener un "fuerte anclaje", en tanto nos remite a su vez a "la ilusión de estar inscriptos en un orden necesario-natural". En cambio, siendo el deseo "algo tan evanescente y errático", pensarnos como "hijos del deseo nos enfrenta a la contingencia en la que se inscriben los hechos del orden de lo humano"¹⁷

El punto en cuestión es que dicho enfoque -naturalista y atemporal- conduce inevitablemente a obturar e invisibilizar la variabilidad de las experiencias subjetivas y la singularidad de los procesos intrasubjetivos que se juegan, en cada mujer, en torno al deseo, a la significación y a la manera de imaginizar a su hijo. Por otra parte, en tanto la función materna, así concebida, se adscribe a lo natural e instintivo, conjuntamente a la "ilusión de naturalidad" se pone en juego, en consecuencia, la "ilusión de atemporalidad", desde la cual se supone entonces que dicha función siempre fue y será así, inmutable, universal y eterna a pesar de los cambios históricos y culturales (lo cual, en cambio, queda desmentido a partir de las puntuaciones realizadas anteriormente, en torno al devenir histórico del imaginario social de la maternidad en Occidente)

Un aspecto importante a tener en cuenta es la eficacia simbólica del mito "Mujer=Madre" por la cual, según destaca Fernández (1994, 181), "la universalidad de significación obtura posibles singularidades de sentido", "negando enunciación" a los deseos, aspiraciones y posicionamientos de cada mujer singular que puedan contradecirlo (por ejemplo, desde un posible no-deseo de hijo o desde un embarazo que se rechaza). La mencionada eficacia del mito opera en base a la insistente "repetición de su narrativa", apelando -como recurso- al "enlace argumental de naturalismos, esencialismos y biologismos"¹⁸

Merced a esta eficacia simbólica del mito de la maternidad, las mujeres no solo quedan capturadas en él, sino que además lo encarnan. Y lo hacen de tal

¹⁷ Por otra parte, "deseo de hijo tiene como par complementario no-deseo de hijo" lo cual llevaría a preguntarse ¿qué otro deseo podría tener una mujer -"fuera de toda sanción social" que no sea el de un hijo?

¹⁸ En relación con este punto, Fernández menciona el concepto de "violencia simbólica" desarrollado por Pierre Bourdieu para explicar aquellas formas de dominación social que se ejercen a través de la naturalización y legitimación de instituciones y discursos. De esta manera, éstos terminan siendo asimilados finalmente por los propios dominados y perdiendo así su carácter arbitrario y contingente. Dejan de ser vistos como susceptibles de ser transformados. Por otra parte, la autora destaca, siguiendo a Bourdieu, que la eficacia simbólica opera merced al poder político de la nominación: es decir, el que se ejerce en el acto de nombrar otorgando existencia solo a aquello que es nominado. De esta forma se van produciendo los consensos que legitiman, por ejemplo, las desigualdades sociales y las inequidades de género.

manera que, como dijera Ana María Fernández, no logran siquiera reconocerse a ellas mismas frente al espejo, porque la imagen de lo que son en realidad -y de lo que aspiran alcanzar- permanece oculta y enajenada tras la máscara (el semblante del personaje que deben representar), perfilada por los discursos sociales predominantes sobre lo que la mujer debe y está predestinada a ser ante todo y por sobre todo por esencia y por naturaleza- una madre, abnegada, sumisa e incondicional! Como ha expresado Eva Giberti (citada en Carlis, 2000, 132), "la 'uteridad' nos conducirá a ser buenas y sacrificadas para con los hijos, de lo contrario 'carecemos de entrañas', somos seres contra natura"

Cabe destacar, sin embargo, que este mito no opera con la misma fuerza ni con el mismo peso en todos los sectores sociales. De hecho, mientras en las franjas más acomodadas el acceso de la mujer a los medios de producción económica y su nuevo protagonismo en la esfera de la vida pública -a través de proyectos de realización personal- han producido una redefinición y una redistribución de los roles y de las relaciones de poder en la vida social y familiar¹⁹, en los sectores populares, en cambio, el trabajo fuera del hogar y los cambios en la dinámica familiar -en un contexto de profundas desigualdades socio económicas- no implicaron para esas mujeres un reposicionamiento ventajoso con respecto a los dispositivos tradicionales de dominación (económica, cultural y de género)

Estudios sobre la experiencia de la maternidad, realizados en sectores populares de países de Latinoamérica, destacan que -por ejemplo- en Chile la mujer es socializada, especialmente en esos sectores, para asignarle a la maternidad un rol preponderante, en el caso del Perú los hallazgos indican que -al investigar tres generaciones de hombres y mujeres- todos ellos han acordado con la idea de que la mujer se desarrolla plenamente cuando es madre, finalmente, en otro estudio realizado en los Andes peruanos, se constata que allí la maternidad es considerada como algo imprescindible para la consolidación de la pareja y para que esta se considere "completa" o realizada" (Buitron Aranda, (2003)²⁰

En nuestro país, en una investigación sobre modelos familiares y maternidad adolescente en una zona del gran Buenos Aires, se señala que si bien las madres de las adolescentes embarazadas en los sectores populares valoran los proyectos de vida relacionados con estudiar y trabajar para lograr independencia y progresar- se trata generalmente de expectativas que, no solo se visualizan con pocas o nulas posibilidades de concreción, sino que coexisten además con otro

¹⁹ Con respecto a este tema Fernández (1994: 15-20) destaca que a pesar de las recientes transformaciones sociales de las mujeres (caracterizadas por el "tránsito de la heteronomía a la autonomía económica y a la autonomía erótica" y por el "tránsito de la maternidad como eje central" a una "maternidad acotada") persisten sin embargo los mecanismos de subordinación de la mujer que se reciclan a través de "formas de tutelaje actualizadas -mucho más invisibles pero no menos eficaces-. Por ejemplo la circulación de las mujeres en el espacio público se realiza todavía en condiciones desventajosas manteniéndolas alejadas de los lugares de poder o bien trabajando más pero ganando menos

²⁰ La autora releva los resultados de las investigaciones de Gloria Salazar y María Isabel Matamala en Chile de Liliana La Rosa y Ana Ponce en Perú de Ortiz en los Andes peruanos

proyecto privilegiado por esas madres, que es el de la maternidad. La investigadora señala que "los proyectos de vida se construyen en el marco de determinados modelos familiares, de los cuales las madres son representantes que juegan un rol crucial", por cuanto "muchas madres reproducen los modelos en los que ellas han sido socializadas" (Climent, 2002, 326)²¹. En estas familias predominan "las imágenes de género tradicionales que ubican a la mujer en el hogar, ocupándose de los hijos y las tareas domésticas y trabajando afuera solo si es imprescindible", asimismo, dentro de estos modelos familiares, "los trabajos domésticos están naturalizados" considerándolos, en consecuencia, como "elegidos libremente" (Climent, 2002, 334, 326).

Pareciera ser entonces que -en los sectores más desfavorecidos- los anclajes del mito de la maternidad serían más fuertes y persistentes, entrelazados con los factores de pobreza y marginalidad que debilitan la autoestima y la autonomía personal, no solo por la ausencia o escasez de ingresos, sino fundamentalmente por la fuerte restricción o falta de acceso a aquellos bienes de la cultura que les posibilitaría a esas mujeres salir de los circuitos de discriminación, postergación y subalternidad. Es probable entonces que, con pocas o ninguna opción de protagonismo en el espacio público, ellas "elijan" seguir el camino -generacional y culturalmente impuesto- de la maternidad, ello les garantizaría acceder al menos ilusoriamente a cierto reconocimiento social, a través de las investiduras que otorga el mito de la Mujer=Madre en tanto ideal de realización femenina, aunque no sea más allá del ámbito privado del hogar. No debe perderse de vista, sin embargo, que -detrás de esa maternidad forzada- existen mujeres con anhelos y ambiciones, silenciados pero reales, que muchas veces la desdicen.

3. Los otros semblantes, las otras voces en la maternidad

() *"habra que seguir hablando y al hablar, las mujeres podran situarse como sujeto de la enunciacion, como sujeto en proceso, definido no por lo que es sino por lo que aspira a devenir"*

Silvia Tubert (2003)²²

Aprendiendo a mirar desde otra óptica, descentrada de esos discursos universalistas y hegemónicos sobre la femineidad y la maternidad, es posible advertir que son muchas las mujeres que hablan, en sus cuerpos y en sus conductas, de deseos y aspiraciones diferentes a los impuestos por el mandato cultural de la maternidad. Son deseos y anhelos acallados y postergados que -al quedar embarazadas- podrían llegar a generar en ellas malestar, tensión o culpa.

²¹ La figura central de la madre -en tanto "primer modelo de referencia en la construcción de la identidad de género y en el aprendizaje de los roles de género" ha sido estudiada por Geldstein, Infesta Domínguez y Delpino (2000-2006) destacando que "madre e hija se identifican permanentemente entre sí en el espacio compartido en el mundo doméstico" y que -aun cuando la hija no sea llevada a "una repetición mecánica del modelo- "la madre está siempre en la mente de la hija" tanto como ejemplo a seguir o como modelo a evitar.

²² Version on line

Algunas lograrían poner en palabras estos sentimientos por ejemplo en términos de no asumir la maternidad, no haber querido quedar embarazadas o haber pensado en abortar -con el costo de padecer remordimientos, angustia o depresión. En otras en cambio, es posible que la angustia o la culpa terminen traduciendo en síntomas o bien en conductas de rechazo o de descuido hacia el embarazo²³

De una forma u otra, desde los dispositivos de poder y control social, recae sobre ellas la sanción o la reprobación por haber transgredido lo que el imaginario social ha instituido cultural e históricamente como los emblemas y atributos de la maternidad.

Como se ha mencionado anteriormente, estas sanciones y reprobaciones suelen provenir del discurso médico que, por un lado, prescinde de aquellos aspectos de las mujeres que tienen que ver con su subjetividad -es decir, sus emociones, necesidades y fragilidades- y por el otro, en virtud de los estereotipos sociales construidos a partir del mítico ideal maternal presupone -equivocadamente- que cada mujer embarazada experimenta solo sentimientos positivos, exentos de ambivalencias y contradicciones.

Sin embargo "la medicina -como afirma Clavreul (1983, 94-95)- no debiera olvidar que su discurso le permite conocer admirablemente la máscara pero nada más", es decir "el semblante que es la enfermedad", que ha sido constituido por dicha disciplina en su necesidad imperativa de encontrar las semejanzas -las semblanzas- en cierto número de pacientes, con los mismos síntomas y la misma evolución de uno a otro para poder establecer las entidades nosológicas que "cobran el valor científico de su permanencia. Pero detrás de esa máscara, subsisten los otros semblantes delineados por las particularidades subjetivas y por el contexto social, económico y cultural en que cada una de estas está inmersa. Y la experiencia del embarazo, detrás de esa mirada clasificadora, normativa y disciplinadora que le impone el orden médico también tiene otros semblantes y habla desde otras voces, que desmienten el mito de la maternidad como hecho natural y fundante de la identidad femenina y del orden social del género.

La escritora mexicana Rosario Castellanos (citada en Avila Gonzalez, 2005 a, 56) se atreve a reflejar admirablemente uno de esos semblantes de la experiencia de la maternidad, perfilados por sentimientos contrarios y ambivalentes:

*"Fea enferma y aburrida lo sentía crecer a mis expensas,
robarle su color a mi sangre, añadir un peso y un
volumen clandestinos a mi modo de estar sobre la tierra.
Su cuerpo me pidió nacer, cederle el paso, darle un sitio en el
mundo.
La provisión del tiempo necesaria a su historia.
Consenti. Y por la herida en que partió, por esa hemorragia
de su desprendimiento se fue también lo último que tuve de
soledad, de yo mirando tras de un vidrio.
Quede abierta, ofrecida a las visitas,
al viento, a la presencia"*

²³ Este punto se desarrolla en el capítulo VI de esta investigación.

A pesar del histórico empeño del orden médico para escindir la dimensión emocional y deseante del cuerpo, su discurso apenas ha logrado eclipsar -pero no anular- el hecho de que "el cuerpo es una ventana abierta a nuestra identidad, es el lugar donde se manifiestan, con extraordinaria nitidez, los signos de nuestra condición social, en su lenguaje expresa el carácter de una cultura, las formas de vivir y pensar, la dominación normativa e ideológica a la cual estamos sometidos, y la secular discriminación que la sociedad patriarcal impone a las mujeres, especialmente a las del sector popular" (Rodo, citada en Sadler S., 2001). La cuestión será entonces poder traspasar la mirada de la medicina, atravesando los bordes del cuerpo, para asomarse a la dimensión inedita de esas historias singulares que, sobre todo en el caso de mujeres de los grupos sociales más desventajosos, se tejen en el entramado social de las desigualdades y de las relaciones de poder vigentes en una sociedad determinada.

Finalmente cabe destacar que, en tanto el presente trabajo se ha propuesto abordar el estudio de las conductas de control prenatal ausente o inadecuado analizándolas desde la perspectiva de las mujeres de sectores populares, resulta evidente que el concepto de representaciones sociales constituye un importante referente teórico, en especial, partiendo de la premisa que no es posible trabajar eficazmente en el campo de las experiencias personales referidas a los procesos de salud-enfermedad, sin antes acceder adecuadamente al conocimiento de las significaciones sociales que las orientan y determinan.

La investigación de las representaciones sociales, en tanto construcciones culturales y formas de conocimiento compartidas, permiten explorar lo que llamamos el "sentido común", que se constituye a partir de las experiencias, informaciones y otros saberes que se transmiten por tradición, educación y comunicación social. Las representaciones sociales tienen un carácter estable y dinámico a la vez, en tanto implican -al mismo tiempo- procesos de pensamiento social "constituido y constituyente" (Banchs, 1999, De León Reyes, Pelcastre Villafuerte y Díaz Gois, 2000). Asimismo Banchs (1999, 8), siguiendo a Moscovici, destaca el carácter inconsciente del proceso de construcción de estas representaciones, en virtud del cual a pesar de que el mundo social en que vivimos es una construcción de la que participamos activamente- en general esto no se percibe como tal, sino que tenemos la creencia de que ese mundo es así, "porque otros lo definieron así para nosotros, antes que nosotros o por encima de nosotros".

Desde esta perspectiva, el estudio de las representaciones sociales permite acceder a las formas de "saber cotidiano y práctico" (Jodelet en Rodríguez Cerda, 2003) y comprender el sentido que las mujeres le adjudican a la experiencia de la maternidad. De esta manera será posible develar -detrás de los discursos que la mystifican y normatizan- esas otras representaciones, es decir, aquellas otras voces que se pretenden acallar en nombre del orden social.

CAPÍTULO IV

Enquadre Metodológico

1 Estrategia

La presente investigación ha sido abordada desde una estrategia metodológica cualitativa, enfatizando el estudio de los significados y las representaciones de las mujeres con respecto a la maternidad y los cuidados prenatales, y la manera en que esos significados se vinculan con sus conductas. La elección de esta metodología, por lo tanto, ha implicado situarse ante el problema de investigación desde la perspectiva de las protagonistas para desentrañar el sentido que ellas atribuyen a sus actos y a su entorno, partiendo de la premisa epistemológica fundamental de que la realidad es un proceso dinámico de construcción social, del que los sujetos no somos ajenos (Llovet y Ramos, 1995, Castro, 1996, Sautu 1997)

En este marco, se ha planteado la realización de un estudio de tipo descriptivo (Mendicó 2003, 77), con un enfoque comprensivo-interpretativo. Por otra parte, en tanto se apunta a establecer cierto nivel de relación entre variables, en este caso determinar en qué medida las representaciones sociales investigadas influirían sobre la adopción de conductas preventivas prenatales ausentes o inadecuadas, esta investigación se acercaría a lo que Mendicó define como "estudios correlacionales" (2003, 78-79)¹

2 Trabajo de Campo

La investigación se llevó a cabo en el Pabellón de Internación del Servicio de Tocoginecología del Hospital Materno-Infantil "Dr Oscar Alende" del Ing Budge -dependiente del municipio de Lomas de Zamora -provincia de Buenos Aires-, en el período comprendido entre los meses de marzo y julio del 2005

El partido de Lomas de Zamora tiene una superficie de 89 km² y una densidad de 6 636 habitantes / km². Según el último censo del 2001, tiene una población total de 586 255 personas, de las cuales 283 468 son hombres y 302 787 son mujeres.

Desde el punto de vista sanitario, el municipio de Lomas de Zamora pertenece a la Región VI², junto a los partidos de Avellaneda, Quilmes, Almirante Brown, Lanús, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Berazategui y Ezeiza.

Con respecto a los indicadores de mortalidad infantil, perinatal y neonatal, la Región Sanitaria VI está entre aquellas que poseen los valores más elevados.

¹ Cabe aclarar que estas correlaciones serían meramente estimativas y siempre relativizadas por el contexto en que las mismas van apareciendo, ya que en este trabajo el eje metodológico es -como se ha mencionado- el estudio de los significados y las vivencias subjetivas en torno a las conductas observadas.

²La provincia de Buenos Aires está compartimentalizada en 11 Regiones Sanitarias.

En efecto con respecto a la mortalidad perinatal (Cuadro IV 1) las ultimas cifras disponibles -correspondientes al año 2001 muestran que la Region Sanitaria VI ocupa el segundo lugar con una tasa del 13,1 despues de la Region VII B³ (con un índice del 16,9)- superando inclusive la tasa del 12,5 para toda la provincia

Cuadro IV 1
EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL
SEGUN REGIÓN SANITARIA DE RESIDENCIA
1991 - 2001

REGIÓN SANITARIA	Años										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
I	15,9	11,0	11,0	14,4	12,4	12,2	11,0	12,3	15,0	11,6	11,3
II	13,3	12,8	12,8	14,8	11,6	14,9	12,8	11,6	12,4	13,8	11,2
III	14,1	12,0	12,0	13,1	13,1	10,8	12,0	12,6	12,6	7,4	8,7
IV	15,7	14,3	14,3	13,6	13,5	13,5	14,3	12,8	13,6	12,6	10,7
V	20,0	14,8	14,8	20,7	17,6	16,5	14,6	14,0	14,9	13,1	12,6
VI	17,4	16,5	16,5	20,4	17,8	18,1	16,5	14,5	14,3	13,2	13,1
VII A	12,1	13,7	13,7	16,3	13,3	13,4	13,7	14,0	13,7	12,6	11,7
VII B	16,5	14,9	14,9	19,3	18,1	16,9	14,9	17,1	16,6	15,8	16,9
VIII	17,8	12,3	12,3	14,1	13,0	11,7	12,3	11,8	14,7	10,3	10,5
IX	19,9	8,9	8,9	12,7	13,0	10,8	8,9	13,1	12,0	12,9	10,0
X	15,9	12,1	12,1	13,2	14,1	12,4	12,1	13,8	14,6	14,2	8,6
XI	17,0	12,7	12,7	15,7	11,8	14,7	12,7	13,2	12,8	13,1	11,4
TOTAL PCIA.	17,2	16,6	14,9	18,0	15,7	15,7	14,5	14,3	14,9	12,7	12,5

Fuente: Dirección de Información Sistemática - Subsecretaría de Planificación de la Salud - Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Con respecto a la mortalidad neonatal (Cuadro IV 2) las estadísticas del año 2003 indican que la Region Sanitaria VI esta en cuarto lugar (con una tasa del 9,6) despues de la Region IV⁴ (10,0) la Region VII B (10,7) y la Region V⁵ (con el peor índice de 11,5)

¹ La Region Sanitaria VI B está integrada por los partidos de General Las Heras - General Rodriguez - Luján - Marcos Paz y Merlo

⁴ Esta integrada por los partidos de Arrecifes - Baradero - Carmen de Areco - Capitan Sarmiento - Colon - Pergamino - Ramallo - Rojas - S.A. de Areco - S.A. de Giles - Salto - San Nicolas y San Pedro

⁵ Comprende los partidos de Campana - Escobar - Exaltación De la Cruz - General San Martin - Jose C. Paz - Malvinas Argentinas - Moreno - Pilar - San Fernando - San Isidro - San Miguel - Tigre - Vicente Lopez y Zárate

Para la mortalidad infantil (Cuadro IV 2), las estadísticas del mismo año indican que la Región Sanitaria VI ocupa el tercer lugar (con una tasa del 17,0) después de las Regiones V (18,4) y VII B (19,3)

Cuadro IV 2
MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES
SEGUN REGIÓN DE RESIDENCIA
AÑO 2003

REGIÓN SANITARIA	NACIDO VIVO	DEF <1 AÑO	T MORT INF	DEF <28 DIAS	T M NEO	DEF 28 Y MAS	T M POS
I	13 054	126	12,5	81	8,1	45	4,5
II	4.221	47	11,1	28	6,6	19	4,5
III	3 974	51	12,8	28	7,0	23	5,8
IV	9 183	145	15,8	92	10,0	53	5,8
V	59 575	1 094	18,4	666	11,5	408	6,8
VI	62 389	1 079	17,0	605	9,6	473	7,5
VII A	37 304	573	15,4	353	9,5	220	5,9
VII B	13 387	256	19,3	143	10,7	113	8,6
VIII	18 381	248	13,5	145	7,9	103	5,6
IX	5 237	54	10,3	40	7,6	14	2,7
X	5 027	71	14,1	43	8,6	28	5,6
XI	20 155	253	14,5	176	8,7	117	5,8
TOTAL	250 961	4 060	16,2	2 436	9,7	1 624	6,5

Fuente: Dirección de Información Sistematizada - Subsecretaría de Planificación de la Salud - Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Con respecto al sistema de salud del municipio de Lomas de Zamora, el subsector público cuenta únicamente con un hospital materno infantil - el Alende - y con alrededor de 37 Unidades Sanitarias emplazadas en diferentes barrios (algunas con servicio de guardia las 24 hs)⁶. El Hospital Interzonal de Agudos "Luisa C. Gandulfo" también está ubicado geográficamente en Lomas de Zamora - en la zona central - cerca de la estación de tren - pero es de dependencia provincial.

⁶ Según *El Informativo de la Municipalidad de Lomas de Zamora* (Año 2. Número 3. 2005) son 6 las Unidades Sanitarias que tienen guardia médica las 24 hs. Además de las unidades y de las postas sanitarias - hay algunos centros odontológicos que funcionan en ciertos establecimientos de Educación General Básica - EGB (durante el ciclo lectivo escolar) y dos "trailers sanitarios" que recorren distintos barrios y cuentan con médicos chicos y pediatras.

El Hospital Alende en cambio está situado en una zona periférica del partido, a unas 12 cuadras del Puente la Noria (límite con la Ciudad de Buenos Aires) y a una cuadra del Riachuelo, lindante con el partido de la Matanza. En virtud de esta ubicación geográfica, el hospital resulta de difícil acceso para una gran cantidad de personas del municipio (ya sea porque les queda lejos para ir a pie o porque está a trasmano) implicándoles el gasto de más de un pasaje de ida y vuelta en transporte público (especialmente en el caso de las madres que tienen que ir con uno o más hijos).

La mayor parte de la población que concurre al Hospital Alende proviene de los barrios más cercanos que son principalmente los ubicados en la zona conocida como "Cuartel IX": Ing. Budge, Villa Lamadrid, 2 de Abril, Villa Centenario, Villa Albertina, Santa Marta, Santa Catalina, Juan Manuel de Rosas y Fionto. En estos barrios la mayoría de las calles no están asfaltadas y muchas son de difícil circulación interna por su estado, porque se anegan en épocas de lluvias y porque hay un elevado nivel de inseguridad.

Esta zona del partido está habitada predominantemente por población carenciada, constituida por familias en las que los hombres están desempleados o trabajan en empleos temporarios y en negro ('changan') las principales fuentes de estos empleos son el Mercado Central, las ferias de la zona⁷ y el rubro de la construcción. También para las mujeres que integran la fuerza de trabajo la Feria del Olimpo es una fuente de empleo, además del trabajo doméstico⁸. Muchas familias subsisten gracias a la ayuda monetaria que reciben de los diversos planes sociales, a la mercadería que proveen otros planes y diversas entidades tanto oficiales como no gubernamentales⁹ y a los comedores escolares (que en muchos casos brindan asistencia no solo a los niños sino también a sus familias). Los que están en mejores condiciones son dueños de las agencias de remises y de los pequeños comercios de la zona (almacenes, panaderías, quioscos, verdulerías, etc.), los cuales pueden eventualmente ser también una fuente de trabajo para la gente de la zona (aunque en su gran mayoría esos negocios son atendidos por los mismos dueños, ayudados por integrantes de la familia).

El Hospital Alende fue originalmente una Unidad Sanitaria que se fue ampliando. En la década del 90 era todavía un hospital chico¹⁰, de una sola planta, que contaba con algunas camas para internación de maternidad y para internaciones de urgencia en la guardia general (en espera de las derivaciones a centros de mayor complejidad). Se realizaban solo partos de baja complejidad,

⁷ Según los lugareños, las más concurridas son la "Feria de La Ribera" y las dos que están ubicadas en la zona conocida como "La Salada": la "Feria de la Oca" y el "Centro de Abastecimiento de Punta Mogotes". En estas ferias se venden gran variedad de artículos: marroquinería, blanco, alimentos, indumentaria, artículos electrónicos, etc.

⁸ Limpieza por horas en otras zonas del conurbano o en la ciudad de Buenos Aires, y cuidado de niños y lavado de ropa en la zona.

⁹ Por ejemplo, la leche que distribuye el Plan Vida, las cajas de alimentos que provee Cáritas en Iglesias de la zona, etc.

¹⁰ En ese entonces se llamaba "Hospital Ricardo Gutiérrez" y se lo conocía como "el Hospitalito de Budge". Todavía hoy muchas personas de la zona solo lo reconocen con ese nombre.

a veces a cargo solo de la obstetrica de turno, ya que no estaban cubiertos todos los dias de la semana con obstetra de guardia. A las pacientes primiparas directamente se las solia derivar a otros centros que contaran con infraestructura para atender eventuales complicaciones.

En agosto de 1999, con recursos provenientes del Fondo de Reparacion Historica de la provincia de Buenos Aires, se realiza una obra de ampliacion y remodelacion de sus instalaciones pasando a ser un hospital especializado materno infantil con una capacidad instalada de 32 camas para Toco-ginecologia, 18 para Pediatria, 10 para Neonatologia y 8 camas transitorias para la Guardia General. Cabe destacar que hasta el año 2003 solo funcionaban el pabellon de Tocoginecologia, algunas camas de Neonatologia y las 8 camas del Servicio de Emergencias.

En el año 2004, aumentan a 12 las camas destinadas a Neonatologia (6 para la UTIN -Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y 6 para Terapia Intermedia) y en julio del mismo año se inaugura el pabellon de Pediatria con 18 camas. En mayo del 2005 se inaugura la UTIP (Unidad de Terapia Intensiva Pediatrica con 6 camas (llegando así a 76 el numero total de camas del hospital). Este incremento en la capacidad instalada y la complejidad de las prestaciones del area materno-infantil llevaron a una recategorizacion del Alende, asignandole justamente un mayor nivel de complejidad hospitalaria.

Con respecto a la atencion obstetrica, la poblacion femenina de la zona cuenta para los controles prenatales de bajo riesgo con las Unidades Sanitarias mas cercanas a su domicilio (siempre y cuando estas cuenten con la especialidad)¹¹ y con el Consultorio de Obstetricia del Hospital Alende (que funciona de lunes a viernes, de 8:00 a 12:00 hs). Para muchas pacientes dada la localizacion geografica de sus domicilios, tanto el Hospital Alende como la Unidad sanitaria de la zona les queda a trasmayo y prefieren entonces atenderse en hospitales de la ciudad de Buenos Aires (por lo general, el Hospital Penna y la Maternidad Sardá) a los que llegan con un solo omnibus.

Para internacion y la atención obstetrica de alto riesgo, el partido cuenta unicamente con el Hospital Alende¹² y el Hospital Gandulfo.

A pesar de la mencionada recategorizacion y el paulatino incremento del nivel de complejidad del Hospital, en la practica la falta recurrente de insumos y medicamentos y el hecho de que varios cargos de profesionales pueden llegar a quedar eventualmente descubiertos (principalmente en Anestesiologia y

¹¹ La disponibilidad de obstetras en algunas Unidades Sanitarias es fluctuante. En general depende de cuestiones presupuestarias que llevan a rescindir los contratos de los profesionales.

¹² El Consultorio de Alto Riesgo de Obstetricia funciona de lunes a jueves de 8:00 a 12:00 Hs. Para la atencion en cualquier era de los consultorios de Obstetricia a diferencia de lo que ocurre para las otras especialidades y para los estudios de laboratorio, no es necesario ir muy temprano al hospital. Si bien no se puede solicitar turno telefónicamente, cualquier persona puede pedir el turno para la paciente trayendo el N° de historia clinica (que coincide con el N° de documento de identidad).

Neonatología³⁾ implica a veces que las pacientes no puedan ser internadas en el hospital y por lo tanto deban ser derivadas a otros centros de salud ya sea del conurbano o de la ciudad de Buenos Aires⁴

En razón de que las Unidades Sanitarias son centros que cubren sólo el primer nivel de atención las mujeres que acuden a los controles prenatales obviamente deben atenderse el parto en el Hospital Alende o en otro establecimiento hospitalario de su elección (si es que no presentan alguna complicación durante el embarazo y en consecuencia en los meses previos al alumbramiento son derivadas para ser atendidas en un centro de mayor complejidad)

Es importante destacar que muchas pacientes realizan el control prenatal en la Unidad Sanitaria (o en otros hospitales de la ciudad de Buenos Aires) pero para el parto no siempre son atendidas en el lugar en el que realizaron los controles (porque no se atienden partos como en el caso de las Unidades Sanitarias o porque el trabajo de parto no les permite llegar a esos hospitales). Esto genera fragmentación en la atención de las pacientes que se incrementa en los casos en que estas no traen consigo ni la libreta sanitaria ni los estudios previos (que entonces deben ser realizados de urgencia cuando ingresan a sala de partos)

Este grado de fragmentación que desde ya repercute desfavorablemente en un abordaje integral obstétrico y perinatológico de cada caso se ha visto reflejado asimismo en cierta disparidad de criterios y en cierto nivel de subregistro de los datos consignados en las Historias Clínicas Perinatales⁵ (muchas de las cuales por lo tanto tienen información imprecisa o incompleta)

3 Población investigada

La población en estudio ha sido seleccionada en base a los siguientes criterios de inclusión

Son mujeres en edad reproductiva internadas en el Servicio de Toco Ginecología de dicho hospital
 Todas ellas tienen un nivel bajo o ausente de consultas prenatales en su embarazo actual o en uno o más embarazos anteriores

³ Por la rescisión de los contratos en virtud de recortes presupuestarios o por renuncia de los profesionales dadas las malas condiciones laborales y/o contractuales (bajos salarios, falta de pago de los reemplazos de guardias, etc.)

⁴ Según lo referido por el Jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital, en principio se reciben todas las emergencias obstétricas, pero luego de compensarlas se derivan aquí las que puedan implicar la necesidad de una eventual atención en Terapia Intensiva ya que el Hospital no cuenta con Unidad de Terapias Intensiva de Adultos (como por ejemplo en los casos de sepsis o de hipertensiones severas). Hay otras situaciones en las que hay que derivar a la paciente -no ya por falta de infraestructura sino por falta de insumos como se ha mencionado anteriormente (por ejemplo falta de sangre en Hemoterapia para operar en caso de un embarazo ectópico)

⁵ Dentro de los lineamientos establecidos a nivel nacional y provincial, el Servicio de Tocoginecología del Hospital Alende utiliza el formulario pre-impreso destinado oficialmente para la confección de la Historia Clínica Perinatal

- Presentan alguna de las siguientes situaciones

- a) Son puerperas
- b) Están embarazadas y están programadas para el parto
- c) Están embarazadas de más de un trimestre y han tenido complicaciones relacionadas con su embarazo que ya han sido superadas

Para los criterios de exclusión se ha tenido en cuenta por razones éticas- el estado de vulnerabilidad psíquica y emocional por exposición a determinados factores de riesgo, por lo que no han sido seleccionadas las pacientes que atravesaran las siguientes circunstancias

- Mujeres primíparas que cursan el primer trimestre de gestación y están internadas por presentar complicaciones relacionadas con el embarazo
- Mujeres, primíparas o multiparas, que han sido internadas para un raspado uterino evacuador por la pérdida del embarazo
- Mujeres gestantes con complicaciones serias del embarazo que comprometen su vida o la del bebé

Para la identificación de las mujeres que presentaran una conducta preventiva prenatal ausente o inadecuada, se recurrió -como fuente primaria de información- a los datos volcados en las respectivas historias clínicas completados -en virtud del subregistro mencionado anteriormente- con la información relevada de informantes claves: obstetras, obstétricas y enfermeras

Se ha observado que las mujeres se han mostrado más colaboradoras con la situación de entrevista y menos reticentes a brindar información sobre sus experiencias, cuando las conductas indagadas no correspondían con el embarazo actual, sino con gestas anteriores. Se presume que las mujeres están más sensibles si se trata de una situación actual tal vez no solo por una mera actitud personal de auto-censura, sino fundamentalmente por las expresiones de desaprobación que reciben frecuentemente de parte de obstetras, obstétricas y enfermeras cuando ellas no controlan su embarazo o lo hacen deficientemente

4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica de relevamiento de información primordialmente utilizada en esta investigación ha sido la entrevista semi-estructurada, por considerar que es el instrumento más apropiado para explorar el universo de creencias, motivaciones y representaciones sociales implicadas en las conductas de cuidado prenatal investigadas, promoviendo que la entrevistada responda espontáneamente, "de acuerdo con su experiencia personal" y "en sus propias palabras" (Andrade, Shedlin y Bonilla, 1987, 51)

El modelo de entrevista elaborado para este estudio consta, en la primera parte, de una batería de preguntas destinadas a recabar datos socio-demográficos: edad, educación, situación de pareja, grupo familiar conviviente, cantidad de hijos vivos, cantidad de hijos que no viven con la entrevistada y presencia/ausencia de situaciones familiares conflictivas.

El segundo grupo de preguntas está orientado a reconstruir la historia obstétrica de la paciente: cantidad de controles en embarazos anteriores, dificultades en la gestación y/o el parto, antecedentes de abortos, hijos con bajo peso al nacer, hijos fallecidos por causas perinatales, etc.

La tercera parte combina preguntas cerradas y preguntas abiertas, destinadas a ahondar en aquellos aspectos más directamente referidos al universo representacional de las mujeres en torno a la experiencia de la maternidad y a la percepción de cada paciente con respecto a la calidad de la atención en obstetricia (y su posible incidencia en la adopción o no de conductas preventivas prenatales).

Durante el transcurso de cada entrevista, especialmente en la segunda y tercera parte, junto a las preguntas previamente establecidas, se han incluido además preguntas de estimulación, de opinión y de aclaración (Saltalamacchia, 2004), tendientes a facilitar el tratamiento más íntimo y profundo de aquellos aspectos que resultasen de interés para la investigación. En todos los casos se ha tratado de conducir cada entrevista hacia una conversación lo más cómoda y distendida posible para la paciente, promoviendo la emergencia fluida y espontánea de los relatos y fundamentalmente evitando interferir -en la medida de lo posible- en ese momento especial que implica para una mujer el embarazo o el inmediato puerperio.

Las entrevistas estuvieron precedidas de un análisis de las historias clínicas con el objetivo -no solo de seleccionar a las pacientes a entrevistar- como se ha explicitado anteriormente, sino también de recabar información adicional relativa a la historia tóco-ginecológica de cada una. En efecto, esta revisión sistemática de las historias clínicas ha permitido, en primer lugar, tener una idea previa de cada caso para orientar mejor las entrevistas; a administrar posteriormente, por otro lado, ha posibilitado completar el relato de las pacientes, en los casos en los que éstas han omitido mencionar algún dato relevante. La información obtenida por este medio se ha volcado en un formulario sintético y sencillo, elaborado según el siguiente esquema:

Nro. de historia clínica

- Motivo de internación actual

- Semanas de embarazo al momento del ingreso

- Cantidad de controles prenatales realizados

- Trimestre en que realizó el primer control prenatal

- Antecedentes de patología clínica y enfermedades pre-existentes

- Antecedentes de problemas obstétricos

- Internaciones anteriores en el Servicio de Toco-ginecología del hospital

Finalmente, una vez seleccionada una paciente, se procedió a la administración de la entrevista, condicionada en cada caso- al consentimiento dado por escrito y firmado

Para la conformación de la muestra de mujeres se ha empleado la estrategia del muestreo teórico (Taylor y Bodgan, 1996 Castro, 1996), según la cual los casos son seleccionados en base a su potencial para aportar nuevos datos. Para determinar el tamaño de la muestra se ha utilizado el criterio de "saturación teórica", entendida como el momento de la investigación en el que se decide detener el proceso de muestreo porque se considera que ya no se obtiene información nueva (Castro, 1996, 69)

Para facilitar el posterior proceso de interpretación de los resultados de las entrevistas, se han confeccionado parámetros de análisis relativos a las conductas de las mujeres ante el control prenatal, categorizándolas en base a

- La normativa oficial sobre control de embarazo, actualmente en vigencia a nivel nacional y provincial

- La literatura investigada a nivel nacional e internacional sobre el tema

- La información recogida en entrevistas a obstetras de vasta formación y trayectoria profesional en la especialidad

Nuestro país -como se ha mencionado en el Capítulo I- recomienda iniciar las visitas de control prenatal lo más precozmente posible (dentro del primer trimestre de gestación), al igual que lo sugerido por la mayoría de los países, sostenido además desde la OMS¹⁶

Con respecto al número de consultas, la normativa oficial argentina estipula un cronograma de 5 consultas para los embarazos de bajo riesgo, sugiriendo que la primera visita se realice antes de las 20 semanas de embarazo (no obstante la recomendación general de iniciar el control prenatal dentro de las primeras 12 semanas)¹⁷

Si bien puede inferirse que la atención prenatal inadecuada sería, en consecuencia, aquella que no se realiza según lo estipulado en la normativa correspondiente, no queda claro sin embargo cuáles serían los parámetros para

¹⁶ En el manual sobre el nuevo modelo de control prenatal difundido en el 2001 se enfatiza justamente que "lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo" (OMS 2003: 14)

¹⁷ Cabe señalar que si bien en el sistema público de salud de nuestro país se aplica la normativa oficial relativa a la realización de 5 consultas en la práctica privada se sigue implementando aun el modelo estándar que indica un total de aproximadamente 12 visitas (una vez al mes durante los primeros 5 meses de embarazo, una vez cada 2-3 semanas en los dos meses siguientes y luego una vez por semana hasta el parto)

establecer puntualmente cuando un control prenatal tiene un inicio tardío o en que medida se lo considera realizado en forma deficiente

Tanto en la literatura nacional e internacional analizada sobre el tema como en las entrevistas realizadas a varios profesionales de nuestro país, no se ha encontrado consenso en relación a estas definiciones, observándose variaciones en el inicio de la atención y en el número de consultas acumuladas para calificar la atención prenatal como inadecuada

La mayor disparidad se ha observado en relación a la cuestión del comienzo tardío de la atención, dado que en las investigaciones relevadas los parámetros encontrados oscilan entre las 16 semanas (Sanchez Perez Ochoa Diaz López García Gil y Martín-Mateo, 1997¹⁸) las 20 semanas de embarazo (Magadi, Madise y Rodríguez 2000 Urrego Mendoza Gonzalez Gonzalez y Fernandez Morris 2001) y las 28 semanas aproximadamente (Mendoza Flores, Sanchez Jimenez, Garcia Cardona y Ávila Rosas, 2002¹⁹)

Con respecto a la cantidad de consultas, la mayoría de las investigaciones de aquellos países en que la normativa indica 5 visitas, se considera deficiente un control prenatal basado en 4 o menos consultas

En entrevistas realizadas a obstetras que se desempeñan en el sub-sector público de salud de nuestro país, sí bien hay acuerdo en considerar deficiente un control de embarazo con menos de las 5 consultas recomendadas oficialmente, se han encontrado discrepancias en relación a cuando considerar tardío el comienzo de la atención prenatal. Mientras hay quien acuerda con conceptualizar como tardío el control iniciado más allá de las 20 semanas de gestación, en especial en el contexto de poblaciones atravesadas por condiciones socio-económicas desventajosas otros en cambio se han mostrado más "ortodoxos" estimando como tardío todo control que se inicia después del primer trimestre

Finalmente cabe destacar que en una prueba piloto del trabajo de campo se ha observado que aun en aquellos casos en los que objetivamente los controles prenatales podrían ser considerados dentro de un nivel adecuado (es decir iniciado dentro de las 12 a 16 semanas de gestación, con un número de 5 o más consultas), no obstante, algunas pacientes entrevistadas han visualizado en tales casos *su propia conducta de cuidado prenatal como tardía*

¹⁸ En este estudio se establece que una atención prenatal adecuada es aquella que se inicia entre el primero y cuarto mes del embarazo y se han realizado más del 80% de las consultas recomendadas (es decir 5 o más consultas). El control prenatal realizado con un número de 0 a 4 consultas se considera aquí inadecuado

¹⁹ Estas autoras en una investigación realizada también en México como la de Sanchez Perez y colab. definen como control prenatal inadecuado el que consta de 4 o menos consultas y ha sido iniciado en el tercer trimestre (aproximadamente a las 28 semanas). En México la normativa oficial recomienda un esquema de 5 consultas estableciendo que la primera visita debe ser realizada dentro de las primeras 12 semanas de embarazo (Norma Oficial Mexicana NOM 007 SSA2 1993)

En base al relevamiento realizado precedentemente -a través de la normativa vigente, la revisión de la literatura, las entrevistas a profesionales y lo observado en la prueba piloto, se ha elaborado la siguiente categorización de los controles prenatales

- Controles Prenatales Adecuados, percibidos como Tardíos

Son aquellos controles que han sido iniciados dentro de las 16 semanas de gestación, con un número total de 5 o más consultas, pero a pesar de ello son percibidos como tardíos por las pacientes entrevistadas

- Controles Prenatales Tardíos

Son las consultas iniciadas a partir de las 20 semanas de gestación, totalizando 5 o más controles

- Controles Prenatales Deficientes

Son aquellos controles prenatales que, iniciados en cualquier semana de gestación, llegan a un máximo de 4 consultas

Algunas mujeres presentan un control prenatal tardío (iniciado después de las 20 semanas) y deficiente (es decir, han realizado solo 2 o 3 consultas, o las 4 consultas realizadas son insuficientes en relación a las complicaciones que presenta el embarazo) En este caso se lo considera como Control Prenatal Deficiente

- Controles Prenatales Ausentes

Son los casos en los cuales las gestantes no han realizado ninguna consulta, o han realizado una sola consulta y los estudios correspondientes pero no han realizado una segunda visita para consultar por los resultados de los estudios

También se incluyen en esta categoría los casos de mujeres que han tenido contacto con el centro de salud en el tercer trimestre de gestación, pero en una situación de emergencia (que requiere internación) y, por lo tanto, están fuera de un esquema de consulta prenatal en consultorios externos

CAPÍTULO V

Análisis descriptivo de los resultados de la Investigación

1 Características sociodemográficas de la población investigada

En total se han entrevistado 34 mujeres con controles prenatales inadecuados o ausentes cuyas edades están comprendidas entre los 14 y los 40 años. El grupo más numeroso tiene entre 18 y 21 años, seguido por el de las mujeres entre los 22 y los 30 años de edad en el momento de la entrevista (Cuadro V 1)

Cuadro V 1
Cantidad de mujeres entrevistadas por intervalo de edad

	Intervalos de edad				Total
	< 18	18 - 21	22 - 30	31 - 40	
Cantidad de mujeres	4	12	11	7	34

Para cada intervalo de edad, se han relevado datos socio demográficos relativos a nivel de escolaridad, ocupación y situación de pareja.

Con respecto al primer ítem se ha considerado el nivel formal de instrucción alcanzado en el momento de la entrevista en base a las siguientes categorías: primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta y nivel terciario o universitario. Se constata que algo menos de la mitad de las entrevistadas ha completado el nivel primario de instrucción: cerca de un quinto tiene primaria incompleta y prácticamente en la misma cantidad secundaria incompleta. Muy pocas han finalizado el nivel secundario de estudios y ninguna ha alcanzado un nivel terciario (Cuadro V 2).

Cuadro V 2
Nivel Educativo Situación Laboral Situación de Pareja y Paridad
por Intervalo de Edad

		Intervalos de Edad				Total
		< 18	18 21	22 30	31 40	
Educación	P Inc	3	2	1	1	7
	P Com		5	5	5	15
	S Inc	1	4	2	1	8
	S Com		1	3		4
	Terc / Univ					
Ocupación	A de C	3	8	8	5	24
	Desempl					
	Empleo	1	4	2		7
	Plan Soc (1)			1	2	3
Sit. Pareja	Noviazgo	2		1		3
	Casada			1		1
	Separada		3	1		4
	Concubina	2	8	8	7	25
	Sin pareja		1			1
Paridad	Primipara (2)	1 + 2(P)	2 + 2(P)			7
	2 3 Hijos	1	8	10	1	20
	4 Hijos o más			1	6	7

(1) En esta categoría se han incluido sólo los casos de mujeres que reciben el plan social y deben realizar tareas fuera del hogar. Aquéllas que son beneficiarias de un plan social pero no trabajan han sido incluidas por lo tanto en la categoría de Ama de casa.

(2) En este ítem se ha diferenciado a la mujer que ha tenido su primer hijo pero no ha sido éste su primer embarazo de la mujer primigesta (P).

En relación con la situación ocupacional las categorías relevadas han sido ama de casa, desempleada y empleada, observando que más de los dos tercios de las mujeres en estudio son amas de casa, es decir realizan tareas exclusivamente dentro del hogar. Dentro de este grupo algunas han trabajado

hasta quedar embarazadas, ya sea como empleadas domesticas o como vendedoras en un comercio o en puestos de las ferias de la zona. Entre el pequeño grupo de mujeres que trabajan (casi un quinto), todas lo hacen en empleos temporarios, en negro, es decir, sin relacion de dependencia y sin recibir entonces los beneficios jubilatorios y sociales con los correspondientes aportes de parte del empleador¹, algunas trabajan como vendedoras en alguna de las ferias de Ing. Budge (por lo general, solo los fines de semana), otras cuidan niños², las menos desempeñan tareas en comedores escolares o comedores comunitarios en virtud de recibir el beneficio de un plan social (en general, son actividades de pocas horas y/o de algunos días por semana).

Con referencia a la situación de pareja (casada, separada, concubina, de novia o sin pareja), se ha verificado que la gran mayoría de las mujeres presenta algún tipo de vínculo en el momento de la entrevista, con fuerte predominio de las uniones de hecho. Entre estas últimas -que representan prácticamente las tres cuartas partes de la población en estudio- cerca de los dos tercios lleva entre 1 y 5 años de convivencia con su actual pareja y poco más de un tercio supera los 5 años³. Asimismo, entre las mujeres en concubinato, solo en algo menos de un tercio de los casos se han constatado segundas uniones, verificadas predominantemente en mujeres de alrededor de 30 años o más en el momento de la entrevista. Casi la totalidad de las mujeres unidas de hecho ha comenzado a convivir entre los 15 y los 21 años, siendo solo tres las que iniciaron la convivencia antes de la edad de 15 años.

Por otro lado, analizando todos los casos de mujeres que viven o han vivido en concubinato, se ha observado que poco menos de la mitad de ellas ha iniciado su convivencia a raíz del embarazo (si bien algunas no continuaron luego con la misma pareja).

Al indagar por último si -entre las mujeres multiparas- sus hijos son de un mismo padre o de diferentes parejas se ha constatado que, en más de la mitad de los casos, los niños son de un mismo progenitor, el resto de las mujeres, en cambio, ha tenido a sus hijos de dos parejas distintas⁴.

De la observación de los datos sociodemográficos relevados se infiere por lo tanto que las mujeres de este estudio son, en su mayoría, amas de casa, han

¹ Si bien en la entrevista -en la categoría correspondiente a empleo- se indagó si se trataba de empleo temporario (en negro) o sin relación de dependencia) o empleo con relación de dependencia (en blanco) después -para el análisis de los resultados- se incluyeron finalmente todas las situaciones laborales en una única categoría diferenciando solo el caso de las actividades realizadas bajo un plan social.

² Una sola de las entrevistadas refirió estar trabajando en la situación de contratada de la Municipalidad de Lomas de Zamora (como empleada administrativa en una Unidad Sanitaria) sin embargo -teniendo en cuenta la precariedad que implica estar bajo contrato (que puede rescindirse en cualquier momento -aun antes del plazo estipulado- y no está sujeto a aportes de parte del empleador)- se ha considerado este caso como empleo temporario.

³ Entre las que superan los 5 años de convivencia -poco más de la mitad lleva entre 10 y 17 años de concubinato con la misma pareja.

⁴ Sólo en un caso -los 5 hijos de la entrevistada son de 4 parejas diferentes.

alcanzado el nivel primario de instrucción y tienden a convivir en pareja bastante tempranamente -en forma frecuente por haber quedado embarazadas- entablando uniones consensuales relativamente estables en el tiempo⁵, que no legalizan sin embargo con el subsiguiente nacimiento de sus hijos

2 Características de la historia obstétrica

2.1 Paridad y edad del primer embarazo

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas tiene entre 2 y 4 hijos (Cuadro V 2). Los casos de primiparidad y primigesta se ubican -como es lógico- en los tres primeros intervalos de edad, mientras que las grandes multiparas son predominantemente mayores de 30 años. Más de las tres cuartas partes de las mujeres multiparas ya tienen 2 o más hijos antes de cumplir los 25 años (ver Anexo 1) lo cual habla de un comienzo de la fecundidad bastante temprano. Con respecto al tiempo transcurrido entre cada hijo, se ha observado que más de la mitad de las mujeres multiparas han tenido un intervalo intergenésico menor de 2 años⁶ en alguno de sus embarazos anteriores. Cabe destacar que la casi totalidad de los casos en los que se ha verificado un intervalo intergenésico corto coincide con un control prenatal inadecuado o ausente en el embarazo siguiente. En la gran mayoría se trató de un solo episodio por caso⁷. En relación con la edad de la primigesta, cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas tuvo su primer embarazo entre los 18 y los 21 años y un porcentaje similar antes de cumplir los 18, de las cuales un tercio antes de la edad de 15 años (Cuadro V 3).

Cuadro V 3
Edad del Primer Embarazo

Intervalos de Edad				
< 15	15 - 17	18 - 21	22- 30	31 - 40
4	12	16	2	0

⁵ El grado de estabilidad en la relaciones de pareja se relativiza aun más si, a las mujeres separadas en el momento de la entrevista, se suman las que ya se han separado anteriormente y están por lo tanto en su segunda experiencia de convivencia. Esta suma eleva a más de un tercio el número de mujeres de este estudio que bien o han tenido una ruptura de pareja.

⁶ El intervalo intergenésico menor de 2 años es uno de los factores de riesgo a considerar en la historia clínica perinatal de cada mujer embarazada cuando asiste a control prenatal (Min. de Salud de la Nación. Guía de Control Prenatal 2001: 17).

⁷ Únicamente en dos de las mujeres entrevistadas se observó más de uno de tales intervalos, en una multipara con 8 hijos se verificaron 5 intervalos intergenésicos de 1 año y en otra con 3 hijos, 2 intervalos (también de 1 año).

Si se considera el intervalo de edad entre los 15 y los 19 años -que es el que generalmente se toma en cuenta para las estadísticas de embarazo adolescente (OMS, 2004: 5)-, la cantidad de mujeres que se embarazaron por primera vez a esa edad suma 20⁶, lo cual representa poco menos de los dos tercios de la población en estudio evidenciándose así una proporción considerable de embarazo adolescente. Si en cambio se consideran los intervalos etarios que llegan hasta los 19 años partiendo de las edades menores a 15 según la definición estándar de la OMS para adolescencia⁷, esta proporción es más alta elevándose entonces por encima de los dos tercios.

Si bien este no es un estudio cuantitativo, los resultados obtenidos hasta aquí con respecto a la conformación de pareja y la fecundidad de las mujeres entrevistadas son consistentes con los hallazgos de una investigación realizada en municipios del conurbano bonaerense, en la cual las edades medias de iniciación sexual de la primera unión de pareja y del primer hijo "señalan calendarios muy precoces de inicio de formación de las familias y las descendencias" (Lopez, 2000, 22).

2.2 Conductas de control prenatal

Como se ha señalado en el capítulo referido al encuadre metodológico, en este estudio se han investigado las conductas de control prenatal ausente o inadecuado en todos los embarazos -no solo en el último- de cada mujer internada en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Alende a través del relato de las entrevistadas y de los datos complementarios proporcionados por las historias clínicas. Como es lógico dentro de los eventos indagados se han considerado también los casos de parto pretermino⁸ y de mortinatos, excluyendo en cambio los embarazos que terminaron en abortos o en abortos tardíos⁹. De esta manera, los embarazos investigados en las 34 entrevistas realizadas suman en total 101.

De esos eventos¹², se ha constatado que más de la mitad -60 casos- presenta una de las conductas en estudio (Cuadro V.4). Dentro de estos los más numerosos son los controles prenatales tardíos (con dos cuartas partes de los casos). Los controles adecuados percibidos como tardíos representan casi un cuarto de los casos estudiados. En una proporción algo menor les siguen los controles deficientes y, luego, los ausentes.

⁶ De las 34 mujeres entrevistadas 28 tuvieron su primer embarazo entre los 15 y los 21 años (Cuadro V.3); de estas, solo 8 tuvieron su primera gestación después de los 19 años.

⁷ En un Informe sobre Adolescencia y Servicios de Salud, la OMS (2002: b.5) incluye dentro del período de la adolescencia a las personas que tienen entre 10 y 19 años, diferenciando 3 etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años), adolescencia media (de 14 a 15 años) y adolescencia tardía (de 16 a 19 años).

⁸ Se define como parto pretermino el que se produce entre las 28 y las 37 semanas de gestación. El parto inmaduro es el que se produce aun antes -entre las 20 y las 28 semanas- pero no ha aparecido ningún caso en este estudio.

En obstetricia se consideran dos tipos de abortos: precoz, antes de las 12 semanas de gestación y tardío, entre la semana 12 y la 20.

¹² Solo tres de esos embarazos no pudieron ser categorizados porque las mujeres entrevistadas no recordaban el tipo de control prenatal llevado a cabo en ellos.

Cuadro V 4
Cantidad de Controles Prenatales Ausentes o Inadecuados
y de Controles Prenatales Adecuados

Controles Prenatales Ausentes o Inadecuados					Controles Adecuados	TOTAL
Ad perc Tardios	Tardios	Ausentes	Defic	Total		
12	30	8	10	60	38	98

Si se consideran solo los controles efectiva y objetivamente tardios, ausentes o deficientes (es decir, catalogados independientemente de la percepción subjetiva de las entrevistadas) estos suman 48 casos en total, es decir, cerca de la mitad de todos los embarazos relevados. Dentro de este grupo, los controles tardios concentran las dos terceras partes de los casos, mientras que los ausentes y los deficientes representan cada uno menos de la tercera parte de ellos.

Más de la mitad de las mujeres con controles prenatales catalogados como tardios ha consultado por primera vez alrededor de las 20 semanas (ver Anexo 1) y el resto lo ha hecho entre las 20 y las 24 semanas¹³ (solo una de las entrevistadas, en su último embarazo, ha iniciado el control prenatal muy tardíamente -es decir a las 28 semanas de gestación-, si bien ha manifestado haber realizado 5 visitas al obstetra).

En el caso de los controles prenatales deficientes, la gran mayoría de las mujeres entrevistadas realizó la primera visita al obstetra entre las 20 y las 24 semanas de embarazo, pero efectuó solo 2-3 consultas en total. En tres de los casos indagados el comienzo de la atención prenatal no ha sido tardío por el contrario, la misma fue iniciada dentro del primer trimestre- pero en estos casos concurren a ver al obstetra solo 2-3 veces.

Por su parte, los controles prenatales adecuados -es decir, los controles efectuados antes de las 20 semanas de embarazo y con un número de visitas no inferior a 5- suman 38 casos¹⁴, representando por lo tanto poco menos de dos quintas partes del total de eventos analizados. Dentro de este grupo de controles prenatales, la gran mayoría de las consultas han sido iniciadas dentro del primer trimestre de gestación, mientras que solo un cuarto de ellas fueron realizadas -aproximadamente- entre las 16 y las 18 semanas de embarazo.

Puesto que normalmente las mujeres contabilizan el tiempo del embarazo en meses, el cálculo de las semanas de gestación ha demandado un trabajo de indagación específica ya que este dato -cuando no estaba consignado en la historia clínica (lo cual era bastante frecuente ya que no figuraban en ella todos los embarazos de cada paciente)- debió ser inferido del relato y las repreguntas realizadas a cada entrevistada.

¹³ Como se ha señalado, en tres oportunidades las entrevistadas no recordaron en qué mes del embarazo iniciaron los controles; estos casos no fueron incluidos por lo tanto en ninguna de las categorías analizadas.

Al relacionar los tipos de control prenatal estudiados con la edad (Cuadro V 5) se ha observado que en las mujeres menores de 18 años predominan fuertemente las conductas de control prenatal ausente o inadecuado con una frecuencia que es tres veces mayor que las de control prenatal adecuado. Este predominio si bien se suaviza considerablemente se mantiene en las mujeres entre 18 y 30 años. Entre las mayores de 30 años, en cambio los controles prenatales ausentes o inadecuados solo superan ligeramente a los adecuados.

Cuadro V 5
Controles Prenatales Ausentes o Inadecuados y Controles Prenatales Adecuados
según Edad, Educación y Situación de Pareja

		Controles Prenatales Ausentes o Inadecuados					Adecuados
		Ad perc Tardíos	Tardíos	Ausentes	Defic	Total	Total
Edad	< 18	5	5	1	2	13	4
	18-21	3	9	4	3	19	14
	22-30	3	13	2	3	21	14
	31-40	1	3	1	2	7	6
Educación	P Inc	2	9	2	2	15	5
	P Com	5	15	2	6	28	25
	S Inc	4	4	3	2	13	3
	S Com	1	2	1		4	5
Sit Pareja	Noviazgo	4	3	2	2	11	5
	Casada				1	1	
	Separada		2		1	3	1
	Concubina	8	25	5	6	44	32
	Sin pareja			1		1	

La edad en este cuadro es la que las mujeres entrevistadas presentaban en cada uno de sus embarazos. La Situación de Pareja consignada aquí es la correspondiente al comienzo de cada embarazo. Por lo tanto puede variar en el transcurso de ese mismo embarazo y además ser diferente a la relevada en el momento de la entrevista. No se incluyó el ítem relativo a ocupación porque no se indagó este dato en las anteriores situaciones de embarazo de las entrevistadas.

Si bien se observa que las mujeres incluidas en el primer grupo de edad presentan claramente menos controles prenatales sin embargo estos resultados al menos en sí mismos- no permiten delinear nitidamente una tendencia por lo que se infiere que la edad no parece ser -en esta investigación- una variable lo suficientemente consistente en la cual basarse para dar cuenta de las conductas de control prenatal ausentes o inadecuadas

En relación con el nivel educacional, como era de esperarse, los controles prenatales ausentes o inadecuados prevalecen en las mujeres cuyo nivel de instrucción solo ha alcanzado el nivel primario o no ha superado el secundario tales controles son tres veces más frecuentes que los adecuados en las mujeres con primaria incompleta, apenas superan a estos últimos en las entrevistadas con primaria completa y aparecen 4 veces más que los adecuados en aquellas que no han completado el secundario. En los casos en que han logrado completar el nivel secundario de instrucción, en cambio, los controles prenatales adecuados son ligeramente mayoritarios aunque no tanto como se presupondría, lo cual es indicativo de la presencia de otros factores que inciden en la adopción o no de conductas preventivas prenatales

Con respecto a la situación de pareja, puesto que el tipo de vínculo predominante en la población estudiada es como se ha expresado más arriba, la convivencia casi inmediata -con periodos de noviazgo muy cortos y a edades muy tempranas- lógicamente los controles prenatales en estudio se concentran mayoritariamente en las mujeres en concubinato abarcando poco más de los dos tercios en el grupo de controles inadecuados o ausentes y la casi totalidad en el grupo de los adecuados. Dentro del total de embarazos ocurridos en esta situación de pareja es decir, en uniones de hecho- se constata un predominio de controles prenatales ausentes o inadecuados sobre los adecuados. A su vez, dentro de los ausentes o inadecuados, los más numerosos en las mujeres con uniones consensuales son los tardíos (representando más de la mitad) seguidos por los adecuados pero percibidos como tardíos (lógicamente en un número mucho menor)¹⁵, y luego por los deficientes y los ausentes (ambos en cantidades prácticamente equivalentes)

Al analizar las conductas de control prenatal de las mujeres en situación de noviazgo, se comprueba que los controles prenatales ausentes o inadecuados son más del doble de los adecuados. Asimismo se observa que con respecto a los ausentes o inadecuados- en las mujeres con este tipo de vínculo de pareja predominan los controles adecuados pero percibidos como tardíos. Cabe señalar asimismo algunas peculiaridades así como en el único caso de una entrevistada sin relación de pareja se verificó como sería previsible- un control prenatal ausente, paradójicamente, en el único caso de una mujer casada -en el que se

¹⁵ Cabe recordar que dentro de los controles prenatales ausentes o inadecuados los controles tardíos son las dos cuartas partes del total

¹⁶ En el caso de esta entrevistada en los embarazos anteriores -gestados en una situación de pareja inestable y conflictiva- se verificaron mejor calidad y cantidad de los controles prenatales (uno adecuado y el otro adecuado pero percibido como tardío) que en su último embarazo -planificado producto de su matrimonio- en el que tuvo un control prenatal deficiente

pensaria que el tener pareja estable seria un factor favorable-, se constata en cambio un control prenatal inadecuado¹⁶. Por otro lado se ha observado que, tanto en los casos de controles prenatales ausentes o inadecuados como en los adecuados, ciertos embarazos -en similar numero para ambos grupos de conductas ocurrieron en el contexto de situaciones conflictivas de pareja (por ejemplo, parejas violentas, adictas o abandonicas)¹⁷, aun tratandose -en algunas de esas situaciones- de convivencias consensuadas de larga data

En vista de los resultados obtenidos en el analisis de las conductas de control prenatal relacionadas con la situacion de pareja, se infiere que tampoco en este aspecto se puede visualizar nitidamente una tendencia. Asi es que, por ejemplo, no es posible establecer una correlacion clara entre controles ausentes o inadecuados y -segun cabria esperar- menor estabilidad en la relacion de pareja (en especial si se tiene en cuenta que -como se ha observado- dicha estabilidad no depende, evidentemente, ni del tipo de vinculo ni de su continuidad en el tiempo)

Si se enfoca el analisis observando las conductas de control prenatal en los sucesivos embarazos de cada una de las mujeres entrevistadas (ver Anexo 1) -y descontando obviamente a las que han tenido un solo hijo¹⁸-, solo 7 de ellas -es decir, aproximadamente un cuarto del total de mujeres con mas de un hijo- han tenido controles ausentes o inadecuados en todos sus embarazos. Esto implica, por tanto, que poco mas de los tres cuartos de las mujeres multiparas entrevistadas -es decir, la mayoria- no ha tenido el mismo tipo de conducta prenatal en sus respectivos embarazos, presentando controles ausentes o inadecuados en unos y adecuados en otros (entre las mujeres con mas de dos hijos, se han observado predominantemente controles ausentes o inadecuados solo en una o dos de sus gestas)

Al evaluar en lineas generales la relacion entre las conductas de control de embarazo y la paridad (Anexo 1) se constata que, en las mujeres entrevistadas en este estudio, prevalecen las conductas de control prenatal ausente o inadecuado en el embarazo del primer hijo (que, en algunos casos, por ahora es el unico)

Al examinar en que numero de gesta -en la secuencia de los sucesivos embarazos- las mujeres multiparas han presentado conductas de control prenatal ausente o inadecuado, se ha observado que -exceptuando los casos en los que se ha verificado este tipo de controles en todos los embarazos- tales conductas predominan en principio en una o dos de las gestas posteriores al primer hijo. Sin embargo, se ha detectado asimismo que -en cada una de las mujeres entrevistadas- uno de esos embarazos es a la vez un hijo ulterior pero ademas el primer hijo con su siguiente pareja. De esta manera, entonces, las conductas de control prenatal ausente o inadecuado pasan a predominar en los casos de primer hijo con pareja actual y/o

¹⁶ En uno de esos casos se observo que la entrevistada tuvo controles prenatales adecuados en los embarazos que fueron producto de relaciones de parejas anteriores conflictivas mientras que -en su ultimo embarazo- gestado en el contexto de una situacion de pareja estable- tuvo un control prenatal deficiente (condicionado -segun ella- por factores emocionales e intra-subjetivos)

¹⁷ Entre estas mujeres -que suman 7- se han verificado -en igual proporcion- controles deficientes, tardios y adecuados percibidos como tardios. Solo en un caso se ha registrado un control prenatal ausente (ver Anexo 1)

anterior. No obstante, se estima que para aquellas mujeres que ya tienen uno o más hijos con una o más parejas anteriores, la nueva situación de embarazo, aun siendo el primero con la actual pareja, no se vivenciaría de igual modo ni tendría el mismo estatuto psicológico y emocional que en una primípara o primigesta, puesto que -además de ser ya un evento conocido por haberlo experimentado anteriormente- la presencia de otros hijos supone, necesariamente, un tiempo y una dedicación diferente.

Por otro lado, al profundizar en el análisis de estos casos de controles ausentes o inadecuados de primeros hijos con pareja actual y/o anterior, se ha comprobado llamativamente que algunas entrevistadas han planificado estos embarazos, aduciendo no obstante muy diversos motivos -relativos a situaciones personales y emocionales por los cuales no realizaron un control adecuado de los mismos¹⁹.

Si se explora la correspondencia entre los embarazos referidos como planificados o no planificados por las entrevistadas y las conductas de control prenatal (Cuadro V 6), se constata que mientras en el grupo de embarazos planificados la proporción entre controles adecuados e inadecuados es prácticamente equivalente -en una relación de 1 a 1 entre ambos-, en el grupo de los embarazos no planificados, en cambio, la relación entre los controles prenatales ausentes o inadecuados y los adecuados es de 2 a 1, es decir, aquellos son casi el doble de los adecuados. Asimismo se comprueba que -contrariamente a lo esperable- no siempre en los embarazos planificados las mujeres han tenido una conducta de control prenatal adecuado, como así tampoco a los no planificados les ha correspondido necesariamente una conducta de control prenatal ausente o inadecuada, si bien esta última situación ha sido la predominante.

Analizando las conductas de control prenatal ausentes o inadecuadas en los embarazos planificados predominan -en similar proporción- los controles deficientes y los tardíos, mientras que en los no planificados el mayor número corresponde a los controles tardíos.

Cuadro V 6
Tipos de Control Prenatal en Embarazos Planificados y No Planificados

	Controles Prenatales Ausentes o Inadecuados					Adecuados
	Ad perc Tardíos	Tardíos	Ausentes	Defic	Total	Total
Emb Planificado	2	5	2	6	15	14
No Planif	7	22	5	3	37	18
No Recuerda	3	3	1	1	8	6
Total	12	30	8	10	60	38

¹⁹ Para el análisis de las argumentaciones referidas por las entrevistadas con respecto a las conductas en estudio, ver el capítulo VI.

Al analizar este aspecto en relación con la paridad se ha observado que, entre las primíparas y primigestas algo más de la mitad ha referido embarazos no planificados, mientras que aproximadamente los dos tercios de las multiparas han planificado solamente alguno de sus embarazos

Entre las multiparas, solo en un caso todos los embarazos han sido planificados, constatando un control prenatal tardío en el primer embarazo y un control ausente en el último. En otros 6 casos, en cambio, las entrevistadas refirieron que ninguna de sus gestas ha sido planificada. Entre estos casos, la mitad tuvo controles ausentes o inadecuados en todos los embarazos mientras que las otras tuvieron este tipo de controles solo en uno de sus respectivos embarazos

3 Nivel de Información de las mujeres en estudio sobre el control del embarazo

Para abordar de manera más completa y precisa el problema de investigación, se ha indagado además que saben las mujeres entrevistadas sobre los controles prenatales: es decir, para que sirven, cuando iniciarlos y con qué frecuencia

En líneas generales, al promover que ellas se expidan espontáneamente sobre la utilidad y la relevancia de las consultas al obstetra durante el embarazo, se han obtenido respuestas similares, constatando que la mayoría de las mujeres ha puesto el acento en el control del bebé²⁰ y del embarazo, mientras que solo una minoría ha incluido también a la madre -es decir, a ellas mismas- en el proceso

Dentro de los estilos de respuesta más frecuentes las entrevistadas han manifestado que el control prenatal sirve en general para "controlar el bebé", "saber como está", "ver como está desarrollándose", "como evoluciona", "que tenga un adecuado crecimiento", "que salga bien", "para saber si va a nacer sin ningún problema", "si está bien acomodado", "sirve mucho para los partos para saber como está ubicado", para saber "como está el bebé y la mamá también" "para ver si está bien el bebé y si está bien ella", "para que el bebé nazca bien, sano, fuerte bien de peso sin ninguna enfermedad", "para alimentarse bien uno". Como puede apreciarse, algunas respuestas son más bien escuetas, referidas simplemente a si el bebé está bien sano, otras aluden además a la idea del adecuado desarrollo, crecimiento o evolución del bebé dentro de la panza y unas pocas relacionan el control prenatal con un buen parto. De las que incluyen la consideración del estado de la madre durante el embarazo, algunas se refieren principalmente a su alimentación y en menor medida, a su estado de salud (por ejemplo "ver si la mamá está sana, si tiene alguna dificultad, si está bien de salud", si tiene "alguna enfermedad, alguna infección")²¹. Con respecto al tema

²⁰ Cabe señalar que al hablar del control prenatal la gran mayoría se refiere al bebé. Solo 3 de las entrevistadas se expresaron en términos más impersonales refiriéndose al control del embarazo y no del bebé.

²¹ Estas dos respuestas provienen de dos entrevistadas con antecedentes de infección urinaria en los dos embarazos anteriores: en un caso y de problemas de hipertensión arterial en el embarazo anterior y en el actual en el otro caso.

de la alimentación, se presume que ello tal vez se deba a la preocupación demostrada en el consultorio por los obstetras, los cuales suelen comentar al elevado índice de anemias observado en este medio, si bien no han realizado una estadística concreta al respecto.

Un pequeño grupo de entrevistadas ha volcado respuestas más completas y elaboradas, en las que vinculan la práctica de la atención prenatal con la noción de prevención de riesgos, enfermedades o complicaciones durante el embarazo y el parto. De hecho, para ellas, las visitas al obstetra durante la gestación son de utilidad *"para que te vaya bien en el embarazo, se haga el parto bien, por ahí si tenes alguna enfermedad la captan enseguida"*, *"para que no corra riesgo vos ni tu bebe"*, *"para que el medico sepa que no esta corriendo riesgo el embarazo"*, *"para que estes tranquila vos y tu bebe, porque por ahí tenes alguna complicacion o algo"*, *"para ver si el bebe está sano o si vos tenes alguna enfermedad, que pueda afectar al bebe, alguna infeccion"*, *"para ver si el bebé esta sano y si uno tiene alguna enfermedad que le pueda hacer mal al bebe, cuando te haces controlar te pones en manos del medico"*. Al intentar relacionar este estilo de respuesta con edad y nivel de instrucción, se observa que corresponden a mujeres de diferentes edades (17, 18, 25, 31 y 37 años), tres de las cuales tienen primaria completa, dos secundaria incompleta y una primaria incompleta, es decir, ninguna ha finalizado el nivel secundario de instrucción. Sin embargo, lo significativamente común a casi todas ellas²² es haber tenido infecciones durante los embarazos, alguna complicación en el parto o antecedentes de abortos tardíos²³. Este dato sugiere que el saber contenido en sus respuestas provendría más bien de su experiencia y su historia personal y, por lo tanto, del encuentro con el discurso médico en esas experiencias- más que del acceso a fuentes de información inherentes al nivel de instrucción, resulta evidente que el discurso médico es valorado y ubicado en el lugar de poder que popularmente se le otorga al saber científico, como puede leerse en uno de los relatos *"cuando te haces controlar te pones en manos del medico"*, o en afirmaciones similares *"te tratan bien aunque tengan estudio"*.

Finalmente cabe destacar que una de las mujeres entrevistadas manifestó que el control prenatal es útil porque, además de *"ver si va todo bien"*, *"cuando una esta embarazada ya te hacen todos los estudios para que despues, cuando uno tiene familia, puede volver a cuidarse de vuelta"*. Paradójicamente, se trata de una mujer de 32 años gran multipara, que -según ha afirmado en el transcurso de la entrevista- nunca ha usado un método anticonceptivo. En esta respuesta, entonces, también se advierte la presunta intervención del discurso médico, en especial si se considera que esta entrevistada tiene antecedentes de intervalos intergenésicos menores de dos años, considerados como un factor de riesgo, y ha

²² A excepción de una de estas entrevistadas de 31 años que ha completado el nivel primario de instrucción.

²³ Específicamente en estos casos se registraron los siguientes antecedentes: 1) infecciones urinarias en todos los embarazos; 2) un nacimiento por cesárea por falta de progresión y descenso y un aborto tardío anterior por embarazo extramembranoso; 3) infección urinaria y endometriosis puerperal en embarazo anterior; 4) un mortinato por anencefalia; y 5) un aborto tardío anterior referido como espontáneo.

cursado su último embarazo con hipertensión arterial, metrorragia y, por lo tanto, amenaza de parto prematuro

Al tratar de ahondar aun más en el análisis de las valoraciones de la población en estudio sobre los controles prenatales, en el proceso de entrevista se ha incluido una pregunta referida a la utilidad de los mismos para a) vigilar el crecimiento del bebé, b) prevenir y tratar complicaciones del embarazo c) tratar enfermedades de la madre y d) preparar física y psicológicamente a la mamá para el nacimiento y el cuidado del bebé, solicitando luego -a cada entrevistada- que ordene las respuestas según el nivel de importancia que le confiere a cada una de estas alternativas. Los resultados obtenidos muestran que la mayor cantidad de respuestas ubican a la primera de ellas -es decir, vigilar el crecimiento del bebé- en primer lugar, las respuestas relativas a la segunda -tratar las complicaciones del embarazo- se ubican mayoritariamente entre el primero y el segundo lugar (con predominio del primero) y las otras dos, en cambio, se ubican preferentemente entre el tercero y el cuarto lugar, observando que las respuestas relativas a la utilidad del control prenatal para el tratamiento de las enfermedades de la madre se concentran predominantemente en el tercero y las referidas a la preparación física y psicológica de la mamá para el nacimiento y el cuidado del bebé ocupan principalmente el cuarto lugar.

Estos resultados refuerzan lo observado inicialmente, es decir, que en el imaginario de la población en estudio lo que está puesto en juego en la atención del embarazo es -en primer lugar- la salud del bebé y después la de la madre, considerando inclusive -en un segundo plano- la preparación psicofísica de la mamá para el advenimiento de su hijo²⁴.

En cuanto al inicio y frecuencia de los controles prenatales se constata que prácticamente la totalidad de las entrevistadas considera que la atención prenatal debe iniciarse dentro del primer trimestre de gestación, observando que la mayoría tiende inclusive a situar dicho inicio en el primer mes del embarazo²⁵. Con respecto a la frecuencia de las consultas, las dos cuartas partes consideran que se debe concurrir a control una vez por mes, cerca de un cuarto de las entrevistadas piensa que se debe consultar dos veces por mes, algunas han respondido que hay que ir "cuando te citan" y solo una considera que 5 consultas son suficientes.

Con respecto a cuáles deben ser los profesionales a cargo de los controles prenatales, la totalidad considera que debe realizarlos el obstetra²⁶. Para la mitad de las mujeres en estudio puede realizarlos también el ginecólogo (para el resto el ginecólogo solo diagnostica el embarazo y luego deriva al obstetra). Más de la

²⁴ Este punto se retomará en el capítulo VI.

²⁵ Algunas han dado respuestas tales como "apenas quedas embarazada" o "desde el principio, cuando estas de días".

²⁶ Algunas entrevistadas no recordaban espontáneamente el nombre de este especialista, pero lo reconocían al mencionarlo.

mitad estima que la obstetriz²⁷ puede controlar el embarazo, pero para las otras entrevistadas *"la partera esta nada mas para cuando tenes"* Solo una minoria de las mujeres entrevistadas (menos de un tercio) piensa que las enfermeras pueden efectuar los controles prenatales²⁸

Al indagar el grado de informacion relativo a la eventual presencia de procesos infecciosos y patologias durante el embarazo se ha constatado que practicamente la totalidad de las entrevistadas reconoce que la infeccion por HIV/SIDA, la toxoplasmosis, la anemia, la diabetes y la hipertension arterial pueden afectar a la madre o al bebe durante el embarazo. En menor proporcion estiman que los puede afectar la hepatitis B y el mal de Chagas y solo poco mas de la mitad piensa lo mismo en relacion a la sifilis²⁹. Es menor a la mitad en cambio la cantidad de mujeres que conocen las dificultades o secuelas derivadas de la rubeola, el tetanos y otras enfermedades de transmision sexual (como por ejemplo, el herpes genital)

En otro tramo de la entrevista, se exploro en profundidad que piensan las entrevistadas sobre el hecho de que una mujer no acuda a los controles prenatales, tratando de desplegar lo más espontaneamente posible el universo de representaciones, valoraciones y creencias de la poblacion en estudio con respecto a este tema

Nuevamente, en relacion a este punto en el discurso de las mujeres entrevistadas las preocupaciones aparecen preferentemente referidas a la salud del bebe. De hecho, si bien manifiestan en principio que no controlar el embarazo puede ser peligroso o perjudicial para ambos, es decir, para la madre y el niño por nacer al ahondar mas en sus opiniones las entrevistadas terminan refiriendose finalmente a lo que puede sucederle al bebe *"el bebe puede salir enfermo o a veces salen los bebes muertos y nadie sabe por que"*, el bebe *"podria estar mal desarrollado"* [] *"por la manera de crecer dentro de la panza, si es de bajo peso o es muy grande a veces uno tiene dudas"* *"puede pasar que venga con complicaciones el embarazo o que al nacer la criatura tenga un problema"* *"porque no sabe lo que puede tener puede nacer mal o con alguna enfermedad, se puede estar pasando de tiempo como me paso a mi"*, *"es peligroso porque un bebe, cuando esta adentro de la panza el medico quiere saber que problema puede tener, que sangre puede ser que tenga"*, *"puede estar mal acomodado"* *"es peligroso no sabes como esta la criatura adentro"*, *"me parece que si [es peligroso] porque el no crecia, si yo no venia al hospital no se daban cuenta que no crecia"* *"si no te hiciste nada, no sabes como esta el bebe adentro, capaz que necesitas un tratamiento o necesitas internarte"*, *"el que se perjudica mas es el bebe"*, [si ella no se controla es] *"porque no lo quiere,*

²⁷ En lineas generales las mujeres entrevistadas consideran que el o la obstetra y la obstetriz son medicos. Algunas superponen ambas profesiones.

²⁸ Llamativamente dentro de este grupo dos de las entrevistadas tienen estudios secundarios completos. De las otras una no termino la primaria y las cuatro restantes tienen primaria completa.

²⁹ La mayoría de las entrevistadas desconoce que uno de los análisis solicitados dentro de la rutina de laboratorio la prueba de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)- es para detectar esta ETS.

no se va al hospital, pero si lo quiere, va a seguir los tratamientos', "le puede pasar algo a los dos" [a la mama y al bebe] "puede ir mal el parto, puede estar el bebe de cola, nunca se sabe como esta el bebe", [es peligroso] ' porque a mi hermana se le fallecio el nene y nunca fue a control"

Aun asi, algunas mujeres piensan que, ademas de ser peligroso para el niño por nacer la ausencia de controles prenatales puede ser perjudicial tambien para la madre *"durante el parto se puede complicar mucho si no se hizo ningun estudio el bebe y la mama se pueden llegar a morir' "es peligroso para los dos, la criatura puede nacer mal o ella puede sufrir decaimiento", [la madre] "puede tener problemas de presion, tener alguna enfermedad que se haya contagiado antes de quedar", le puede pasar algo al bebe o a ella ' porque ahora hay mucho esas enfermedades como la anemia la diabetes, puede tener infeccion urinaria, todas esas cosas", "les puede pasar algo a los dos, que no este bien la criatura adentro, que ella no este bien la presion no se ", "y, es peligroso, le puede pasar muchas cosas, como me paso a mi, que no fui deje de ir y me agarro la presion alta, sin saber que era eso [] es peligroso para la mama y el bebe pueden fallecer", "puede haber muchas complicaciones, me paso con el, que yo no sabia que tenia el liquido disminuido, le podria haber pasado cualquier cosa a el y no sabian nada los medicos [si no iba a control], es peligroso para los dos"*

Un grupo minoritario de entrevistadas estimó que no controlar el embarazo no necesariamente puede ser nocivo o peligroso en todos los casos se trate de la mama o el bebe afirmando, por ejemplo, que sólo lo es *"si no se cuida"* y que solo *"si siente dolor le puede estar pasando algo al bebe en la panza"* Otras expresaron que a ambos *"les puede pasar algo o no"* porque hay mujeres *"que no van nunca, durante todo el embarazo y los tienen bien a los chicos"* (aunque en un caso, la entrevistada tambien refiere que no controlarse es peligroso para los dos, *"mas para el bebe"* porque *"si no vas a control por ahí tenes alguna infeccion y no te haces tratar podés tener HIV, todas esas cosas"* en cambio, al ir a los controles, *"te podés hacer tratar, por el bebe"*) Tambien otra entrevistada relativiza la importancia de los controles prenatales, manifestando que puede ser perjudicial *' segun la persona"* (si bien despues considera asimismo que conviene ir *"para ver si va a salir todo bien, porque hay algunas que tienen parto normal y otras no"*)

Relacionado con este punto, es decir, que suponen las mujeres que puede pasar si no se acude al control prenatal, se indago asimismo si ellas consideran que el bebe puede estar evolucionando mal o no tan bien dentro de la "panza", aun cuando la mama se sienta bien Entre las que pudieron responder a esta pregunta³⁰, solo algunas mujeres que representan numericamente la minoria consideraron que no es posible que el embarazo no evolucione bien si una se siente bien *"yo creo que si el bebe esta mal yo voy a estar mal", "no, pienso que debe ser que duele"* La mayoría en cambio respondió que ello podria ser posible

³⁰ De hecho algunas refirieron no tener ninguna idea al respecto

porque "a lo mejor la mama se siente bien pero el bebe no esta bien, tiene alguna complicacion, alguna enfermedad hereditaria", "el bebé puede no estar desarrollandose bien, le puede faltar vitamina, calcio, puede tener problemas para crecer", "no puede estar creciendo, le puede faltar liquido en la bolsa" [puede ser] "que no se mueva bien no se ", "puede ser que ya este muerto [] cuando empieza a despedir sangre fea", "y si porque si no escuchas el latido del corazon del bebe no sabes si va creciendo bien" Una de las entrevistadas se refirió específicamente a las repercusiones de su malestar emocional en la salud de su bebe "cuando yo peleaba con mi marido pensaba que podia tener problemas con el bebe" En otro caso, la entrevistada manifiesta que ella vivió esa situación, de que el bebe no evolucionara bien aun sintiéndose bien ella, cuando tuvo un bebe anencefálico³¹

Estos hallazgos son muy interesantes sobre todo si se tiene en cuenta que, dentro de este grupo de mujeres muchas manifestaron por otro lado- no estar preocupadas por la evolucion de sus respectivos embarazos mientras no realizaban las visitas de control prenatal (o tardaban en iniciarlas), aduciendo significativamente- que no lo estaban porque se sentian bien o porque no tenian ningun dolor, sintoma o molestia

De los resultados obtenidos en relacion al nivel de informacion de las mujeres en estudio sobre la relevancia, la utilidad y las características que deben tener los controles prenatales, resulta evidente que si bien en lineas generales poseen un nivel de conocimiento minimamente adecuado resalta en primer plano la contradiccion y la distancia entre lo que saben (que se debe hacer) y lo que efectivamente se materializa en sus conductas aun cuando se comprueba que predomina en ellas la nocion de riesgo (principalmente referido a la vida del bebé) si no se realizan adecuadamente los controles prenatales

4 Acceso a los servicios de atención prenatal

Si bien la cuestion del acceso y utilizacion de los servicios de salud es un tema complejo que, sin duda, requiere de una investigacion mas amplia y profunda dado que supera la mera consideracion de la disponibilidad geografica y economica³²- no obstante, se han indagado algunos aspectos inherentes a este tema (tales como cercania del centro de atencion calidad de la atencion y mayor o menor facilidad para conseguir turno entre otros) apuntando a establecer -desde la perspectiva de las usuarias- cuales de tales aspectos influirian predominantemente en la eleccion del centro de salud para efectuar los controles prenatales

³¹ Cabe destacar que significativamente esta entrevistada repitió la conducta de control prenatal tardío en sus siguientes embarazos

³² En efecto "el acceso a los servicios de salud implica no solamente la existencia misma de los servicios y el hecho de que estos resulten geografica y economicamente alcanzables sino tambien que las mujeres sus familias y la comunidad dispongan de la informacion necesaria para utilizarlos apropiadamente que los insumos y el equipamiento tecnico asi como el personal de salud sean adecuados y que los servicios se proporcionen de un modo que resulte aceptable para las mujeres y sus familias (CEDES Ministerio de Salud/CONAPRIS CLAP OPS/OMS 2004: 10)

Al analizar dichos aspectos en relación con el último embarazo se ha constatado que, en la mayoría de las mujeres entrevistadas -es decir, más de los dos tercios del total-, lo que motiva efectiva y preferentemente la utilización de uno u otro centro de salud es su ubicación geográfica, o sea, la mayor cercanía al domicilio de la usuaria o el trayecto más accesible³³. En una proporción bastante menor -representada por poco más de un tercio de la población estudiada-, el segundo factor influyente ha sido la calidad de la atención, definida en términos de buen trato³⁴. La facilidad para conseguir turno ha sido un factor considerado por una porción minoritaria de las mujeres entrevistadas³⁵. Finalmente un grupo, también minoritario, adujo otros diferentes motivos para la utilización del centro de atención prenatal (entre los cuales ha predominado la recomendación de familiares), observando que -en este caso- las usuarias han acudido a los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires (principalmente el Hospital Interzonal de Agudos Dr. José Penna y la Maternidad Sarda). Al extender esta indagación a todos los embarazos anteriores, se han obtenido resultados similares -es decir, prácticamente la totalidad argumenta la accesibilidad geográfica para la utilización de uno u otro centro de salud, más de la mitad menciona la calidad de la atención, algo más de un tercio refiere la recomendación o sugerencia de familiares y, menos de un tercio, mayor posibilidad de conseguir turno³⁶.

Por otro lado, al investigar -en el hipotético caso de poder elegir- en qué centro de salud hubiesen preferido atenderse, las mujeres entrevistadas han mencionado predominantemente al Hospital Alende argumentando que basan su predilección -en primer lugar- en la calidad de la atención (condensando la gran mayoría de las opciones) y, luego, en su cercanía al domicilio (en la mitad de las respuestas). En segundo lugar -y en mucho menor proporción-, las preferencias se han orientado hacia las unidades sanitarias locales y hacia los hospitales de la ciudad de Buenos Aires (principalmente el Penna y la Sarda). En este último caso, más que los argumentos relativos a la calidad de la atención, han prevalecido los referidos a razones de familiaridad ("*yo nací ahí*", "*ya conozco*

³³ Por mayor cercanía al domicilio, los centros de salud mayoritariamente elegidos han sido, en primer lugar, la Unidad Sanitaria del barrio, como era de esperarse y luego, el Hospital Alende. En tercer lugar fueron seleccionados dos dispensarios, el Centro Médico del Plan Vida y el Dispensario de Temperley, pero para la realización de estudios de laboratorio. Cabe destacar que la mayor cercanía o trayecto más accesible, en muchas ocasiones, se define en función de poder llegar con un solo ómnibus en vez de dos.

³⁴ La cuestión de la calidad de la atención, como se desarrollará en el siguiente punto, también es compleja dado que abarca múltiples y diferentes dimensiones. Aquí solo se ha considerado la dimensión relativa a la relación interpersonal médico-paciente, dejando de lado las consideraciones inherentes a la efectividad y a los aspectos técnicos del acto médico. Por otro lado, cabe destacar que, si bien se ha indagado además el trato recibido por el personal administrativo y de enfermería, los resultados en general no difieren de aquellos recabados en relación al plantel médico. Los centros de salud elegidos en base a la calidad de la atención han sido el Hospital Alende y, en segundo lugar, la Unidad Sanitaria del barrio. Una entrevistada mencionó la Maternidad Sarda de la Ciudad de Buenos Aires.

³⁵ En relación a este tema, las preferencias se concentran en la Unidad Sanitaria del barrio ("*te atienden más rápido*" "*vas y te atienden en el día*").

³⁶ Se recuerda que en la entrevista se han presentado varias opciones de respuesta a este punto, no excluyentes entre sí.

el movimiento del hospital", "tengo mi historia clínica ahí") o al prestigio y el nivel científico ("es el mejor, tiene más posibilidades para los chicos" "hay más especialistas"). Por último se señala que independientemente del centro de salud elegido la gran mayoría de las preferencias han estado motivadas en la calidad de la atención mientras que la accesibilidad geográfica ha estado presente en menos de un tercio de las respuestas.

Estos resultados estarían indicando que si bien en la práctica cotidiana se priorizan las razones de índole económica en términos de ahorro de dinero y de tiempo en la utilización del centro de salud para los controles prenatales, la calidad de la atención desde el punto de vista del buen trato profesional- es un aspecto altamente valorado por las mujeres incluidas en este estudio.

5 Percepción de la calidad de la atención

En el análisis de las conductas de atención prenatal se ha considerado relevante indagar la eventual correlación entre estas conductas y la calidad de la atención en obstetricia desde la perspectiva de las mujeres basada tanto en sus experiencias personales, como así también en sus propias expectativas.

Es sabido que la calidad de la atención en salud es un concepto dinámico y multidimensional (Petracci, Ramos y Romero, 2002), en el que puede evaluarse el componente técnico esto es la solidez profesional del equipo médico la duración de la consulta, los tiempos de espera para la atención y la resolución de problemas de parte del personal administrativo, el componente ambiental en términos de privacidad durante la consulta- y los aspectos interpersonales, es decir, trato e información recibida de parte de los médicos y trato de parte del personal administrativo (Petracci, 2004).

En esta investigación se ha considerado pertinente tomar como eje del análisis solo los aspectos inherentes a la relación interpersonal. En relación con este aspecto se ha constatado que las mujeres incluidas en esta investigación se encuentran en general satisfechas con el trato recibido, tanto de parte del plantel profesional (obstetras, obstetricas y enfermeras) como del parte del personal administrativo observando que solo muy pocas han verbalizado algunas críticas en este sentido. De hecho, la gran mayoría considera que ha tenido un buen trato ("te escuchan y te explican", "me gusta como atienden acá" "siempre me atendieron bien") y que ha recibido información clara y entendible de parte del personal médico o de las obstetricas con respecto a su estado de salud y a la evolución de su embarazo, asimismo entre las mujeres entrevistadas ha sido predominante la actitud de preguntar si algo no les ha quedado claro constatando que también en estos casos, manifiestan haber recibido una explicación satisfactoria³⁷.

³⁷ Algunas de las mujeres entrevistadas que también se atendieron en otros centros de salud marcaron una diferencia entre la mala atención recibida en éstos y la buena calidad de la atención del Hospital Alende (donde se realizaron las entrevistas). Incluso una de ellas manifestó que la "trataron bien aunque venía con otras expectativas porque decían que acá trataban mal" sin embargo comprobó que en el Alende "saben tratar a las personas aunque tengan estudio".

Solo algunas entrevistadas en una proporción minoritaria- verbalizaron disconformidad con la atención de los profesionales, ya sea porque sintieron que directamente éstos no informan nada (*"ellos te preguntan y anotan nada mas, si no les preguntas no te dicen nada"*, *"la medica no me explico nada sobre el parto, me lo explico todo mi mama"*), porque no les transmitieron la información claramente (*"no entendia casi nada"*), o porque les quedaron dudas y no se animaron a preguntar, entre estas, que representan aproximadamente un tercio de la población en estudio, los motivos aducidos fueron que no lo hicieron por *"vergüenza"* y timidez (*"me da cosa soy muy cerrada"*), por temor a los reproches (*"antes le tenia miedo a los doctores te retan"*) o también por las condiciones en las que se realiza la consulta (*"no se te atienden rapido, me da vergüenza"*) En relación a las enfermeras, si bien la gran mayoría opina que la atención en general es buena, algunas se quejaron porque las retaron por no haber controlado el embarazo o haberlo hecho deficientemente

Al indagar la eventual incidencia de la calidad de atención en la adopción o no de conductas preventivas en el periodo prenatal se ha observado que -para la gran mayoría de las entrevistadas- el trato en la consulta no influye en absoluto *"no tiene nada que ver"*, *"si me atienden mal, iría a otro hospital, no dejaria de atenderme"*, *"si me atienden mal voy a otro lado o me quejo, no influye"*²⁸

Se estima que el amplio grado de satisfacción observado -en la población en estudio- en relación al trato recibido en los servicios de atención obstétrica podría deberse tal vez a la interferencia del llamado "sesgo de cortesía", según el cual los entrevistados dan solo las respuestas que consideran socialmente aceptables o bien omiten los comentarios desfavorables que -estiman- podrían afectar negativamente su atención en el futuro, en especial frente a un entrevistador que -saben o suponen- trabaja en el centro de salud en el que están siendo atendidos (Bessinger y Bertrand, 2001)²⁹ En algunos estudios sobre calidad de la atención se menciona que, frente a un número de respuestas mayoritaria y francamente positivas sobre la satisfacción de los usuarios, puede suceder que luego, cuando se lleva al paciente a reflexionar sobre aspectos específicos de la atención recibida, aparecen expresiones de descontento -incompatibles con aquella posición inicial-, o bien se constata la inexistencia de una posición crítica de parte del paciente emparentada posiblemente con una actitud pasiva de aceptación del paternalismo médico (Belmartino, Bloch, Luppi y Schapira, 1996)

Sin embargo, en una investigación -no publicada- realizada en el año 2004 en Lomas de Zamora, cuyo objetivo ha sido evaluar el funcionamiento de la red

²⁸ Entre las pocas entrevistadas que consideraron que la forma en que las han atendido ha influido en la continuidad de las consultas una de ellas por ejemplo refirió que *"cuando yo me hice por primera vez el PAP no recibí una buena atención entonces como que ya me quedo miedo de hacerme ese estudio"*

²⁹ No se descarta la intervención de este sesgo aun a pesar de que entre los resguardos éticos que se tomaron se le garantizó a cada entrevistada el anonimato, la confidencialidad y el carácter totalmente voluntario de su participación en la entrevista reservándole el derecho a no responder a una o más preguntas y aclarando expresamente que sus respuestas no influirían en su atención en el futuro

publica de salud del municipio desde la óptica de los usuarios, se ha comprobado que -de 321 personas encuestadas sobre el trato que reciben de parte del personal del centro de salud- el 55% considero que es "bueno", el 11% lo califico como "muy bueno" y solo el 6% dijo sentirse maltratado. Nuevamente se observa el predominio de calificaciones positivas en este sentido, aun cuando los entrevistadores en este caso provienen de la misma comunidad que los encuestados⁴⁰.

Si bien estos resultados no son concluyentes y tampoco los indicios recogidos hasta ahora permiten delinear con claridad que factores prevalecerian en el tipo de calidad de atención percibida por las mujeres de este estudio, se estima que -en este medio, gravemente golpeado por los efectos de la crisis que también afecta seriamente a los efectores públicos, restándoles capacidad para responder eficazmente a las necesidades de salud de la población- la existencia predominante de una actitud complaciente o escasamente crítica sobre la atención recibida se debería también -en parte, al proceso de "naturalización" de las situaciones de maltrato- carencia y privación las cuales, con el transcurrir del tiempo, se cronifican y se invisibilizan una vez que entran en el campo de la rutina y la cotidianeidad.

⁴⁰ Esta investigación es producto de un proyecto impulsado por el Foro Social de Salud de Lomas de Zamora (integrado por el Movimiento Barrios de Pie, el Movimiento Territorial Liberación, la Federación de Tierra y Vivienda, el Movimiento de Organizaciones Sociales, la Asociación de Profesionales de Salud de Lomas de Zamora, CICOP/CTA y los Grupos de Promotoras de Salud de Lomas de Zamora) y por la CTA (Central de Trabajadores Argentinos). Esta investigación -que contó además con el aval de la filial argentina de Médicos del Mundo y del CELS- se realizó a través de una encuesta administrada por integrantes de la Red de Promotores de Salud de los Movimientos Territoriales de Desocupados del distrito (entrenados ad hoc) a la población que concurre al Hospital Alende y a otras 7 Unidades Sanitarias de la zona. Se encuestaron en total unas 900 personas, pero sólo se procesaron por ahora los resultados correspondientes a 321 casos.

CAPITULO VI

Esas otras voces tienen nombre propio

1 Observación preliminar

Los resultados obtenidos hasta ahora muestran la existencia de algunas asociaciones entre las conductas de control prenatal ausente o inadecuado y ciertas características observadas en los eventos investigados como por ejemplo embarazos precedidos por intervalos intergenésicos cortos o casos de embarazos no planificados. No obstante también se ha comprobado que las regularidades halladas no alcanzan por sí solas para dar cuenta de las determinaciones implicadas en las conductas en estudio.

Las repetidas contradicciones observadas entre los dichos y los hechos es decir entre lo que muchas de las entrevistadas refieren y lo que evidencian realmente en sus conductas y por otro lado el predominio de mujeres en las que no se ha observado un tipo de atención prenatal uniforme en todos sus embarazos estarían indicando que las conductas en estudio están sobredeterminadas por una serie de factores que exceden el marco de las meras condicionalidades socio económicas educativas y de accesibilidad y calidad de la atención.

Estas observaciones llevan entonces a subrayar la pertinencia y la relevancia de ahondar además en el análisis de los factores culturales e intra subjetivos implicados en ellas en base a los lineamientos desarrollados en el marco teórico de esta investigación.

2 Los cuidados prenatales ausentes o inadecuados en el discurso de las mujeres de sectores populares

2.1 Las respuestas de las entrevistadas

Un punto de partida posible para comenzar a explorar el universo representacional de estas mujeres es acercarse a ellas y escuchar atentamente que dicen cuando son llevadas a dar cuenta de sus conductas.

Al hacerlo se advierte que la mayoría de las argumentaciones relativas a la nula o escasa cantidad de visitas prenatales se concentra predominantemente en lo que se podría categorizar en un primer nivel de análisis como el ámbito de las experiencias subjetivas. Es decir que muchas de las mujeres que han sido entrevistadas en este estudio racionalizan y explican esas conductas atribuyéndolas a limitaciones, dificultades o dilemas inherentes al plano personal e intra subjetivo que les plantea la futura maternidad por ejemplo no haberse dado cuenta de que han quedado encintas hasta pasados los primeros meses, no asumir el embarazo o vivenciarlo por diversas situaciones con sentimientos de temor, inquietud o depresión. Al analizar la totalidad de las respuestas de las entrevistadas se ha observado que cerca

de las dos terceras partes de los argumentos explicitados por ellas pertenecen a este grupo

Para comprenderlas en toda su dimensión es preciso asomarse a esas experiencias *-íntimas e inéditas-* que sus protagonistas han ido desnudando en el transcurrir de sus relatos, de los cuales, por lo tanto se reproducen a continuación los pasajes más elocuentes y significativos¹

[realizo la primera visita al obstetra recién a las 20 semanas porque] *"fue un embarazo no esperado y me lo guarde para mi sola bueno, el papá sabía"* (Rosalina)

[tardo en consultar] *"porque había que decirselo a mamá y a papá [] en ese momento me sentía re-chica, me apure, tendría que haber esperado un poco más, tenía ganas de seguir estudiando"* (Yolanda)

[inicio los controles prenatales a los 7 meses de embarazo porque] *"no le había contado a nadie por miedo a que me saquen el bebe como le paso a una amiga"*² (Cinthia)

[después de los 5 meses empezó a tener vomitos, le creció la "panza" y decidió consultar] *"no me había dado cuenta" [] "sentí algo raro, como que se movía algo adentro, que pegaba pataditas"* (Emilia)³

[tardo en consultar al obstetra porque] *"no me quería dar cuenta de que estaba embarazada bah en mi conciencia ¿no? Porque yo, si no me venía bueno, supuestamente es por algo Me hice el test de embarazo y me salió positivo, pero yo no quería reaccionar que estaba embarazada [] Cuando me empecé a dar cuenta, es cuando ya me sentía media rara No sé como explicarle me sentía que estaba media la comida me caía mal en ese sentido lo primero que me y ya después empecé como que escuchaba un latido algo raro sentía y ahí me di cuenta que podía estar embarazada"* (Teresa)

[tardo en iniciar los controles prenatales porque] *"quería esperar un tiempo para decidir [si tenerlo o no]"* (Noemí)⁴

Para resguardo del anonimato de las entrevistadas se aclara que los nombres propios que se consignan aquí son ficticios. En el Anexo 2 se reproducen los principales fragmentos de las entrevistas de manera más extensa y detallada.

¹ Su amiga de 13 años quedó embarazada y la madre anotó al bebé como hijo de ella. Por otra parte la entrevistada sentía temor por la eventual reacción de los padres que efectivamente se enojaron con ella cuando se enteraron: *"porque pensaban que el papa de la beba no se iba a hacer cargo"*

² Esta entrevistada que estaba buscando tener un hijo desde hac a un tiempo refiere que hasta los 6 meses de gestación no se había dado cuenta de que había quedado embarazada porque seguía menstruando (aunque con cambios en la duración y en la cantidad de flujo). Resulta significativo su relato impreciso y por momentos confuso (se reproduce en el Anexo 2)

⁴ Para más detalles ver Anexo 2

[nunca controlo este embarazo]⁵ *"por algun estado de animo No tenia voluntad de ir no le preste mucho interes Estaba de 5 meses fallecio mi papa y entre en depresion tenia como una fobia y no podia salir quedaba como encerrada [] Ademas lo que te dije antes [alcoholismo y violencia de la pareja] influiu mucho en el de ella [el embarazo que no controlo] mas que en otros"*⁶ [En tres de sus otros embarazos tardo en consultar porque] *"me parecia como que si el primero estaba bien entonces los otros ya un poco de ignorancia tambien parece que todos van a ser igual o algo así ahora pienso que no* (Miriam)

[demoro mas de 20 semanas en consultar porque] *"no estaba muy segura si lo queria o no* (Marisa)⁷

[consulta por primera vez a partir de las 20 semanas y realizo sólo dos visitas al obstetra] *"yo queria tener un bebe pero me deprimi porque los mas grandes no estaban de acuerdo decian que yo era grande que iban a pasar verguenza Es como que yo me encerre en mi casa La llevaba a la nena al jardin y volvía En los ultimos meses tenia la panza grande y me daba verguenza mas por ellos que por mí Mi hijo mayor me dijo en que estaba pensando Debe ser por eso Vivía acostada Me afecta mucho lo que piensan los chicos* (Jorgelina)

[controlo tardamente su primer embarazo que fue a los 12 años porque] *"primero lo escondía en ningun momento me lo quise sacar pero me daba verguenza [] tenia la posibilidad de abortar mi mama y mis hermanos me decian que me lo saque pero yo no quise [] el papa del bebe queria tenerlo pero me dejaba la decision a mí [] No no estaba contenta estaba preocupada porque no sabia que iba a hacer con un bebe y yo tan chica Mi mama me hacia problemas porque me decia que era muy chica"*⁸ [En relacion con su ultima hija tardo en consultar porque] *"estaba amamantando y me venia hasta que despues se me corto empece a sacar la cuenta y ya habian pasado 5 meses pero como no tenia panza despues de hacerme la ecografia entrando a los 8 meses recién ahí me salio la panza"* [Antes] *no tenia nada de panza aparte no se movia no sentia estaba amantando al mas chico y no tenia ni mareos ni vomitos ni nauseas [] No de ella no sentia nada"* [En sus dos embarazos anteriores se dio cuenta recién a los 5 meses porque] *"sentia que se movia y no me bajaba"* [y ademas tardo en consultar porque] *"da un poco de fiaca ir al medico voy a los controles porque*

⁵ La nena nacio prematura con bajo peso. Le seguio otro embarazo que tampoco controlo y que a las 20 semanas termino en un aborto tardío.

⁶ Al repreguntar sobre estado de animo lo explica en terminos de *"desgano esas cosas poco nteres hac a la prop a persona y todo eso"*

Quedo embarazada (sin buscarlo) y enseguida su pareja la abandono por otra mujer sin saber de este embarazo.

⁸ Explica además que en la demora en consultar influyo la indecision sobre que hacer con ese embarazo.

es necesario Cuando te hacés controlar te pones en manos del medico” (Carmen)⁹

[en este embarazo, no planificado, comenzo a consultar a las 20 semanas porque] *“No asume que estaba embarazada, no sentaba cabeza, porque no fue buscado”* (Marcela)

[en el segundo embarazo tardo en ir al medico] *“porque de ella, cuando me quedé, tenia ese temor que mi mama se enterara que yo me quede embarazada, porque el se fue [la abandonó], por eso no quise ir cuando me quede de ella”*¹⁰ (Fabiana)¹¹

Retomando el analisis de los relatos de las entrevistadas para dar cuenta de las conductas de control prenatal ausente o inadecuado, en otros casos en cambio se han explicitado dificultades o impedimentos vinculados no tanto con aspectos de la esfera personal e intra-subjetiva, sino mas bien con determinados factores del contexto familiar y social que las afecta y condiciona en su quehacer cotidiano y que -al tener menor nivel de compromiso subjetivo y, por lo tanto, menor carga de culpabilizacion y sancion social¹² - suelen ser verbalizados de manera mas nitida y directa. Asi, este grupo de argumentos alude, por ejemplo, a la carencia de recursos economicos para desplazarse hacia los centros de salud, la imposibilidad de dejar de trabajar (supeditada a la urgencia impostergable de subsistir), no tener donde o con quien dejar a los otros hijos, o bien a la modalidad en que los servicios de salud organizan la atencion, obligando a largas esperas -por lo general, a la madrugada- para conseguir un turno o realizar estudios. Este grupo de argumentaciones representa poco más de un tercio de las respuestas relevadas en el curso de las entrevistas.

Cabe aclarar que esta categorizacion -relativa a las motivaciones de las conductas de control prenatal ausente o inadecuado- responde simplemente a una estrategia metodologica a la que se ha recurrido aquí para facilitar la comprension de los fenómenos que se analizan. En efecto, no es posible trazar una linea demarcatoria precisa e inamovible entre las dimensiones mencionadas, por cuanto las particularidades subjetivas -ancladas en la dinamica intra-psiquica singular y propia de cada mujer- ciertamente estan condicionadas -a su vez- por el contexto familiar, social, historico, economico y cultural en el que aquellas se

⁹ Entre la segunda y la tercera hija de esta entrevistada (que tiene 6 hijos vivos) nacó una beba que falleció por anencefalia. Con respecto a este evento la entrevistada refiere que al consultar por primera vez a los 6 meses y enterarse del diagnostico ella no creia en lo que le decian porque sentia que el bebe se movia dentro de la panza.

¹⁰ Refiere que el hecho de no haber planificado este embarazo influyo en la postergacion de su consulta al obstetra.

¹¹ En su siguiente embarazo tiene un control deficiente pero segun argumenta por razones de índole económica (como se ejemplifica a continuacion). La secuencia de las argumentaciones de la entrevistada sobre las conductas de control prenatal en sus embarazos se desarrolla en el Anexo 2.

¹² En virtud de que no es que “no quieren” o “no saben” sino que “no pueden” por razones ajenas a su voluntad.

desarrollan. Lo que varía en cada caso es el peso relativo y el grado de incidencia de dichas dimensiones en los eventos analizados, según se infiere de los relatos de las mujeres entrevistadas en este estudio.

Las motivaciones referidas a estos factores del contexto familiar y social de las mujeres entrevistadas, aparecen reflejadas en los relatos que se reproducen a continuación:

[nunca fue a ver al obstetra porque] *"tenía que trabajar"* (Monica)

[su primer embarazo fue planificado pero deficientemente controlado porque] *"me preocupaba más el trabajo que el embarazo [] trabajaba en el papel ["cartoneaba " porque su pareja no tenía trabajo]"* (Flora)

[no controló este embarazo porque su otro hijo] *"se enfermó de bronquiolitis y ya, cuando me quise acordar, habían pasado los meses" [] "Mi mente estaba más en el otro [hijo] que en el embarazo"* ¹³ (Cristina)

[en su segundo embarazo empezó a consultar recién a los 7 meses (estando ya separada de su pareja) y realizó solo dos consultas porque] *"en la salita que había cerca de casa no había obstetra y para venir acá me quedaba muy lejos y no tenía plata para venir y mi mamá tampoco [] Una por culpa mía, por no levantarme temprano, ni sacar turno. Otra porque no se no podía no tenía plata. El tema de la plata también era mucho porque tengo el otro niño que usaba pañales y son pesos que tengo que gastar hasta acá y el niño se me quedaba sin pañales"* ¹⁴ (Maria)

[no realizó los controles prenatales] *" porque no lo quería dejar solo a mi hijo, quería estar con él"* ¹⁵ (Karina)

[en su último embarazo realizó solo 2 consultas porque] *"muchas veces iba y no conseguía turno, otras veces no tenía donde dejar a los chicos"* (Rosa)

[hasta el momento de la internación¹⁶ no fue nunca al obstetra porque] *"como tenía los dos chicos, no podía ir al médico [] cuando me agarró eso que tenía yo acá en la espalda, en los riñones, tenía la impresión de orinar y*

¹³ Su primer hijo tiene 8 meses al momento de la entrevista (al cual que su hijo recién nacido el anterior también nació prematuro). La entrevistada comenta que se enteró enseguida de su segundo embarazo porque no estaba amamantando y por lo tanto tenía períodos menstruales.

¹⁴ Considera que la difícil relación con su pareja (un hombre golpeador) no influyó en la demora en consultar (ver Anexo 2)

¹⁵ Tiene dos años en el momento de la entrevista.

¹⁶ En el momento de la entrevista tiene un embarazo de 21 semanas y está internada en tratamiento por una infección urinaria.

*me dijeron que vaya que vaya y yo no venía. No venía porque no quería” []
“porque no me gusta, no me gusta dejar solos a los chicos” (Susana)*

[en el tercer embarazo registra un control prenatal tardío porque]
“trabajaba no tenía tiempo para ir”¹⁷ (Marta)

[en su segundo embarazo tarda en consultar] *“porque viajábamos, trabajábamos en ventas y no tenía tanto tiempo. Además quería tener acá en la Argentina”¹⁸, el también [su segunda pareja], por el tema del control, por la atención por eso esperé a venir acá para empezar a controlarme” (Maríela)*

[comenzó a consultar a los 6 meses de su tercer embarazo y realizó solo dos consultas, porque] *“el papa mucho no tenía tiempo como para llevarme al médico y al hospital que quería él [un hospital de la ciudad de Buenos Aires] era muy lejos entonces no entonces a los 6 empezamos [] además no tenía como para , así un trabajo seguro como para llevarme continuamente al hospital, no tenía plata para llevarme, por eso tarde yo en ir” (Fabiana)¹⁹*

[no realizó ninguna consulta prenatal en su último embarazo] *“porque a veces estaba lloviendo, otra vez fui y no estaba el obstetra. Por no dejar a los chicos solos [el marido trabaja]” [] “En los últimos meses pensé en hacerme los estudios pero los meses pasan volando”²⁰ [En el segundo de sus embarazos, nunca fue a consultar] *“por no dejar al más grande solo siempre me pasa eso, por no dejarlos a ellos solitos” (Silvana)**

[en su segundo embarazo comenzó a consultar a las 24 semanas porque]
“estaba trabajando, tenía que comprarle las cosas al nene, entonces me dije voy a trabajar hasta los 6 meses y ahí empiezo a hacer los controles [] además, yo ya no hacía esfuerzo en el trabajo, cocinaba, lavaba los platos y miraba un nene y nada más”²¹ (Claudia)

[comenzó a controlar bastante tardíamente, a las 24 semanas, porque]
“se me complicó un poco con la nena ella era muy chiquita y no la quería

¹⁷ Al preguntarle si el hecho de no haber sido planificado pudo haber influido para que vaya más tarde a controlarse dice que no.

¹⁸ Estaban viviendo en Paraguay ella es originaria de ese país y su pareja es argentina.

¹⁹ A diferencia de sus embarazos anteriores que no fueron planificados (ver Anexo 2) su tercer hijo en cambio sí fue planificado. Fabiana es la única mujer casada del total de las entrevistadas en esta investigación.

²⁰ Este último embarazo no fue planificado y a diferencia de lo que pasó con los anteriores (que aun no siendo planificados ella y su pareja deciden tenerlos) en esta oportunidad tomó una pastilla para abortar pero sin resultado. Por eso especialmente en los primeros meses tenía temor de que le hubiera pasado algo al bebé por la pastilla que tomó. Significativamente no realizó ninguna consulta en este embarazo.

²¹ Trabajaba como empleada doméstica por hora en una casa de familia.

dejar con mi suegra, me daba cosa. Despues pensaba que me estaba perdiendo los controles y el crecimiento [] (Patricia)

[en el embarazo de su segundo hijo] *"fui tarde, a los 5 meses, pero es conveniente desde los primeros meses [] trabajaba y no me daba tiempo para mi misma para ir" [] "cuando estaba de 5 meses pense me tengo que ir a controlar, ahora o nunca decia yo ya va a nacer y yo no me voy a controlar"* (Sandra)

2.2 Los controles prenatales y la experiencia de la maternidad

El analisis de esos relatos, a traves de los cuales las entrevistadas explicitan - desde su perspectiva- las motivaciones de sus conductas ante el control prenatal, permite conocer el contenido de las representaciones sociales implícitas en sus experiencias subjetivas, inherentes a la maternidad y a los procesos de atencion del embarazo. Representaciones que, como se ha mencionado anteriormente²², se forjan con la materia prima que provee la cultura, en base a todos los discursos -filosoficos, cientificos y populares- que circulan en ella y que se cristalizan en mitos, creencias, saberes y practicas.

Al hilvanar los retazos de las historias de vida que estas mujeres han proyectado en sus narraciones, es posible visualizar- desde una mirada atenta y abierta al sentido, a la interpretacion y a las significaciones que ellas mismas atribuyen a sus experiencias- como se entrelazan los diferentes aspectos -singulares, sociales y culturales- que condicionan su posicion subjetiva frente a la maternidad.

Desde esta perspectiva, es posible reconocer en sus enunciaciones la tension que genera en ellas la coexistencia del modelo social internalizado de la "buena madre" con sus exigencias de entera disponibilidad y abnegacion- junto a una variada gama de expectativas, anhelos y aspiraciones que, en mayor o menor grado, silenciosamente desdican o contradicen ese mitico imaginario social de la maternidad, provocando en ellas sentimientos de inadecuacion, angustia o culpa.

Se estima que muy probablemente esta situacion de tension provoca perturbaciones, se sintomatiza o se actua en conductas de auto-abandono, de desproteccion, de rechazo o de descuido, como se evidenciaría -por ejemplo- en la ausencia o inadecuacion de las consultas prenatales²³. Es posible que ello ocurra, en especial, cuando muchas de estas mujeres -culpabilizandose desde el discurso social que encarnan- tal vez ni siquiera se animan a confesar a sí mismas que no desean ser madres, de ser así, no se reconocen entonces en sentimientos y actitudes de ambivalencia, denegacion, indiferencia, hostilidad y/o rechazo del embarazo, y tampoco se permiten pensar en el aborto (Fernandez, 1994), de esta manera, todos estos sentimientos e ideaciones se constituyen en un saber no consciente y, por tanto, "indisponible" (Nicoletti, 2005), que en definitiva las condiciona y no pocas veces- las mortifica.

²² En el capítulo III.

²³ Estas conductas son visualizadas y conceptualizadas desde el discurso medico como patologías o como factores de riesgo.

En algunas de las mujeres entrevistadas, el no deseo de un hijo aparece más nitidamente expresado en sus relatos argumentando que hubieran preferido seguir un camino diferente al de la maternidad: consideraban que no era ese el momento oportuno para tener un bebé o no querían tener ya más hijos, a pesar de que –por el contrario– han obedecido finalmente al mandato cultural del ideal materno: en tanto han llevado a término sus embarazos

[] *"me apure, tendría que haber esperado un poco más [para tener un hijo] tenía ganas de seguir estudiando"* (Yolanda)

[] *"fue un embarazo no esperado y me lo guarde para mí sola"* (Rosalina)

[] *"quería esperar un tiempo para decidir"* [si tener o no al bebé] (Noemí)

[] *"no estaba muy segura si lo quería o no"* (Marisa)

[] *"no me quería dar cuenta de que estaba embarazada bah, en mi conciencia ¿no?"* [] *yo no quería reaccionar que estaba embarazada"*²⁴ (Teresa)

[] *"por una parte estaba contenta [por el embarazo], pero por la otra no sabía que hacer cuando quede, no sabía como criar al bebé²⁵, cuando quede me dije voy a tenerla y nada más"* (Fabiana)

[] *"No asumía que estaba embarazada, no sentaba cabeza porque no fue buscado"* (Marcela)

En otros relatos²⁶ aparecen de manera más contundente la presión y la fuerza disciplinadora de los discursos sociales hegemónicos que sacralizan el amor maternal, materializados en aquellas otras mujeres que ante un embarazo inesperado lo aceptan resignadamente como una realidad irrenunciable e indiscutible: situada entre el deber ser y la predestinación²⁷ y en consecuencia, como se ha dicho anteriormente, no se permiten siquiera pensar en haber preferido no quedar embarazadas ni, muchos menos, en abortar

[] *"vino, ¡se queda!"* (Cristina)²⁸

[] *"Cuando viene, viene"* (Rosa)

²⁴ De hecho al preguntarle al respecto ella misma ha manifestado en la entrevista que había pensado en no tenerlo.

²⁵ Esta afirmación desmiente claramente el presupuesto histórico y socialmente fundido del instinto materno según el cual se supone que toda madre sabe naturalmente como criar a un hijo.

²⁶ Transcritos en forma más extensa y detallada en Anexo 2.

²⁷ Como se aprecia asimismo en uno de los testimonios que siguen: *"ya lo bailado ya está que se le ibe a hacer"*.

²⁸ Si bien luego al indagar un poco más se observa la presencia de sentimientos de inadecuación ante este embarazo no planificado puesto en acto en su conducta: en tanto ella misma reconoce que ello pudo haber influido en la ausencia de controles prenatales.

[] *"una vez que te quedas, no te tenes que arrepentir"*²⁹

[] *"hay mujeres que enseguida se lo hacen sacar y listo, pero yo tengo miedo de morirme, yo los tengo, no pienso en no tenerlos"* (Marta)

[] *"no lo iba a tener! [] "el papa [del bebe] queria tener un hijo" [] "queria matarme mi mama, queria que me lo saque" [pero ella no queria "sacarselo"] "porque el padre tenia ganas de hacer un aborto de tener el bebe [tiene un lapsus] y porque yo no me hago un aborto ni loca [] no es bueno [] yo pienso que es un bebé"* (Natalia)

[] *"en ningun momento me lo quise sacar, pero me daba vergüenza [estar embarazada]" "Tenia la posibilidad de abortar [] Siempre tenes la posibilidad [] En ese barrio es cosa comun, toman pastillas para sacarse un hijo como si fuera para un dolor de cabeza" [Ella no podria hacerlo] "no podria vivir con el pensamiento de que mate a una criatura"*³⁰ (Carmen)

[] *"muy bien no lo tome, ya lo bailado ya esta, que se le iba a hacer ya estaba separada, pense en abortar, pero no me animaba pienso que no me haria nunca un aborto"*³¹ (Marcela)

En estas frases se desliza el efecto de sancion social y moral ante la idea de no desear continuar con un embarazo, que recae sobre si mismas (*"no es bueno [] yo pienso que es un bebe"*, *"no podria vivir con el pensamiento de que maté a una criatura"*) o estan dirigidas hacia aquellas mujeres que se practican abortos a traves de expresiones que traslucen la desaprobacion y la descalificacion (*"hay mujeres que enseguida se lo hacen sacar y listo"*, [] *toman pastillas para sacarse un hijo como si fuera para un dolor de cabeza"*)³²

Una de las entrevistadas, al referir que se hizo un aborto entre su segundo y tercer hijo, encarna en ella misma el peso del discurso social punitivo ante ese hecho *"Dios me castigo porque despues que hice eso fallecio mi nene"* (Karina³³)

Cabe observar asimismo, en uno de estos relatos (Natalia), como se escurre el no deseo de hijo en un lapsus y cómo este deseo transmuta subordinándose

²⁹ Esta frase pertenece a una de las mujeres entrevistadas en este estudio pero su testimonio no ha sido incluido entre las narraciones reproducidas en el Anexo 2

³⁰ No obstante refiere luego al indagar sobre las motivaciones de su demora en consultar al obstetra que influyó en ella la decisión sobre qué hacer con su embarazo

³¹ Según explica porque no está de acuerdo y porque le da miedo

³² Es importante mencionar la probable incidencia que además podría tener en estas manifestaciones el temor a los riesgos y las consecuencias relativas a la clandestinidad de la práctica de los abortos (Marta *"tengo miedo de morirme"*)

³³ Ver Anexo 2

finalmente al mandato cultural patriarcal de la maternidad, transmitido en este caso por la palabra y la voluntad del varón es el padre el que *"tenía ganas"* de tener un bebé

Como ya se ha mencionado, y a través de lo que se observa en los testimonios de las mujeres entrevistadas en este estudio, no es posible hallar por lo general aquella concordancia que -desde cierta lógica- sería esperable entre lo que ellas dicen en relación a la planificación o no de sus embarazos y sus conductas y actitudes al respecto. Por ejemplo, el caso de Emilia (Anexo 2) que durante más de 5 meses no se había dado cuenta de que había quedado embarazada, a pesar de que ella y su pareja habían estado buscando un bebé desde hacía ya un tiempo, o el caso de Jorgelina, que ha realizado adecuadamente los controles prenatales en casi todos los embarazos anteriores -no planificados y acaecidos en el contexto de relaciones de pareja conflictivas-, pero la desaprobación de uno de sus hijos la deprimió y consultó solo dos veces al obstetra en su último embarazo, buscado por ella y su pareja²⁴

En relación con el hecho de que algunas mujeres no se dan cuenta -durante varios meses- de haber quedado embarazadas, se estima que probablemente interjuegan allí varios factores, entre ellos, cierto grado de desconocimiento sobre el propio cuerpo y el funcionamiento de los ciclos vitales femeninos, como en el caso de Emilia²⁵ lo cual es consistente con los resultados obtenidos por Checa (1996) en su investigación. Por otro lado, no se descarta asimismo la incidencia de los aspectos intra-subjetivos mencionados anteriormente, relacionados con sentimientos ambivalentes o de franco rechazo del embarazo, que no en todos los casos se visualizan nitidamente, ni aparecen tan claramente expresados como, por ejemplo, en el relato de Teresa, donde ella pone justamente en palabras el conflicto entre la no planificación de ese embarazo y la realidad concreta de un hijo por venir *"no me quería dar cuenta de que estaba embarazada, bah, en mi conciencia []"*

La cuestión del embarazo planificado o no planificado, lleva inevitablemente a introducirse en el complejo tema del deseo de ser madre que, según han enfatizado diversas autoras, no puede ser analizado exclusivamente desde la vertiente socio-cultural, visualizándolo solo como un mandato de género, sino que es preciso considerar también los aspectos socio-psicológicos involucrados en el. Avila González (2005-b) destaca el aporte del psicoanálisis en relación a este tema y subraya, citando a Silvia Tubert, que ese deseo se juega a nivel de la historia psíquica y familiar de cada mujer en particular, relacionado -por ejemplo- con el proceso de identificación

²⁴ Si bien el análisis de los procesos psicológicos intra-subjetivos excede el marco de esta investigación en este caso se podría conjeturar que ciertos factores inherentes a la historia personal y a la estructura psíquica de la entrevistada estarían condicionando su particular posicionamiento ante diferentes elecciones de su vida -caracterizadas por una considerable cuota de auto-desvalorización y padecimiento (ver Anexo 2)

²⁵ No obstante la forma tan imprecisa y confusa en que ella relata su percepción del hecho de haber quedado encinta (Anexo 2) sería indicativa también -posiblemente- de una posición subjetiva conflictiva -no conciente- ante el embarazo y la maternidad -en especial si se observa la manera impersonal de referirse a este evento (*"sentí algo raro como que se movía algo adentro"*)

especular de la niña con su propia madre²⁶. Cabe recordar aquí lo que ya se ha mencionado anteriormente (en el capítulo III) con respecto a la figura central de la madre en el proceso de "construcción de la identidad de género y en el aprendizaje de los roles de género", según han señalado Geldstein, Infesta Domínguez y Delpino (2000, 206)

Con respecto al no deseo de ser madres o de tener un hijo, Avila González (2005-b) menciona el desarrollo teórico de Mabel Burin según la cual este posicionamiento femenino supone la presencia de un "deseo hostil" referido a la maternidad que, al dar lugar a que se generen otros nuevos deseos como, por ejemplo, el de "saber" y el de "poder", implica -en consecuencia- un "peligro" para el orden cultural que identifica a la mujer con la maternidad. Por su parte, Piera Aulagnier (en Hornstein, 1991) diferencia "el deseo de hijo" del "deseo de maternidad", señalando que este último se refiere al deseo de repetir especularmente la relación de una mujer con su madre, mientras que el primero implica el deseo de generar un nuevo ser

No todo deseo de embarazo garantiza, en consecuencia, una maternidad libremente elegida y plenamente ejercida. De hecho, tanto un embarazo planificado (deseado, buscado, esperado) como el no planificado, advienen en la intersección entre los factores psicológicos individuales -producto de las identificaciones con la propia madre- y los aspectos socio-culturales que intervienen, tanto en la construcción mítica del imaginario social de la maternidad, como en la transmisión generacional de los emblemas de género. En este sentido, un embarazo enunciado como "planificado" deja abiertos, inevitablemente, algunos interrogantes: ¿por quien?, ¿por que?, ¿para que?

Desde esta perspectiva, es preciso tener presente que ese deseo se construye siempre en virtud, y a expensas, de una porción de saber no consciente, es decir, "indisponible"²⁷, que es lo que les impide justamente a estas mujeres dar cuenta de sus actitudes y conductas (en especial, aquellas visualizadas como contradictorias o "ilógicas"). Tal es el caso de Emilia, que encarna ese saber indisponible en su "no darse cuenta" de haber quedado embarazada durante casi 6 meses, a pesar de haber estado buscando tener un hijo. En otros casos, ese saber indisponible se cristaliza en afirmaciones terminantes que no explican nada, aparecen como obvias en su contenido y cierran en consecuencia el camino a ulteriores indagaciones, por ejemplo Susana -en su primer embarazo- consulto tardíamente al obstetra "*porque yo quise ir así*", Natalia también en su primer

²⁶ Avila González (2005 b, 117) reproduce una cita de Silvia Tubert para quien justamente el psicoanálisis "ha mostrado que el deseo de hijo no corresponde de ninguna manera a la realización de una supuesta esencia femenina, sino que es propio de una posición a la que se llega después de una larga y compleja historia en la que el papel fundamental corresponde a las relaciones que la mujer ha establecido en su infancia con sus padres tanto en el plano de la triangulación edípica como en el de la identificación especular con la madre. (Avila González ha extraído la cita del libro de Silvia Tubert: 1996 *Figuras de la madre*. Catedra Universitat de València Instituto de la Mujer Madrid España)

²⁷ Conformado por los mencionados procesos inconscientes de identificación y por otro lado por los aspectos no conscientes (esto es, ajenos a la reflexión) que según ha expresado Fernández (1994 ver Capítulo III) intervienen en la construcción del mito social de la maternidad y generan significaciones, valoraciones y actitudes que se exteriorizan con toda naturalidad pero de las que no es posible dar demasiadas explicaciones.

embarazo no consulto porque *"no queria venir, no me gustan los hospitales"* a pesar de haber comentado que *"no la pase bien (durante el embarazo), vivia peleando"* (con su pareja, un hombre golpeador), afirmando asimismo que ello no influyo en la ausencia de controles prenatales (ver Anexo 2)

2.3 La maternidad en condiciones de pobreza

Ademas de las características de personalidad y las experiencias de vida tambien deben considerarse las condiciones economicas altamente precarias y de pobreza prolongada que acompaña a estas mujeres no solo en los periodos gestacionales sino a lo largo de toda su vida -en el marco de profundas inequidades de genero²⁸ que hacen que la maternidad se convierta para ellas en una tarea solitaria en el ambito familiar lo cual a su vez contribuye a incrementar disminuir o interrumpir el deseo de un hijo (Carlis, 2000, Romero B. y Diaz, 2001)

Esto se observa en aquellos casos en los cuales las conductas de control prenatal ausentes o inadecuadas aparecen vinculadas a factores del contexto social, familiar y económico

[] *"me preocupaba mas el trabajo que el embarazo [] trabajaba en el papel"* [*"cartoneaba"*, porque su pareja no tenia trabajo] (Flora)

[] *"no podia, no tenia plata El tema de la plata tambien era mucho porque tengo el otro nene que usaba pañales y son pesos que tengo que gastar hasta aca y el nene se me quedaba sin pañales"* (Maria)

[] *"porque viajamos trabajabamos en ventas y no tenia tanto tiempo"* (Mariela)

[El marido] *"no tenia tiempo como para llevarme al medico y al hospital que queria el (un hospital de la ciudad de Buenos Aires), era muy lejos [] ademas no tenia como para asi un trabajo seguro como para llevarme continuamente al hospital, no tenia plata para llevarme, por eso tarde yo en ir"* (Fabiana)

[] *"estaba trabajando, tenia que comprarle las cosas al nene, entonces me dije voy a trabajar hasta los 6 meses y ahi empiezo a hacer los controles"* (Claudia)

[] *"trabajaba y no me daba tiempo para mi misma para ir"* (Sandra)

En torno a esta postergacion de la atencion durante el embarazo en razon de la ausencia o escasez de recursos economicos y la consecuente prioridad dada a las actividades laborales, es preciso tener en cuenta que los procesos de planificacion implicitos en las conductas preventivas (como lo son los controles prenatales) son posibles solo si se dan en determinadas condiciones de vida. Es decir, si son

²⁸ Estas inequidades se profundizan dramaticamente en los casos en que las mujeres son victimas de la violencia de genero como en el caso de Miriam que vivió con depresion sus embarazos en virtud de los maltratos que ha sufrido

desplegados en contextos en los que el futuro inmediato pueda ser imaginado como previsible y, en consecuencia se pueda ubicar allí un proyecto (como es la venida de un hijo) que no deba estar atado a la contingencia a la incertidumbre y a la imprevisibilidad de la subsistencia cotidiana en la que, por lo general, acontece la vida de los sectores populares (Aiscar 2005)

Sumadas a estas condiciones de precariedad -y dentro de los factores del entorno que condicionan las conductas de atención del embarazo- los relatos de las mujeres entrevistadas aluden con frecuencia a la presión y la disyuntiva a las que las enfrenta el cuidado de sus otros hijos³⁹ tarea en la que por lo general no cuentan con la ayuda de sus parejas, quedando supeditadas a la solidaridad y la buena voluntad de las otras mujeres de la familia (quienes, a su vez, suelen estar absorbidas por el cuidado de sus propios niños)

[] *"no lo quería dejar solo a mi hijo, quería estar con él"* [tiene dos años en el momento de la entrevista] (Karina)

[] *"no tenía dónde dejar a los chicos"* (Rosa)

[] *"no me gusta dejar solos a los chicos"* (Susana)

[No fue a consultar] *"por no dejar al más grande solo siempre me pasa eso, por no dejarlos a ellos solitos"* (Silvana)

[] *"se me complico un poco con la nena ella era muy chiquita y no la quería dejar con mi suegra, me daba cosa"* (Patricia)

[] *"Mi mente estaba más en el otro [hijo] que en el embarazo"*⁴⁰ (Cristina)

Por otro lado es importante señalar que muchas veces, la presencia de intervalos intergeneracionales cortos que marcan una secuencia de advenimiento de hijos casi sin solución de continuidad y/o una elevada paridad impiden en estas mujeres, la preparación y la apertura del espacio psíquico mínimamente necesario para darle entidad y corporeidad al nuevo hijo por venir. En consecuencia en la medida en que no le ha sido posible o le ha resultado muy difícil abrir ese espacio para incorporar ese nuevo embarazo, será muy difícil que una mujer pueda a su vez dar lugar adecuadamente, a las consultas de control prenatal.

Es posible que este aspecto, sumado al hecho que -según los resultados hallados en la población estudiada⁴¹- lo que está puesto en juego en la atención del embarazo es en primer lugar la salud del bebé y después la de la madre, incida también⁴² en las conductas de atención prenatal inadecuadas, en especial en

³⁹ Muchos de los cuales son aun muy chiquitos (a algunos todavía los están amamantando) demandándoles mucho tiempo y dedicación.

⁴⁰ Su primer hijo tiene 8 meses al momento de la entrevista (al igual que su hijo recién nacido anterior también nació prematuro).

⁴¹ Ver el punto 3 del Capítulo V del presente trabajo.

⁴² Además de las repercusiones en sus conductas a partir de la no planificación de sus embarazos.

aquéllas que se inician en forma tardía, en virtud de la baja autoestima que ellas suelen tener y el papel secundario y postergado que según señalan Belmartino, Bloch Luppi y Schapira (1996)- ellas mismas se asignan en el esquema familiar. Este papel está asociado lógicamente con los atributos de sacrificio y altruismo que impone el mito social de la maternidad, llevándolas a 'ser para-los otros', es decir, a la renuncia de sus propias necesidades para poder satisfacer las de los demás, en especial su esposo e hijos

Finalmente, en el marco de las dificultades y obstáculos que las entrevistadas han planteado para la realización de los controles prenatales también han aparecido referencias a las barreras de acceso para la atención del embarazo en los servicios de salud aunque en una frecuencia mucho menor que los otros tipos de argumentos relevados

[] *"en la salita que había cerca de casa no había obstetra y para venir acá me quedaba muy lejos y no tenía plata para venir y mi mamá tampoco [] Una por culpa mía, por no levantarme temprano ni sacar turno"* (María)

[] *"muchas veces iba y no conseguía turno"* (Rosa)

[] *"fui y no estaba el obstetra"* (Silvana)

Se estima que en virtud de la naturalización del maltrato de las instituciones públicas de salud (puesto en juego en determinadas características de la organización de la atención dispuesta en horarios por demás incómodos) muchas veces los usuarios terminan adjudicándose "la culpa" de no ir temprano en vez de pensar que los obstáculos están del lado de dichas instituciones

2.4 Saber médico, saber popular

Retomando los resultados volcados en el capítulo anterior sobre la relevancia que le adjudican las mujeres entrevistadas a la realización de los controles prenatales, se ha observado una fractura entre lo que ellas conocen al respecto y lo que efectivamente llevan a cabo en sus conductas aun cuando se comprueba -como se ha mencionado- que predomina en la población estudiada la noción de riesgo (principalmente referido a la vida del bebé) si no se atienden adecuadamente durante el embarazo⁴¹

Se ha comprobado asimismo que muchas entrevistadas han manifestado no estar preocupadas por la evolución de sus respectivos embarazos mientras no realizaban las visitas de control prenatal (o tardaban en iniciarlas), porque ellas se sentían bien, no tenían ningún dolor, síntoma o molestia (*"no me sentía mal como para venir", "me sentía bien"* *"nunca tuve pérdidas ni nada"*, *"podía trabajar tranquila no me dolía nada"*) o bien sentían que el bebé se movía *"bien"*, *"se sentía bien adentro"*⁴²

⁴¹ Ver el capítulo V punto 3 y el Anexo 2

⁴² Resulta llamativo que estas mujeres pertenecen al grupo de entrevistadas que mayoritariamente ha considerado como posible que el bebé esté evolucionando mal o no tan bien dentro de la "panza" aun cuando la madre se siente bien (Ver el punto 3 del Capítulo V y Anexo 2)

Estas observaciones remiten a la coexistencia, en el acervo de conocimientos acumulados por estas mujeres, de nociones pertenecientes al saber popular, junto a fragmentos del saber inherente al campo del discurso médico. Ello implica a su vez, en ellas, la presencia de dos dimensiones en el conocimiento del cuerpo y su funcionamiento: la que deriva de la experiencia inmediata, singular y subjetiva de cada una -es decir, las relacionadas con las sensaciones de bienestar, malestar o dolor-, y la que proviene de los discursos científicos racionales.

Evidentemente, ese saber popular -apoyado en el "sentido común"⁴⁵ y constitutivo de las experiencias subjetivas de la salud y la reproducción (Castro, 2000)- juega un papel preponderante en los procesos destinados a dar coherencia y sentido a las experiencias cotidianas del embarazo, sobre todo si se tiene en cuenta que la atención prenatal dependerá también -en consecuencia- de la percepción que estas mujeres tengan acerca de la necesidad de recurrir a dicha atención. En este sentido, es importante tener en cuenta la persistencia de ciertas lógicas que subyacen en las creencias, concepciones e interpretaciones de los fenómenos referidos a la salud y la enfermedad como, por ejemplo, la mencionada asociación entre ausencia de sintomatología y evolución saludable del embarazo.

En consecuencia, en la elaboración de las políticas de promoción de la salud debería contemplarse el peso de esas experiencias subjetivas y de esos saberes populares en los procesos de salud-enfermedad-atención, por cuanto conforman el universo de los estilos y los "modos de vida" (Breilh, 2003) que, al ser habitualmente descalificados por el discurso médico, contribuyen a la caída de las actividades de prevención.

3 Conclusiones

Al investigar en profundidad cuáles serían los factores que, desde la perspectiva de las mujeres de sectores populares, influirían predominantemente en las conductas de control prenatal ausente o inadecuado, el análisis de los relatos elocuentemente desplegados por esas mujeres en cada encuentro ha permitido establecer los siguientes resultados:

- Sus conductas están fuertemente influidas por su posicionamiento subjetivo ante el evento de la maternidad, condicionado a su vez por el mandato cultural de género erigido en base al mito social de la Mujer=Madre.

La eficacia simbólica de este mito las sumerge en la experiencia de la maternidad significada y sentida "naturalmente" como un deber irrenunciable, sustrayéndolas a la posibilidad de pensarla, en cambio, como proyecto o como opción.

⁴⁵ Castro (2000: 208) define el sentido común como "un sistema cultural, compartido por una comunidad de individuos y que existe como consecuencia de la convicción de dichos individuos de que es un saber práctico, significativo y correcto".

- Son estas representaciones hegemónicas de la cultura patriarcal las que, jugadas en un punto como "saber indisponible" y reflejadas en el peso de una maternidad muchas veces no deseada, no planificada, no esperada y no asumida, inciden predominantemente en las conductas investigadas

- Las limitaciones económicas, las barreras de acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención son mencionadas con menor frecuencia en el discurso de las entrevistadas

Las indagaciones realizadas no han permitido establecer si ello se debe a que - en sus experiencias- su posicionamiento subjetivo ante la maternidad tiene un peso preponderante, o bien responde a una naturalización de dichos obstáculos, por la cual éstos -experimentados por lo tanto como una condición obvia y connatural a la vida cotidiana- no son tomados en cuenta en sus argumentaciones

- A la desventaja implícita en aquellas representaciones, en tanto amarra a estas mujeres a una maternidad vivenciada como destino irrevocable, se suman las inequidades de género, en un contexto de desigualdades sociales y económicas que las multiplica, al no tener acceso a los recursos materiales y, sobre todo, a los resortes de la cultura que les permita romper el cerco de la marginalidad

- Paralelamente a la gravitación de esas representaciones sociales en torno a la maternidad, se ha observado la presencia de un saber popular -socialmente construido a partir de creencias, percepciones y modos de vida en torno a la experiencia del embarazo- que también influye significativamente en las conductas de control prenatal ausente o inadecuado

CAPITULO VII

*Consideraciones finales y recomendaciones**1. Escuchar a las otras voces. problematización y elucidación*

*"Una vez que las aguas de un lago han sido agitadas
ya no es posible contemplar la misma evidencia de
todos los días"*

Christian Ferrer (1996)¹

El predominio del mandato cultural de género por el cual la maternidad es concebida como un hecho natural e instintivo, inherente a la identidad femenina, opera desde un enfoque esencialista, biologicista y universalista que -como se ha destacado en los capítulos anteriores- diluye la variabilidad de las experiencias subjetivas y las singularidades de sentido que las mujeres confieren a los fenómenos relacionados con la reproducción. De este modo, en nombre del orden patriarcal, son acalladas todas aquellas voces que hablan de sentimientos, anhelos, aspiraciones y expectativas que, de una forma u otra, contradicen o desmienten el mito social de la maternidad.

En muchas mujeres -en especial de sectores populares como las entrevistadas aquí- la coexistencia de esos deseos y sentimientos con este modelo internalizado de la "Mujer=Madre", suele provocar tensiones y perturbaciones que -como se ha observado- tienden a generar diversos síntomas o a manifestarse en conductas que las ubica -en un contexto de fuertes inequidades de género y desigualdades sociales y económicas- en una posición de desprotección y de exposición a situaciones de riesgo para su salud, como sucede en el caso de la ausencia o inadecuación de los controles prenatales.

El camino iniciado en esta investigación ha permitido acercarse a esas experiencias subjetivas y escuchar esas voces, posibilitando así poner en palabras los sentidos singulares e inéditos que estas mujeres le confieren a sus propias vivencias en torno a la maternidad. A través de esas palabras, ellas han enunciado lo que saben -y también lo que "no saben"-, dando indicios de haber quedado capturadas muchas veces por el advenimiento de una maternidad "forzada", en tanto no planificada, no esperada o inoportuna².

¹ Prologo del libro de Foucault M. *La vida de los hombre infames* (1996)

² Cabe aclarar que por maternidad "forzada" se alude aquí a los condicionamientos sociales emanados del mito social de la mujer madre puesto que -en cada caso en particular- esas experiencias en torno a la maternidad están atravesadas además por los condicionamientos intra psíquicos derivados de la historia familiar de cada mujer y de las identificaciones con su propia madre -con lo cual aun el embarazo "planificado" queda puesto en cuestión- dado que este no siempre implica el deseo de un hijo (Ver punto 2.2. del Capítulo VI)

El punto no es "anteponer la superioridad de un estilo de vida u otro, de mujeres con hijos o de mujeres sin hijos", o de sugerir la "falsa disyuntiva de la creación o producción versus la procreación o reproducción", sino de "problematizar" la idea de la mujer-madre en tanto categoría que supone "un significado único, acabado y estable" (Ávila González, 2005-b, 120). Se trata de acceder al "capital cultural" necesario para "desacralizar los estereotipos que han sido construidos bajo la mano invisible de la violencia simbólica" y "cuestionar los mecanismos ideológicos que sostienen el mito biologicista mujer=madre", pero no solo "como parte de los derechos humanos y reproductivos" de elegir ser o no ser madres, sino además para re-inscribir la maternidad como "un producto histórico" y cultural (Ávila González, 2005-a, 57, 61-62).

Para ello, es preciso generar el espacio propicio para un encuentro con estas mujeres -en el ámbito de la atención de su salud-, tendiente a reflexionar en torno a ese imaginario social de la maternidad, deconstruyendo el andamiaje lógico que lo sostiene, a través de desmitificar y cuestionar las imágenes socialmente instituidas en torno a la maternidad, en tanto realización de la identidad femenina. De esta forma, las mujeres podrán pensar, elegir y vivir la maternidad como una opción y un proyecto de vida y no como asignatura y predestinación. Esto implica -y posibilita- a su vez que la maternidad pueda no ser elegida y, en consecuencia, evitada, abriendo y ensanchando el camino hacia la planificación familiar y la anticoncepción, en el marco del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (aun cuando la planificación tiene el límite puesto por el saber racional, más allá del cual remite -como se ha mencionado- a cualquiera de los eslabones de la cadena de significaciones intra-psíquicas).

Como parte de este proceso, es menester desmedicalizar el cuerpo femenino y el funcionamiento de sus ciclos vitales, descentrandolos de la mirada normativa y disciplinadora del discurso médico, históricamente prescindente de los aspectos inherentes a la subjetividad y a los condicionamientos sociales, económicos y culturales.

Desde esta perspectiva, la habilitación de ese espacio de encuentro se propone rescatar esas subjetividades e incluirlas en un proceso conjunto de reflexión crítica y de "elucidación" -en el sentido explicitado por Castoriadis "saber lo que se piensa y pensar lo que se hace"³, que posibilita a esas mujeres poner en juego tanto sus sentimientos e inquietudes como así también los efectos y deslizamientos del "saber indisponible" sobre sí mismas.

Por otro lado, ese encuentro implica asimismo acercarse a los saberes populares y los modos de vida implícitos en las experiencias subjetivas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención, teniendo en cuenta que -justamente en esos modos de vida- se inscriben las respuestas y explicaciones que cada persona, familia y grupo social le adjudica cotidianamente a tales procesos, en base a las posibilidades materiales y los recursos culturales de que dispone (Breilh, J., 2003). A través de la problematización, la elucidación y la

³ Citado en Spinelli, Urquiza, Bargallo y Alazraqui (2002)

reflexión crítica, se trata entonces de promover -en el marco de una metodología participativa- un proceso de producción de conocimientos de los que cada mujer pueda efectivamente disponer para el cuidado y la atención de su salud, recuperando la autonomía en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo

Ello apunta a romper con las prácticas preventivas tradicionales, que consisten en la transmisión automática de la información desde un enfoque normativo y paternalista, a partir de presuponer que quien detenta "el saber" debe darle al otro el conocimiento que le falta. Desde este modelo la información se transforma en una exigencia sentida como ajena, no pudiendo así ser incorporada ni tramitada dentro de los esquemas de pensamiento ni los modos de vida de los grupos destinatarios de esas prácticas. De esta manera la información, lejos de servir al conocimiento, opera -por el contrario- obturándolo.

En cambio, la habilitación de un espacio abierto a la reflexión posibilitaria, por ejemplo, ir disolviendo las mencionadas contradicciones entre lo que las mujeres saben sobre la atención prenatal y lo que efectivamente materializan en sus conductas, a través de articular sus creencias y su saber popular con la información proveniente del campo médico-científico. Ello llevaría a redimensionar el peso de los controles prenatales para el bienestar y la salud del binomio madre-hijo.

2 Recuperar el valor preventivo de la atención prenatal

La atención del embarazo y el parto -como se mencionara oportunamente- suele ser la oportunidad del primer contacto de las mujeres con los servicios de salud -en especial en los sectores populares-. Por ello es que, además de su relevancia en la esfera de la morbi-mortalidad materno-infantil, el control prenatal tiene una innegable incidencia en el campo de la salud sexual y reproductiva -cumpliendo una importante función de soporte social para la mujer-

Es fundamental -en consecuencia- recuperar el valor preventivo de la atención prenatal desde un abordaje que, con el aporte de la sociología, la psicología, la antropología y la medicina social, tenga en cuenta el contexto social, económico y cultural en que dicha atención tiene lugar.

Ello implica redefinir el modelo de atención obstétrica -no solo habilitando espacios de encuentro -como se ha mencionado anteriormente- a través de grupos de reflexión sobre la maternidad, el parto y el puerperio, sino también modificando la mirada de la biomedicina (cada vez más alejada de las implicancias y de las significaciones sociales y singulares de los padecimientos y de los procesos relacionados con la salud y la enfermedad).

De esta manera, también en el ámbito de la atención obstétrica -es necesario promover el encuentro entre el médico y la paciente, dando lugar a la palabra de la mujer embarazada que consulta, pero también a la del profesional -quien

debe tomarse el tiempo necesario para explicar e informar cuidadosamente a la paciente sobre su condicion física sobre los riesgos y complicaciones que puedan aparecer en el transcurso del embarazo sobre los signos de alarma a los que debe estar atenta sobre las opciones de solucion de los problemas en caso de que estos se presenten y sobre los centros de salud a los que deberia acudir en caso de complicaciones y urgencias Este proceso deberia darse en el contexto de un modelo de abordaje que garantice

Una atencion obstetrica de calidad en un marco de respeto por las singularidades

La implementacion de dispositivos de atencion que desde un enfoque transcultural y transdisciplinar contemplen la contencion emocional y la deteccion de situaciones conflictivas en el entorno social y familiar

La inclusión de prácticas de asesoramiento y orientacion en salud sexual y reproductiva

Se estima que en la medida en que cada mujer embarazada pueda reflexionar sobre la maternidad y sus significaciones e implicancias en la esfera personal familiar e intra subjetiva pueda llegar a pensarla como una eleccion y por ende pueda acceder a los metodos para poder evitarla en el futuro o para decidir en que momento ser madre pueda reflexionar sobre sus propias creencias y concepciones en torno a los cu dados de su salud en general y del embarazo en particular y acceda a poder articular este nivel de conocimiento con informacion adecuada y oportuna proveniente desde el campo medico en el contexto de un modelo de atencion mas atento a los aspectos socio culturales y psico afectivos del proceso de salud y enfermedad sera posible entonces contribuir con la reduccion de las conductas de control prenatal ausentes o inadecuadas y en consecuencia con la prevencion de varios de los factores asociados a la morbi mortalidad materno infantil

Es de esperar que esta investigacion signifique un sensible aporte no solo para la salud de las mujeres y los ninos sino tambien para una vivencia mas plena y satisfactoria del embarazo y la maternidad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahams, N , Jewkes, R y Mvo, Z (2001) "Health care seeking practices of pregnant women and the role of the midwife in Cape Town, South Africa", en *Journal of Midwifery & Women's Health*, U S A , Vol 46, N 4 pp 240-247

Adamu, Y M y Salihu, H M (2002) "Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural Kano, Nigeria" en *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, U K , Vol 22, N 6, pp 600 603

Aiscar, S C (2005) *La maternidad en sectores populares Representacion social y relacion con la atencion de su salud* Espacio Editorial, Buenos Aires Argentina

Andrade, S, Shedlin, M y Borilla, E (1987) "Entrevistas" en *Metodos cualitativos para la evaluacion de programas Un manual para programas de salud, planificacion familiar y servicios sociales* Ed The Pathfinder Fund, U S A , Cap 6 pp 51-62

Arias, R , Jimenez, J J , Granados, E , Montero, J y Calvo, C (2000) *Estudio de la satisfaccion de mujeres en edad reproductiva con el servicio prenatal en relacion con el nivel de educacion y el inicio del control prenatal en San Pablo de Heredia, Costa Rica*, Ed Caja Costarricense de Seguro Social

Ávila González, Y (2005-a) "Las mujeres frente a los espejos de la maternidad" en *La Ventana - Revista de estudios de genero*, Universidad de Guadalajara, México, N° 20, pp 55 100

Ávila Gonzalez, Y (2005-b) "Las mujeres frente a los espejos de la maternidad las que eligen no ser madres", en *Revista Desacatos*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico, D F , N° 017, pp 107-126

Banchs, M A (1999) "Representaciones sociales memoria social e identidad de genero", ponencia presentada en el Simposium *El genero renovando a la psicologia* XVII Congreso Iberoamericano de Psicologia, version on line, <http://webs.uvigo.es/pmayobre/colaboraciones.html>

Baudrillard, J (1993) "El cuerpo o el osario de signos", en *El intercambio simbolico y la muerte*, Ed Monte Avila Latinoamericana, 2º edicion, Cap IV, pp 117-142

Belmartino, S , Bloch, C , Luppi, I y Schapira, M (1996) *Mujer y Servicios de Salud Una perspectiva critica*, Centro de Estudios Sociales y Sanitarios Edicion especial de Cuadernos Medicos Sociales, Rosario, Argentina

Bessinger, R y Bertrand, J (2001) "Monitoring quality of care in family planning programs: a comparison of observations and client exit interviews", en *International Family Planning Perspectives* U S A, Vol 27, N 2

Bhutta, Z A, Darmstadt, G L y Ransom, E I (2003) "Utilización de evidencia investigativa para salvarle la vida a recién nacidos. Perspectivas de las políticas sobre la salud neonatal. Population Referente Bureau, Washington D C, U S A

Bolzán, A, Guimarey, L y Norry, M (2000) "Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina)", en *Revista Chilena de Pediatría* Vol 71, N° 3, pp 255-262

Breilh, J (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires Argentina

Buitrón Aranda, A G (2003) *Identidad y Maternidad. Estereotipos de género, maternidad adolescente y barreras ante la planificación familiar*, Ed. Asociación Peruana de Salud Mental para la Mujer, Lima, Perú

Cabrales Escobar J A, Saenz Darias, M, Grau Espinosa, M A, Rojas Castañeda, L, González Herrera, Y, Pina García, N y Lizano Rabelo, M (2002) "Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano 1997-2000", en *Panamerican Journal of Public Health*, Vol 12, N 3, pp 180-184

Calderón Pinto, V (2000) "Yo (no) soy. Tu eres. Éles. La sexualidad de mujeres polisintomáticas de sectores empobrecidos desde la perspectiva de los servicios de Atención Primaria de la Salud" en Gogna, M (comp) *Feminidades y Masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Ed. CEDES Buenos Aires, Argentina, pp 23-74

Carlis, M F (2000) 'Intocables, desconocidas, desconocibles: mujeres que entregan a sus hijos' en Gogna, M (comp) *Feminidades y Masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Ed. CEDES, Buenos Aires Argentina, pp 126-189

Castro, R (1996) 'En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo', en Szasz, I y Lerner S (comp) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, pp 57-85

Castro, R (2000) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, CRIM UNAM, México

CEDES, Ministerio de Salud/CONAPRIS, CLAP-OPS/OMS (2004) "La Mortalidad materna como problema de salud pública y derechos humanos", en *Mortalidad*

materna en la Argentina diagnóstico para la reorientación de políticas y Programas de salud Informe final, Buenos Aires, Argentina, Cap 1, pp 7-11

Checa, S (1996) "Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad" en *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramon Sarda* Buenos Aires, Argentina, Vol XV N° 1, pp 12-16

CLAP-OPS/OMS (2001) 'Mortalidad Neonatal en recién nacidos de muy bajo peso', en *Salud Perinatal Boletín CLAP OPS/OMS N° 19* Montevideo Uruguay, pp 10-12

CLAP-OPS/OMS (2003) "Metas a lograr en la atención materno perinatal en Latinoamérica y el Caribe Decálogo", en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda* Buenos Aires, Argentina Vol 22 N° 4, pp 147-150

Clavreul, J (1993) *El orden médico*, Ed Argot, Barcelona España

Climent, G I (2002) "El derecho a la educación y los proyectos de vida Perspectiva de las madres de las adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos Aires" en *La Ventana, Revista de estudios de género*, Universidad de Guadalajara, México, N° 15, pp 313-355

Clinical Guideline 6 (2003) *Clinical Guideline - Antenatal care Routine care for the healthy pregnant woman* National Institute for Clinical Excellence London, U K

Conrad, P (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social", en Ingleby, D (comp) *Psiquiatría crítica La política de salud Mental* Ed Crítica Grijalbo, Barcelona España, pp 129-154

Conrad, P y Schneider, J W (1985) *Deviance and Medicalization From badness to sickness*, Merrill Publishing Company, Columbia, Ohio, U S A

De León Reyes, V, Pelcastre Villafuerte, B y Díaz Gois, A (2000) "Mujeres y Salud Una metodología para su estudio" en *Revista Cinta de Moebius*, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile N° 9, versión on line

Dodd, J, Crowther, C y Robinson, J (2002) "Guiding antenatal care Current practices should be re-examined in light of current evidence", en *Medical Journal of Australia* Vol 176, N° 6, pp 253-254

Donzelot, J (1979) *La policía de las familias* Ed Pretextos, Valencia España

Eggleston, E (2000) "Unintended pregnancy and women's use of prenatal care in Ecuador", en *Social Science & Medicine*, Vol 51, N° 7, pp 1011-1018

Fanerte A, P, Rivera, C, González, M, Linares, M y Fanerte, J (2002) "¿Por qué no se controla la embarazada?", en *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, Vol 62, N° 2, pp 77-81

Fatmi, Z y Avan, B (2002) "Demographic, socio economic and environmental determinants of utilization of antenatal care in a rural setting of Sindh, Pakistan" en *Journal Pakistan Medical Association*, Vol 52 N 4, pp 138-142

Fernández, A M (1994) *La mujer de la ilusion Pactos y contratos entre hombres y mujeres* Editorial Paidós Buenos Aires, Argentina

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004) "Salud Materna", en *Estado de la poblacion mundial 2004 El Consenso del Cairo diez años despues Poblacion, Salud Reproductiva y Acciones Mundiales para Eliminar la Pobreza*, Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas UNFPA, U S A, Cap 7, pp 51-61

Foucault, M (1976) *Vigilar y Castigar*, Ed Siglo XXI, Mexico

Foucault, M (1987) *El nacimiento de la clinica Una arqueologia de la mirada medica*, Ed Siglo XXI, 12ª edicion, Mexico D F

Foucault, M (1996) *La vida de los hombres infames*, Ed Altamira, La Plata, Argentina

Geldstein, R N, Infesta Domínguez, G y Delpino, N (2000) 'La salud reproductiva en adolescentes frente al espejo discursos y comportamientos de madres e hijas' en Pantelides E A y Bott S (editoras) *Reproduccion, Salud y Sexualidad en América Latina* Editorial Biblos-OMS Buenos Aires, Argentina

Goldstein Sandoval, B y Zaglul Matta, C (2003) 'Análisis de los factores de riesgo de prematuridad en el Hospital Calderon Guardia de enero a agosto 2001', en *Revista Costarricense de Salud Publica*, Vol 12, N° 21 pp 23-30

Good, B (1993) "Illness representations in medical anthropology a reading of the field", en *Medicine, rationality and experience*, Cambridge University Press

Grimberg, M (1997) "De conceptos y metodos relaciones entre epidemiologia y antropologia" en Álvarez M (comp) *Antropologia y practica medica La dimension socio-cultural de la salud enfermedad* Secretaria de Cultura de la Presidencia de la Nacion Instituto Nacional de Antropologia y Pensamiento Latinoamericano Buenos Aires, Argentina, pp 11 23

Health Canada (2000) *Family Centred Maternity and Newborn Care National Guidelines, 4th Edition* Childhood and Youth Division, Health Canada, Ottawa

Herrera, J (2002) "Evaluacion del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal", en *Revista Colombia Medica*, Vol 33, N° 1 pp 21-25

Hornstein L (1991) "Dialogo con Piera Aulagnier" en Hornstein L (comp) *Cuerpo, Historia Interpretacion*, Ed Paidós, Buenos Aires, Argentina

Iriart, C, Waitzkin, H., Breilh, J, Estrada, A y Merhy E (2002) "Medicina social latinoamericana aportes y desafios" en *Revista Panamericana de Salud Publica*, Vol 12, N° 2, pp 128-136

Jaramillo Arias, A, Palomino, A, Pasmíño de Osorio, S y Pinzon B, F (2001) "Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayan", en la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol 52, N° 1, pp 33-42

Lopez, E (2000) "Los dichos y los hechos formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires", en Pantelides, E A y Bott S (editoras) *Reproduccion Salud y Sexualidad en America Latina* Editorial Biblos OMS Buenos Aires Argentina, pp 17-35

Lopez, E y Tamargo, M C (1995) "La salud de la mujer" en *INDEC, Infancia y Condiciones de Vida*, Buenos Aires, Cap 8, pp 163-197

Llovet, J J y Ramos, S (1995) "Hacia unas ciencias sociales con la medicina obstaculos y promesas", en *Ciencias Sociales e medicina Actualidades e perspectivas Latino Americanas*, Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas - CEMICAMP, Campinas, Brasil, pp 43-72

Magadi, M, Madise, N J y Rodrigues, R N (2000) "Frequency and timing of antenatal care in Kenya explaining the variations between women of different communities" en *Social Science & Medicine*, Vol 51, N 4, pp 551-561

Martinez Benlloch, I y Bonilla Campos, A (2000) *Sistema sexo/genero, identidades y construccion de la subjetividad* Ed Universidad de Valencia, España

Martinez-González, L, Reyes-Frausto, S y García-Peña, M C (1996) "Utilización Adecuada de la Atención Prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social", en *Salud Publica de Mexico*, Vol 38, N° 5, pp 341-351

Mattijasevich, A, Barros, F C, Diaz-Rossello, J, Bergel, E y Corteza, C (2004) "Factores de riesgo para muy bajo peso al nacer y peso al nacer entre 1 500-2 499 gramos Un estudio del sector publico de Montevideo, Uruguay", en *Archivos de Pediatría del Uruguay*, Vol 75 N° 1 pp 26-35

Mendicoa, G E (2003) "El enfoque metodológico de la Tesis", en *Sobre Tesis y Tesistas Lecciones de enseñanza aprendizaje*, Buenos Aires, Espacio Editorial, Cap IV, pp 67-80

Mendoza Flores, M E, Sanchez Jiménez, B, García Cardona, M y Ávila Rosas, H (2002) "Morbilidad percibida y control prenatal Estudio de

Campo", en *Perinatología y Reproducción Humana*, México, D F, Vol 16, N° 1, pp 26-34

Menéndez, E (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?", en *Revista Alteridades La cultura de la pobreza O Lewis*, México, Año 4, N° 7 pp 71-83

Menéndez, E y Di Pardo R (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes Atención primaria y proceso de alcoholización*, CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social), México

Ministerio de Salud de la Nación (2001) *El Cuidado Prenatal Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal*, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Republica Argentina

Ministerio de Salud de la Nación (2001) *Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH*, Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA/ETS, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Republica Argentina

Ministerio de Salud de la Nación-OPS *Indicadores Básicos Argentina 2004*, version on line www.msal.gov.ar, www.ops.org.ar

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires "Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires Lineamientos y Estrategias 1997-2000" Dirección Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud Dirección de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Republica Argentina www.fmed.uba.ar, www.ms.gba.gov.ar

MINSAL/CEDIP (2003) *Guía Perinatal*, Ministerio de Salud de Chile / Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales

Nicoletti, E (2005) "Signos del sujeto en las problemáticas de la infancia", presentado en la Jornada *Representaciones sobre las infancias y repercusiones en las intervenciones profesionales los efectos en los niños y niñas como objetos de estudio y análisis cosificantes*, Rosario, Argentina

OMS (2002-a) *WHO Antenatal Care Randomized Trial Manual for the Implementation of the New Model 2001* Department of Reproductive Health and Research WHO, Geneva, Switzerland

OMS (2002-b) *Adolescent Friendly Health Services An Agenda for Change* Department of Child and Adolescent Health and Development WHO Geneva, Switzerland

OMS (2003-a) "La revisión sistemática de la OMS de investigaciones clínicas aleatorizadas" en *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS*

Manual para la puesta en practica del nuevo modelo de control prenatal 2001 Ginebra, Suiza, version en español, Cap 2, punto 2.2, p 6

OMS (2003-b) "El componente basico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS", en *Ensayo clinico aleatorizado de control prenatal de la OMS Manual para la puesta en practica del nuevo modelo de control prenatal 2001* Ginebra, Suiza, version en español Cap 5, punto 5.1, pp 14-20

OMS (2004) "Adolescent Pregnancy Issues in adolescent health and development" en *WHO discussion papers on adolescence*, Department of Child and Adolescent Health and Development Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland

OMS (2005-a) "Grandes expectativas en torno a la reduccion de los riesgos del embarazo", en *Informe sobre la situacion de salud en el mundo, Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra Suiza Cap 3, pp 43-62

OMS (2005-b) "Los recién nacidos cobran importancia" en *Informe sobre la situacion de salud en el mundo, Cada madre y cada niño contarán!*, Ginebra Suiza, Cap 5, pp 85-109

OMS-UNICEF (2003) *Antenatal care in developing countries Promises, achievements and missed opportunities An analysis of trends, levels and differentials 1990-2001*, World Health Organization

OPS (2003) *Situación de la Salud en Argentina 2003*, elaborada por la Representación Argentina de OPS y el Ministerio de Salud de la Nación. Version on line, www.ops.org.ar

Ortiz E (2001) "Estrategias para la prevencion del bajo peso al nacer en una poblacion de alto riesgo, segun la medicina basada en la evidencia" en *Revista Colombia Medica*, Vol 32, N° 4, pp 159-162

Pascuzzo Lima, C, Gaviria de Pascuzzo, R, Sánchez, L M, García, M A, Hernandez, A M, Pascuzzo Lima, M, Granado, A E y Oviedo, M A (1999) "Determinantes del control prenatal en embarazadas de la Region Centro occidental de Venezuela", en *Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela*, Vol 59, N° 4, pp 221-228

Pavon-León, P Gogiascoechea-Trejo, M, Durán-González, L y Becerra-Aponte, J (2003) "Complicaciones obstetricas en un hospital de Ginecologia y Obstetricia" en *La Revista Medica de la Universidad Veracruzana*, Mexico, Vol 3, N° 1, version on line

Petracci, M (2004) "Calidad total en la atencion de la salud las perspectivas del equipo medico y de los usuarios" en *Calidad de Atencion en Salud* Serie de

Seminarios de Salud y Política Pública Seminario V CEDES, con el auspicio de OPS Buenos Aires Argentina Version on line www.cedes.org

Petracci, M, Ramos, S y Romero, M (2002) *Calidad de la atención perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cancer cervico uterino* CEDES Informe de investigación Buenos Aires, Argentina

Ramirez-Zetina, M, Richardson, V, Avila, H, Caraveo, V E, Salomón, R. E., Bacardi, M y Jiménez-Cruz, A (2000) "La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, Mexico", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol 7, N° 2, pp 97-101

Ramos, S, Romero, M, Karolinski, A, Mercer, R, Insúa, I, y del Río Fortuna, C (2004) *Para que cada muerte materna importe* Ed CEDES - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Buenos Aires, Argentina

Ransom, E y Yinger, N (2002) "Nueva Funcion de la atención antenatal", en Ransom E y Yinger, N *Por una maternidad sin riesgos Como superar los obstaculos en la atención a la salud materna*, Population Reference Bureau, Washington D C, U S A, pp 12-13

Reyes-Gomez, U, Carbajal-Rodriguez, L, Lopez-Cruz, G, Cortes-Galvan, A y Sanchez-Chavez, N P (1999) "Sífilis Congenita Analisis de 10 casos y revision de la literatura", en *Archivos de Investigacion Pediatrica de Mexico*, Confederacion Mexicana de Pediatria A C, Vol 2, N° 5

Rodríguez Cárdenas, A, Velazco Boza, A y Eunice Mensah, N (2004) "Comportamiento de la mortalidad perinatal en el hospital "America Arias" en el periodo de 1993 a 2002", en *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia* Vol 30, N° 3, version on line

Rodríguez Cerda, O (2003) "Entrevista a Denise Jodelet", en *Revista Relaciones*, Mexico, Vol XXIV N° 93 pp 116-132

Romero B, M N y Diaz, M C (2001) "La maternidad como conflicto una expresion de inequidad social y de genero", en *Revista Colombia Medica*, N° 32, pp 25-31

Rosell Juarte, E, Domínguez Basulto, M, Casado Collado, A y Ferrer Herrera, I (1996) "Factores de riesgo del bajo peso al nacer", en la *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol 12, N° 3, version on-line

Sadler S, M (2001) "El nacimiento como acontecimiento medico", en *Revista Werken* Universidad de Chile, Departamento de Antropologia Centro Interdisciplinario de Estudios de Genero, Lom Ediciones, Santiago de Chile, N° 2, pp 113-124

Saltalamacchia, H R (2004) "Las entrevistas" en *Del proyecto al analisis aportes a la investigacion cualitativa* Ed Saltalamacchia y Asociados Cap 1 Tomo Tercero pp 619-625

Sanchez-Perez, H J, Ochoa-Diaz López, H, García-Gil, M M y Martín-Mateo, M (1997) "Bienestar social y servicios de salud en la Region Fraylesca de Chiapas el uso de servicios de atencion prenatal", en *Salud Publica de Mexico* Vol 39 N° 6, pp 530-538

Sandoval Falcon, V (2002) "Atencion prenatal, parto institucional y atención posparto en el Peru Efectos individuales y de la comunidad", Trabajo final de graduacion de la Maestria en Poblacion y Salud, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San Jose, Costa Rica

Sautu, R (1997) "Acerca de que es y no es investigacion cientifica en ciencias sociales", en Wainerman, C y Sautu, R *La trastienda de la investigacion*, Buenos Aires, Editorial de Belgrano, Cap 7, pp 179-195

Scandizzo, E, Litrenta, M J y Corazza, M (2005) "Prevencion de la transmision perinatal por HIV", en la *Revista Virtual de las Enfermedades por VIH/SIDA*, publicacion oficial de la SAS-Sociedad Argentina de SIDA, Vol 0, N° 0, pp 3-7

Seclen-Palacin, J A, Jacoby M, E, Benavides C, B, Novara V, J, Velásquez V, A, Watanabe V, E y Arroyo V, C (2003) "Effects of a continuous quality improvement program in maternal and perinatal health services in Peru the experience of Project 2000", en *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil* Vol 3 N° 4, pp 421-438

Secretaría Distrital de Salud de Bogota, D C (2003) "Bajo peso al nacer", en el *Boletín Informativo Distrital*, Secretaria Distrital, Direccion de Salud Publica Área de Vigilancia en Salud Publica

Spinelli, H, Urquía, M, Bargalló, M L y Alzaraqui, M (2002) "Equidad en Salud Teoría y praxis" en *Serie de Seminarios de Salud y Política Publica*, Seminario VII - CEDES, con el auspicio de OPS, Buenos Aires, Argentina, version on line, www.cedes.org

Taylor, S J y Bogdan, R (1996) "El trabajo con los datos Analisis de los datos en la investigacion cualitativa" en *Introduccion a los metodos cualitativos de la investigacion* Paidós, Barcelona, Cap 6, pp 152-176

Ticona Rendón, M, Huanco, D, Gonzales, J, Riega, R y colab (2004) "Mortalidad Perinatal Estudio Colaborativo Institucional Hospitales del Sur de Peru 2000", en *Revista Diagnostico*, Peru, Vol 43, N° 1, pp 16-21

Tubert, S (2003) *Psicoanálisis, feminismo y posmodernismo*, Modemmujer, México, versión on line

Urrego Mendoza, Z C , González González, E H y Fernández Morris, R M (2001) 'Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy, Primer Nivel E S E Bogotá 1999 2000', Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, versión on line, www.fepafem.org.ve

Valderrama, J , Zaccarías, F y Mazin, R (2004) "Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America big problem, simple solution", en *Revista Panamericana de Salud Publica* Vol 16 N° 3 pp 209 210

Valdez-Santiago, R , Arenas-Monreal, L y Hernández-Tezoquipa, I (2004) 'Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo' en *Salud Publica de Mexico* Vol 46, N° 1

Videla, M (1990) *Maternidad mito y realidad*, 3ra Edición actualizada, Ed Nueva Vision, Buenos Aires, Argentina

Yesudian, P P (2004) "Impact of women's empowerment, autonomy and attitude on maternal health care utilization in India", Global Forum for Health Research Forum B, Mexico City versión on line

Zárate C , M S (2001) 'Enfermedades de las mujeres Ginecología, médicos y presunciones de género Chile, fines del siglo XIX', en *Revista Electrónica de Historia* N° 1 www.pensamientocritico.cl

ANEXO 1

CONDUCTAS DE CONTROL PRENATAL EN CADA UNA
DE
LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Mujeres Entrevistadas: 34

	Nº Hijos	Edad (1)	Controles Prenatales
1	2	20	A/T (16 s)
		28	Adecuado (1er trimestre)
2	4	18	No recuerda
		21	No recuerda
		28	T (20 s)
		30	Adecuado (1er trimestre)
3	2	21	T (20 s)
		23	T (20 s)
4	1	14	D (28 s - 3 cons)
5	2	20	A/T (16 s)
		29	A/T (16 s)
6	5	20	Adecuado (1er trimestre)
		22	A/T (16 s)
		27	Au
		31	A/T (16 s)
		33	T (20 s)
7	1	21	D (20-24 s - 3 cons)
8	9	17	A/T (16 s)
		18	T (20-24 s)
		22	T (20-24 s)
		25	T (20-24 s)
		26	T (20-24 s)
		27	T (20-24 s)
		28	T (20-24 s)
		30	T (20-24 s)
		32	D (2 cons)

(1) Se consigna la edad estimada en que la entrevistada tuvo cada hijo

Referencias

- A/T Control Prenatal Adecuado percibido como Tardío
 T - Control Prenatal Tardío
 D Control Prenatal Deficiente
 Au Control Prenatal Ausente

	Nº Hijos	Edad	Controles Prenatales
9	3	17	T (20 s)
		19	Adecuado (1er trimestre)
		20	Au
10	8	21	D (20 s 3 cons)
		26	Adecuado (1er trimestre)
		31	Adecuado (18 s)
		32	Adecuado (18 s)
		34	Adecuado (16 s)
		37	T (24 s)
11	1	19	Au
12	7	19	Adecuado (1er trimestre)
		24	Adecuado (1er trimestre)
		25	Adecuado (1er trimestre)
		27	Adecuado (1er trimestre)
		33	Adecuado (1er trimestre)
		35	Adecuado (1er trimestre)
		37	A/T (14-16 s)
13	1	16	A/T (14-16 s)
14	3	27	D (24 s 2 cons)
		29	Adecuado (16 s)
		31	Adecuado (1er trimestre)
15	2	19	Adecuado (1er trimestre)
		20	Au
18	1	20	T (20 s)
17	2	15	A/T (16 s)
		16	U (24 s 2 cons)
18	3	18	Adecuado (1er trimestre)
		20	Adecuado (1er trimestre)
		21	T (20 s)
19	3	18	Adecuado (1er trimestre)
		24	Adecuado (1er trimestre)
		26	Au
20	2	18	Au
		18	Adecuado (18 s)
21	4	18	Adecuado (1er trimestre)
		20	No recuerda
		26	T (20 s)
		29	Adecuado (16 s)

	Nº Hijos	Edad	Controles Prenatales
22	1	18	A/T (16 s)
23	2	20 23	Adecuado (1er trimestre) T (20 s)
24	3	21 24 27	Adecuado (1er trimestre) A/T (16 s) D (24 s 2 cons)
25	6	17 19 21 23 28 31	Adecuado (1er trimestre) Au Adecuado (1er trimestre) Adecuado (1er trimestre) Adecuado (1er trimestre) Au
26	5	17 18 23 30 36	Adecuado (1er trimestre) Adecuado (1er trimestre) Adecuado (16 s) Adecuado (1er trimestre) D (20 s 2 cons)
27	2	17 22	A/T (16 s) D (3 cons)
28	2	14 16	Adecuado (1er trimestre) T (24 s)
29	7	12 16 17 18 21 23 25	T (20 s) T (20 s) T (24 s) T (24 s) T (20 s) T (20 s) T (28 s)
30	1	17	T (20 s)
31	2	17 19	D (2 cons) T (20 s)
32	2	18 18	Adecuado (1er trimestre) T (24 s)
33	2	20 21	Adecuado (16 s) T (20 s)
34	2	25 27	Adecuado (1er trimestre) T (20 s)

ANEXO 2

Fragmentos de entrevistas

De las entrevistas realizadas se reproducen a continuación aquellos fragmentos más elocuentes y significativos que contienen las argumentaciones referidas a las conductas de control prenatal ausente o inadecuado. En varios casos se agregan además los relatos relativos a cómo creían las entrevistadas que evolucionaba el embarazo, en los meses en que ellas no consultaban al obstetra.

Rosalina (30 años, 3 hijos) en su tercer embarazo realizó la primera visita al obstetra recién a las 20 semanas porque *“fue un embarazo no esperado y me lo guarde para mí sola. Bueno, el papa sabía”*

Yolanda (28 años, 2 hijos) refiere que en el embarazo de su primer hijo tardó en consultar *“porque había que decirse a mamá y a papá [] en ese momento me sentía re chica, me apure, tendría que haber esperado un poco más, tenía ganas de seguir estudiando”*

Cynthia (14 años) inició los controles prenatales a los 7 meses de embarazo porque *“no le había contado a nadie por miedo a que me saquen el bebé como le pasó a una amiga mía”* (su amiga de 13 años quedó embarazada y la madre anotó al bebé como hijo de ella). Por otra parte, la intimidaba la eventual reacción de los padres, que efectivamente se enojaron con ella cuando se enteraron *“porque pensaban que el papa de la beba no se iba a hacer cargo”*

Emilia (21 años) estaba buscando tener un hijo desde hacía ya un tiempo empezó los controles prenatales a los 6 meses de gestación porque según refiere hasta entonces no se *“había dado cuenta”* de que estaba embarazada (hasta ese momento menstruaba aunque con cambios en la duración y la cantidad del flujo). Después de los 5 meses empezó a tener vómitos. Le creció la *“panza”* y decidió consultar *“sentí algo raro como que se movía algo adentro que pegaba pataditas”*. Cuando se indaga más en profundidad sobre este punto, ella se expresa en forma muy imprecisa y, por momentos, confusa. Se transcribe el diálogo

[¿Estabas esperando quedar embarazada ¿a qué síntomas estabas atenta para darte cuenta si habías quedado o no?] *“Sí me agarraba vómitos mareos o algo así pero no”* [¿Y cuál otro?] *“Los vómitos”* [¿Y que más?] *“Y las ganas de comer de comer”* [¿Antojos?] *“Eso antojos”*
 [Y con respecto a la menstruación ¿qué pasa cuando una queda?] *“¡Ahhhh!”*
 [Entonces ¿vos estabas atenta a si te venía o no te venía?] *“No en eso no Bah, lo que me parecía raro cuando yo me quede embarazada era que yo me indisponía seis días y al final me venía dos días tres días”*

[Y cuando el medico te preguntó la fecha de tu ultima menstruacion ¿vos que le contestaste?] *El 6 de agosto* [¿El 6 de agosto? Porque el 6 de agosto fue hace 6 meses] *Claro pero la ultima vez fue el 6 de agosto que me indispuse dos dias nomás y despues ya no ya no me indispuse mas* [O sea que no estabas indispuesta durante el embarazo] *Claro*

[Y cuando te dejo de venir ¿no pensaste que podias estar embarazada?] *No Ahi ya no porque hubo un tiempo que nosotros queriamos tener un bebé y yo no quedaba embarazada cuando queriamos no quedaba después dije bueno si no se puede no se da, bueno, y despues quede*

Teresa (37 años 7 hijos) registra un control inadecuado en el embarazo de su ultimo hijo (no planificado quedo embarazada *"con preservativo"* *"en el medio de los analisis para ponerme el DIU"*) Habia pensado en no tener a este ultimo bebe, porque la nena *"era muy chiquita"* (un año y 11 meses al momento de la entrevista) Tardo en consultar al obstetra porque *"no me queria dar cuenta de que estaba embarazada bah en mi conciencia ¿no? Porque yo si no me venia bueno supuestamente es por algo Me hice el test de embarazo y me salia positivo, pero yo no queria reaccionar que estaba embarazada [] Cuando me empece a dar cuenta, es cuando ya me sentia media rara No se como explicarle me sentia que estaba media la comida me caia mal en ese sentido lo primero que me y ya despues empecé como que escuchaba un latido algo raro sentia y ahí me di cuenta que podia estar embarazada"*

Noemi (16 años, primigesta) su pareja se fue cuando quedo embarazada pero volvió cuando ella estaba de 6 meses Al principio dudaba en tenerlo o no (no fue un embarazo planificado, su pareja no queria tener un hijo) pero despues decidió llevarlo a termino De hecho tardo en iniciar los controles prenatales porque *"quería esperar un tiempo para decidir"* si tenerlo o no Entre tanto pensaba que su embarazo hasta entonces, no iba bien *"por los estados nerviosos"* tenia miedo que afectaran al bebe

Miriam (33 años 5 hijos) no fue nunca a atenderse por su tercer embarazo (la primera hija con su segunda pareja, un hombre adicto, alcoholico y golpeador) Refiere que nunca controló este embarazo¹ *"por algun estado de animo No tenia voluntad de ir, no le preste mucho interes Estaba de 5 meses, fallecio mi papa y entre en depresion tenia como una fobia y no podia salir quedaba como encerrada [] Además, lo que te dije antes [alcoholismo y violencia de la pareja] influia mucho en el de ella [el embarazo que no controló] mas que en otros"* Al repreguntar sobre el estado de animo lo explica en terminos de *"desgano esas cosas poco interes hacia la propia persona y todo eso"* Al hablar sobre las consultas tardias en tres de sus otros embarazos refiere *"me parecia como que si el primero estaba bien, entonces los otros ya un poco de ignorancia tambien, parece que todos van a ser igual o algo así ahora pienso que no"*

¹ La nena nació prematura con bajo peso Le siguió otro embarazo que tampoco controló y que a las 20 semanas terminó en un aborto tardío

Marisa (20 años, primípara) quedó embarazada (sin buscarlo) e inmediatamente se separó porque su pareja la abandonó por otra mujer². Explica que demoró más de 20 semanas en consultar porque *"no estaba muy segura si lo quería o no. Después yo lo charlé con mi madrastra y ella me dijo que era lindo tener un hijo porque si sos sola, siempre tenes una compañía junto a vos"*. En los meses previos a la primer visita al obstetra pensaba que su embarazo iba bien *"porque no sentía ninguna molestia, no tenía ningún dolor ni nada. Y gracias a Dios me salió todo bien mis estudios. Pienso que aunque una mamá se sienta bien, puede pasar que el bebé no esté bien "porque no escuchas el latido del corazón del bebé, no sabes si va creciendo bien, y te puede traer muchas complicaciones también"*

Natalia (18 años, 2 hijos) no realizó los controles prenatales en el embarazo de su primer bebé, no planificado que nació cuando ella tenía 16 años. A pesar de no haber sido buscado, no pensó en interrumpir ese embarazo *"¡no, lo iba a tener!" [] "el papá [del bebé] quería tener un hijo"*. Al preguntarle que sintió cuando se enteró del embarazo dice que se sintió *"asustada", "porque tenía 16 años, porque me había peleado y en ese momento estaba de novia y me había peleado y yo pensaba que mi papá me iba a matar"* [] *"quería matarme mi mamá quería que me lo saque", pero ella no quería "sacárselo" "porque el padre tenía ganas de hacer un aborto de tener el bebé [tiene un lapsus] y porque yo no me hago un aborto ni loca [] no es bueno [] yo pienso que es un bebé"*. Se había juntado con su pareja justamente por haber quedado embarazada pero convivieron solo un año porque era un hombre violento *"no la pase bien vivía peleando"*. Al preguntarle porque no consultó al obstetra en ese primer embarazo, dice *"no fui porque no quería venir, no me gustan los hospitales"*. Cuando se indaga si lo que vivió al enterarse del embarazo -y luego, en la convivencia con su pareja- pudo haber influido en el hecho de no realizar las consultas prenatales refiere taxativamente que *"no, todos me decían que venga al médico, pero yo no vengo porque no me gusta"*. Con respecto a como creía que iba su embarazo, dice que bien porque *"no me sentía mal como para venir"*. Al indagar si según ella el embarazo puede no evolucionar adecuadamente aun cuando la madre se sienta bien, responde *"puede ser [] antes cuando yo peleaba con mi marido, pensaba que podía tener problemas con el bebé [] igual no venía [al médico]"*

Jorgelina (36 años, 5 hijos) convive, desde hace 2 años y medio con su actual pareja que es el padre de su último bebé (en cuyo embarazo no realizó los controles prenatales). Sus primeros dos hijos (20 y 18 años), son de su primera pareja, de la que se separó porque era *"un hombre violento, le tenía miedo"*. También se separó de su segunda pareja (padre de su tercer hijo) porque era adicto y además estuvo preso (por todo esto la *"pase mal"* durante su embarazo y la situación *"fue peor cuando nació el bebé"*). A su cuarta hija la

² El padre de su bebé no tiene conocimiento de este hijo y no quiere ser común porque ella no quiere que él vuelva sólo por el niño.

tuvo con su siguiente pareja, un hombre mucho mayor que ella que falleció a los 74 años. En todos sus embarazos anteriores (buscados a excepción del tercero) registra controles prenatales adecuados tanto en precocidad como en número de consultas. En cambio, en el último embarazo (planificado) tiene un control prenatal tardío y deficiente (consulta por primera vez a partir de las 20 semanas y realizó solo dos visitas al obstetra). Al indagar sobre este hecho, refiere: *"yo quería tener un bebé, pero me deprimí porque los más grandes no estaban de acuerdo decían que yo era grande que iban a pasar vergüenza. Es como que yo me encerre en mi casa. La llevaba a la nena al jardín y volvía. En los últimos meses tenía la panza grande y me daba vergüenza, más por ellos que por mí. Mi hijo mayor me dijo en que estaba pensando. Debe ser por eso. Vivía acostada. Me afecta mucho lo que piensan los chicos"* (Su actual pareja está de acuerdo y contento con este bebé). Al preguntarle si cree posible que puedan pasarle algo a la madre o al bebé si no se realizan las consultas prenatales, responde que sí: *"tanto a la mamá como al bebé [] la manera de crecer dentro de la panza, la formación, si es de bajo peso o muy grande. a veces una tiene dudas"*. Cuando se indaga como consideraba que iba su embarazo al haber consultado tardíamente y pocas veces, dijo: *"a veces pensaba que iba bien y a veces tenía miedo. Como no iba [al obstetra], mi mamá me decía ¿por qué no vas? no sabes como está ese chico"*. A veces pensaba que su embarazo iba bien: *"porque sentía que se movía normal, bien, tranquilo"*.

Vanessa (22 años, 2 hijos) en su segundo embarazo (no planificado) sí bien consultó por primera vez alrededor de las 8 semanas de gestación, fue solo a tres consultas, con lo cual tiene un control prenatal deficiente (en especial si se considera que anteriormente tuvo un bebé prematuro, de bajo peso). Al preguntar por qué realizó pocas consultas prenatales, refiere: *"por vaga, me levantaba tarde, no iba a sacar número"*. Cuando se indaga como pensaba que estaba evolucionando su embarazo al consultar pocas veces, responde: *"ni piense en eso porque yo quería que vaya todo bien, además, si el mes pasado me dijeron que iba bien"*.

Carmen (25 años) tiene 6 hijos vivos, entre la segunda y la tercera hija, nació una beba que falleció por anencefalia³. Convive con su pareja desde que ambos tuvieron a su primer hijo (del que ella quedó embarazada a los 12 años)⁴. En todos sus embarazos (ninguno planificado) realizó los controles tardíamente, entre las 20 y las 24 semanas y a las 28 semanas en el último (excepto un control adecuado, pero que ella considera tardío -en el embarazo de su segundo hijo). Con respecto al embarazo de su primer hijo, comenta

³ Con respecto a este evento, la entrevistada refiere que al consultar por primera vez a los 6 meses y enterarse del diagnóstico, ella no creía en lo que le decían porque sentía que el bebé se movía dentro de la "panza". Realizó dos consultas con un profesional de Salud Mental, por sugerencia de los obstetras, pero no continuó con las entrevistas porque, según ha expresado: *"como tenía los otros chicos me superé más rápido"*.

⁴ Quedó embarazada después de estar saliendo un año con su novio, con el que se juntó estando embarazada de 7 meses por decisión de los dos.

"primero lo escondia en ningun momento me lo quise sacar, pero me daba verguenza [] tenia la posibilidad de abortar, mi mama y mis hermanos me decian que me lo saque, pero yo no quise [] el papa del bebe queria tenerlo, pero me dejaba la decision a mi [] No no estaba contenta estaba preocupada porque no sabia que iba a hacer con un bebe y yo tan chica Mi mamá me hacia problemas porque me decia que era muy chica" Con respecto a su comentario sobre la posibilidad de abortar, explica *"siempre tenes la posibilidad [] En ese barrio es cosa comun toman pastillas para sacarse un hijo como si fuera para un dolor de cabeza"* Afirma que ella no podria hacerlo porque *"no podria vivir con el pensamiento de que mate a una criatura"* Al preguntarle si en alguno de los embarazos penso en que hubiese preferido no haber quedado encinta, responde taxativamente que no *"a pesar de ser muchos, con la ayuda de mi marido y mi familia los fui criando bien"* Con respecto a las razones por las cuales piensa que ha demorado en consultar al obstetra, refiere que en relacion con su primer hijo- influyo la indecision sobre que hacer con su embarazo En relacion con su ultima hija, dice que ella pensaba que estaba de 5 meses pero, cuando le hicieron la ecografia, resultado que en realidad estaba de 7 meses *"estaba amamantando y me venia, hasta que despues se me corto empecé a sacar la cuenta y ya habian pasado 5 meses, pero como no tenia panza , despues de hacerme la ecografia, entrando a los 8 meses, recién ahí me salio la panza"* *"[Antes] no tenia nada de panza, aparte, no se movia, no sentia, estaba amantando al mas chico y no tenia ni mareos, ni vomitos ni nauseas [] No de ella no sentia nada"* Con respecto a sus dos embarazos anteriores comenta que se dio cuenta recién a los 5 meses porque *"sentia que se movia y no me bajaba"*, y tardó en consultar además porque *"da un poco de fiaca ir al medico, voy a los controles porque es necesario Cuando te haces controlar te pones en manos del medico"* Al indagar si piensa que puede pasarle algo a la madre o al bebe si no se realizan las consultas al obstetra considera que si *"puede tener problemas de presion o alguna enfermedad que se haya contagiado antes de quedar"* Cuando se le pregunta como creia que iban sus embarazos en los meses previos a comenzar con los controles, responde *"en la mayoria no me daba cuenta, iba para confirmar porque no soy de tener vomitos Pienso que bien, porque me sentia bien y el bebé se movía, si yo me sentia bien, pensaba que el bebe estaba bien"*

Marcela (27 años, 2 hijos) el embarazo de su segundo hijo, por el que comenzó a consultar a las 20 semanas, no fue planificado Al respecto refiere *"muy bien no lo tome, ya lo bailado ya esta, que se le iba a hacer, ya estaba separada, pense en abortar, pero no me animaba pienso que no me haria nunca un aborto"* (según explica porque no está de acuerdo y porque le da miedo) Con respecto a cuando es conveniente comenzar los con los controles prenatales, afirma que *"apenas te quedas embarazada, y no a los 5 meses como hice yo"* [] *"No asumia que estaba embarazada, no sentaba cabeza, porque no fue buscado"* Durante esos 5 meses, ella pensaba que su embarazo evolucionaba bien porque *"no me sentia pesada como con el gordo, no vomitaba, aceptaba casi todas las comidas, no como con el gordo, que vomite"*

hasta los 5 meses” Después se decidió a consultar al obstetra *“porque ya me sentía pesada, quería saber como iba el embarazo”* Cuando se le pregunta que puede pasar si una madre no va nunca al obstetra dice *“yo conozco mujeres que no van nunca durante todo el embarazo y los tienen bien a los chicos pero si es mejor llevar los controles prenatales”*

Monica (19 años primigesta sin pareja) se dio cuenta al mes que estaba embarazada pero nunca fue a ver al obstetra porque tenía que trabajar. Pensaba que de todos modos su embarazo iba bien porque *“yo no me sentía mal”* aunque, por otro lado, cree que al bebé le puede estar pasando algo dentro de la “panza” aunque la madre se sienta bien *“puede ser que ya este muerto [uno se da cuenta] porque empieza a despedir sangre fea”*

Flora (31 años, 3 hijos) su primer embarazo fue planificado, pero deficientemente controlado porque *“me preocupaba más el trabajo que el embarazo [] trabajaba en el papel [cartoneaba]”*, porque su pareja no tenía trabajo. Suponía que a pesar de haber realizado pocas consultas, su embarazo estaba bien *“porque no tenía síntomas ni nada”* (El último embarazo no fue planificado pero los controles son adecuados)

Cristina (20 años 2 hijos) no realizó las consultas prenatales durante el embarazo de su segundo hijo (nacido prematuro con bajo peso), a pesar de que este embarazo no fue buscado, ni ella ni su pareja pensaron en abortar *“vino, ¡se queda!”* No controló este porque su otro hijo⁵ *“se enfermó de bronquiolitis y ya cuando me quise acordar, habían pasado los meses”* Al indagar como creía ella que iba su embarazo a pesar de no haber consultado al obstetra, refiere *“pensaba que no iba bien porque me dolía mucho la panza. Estaba sentada y de golpe no me podía parar porque me agarraba dolor acá abajo, pero yo. Mi mente estaba más en el otro [hijo] que en el embarazo”* Ella cree que el hecho de que su segundo embarazo no haya sido planificado pudo haber influido en no haber realizado los controles obstétricos

Maria (18 años 2 hijos) su primer embarazo (con control inadecuado) fue a los 15 años, no fue un embarazo planificado *“estaba estudiando justo cuando quede embarazada”* Ella no pensó en abortar pero su mamá la obligó a ponerse una inyección (estaba de 3 meses y medio) sin embargo *“no pasó nada”* entonces después *“como no pasaba nada me fui a verlo al médico”* Con respecto a su segundo embarazo, refiere que fue buscado, al preguntarle si fue planificado por los dos, es decir por ella y su pareja (con el que se juntó a partir de su primer embarazo), responde *“yo, por mi lado digamos que sí, quería la nena”* aun cuando estaba mal con su pareja un hombre golpeador, pero *“ni pensé que iba a quedar embarazada tan rápido”* Por este segundo embarazo empezó a consultar recién a los 7 meses (estando ya

⁵ Su primer hijo tiene 8 meses al momento de la entrevista. También nació prematuro. La entrevistada comenta que se enteró enseguida de su segundo embarazo porque no estaba amamantando y por lo tanto tenía períodos menstruales.

separada de su pareja) y realizo solo dos consultas porque, según refiere, *"en la salita que habia cerca de casa no habia obstetra y para venir aca me quedaba muy lejos y no tenia plata para venir y mi mama tampoco [] Una por culpa mia, por no levantarme temprano, ni sacar turno Otra porque, no se no podia, no tenia plata El tema de la plata tambien era mucho porque tengo el otro nene que usaba pañales y son pesos que tengo que gastar hasta aca y el nene se me quedaba sin pañales"* Considera que no influyo en ello la difícil relacion que estaba teniendo con su pareja Con respecto a si pensaba que sus embarazos iban bien en el tiempo en que tardo en consultar dice *"en el de Lucas [su primer hijo] sabia que bien porque no tenia ningun sintoma ni nada En cambio en el de el si, ya cuando me dolia todo mi cuerpo, abajo, que estaba como para nacer, ya me preocupe mas Quizá en el embarazo de Lucas no porque era el primer embarazo y no sabia bien si el dolor era por el embarazo o porque yo me sentia mal o algo"* Al preguntarle que puede pasar, según ella si una madre no controla el embarazo, dice *"puede haber muchas complicaciones Me paso una vez con él, que yo no sabia que tenia el liquido disminuido Y vine a hacerme los controles el ultimo control, me mandaron a hacer una ecografia y me dijo que tenia el liquido disminuido Que le podria haber pasado cualquier cosa a el y no sabian nada los medicos"*

Karina (26 años, 2 hijos vivos) con su primera pareja (con la que nunca convivio) tuvo 2 hijos (el primero de los cuales fallecio, a los 4 años en un accidente domestico) En el momento de la entrevista, esta de novia con el papa de su beba recién nacida (que esta preso) Refiere que este embarazo ha sido buscado *"queria una nena",* pero no realizo los controles prenatales, al respecto, refiere *"no se me vine a hacer todo en las ultimas semanas antes de tener estaba de 37 semanas solo me di la antitetanica [] debe ser porque no lo queria dejar solo a mi hijo, queria estar con el"* (tiene dos años en el momento de la entrevista) Al preguntarle como pensaba que estaba su embarazo mientras no fue a controlarse, dijo *"pensaba que estaba bien porque estaba bien yo"* Entre el primero y el segundo hijo tuvo un aborto provocado *"Dios me castigo -comenta porque despues que hice eso fallecio mi nene"* Ni el primero ni su segundo hijo (en cuyos embarazos realizo los controles adecuadamente) fueron planificados

Rosa (32 años, 9 hijos) registra, en todos sus embarazos (no planificados), controles inadecuados No usa ningun método anticonceptivo *"cuando viene, viene"* Con respecto a su ultimo embarazo por el que realizo solo 2 consultas, explica *"muchas veces iba y no conseguia turno, otras veces no tenia donde dejar a los chicos"* No obstante ella pensaba que su embarazo iba bien porque *"me sentia bien"*

Susana (20 años, 2 hijos de dos años y de 11 meses respectivamente) en el momento de la entrevista tiene un embarazo de 21 semanas y esta internada en tratamiento por una infeccion urinaria Afirma que todos sus embarazos han sido planificados Hasta el momento de su internacion no fue nunca al obstetra *"como tenia los dos chicos, no podia ir al medico [] cuando me*

agarro eso que tenia yo aca en la espalda, en los riñones, tenia la impresion de orinar y me dijeron que vaya, que vaya y yo no venia. No venia porque no queria y ahora se complico mas porque me tienen que poner mas sangre y me tengo que quedar mas dias aca" La madre y el marido le decian que vaya al hospital por ese problema, pero ella "no queria" porque no me gusta, no me gusta dejar solos a los chicos" Dice que antes de internarse pensaba que iba todo bien porque "nunca tuve perdidas ni nada, por eso" En su primer embarazo comenzo a consultar tardiamente, a las 20 semanas segun afirma, porque "yo quise ir asi"

Marta (29 años, 4 hijos) ninguno de sus embarazos fue planificado pero nunca penso en no tener a los chicos, en relacion con este tema, expresa "hay mujeres que enseguida se lo hacen sacar y listo, pero yo tengo miedo de morirme, yo los tengo no pienso en no tenerlos" En el tercer embarazo registra un control prenatal tardio "trabajaba no tenia tiempo para ir" Siempre que queda embarazada se da cuenta enseguida "no me indispongo y ya estoy embarazada, soy una mujer que todos los meses tres dias, la misma fecha, todo' Mientras no controlo el embarazo pensaba que este iba bien "porque no me sentia mal podia trabajar tranquila no me dolia nada" Al preguntarle si el hecho de no haber sido planificado pudo haber influido para que vaya mas tarde a controlarse, dice que no. Cuando se indaga si piensa que no ir a controlarse puede ser peligroso o riesgoso, responde afirmativamente "le puede pasar que venga con complicaciones el embarazo o que se yo, que al nacer la criatura tenga un problema muchas cosas pueden pasar"

Mariela (23 años 2 hijos) en su segundo embarazo tardo en consultar (segun ella, a las 20 semanas, segun la HC, a las 29 semanas), "porque viajabamos, trabajabamos en ventas y no tenia tanto tiempo ademas queria tener aca en la Argentina, el tambien [su segunda pareja] por el tema del control, por la atencion, por eso espere a venir aca para empezar a controlarme" (estaban viviendo en Paraguay ella es originaria de ese pais y su pareja es argentina) Refiere que este embarazo fue planificado "queriamos tener, estaba en los planes de los dos despues de 3/4 meses de buscar quede, para el es su primer hijo el queria tener un hijo" Al indagar si, en los meses en que no consulto, pensaba que su embarazo iba bien, responde que si, "porque se movia bien, no me daba dolor de nada"

Fabiana (27 años) tiene 3 hijos los dos primeros (no planificados) son de una pareja anterior con la que mantenía un vinculo bastante inestable, la primera hija "vino , porque fallo el preservativo "por una parte estaba contenta pero por la otra no sabia que hacer cuando quede no sabia como criar al bebe, cuando quede me dije voy a tenerla y nada mas" Su pareja queria tenerla "pero despues se arrepintio y me dejo, despues volvio y quedé embarazada de nuevo y no quise saber mas nada" (este embarazo tampoco fue buscado) En el primer embarazo tiene un control prenatal adecuado, pero en el segundo tardó en ir al médico "porque de ella, cuando me quede,

tenía ese temor que mi mamá se enterara que yo me quede embarazada, porque él se fue, por eso no quise ir cuando me quede de ella" Refiere que el hecho de no haber planificado el embarazo influyó en el hecho de demorar en ir al médico. Su tercer hijo, en cambio fue planificado, lo tuvo con una pareja estable, con la que está casada desde hace un año, después de 7 meses de convivencia. Sin embargo registra un control prenatal deficiente. Comenzó a consultar a los 6 meses de embarazo y realizó solo dos consultas. Al respecto refiere *"el papá mucho no tenía tiempo como para llevarme al médico y al hospital que quería él [un hospital de la ciudad de Buenos Aires], era muy lejos, entonces no entonces a los 6 empezamos [] además no tenía como para , así un trabajo seguro como para llevarme continuamente al hospital no tenía plata para llevarme por eso tarde yo en ir "* En esos 6 meses en los que esperó para ir al médico pensaba que su embarazo iba bien porque *'yo lo sentía bien al embarazo, porque yo comía cosas y me caían bien esas cosas y el bebé se sentía bien adentro'*, explica que ella se daba cuenta de esto porque *'él se movía, empezaba a sentirse su corazóncito como un hipó sentía"* Refiere que no estaba preocupada de que pudiera estar mal en la "panza" *"no, no pensaba en eso, yo pensaba que el estaba bien y nada más"* No obstante cree que puede ser peligroso que una madre no vaya nunca al obstetra, *"porque un bebé, cuando está adentro de la panza, el médico quiere saber que problemas puede ser que tenga, que sangre puede ser que tenga el bebé adentro"* Sin embargo, cree que si la madre se siente bien- no puede ser que el bebé no esté bien dentro de la "panza"

Silvana (31 años, 6 hijos) con respecto a su último embarazo (por el cual no realizó ninguna consulta prenatal) comenta que no fue planificado y que, a diferencia de lo que pasó con los anteriores (que, aun no siendo planificados, ella y su pareja deciden tenerlos) en esta oportunidad como una pastilla para abortar aunque su pareja no estaba de acuerdo en que lo haga, intento solo con la pastilla *"sabía que si no salía con esa pastilla, menos con inyecciones"* Con respecto a la ausencia de controles prenatales en su último embarazo, refiere *"porque a veces estaba lloviendo otra vez fui y no estaba el obstetra Por no dejar a los chicos solos"* (el marido trabaja) Al preguntarle si estaba preocupada en tanto no iba a consultar, responde afirmativamente sobre todo en los primeros meses *"tenía miedo de que pudiera haberle pasado algo por la pastilla que tome [] En los últimos meses pensé en hacerme los estudios pero los meses pasan volando"* Con respecto a la ausencia de controles en el segundo de sus embarazos también refiere que no fue a consultar *'por no dejar al más grande solo siempre me pasa eso por no dejarlos a ellos solitos"* Al indagar como se las arregló para ir a los controles obstétricos en los otros embarazos, responde que hacía faltar a los chicos a la escuela. Cuando se le pregunta si piensa que pueden pasarle algo a la madre o al bebé si no se realizan los controles prenatales, responde que *'si una no se cuida, si si siente un dolor le puede estar pasando algo al bebé en la panza'* Al indagar si piensa que, aun sintiéndose bien la madre, es posible que al bebé le esté pasando algo, contesta que no *"pienso que debe ser que duele"*

Claudia (16 años) tiene un control prenatal adecuado en su primer embarazo que no fue buscado, al indagar como se sintió al enterarse, en esa oportunidad que estaba embarazada dijo (con gesto de indiferencia) *"lo recibí como tenía que recibirlo"* y no pensó en no tenerlo. Con respecto a su segundo embarazo, por el que comenzó a consultar bastante tardíamente (a las 24 semanas), afirma que *si bien "vino" estaba en sus planes tener un bebé*. Al preguntarle sobre su demora en consultar dijo *"estaba trabajando, tenía que comprarle las cosas al nene, entonces me dije voy a trabajar hasta los 6 meses y ahí empiezo a hacer los controles [] además, yo ya no hacía esfuerzo en el trabajo cocinaba lavaba los platos y miraba un nene y nada más"* (trabajaba como empleada doméstica por hora en una casa de familia). Cuando se indaga como le parecía que iba el embarazo durante los meses en que demora en consultar al obstetra, responde *"bien porque yo lo sentía, lo sentía así, no me descomponía, nada, después, a los 6 meses que no se movía me empecé a asustar, entonces fui al obstetra que me mandó una ecografía y me dijo que estaba todo bien"*. Al preguntarle que piensa que puede pasar si la madre no va a ver al obstetra durante el embarazo refiere *"una no sabe si está bien el bebé adentro o que tiene que hacerse revisar puede ser que el bebé no puede desarrollarse bien, no puede crecer bien de peso, todo"*. Con respecto a si puede ser posible que la madre se sienta bien pero el bebé en cambio no esté bien dentro de la "panza", dijo *"yo creo que si el bebé está mal yo voy a estar mal"* (al solicitarle mayor precisión reafirma que, según ella, una madre se daría cuenta si su embarazo no va bien).

Patricia (18 años, 2 hijos) el embarazo de su primera hija (de 1 año y 5 meses) fue planificado. No así su segundo hijo, cuyo embarazo comenzó a controlarse bastante tardíamente a las 24 semanas porque *"se me complicó un poco con la nena ella era muy chiquita y no la quería dejar con mi suegra, me daba cosa. Después pensaba que me estaba perdiendo los controles y el crecimiento no sabía como iba si iba bien o iba mal me preocupó que él se empezó a mover más rápido [un mes antes] que la nena nada que ver con el embarazo de la nena"*. Al preguntarle si es posible que la madre o el bebé tengan algún problema si no se realizan los controles prenatales, responde que *"puede ser [] el bebé puede no estar desarrollándose bien, le puede faltar vitamina, calcio, puede tener problemas para crecer"*. Con respecto al hecho de que su segundo hijo no ha sido planificado comenta que, no obstante, no pensó en el aborto ni pensó que hubiese preferido no haber quedado embarazada sino que se sentía contenta *"porque si estaba quería el varón"*.

Sandra (21 años, 2 hijos) en el embarazo de su segundo hijo, planificado, comenzó a consultar a partir de las 20 semanas *"fui tarde, a los 5 meses, pero es conveniente desde los primeros meses [] trabajaba y no me daba tiempo para mí misma para ir [mientras tanto] pensaba que el embarazo iba bien porque, como con el primero me sentía bien no sentía ni siquiera mareos ni nada cuando estaba de 5 meses pense me tengo que ir a controlar,*

ahora o nunca decía yo ya va a nacer y yo no me voy a controlar' Cuando se indaga que piensa que puede pasar si una madre no controla su embarazo, refiere que *"durante el parto se puede complicar mucho si una no se hizo ningún estudio, la mamá puede llegar a morir y el bebé corre el mismo riesgo [] Una debería hacer todo lo posible para controlarse lo más posible [pero] yo, como me sentía bien, entonces no le di tanta importancia'* Cuando se le pregunta si es posible que, sintiéndose bien la madre, el bebé en cambio no este bien, afirma que si es posible *"a lo mejor, el bebé tiene alguna complicación alguna enfermedad hereditaria"* Pero esta posibilidad no la preocupó a ella *"porque veo que toda mi familia es muy sana, por eso me quedaba tranquila"*

