

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES DE LA COMUNICACIÓN



Impactos de la comunicación interpersonal en la autonomía de la gestante durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO

AUTORA

ADRIANA MARIA NAVARRO ROJAS

ASESORA

MARIA PIA VALDIVIA ROSSEL DE ALVARADO

Lima, Abril, 2019

Resumen

Esta investigación se basa en los conceptos de comunicación interpersonal, calidad de atención en salud, autonomía y toma de decisiones en el contexto de los controles prenatales de un centro de salud estatal de la ciudad del Cusco. El objetivo de la presente investigación es determinar el impacto que genera en la autonomía de las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018. Para esto, primero se describe el nivel de intervención que tienen las gestantes y la importancia que le dan a involucrarse en la toma de decisiones en estos encuentros; y luego, se identifica la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras. Se utiliza una metodología cualitativa a través de entrevistas a profundidad y observación, así como la codificación y análisis con el programa ATLAS.ti (versión 8.1.3). Los resultados indican que la toma de decisiones durante los controles prenatales se da de forma inequitativa, en la cual la gestante se ve relegada a un rol de obediencia mientras que la obstetra tiene más capacidad de decisión por su conocimiento médico. La calidad de atención, además, es percibida como negativa por las gestantes tanto en el aspecto médico como emocional, resaltando actitudes poco respetuosas, asertivas y empáticas por parte de las obstetras. Con la investigación se concluye que la autonomía de las gestantes se ve afectada negativamente por la comunicación interpersonal con las obstetras. Las relaciones de saber/poder son las causas estructurales que explican la toma de decisiones inequitativa y las actitudes negativas de las obstetras durante los controles prenatales. Sin embargo, la poca participación de las gestantes dentro de estos espacios no limita el desarrollo de su autonomía fuera del Centro de Salud.

Palabras clave: *health communication*, comunicación interpersonal, salud pública, salud materna, autonomía femenina, habilidades de comunicación, recursos humanos en salud.

Agradecimientos

A Soky y Paúl, por haberme dado la oportunidad de aprender y desaprender aunque fuera lejos de ellos y de mi hogar.

A Gaby, por los 6 años juntas haciendo de Lima nuestra nueva casa.

A Emilio, por ser el empuje para no rendirme.

A Harold, por el amor incondicional a pesar de la distancia.

A María Pía, mi asesora, por su compromiso con esta investigación desde sus inicios.

A la PUCP y a la Facultad de Ciencias y Artes de la Comunicación por haberme brindado los espacios y oportunidades para descubrir mi vocación.

A las gestantes y madres, por la esperanza y los esfuerzos para que la maternidad sea siempre una experiencia deseada y respetada en todas sus etapas.

Tabla de contenido

RESUMEN	I
AGRADECIMIENTOS	II
TABLA DE CONTENIDO	III
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2. MATRIZ BÁSICA DE INVESTIGACIÓN	12
CAPÍTULO 2. MARCO CONTEXTUAL.	14
2.1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ.....	16
2.2. MARCO LEGAL Y POLÍTICO SOBRE SALUD MATERNA EN EL PERÚ	21
2.2.1. <i>Ley N° 29414: Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.</i>	23
2.2.2. <i>Política Nacional de Calidad en Salud</i>	24
2.2.3. <i>Proyecto de Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y del Recién Nacido.</i>	27
2.3. SISTEMA DE SALUD REGIONAL DE CUSCO	30
2.3.1. <i>Centro de Salud “Siete Cuartones”</i>	31
2.4. SITUACIÓN DE LA SALUD MATERNA EN LA REGIÓN CUSCO	37
2.5. SALUD MATERNA: CONCEPTOS GENERALES	40
2.5.1. <i>Medicalización del embarazo y el parto, y la deshumanización de la salud</i>	40
2.5.2. <i>Cuidados de la gestante y controles prenatales</i>	45
2.5.3. <i>Maternidad andina</i>	53
2.5.4. <i>Comunicación y Salud Materna en el Perú.</i>	55
CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL	60
3.1. ENFOQUES PARA EL ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.1.1. <i>Teoría Sociocultural</i>	60
3.1.2. <i>La interacción y la construcción de la realidad social</i>	61
3.1.2.1. <i>Visión interaccional de P. Watzlawick</i>	62

3.1.2.2. Teoría de la Gestión Coordinada del Significado.....	63
3.1.2.3. Health Communication	66
3.1.3. <i>Modelo Socioecológico</i>	69
3.2. COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.....	71
3.2.1. <i>Comunicación interpersonal en los servicios de salud</i>	74
3.2.1.1. Comunicación profesional de la salud-paciente	76
3.2.1.2. Habilidades de comunicación en profesionales de la salud	78
3.2.1.3. Relación de poder entre profesionales de salud y gestantes.....	80
3.2.1.4. Autonomía de la gestante	85
3.2.2. <i>La percepción y su construcción</i>	87
3.3. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE (ACP).....	88
3.3.1.1. Respectful Maternity Care (RMC)	91
3.3.1.2. Relationship-centered care	95
3.3.1.3. Calidad y satisfacción en la atención en salud	95
3.3.1.4. La toma de decisiones compartida: Shared Decision Making (SDM).....	97
CAPÍTULO 4. DISEÑO METODOLÓGICO.	99
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	128
5.1. HALLAZGOS GENERALES SOBRE LA DINÁMICA DEL CENTRO DE SALUD “SIETE CUARTONES” Y LAS GESTANTES.	128
5.1.1. <i>Perfil de las gestantes</i>	133
5.1.2. <i>Conocimiento de las gestantes sobre el embarazo</i>	137
5.1.3. <i>Fuentes de información sobre su embarazo actual</i>	138
5.2. HALLAZGOS SOBRE EL NIVEL DE INTERVENCIÓN DE LAS GESTANTES DURANTE INTERACCIÓN CON LAS OBSTETRAS EN LOS CONTROLES PRENATALES.....	140
5.2.1. <i>Sobre la dinámica de la interacción durante los controles prenatales</i>	140
5.2.2. <i>Tono en los mensajes de la obstetra</i>	146
5.2.3. <i>El cumplimiento de protocolos y la actitud de las obstetras respecto al sistema público de salud</i>	153
5.2.4. <i>Sobre el trato de la obstetra a la gestante durante los controles prenatales</i>	155
5.2.5. <i>Participación de la gestante durante el control prenatal</i>	158
5.2.6. <i>Rol y opinión de las gestantes sobre la dinámica de los controles prenatales</i>	160
5.2.7. <i>Percepción de las gestantes sobre los servicios de salud privados y públicos</i>	170

5.2.8. <i>Percepción de las gestantes sobre ellas mismas y sobre el proceso que atraviesan.</i>	173
5.2.9. <i>Percepción de las gestantes sobre la labor de las obstetras.</i>	174
5.3. HALLAZGOS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR LAS OBSTETRAS EN LOS CONTROLES PRENATALES	177
5.3.1. <i>Percepción sobre la calidad de atención en el aspecto médico.</i>	177
5.3.2. <i>Percepción sobre la calidad de atención en el aspecto emocional.</i>	185
5.3.3. <i>Sobre las experiencias previas que influyen en la predisposición y percepción de la gestante sobre la calidad de la atención.</i>	194
CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS	203
6.1. ANÁLISIS SOBRE LA PRIMERA PREGUNTA ESPECÍFICA DE INVESTIGACIÓN	204
6.2. ANÁLISIS SOBRE LA SEGUNDA PREGUNTA ESPECÍFICA DE INVESTIGACIÓN	218
6.3. ANÁLISIS SOBRE LA PREGUNTA GENERAL DE INVESTIGACIÓN	227
CONCLUSIONES	232
RECOMENDACIONES	235
REFERENCIAS	238
ANEXOS	247
1. DISCURSO PARA CAPTAR GESTANTES	247
2. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	247
3. AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO	250
4. GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CONTROLES PRENATALES	250
5. GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A GESTANTES	252
6. CODEBOOK UTILIZADO	255

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Categorías de establecimiento de salud por nivel de atención.....	12
--	----

Figuras

Figura 1. Ubicación del Centro de Salud “Siete Cuartones”.....	2
Figura 2. Mapa del Sistema de Salud del Perú.....	17
Figura 3. Organigrama de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional del Cusco	30
Figura 4. Fachada del C.S “Siete Cuartones”.....	31
Figura 5. Pasillo – sala de espera.....	34
Figura 6. Patio techado – sala de espera, y acceso a segundo piso.....	34
Figura 7. Sectorización de zonas de atención del C.S "Siete Cuartones"	35
Figura 8. Escritorio de técnicos asistenciales en patio - sala de espera	129
Figura 9. Sala de espera de Tópico y Ecografías.....	130
Figura 10. Gestante y acompañante en sala de espera de Obstetricia.....	131
Figura 11. Toma panorámica del consultorio de Obstetricia desde banco de acompañante.	132
Figura 12. Gestante y pareja asisten a control prenatal.....	137
Figura 13. Medición de altura uterina a gestante.....	143
Figura 14. Toma de presión arterial a gestante.....	147
Figura 15. Relación entre causas estructurales del saber/poder y la percepción de calidad de atención negativa durante los controles prenatales en el C.S “Siete Cuartones”	226

Introducción

Durante el primer semestre del año 2017 tuve la oportunidad de realizar un intercambio estudiantil en la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia. Por motivos personales y académicos, años atrás ya había nacido mi interés por el sector salud y la comunicación, razón por la cual elegí llevar cursos en la Facultad de Enfermería y Salud Colectiva. Gracias al programa académico del curso “Antropología de la Salud” me acerqué al análisis antropológico de los procesos de gestación, parto y puerperio, espacio en el cual pude identificar rápidamente los aspectos comunicacionales en los mismos. Esto me permitió compartir con mis compañeras y compañeros de la especialidad de Enfermería un punto de vista complementario -como se suele ver desde este campo- pero básico en las ciencias de la salud como es la comunicación interpersonal, la comunicación entre personal de la salud y gestantes, parturientas o púerperas.

Como Comunicadora para el Desarrollo me di cuenta que estos procesos, abordados desde la comunicación, podrían brindarme no sólo un tema de investigación sólido para mi tesis de licenciatura, si no también un ámbito en el cual quisiera seguir investigando y trabajando. Pero, por sobre todo, identifiqué que estos temas generaban en mí gran curiosidad, me hacían ser consciente de los aspectos que no solía considerar sobre las mujeres en mi vida que son madres, e incluso me hacían poner en discusión interna con mis propias dudas, ideas y posiciones sobre la maternidad desde mi identificación como mujer. Ese fue el inicio de este documento.

El **objetivo general de la investigación** fue determinar el impacto que genera en la autonomía de las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018. Para esto, se desglosaron **dos sub objetivos** que permitieron alcanzar el anterior mencionado. Estos fueron:

- Describir el nivel de intervención que tienen las gestantes y la importancia que le dan a involucrarse en la toma de decisiones durante la comunicación interpersonal con las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018
- Identificar la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.

La investigación fue cualitativa, empírica, de corte transversal, y exploratoria. Se utilizó el método etnográfico para el trabajo de campo, aplicando las técnicas de entrevista a profundidad a gestantes que se atendieron en el Centro de Salud “Siete Cuartones” entre enero y febrero del 2018, y observación de los controles prenatales de las mismas participantes. Se realizaron 5 entrevistas a profundidad y 12 observaciones de controles prenatales en las cuales la comunicación interpersonal sirvió también como metodología para establecer relaciones de confianza entre la investigadora y las participantes, de modo que la información fue recogida en contextos seguros y cómodos para las mismas, requisito indispensable por su estado físico y emocional debido a su embarazo.

El documento se distribuirá por capítulos para desarrollar los temas contextuales, conceptuales, metodológicos y de análisis que la investigación amerita. En el primer capítulo se planteará el problema de investigación y se presentará la matriz básica de investigación. En el segundo capítulo, se presentará el Marco Contextual para que el lector pueda adentrarse en el funcionamiento del Sistema de Salud peruano, haciendo énfasis en leyes y políticas relacionadas a la calidad de atención en salud materna. Luego de esto, se presentará el Sistema de Salud Regional de Cusco, así como las especificaciones del Centro de Salud “Siete

Cuartones”. Al finalizar este capítulo, se presentarán los conceptos generales vinculados a la salud materna.

En el capítulo 3 se encuentra el Marco Conceptual. Este iniciará con los enfoques teóricos sociológicos y comunicacionales para el abordaje de la investigación, para luego pasar a conceptualizar la comunicación interpersonal, así como sus especificaciones cuando se la observa en los servicios de salud. Finalmente, se presentará la teoría relacionada a la Atención Centrada en el Paciente (ACP), considerando conceptos como *Respectful Maternity Care*, *Relationship-centered care*, la Calidad y satisfacción en la atención en salud, y la toma de decisiones compartida o *Shared Decision Making (SDM)*. Luego de esto se encuentra el capítulo 4, dedicado al Diseño Metodológico de la Investigación donde se presentarán los lineamientos metodológicos que se utilizaron para este trabajo, así como la experiencia en campo.

El capítulo 5 presentará los hallazgos y datos recogidos en el trabajo de campo, y el capítulo 6 se centrará en el análisis de los mismos para responder a las preguntas de investigación planteadas. El documento finalizará con 4 secciones en el siguiente orden: conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

Capítulo 1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema de investigación

Esta investigación se centra en el análisis de un proceso comunicativo interpersonal entre dos actores principales, la gestante y la obstetra, durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” en el distrito de Cusco entre enero y febrero del 2018, para luego identificar los impactos de dicha interacción en la autonomía de las gestantes. Dado que se trata de un contexto en particular, se ve por conveniente iniciar con una breve introducción sobre el establecimiento de salud.

El Centro de Salud de Siete Cuartones toma el nombre de la calle en la que se encuentra (Calle Siete Cuartones S/N)¹, y se encuentra al costado de la Institución Educativa estatal “Educandas”. Como se puede apreciar en la siguiente figura, se ubica significativamente cerca de la Plaza de Armas del Cusco y de otros espacios icónicos del Centro Histórico de la ciudad.

¹ “La calle así llamada, debe su nombre a siete largueros de piedra en forma de cuartones, alineados de trecho en trecho, sobre el río Huatanay, y junto al puente de cal y piedra que mandó a construir don Diego de Vargas y Carbajal, al costado de la ventana de las peticiones” (Carreño, 1987, p.22)

La calle tiene acceso vehicular de transporte privado y público (taxis y empresas de transporte urbano), así como peatonal. El establecimiento de salud funciona en una casona antigua del centro de la ciudad por lo cual no tiene las características que podrían ser asociadas a una edificación sanitaria moderna. Es de un solo piso, con un solo acceso desde la calle Siete Cuartones, y cuenta con espacios pequeños que funcionan como consultorios². Esta caracterización se realizará a más detalle en el acápite 3.1 del capítulo 2, correspondiente al Centro de Salud.

En cuanto a la población que atiende, como le corresponde respecto a la zonificación de establecimientos de salud del MINSA, el C.S “Siete Cuartones” puede atender a personas que pertenecen a la zona urbana del distrito de Cusco que se encuentren dentro de los cuatro sectores en los que trabajan, así como en comunidades y centros poblados dentro de esa misma sectorización, información que se brindará a detalle más adelante en el acápite del Centro de Salud. Todas estas personas se deben encontrar afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS).

Los protocolos de atención a las gestantes en establecimientos de salud peruanos involucran principalmente a ambas partes (paciente y obstetra) (MINSA, 2011c, p.13), con la posibilidad de la presencia de un tercero acompañante de la gestante (pareja, familiar, etc.). Según estos mismos lineamientos de atención, se requiere que las gestantes asistan al centro de salud que les corresponde para iniciar sus controles prenatales antes de las 14 semanas de gestación (MINSA, 2011c, p.13), e incluso afiliarse al Seguro Integral de Salud (SIS) de no contar previamente con este u otro seguro al momento de iniciar sus controles prenatales (Seguro

² Datos recogidos por observación de la investigadora durante el reconocimiento del lugar y estadía para el trabajo de campo.

Integral de Salud, s/f, p.1). Estas atenciones, una vez realizada la afiliación, son gratuitas y responden a los esfuerzos del Estado por reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal. En este aspecto, el Centro de Salud “Siete Cuartones” cuenta con una oficina del SIS donde se pueden realizar las afiliaciones³.

En el contexto de este establecimiento de salud, las gestantes son mujeres que pueden residir en la zona urbana del distrito de Cusco o en ciertas comunidades y centros poblados dentro de los sectores que le corresponden al establecimiento. Según los datos del INEI (2013) las viviendas del distrito cuentan con acceso a servicios básicos de agua, saneamiento, y alumbrado público (INEI, 2013). En el caso específico de las mujeres entrevistadas⁴, todas vivían en las zonas urbanas del distrito, hablaban español y se dedican a actividades económicas relacionadas al turismo, comercio⁵ y a servicios⁶. No cuentan con un seguro privado ni de EsSalud, por lo cual se atienden a través del SIS. En complemento a esta realidad, sus ingresos les permiten realizar algunas consultas médicas privadas en policlínicos, “con esfuerzo” de ellas y sus parejas, como indican en sus narraciones⁷.

Cuando la gestante llega con una cita programada acude directamente a la sala de espera para ingresar al consultorio de obstetricia. Espera su turno, el cual comienza cuando es llamada por

³ Datos recogidos por observación de la investigadora durante el reconocimiento del lugar y estadía para el trabajo de campo.

⁴ Entrevistas realizadas a gestantes. Enero-febrero, 2018, Cusco.

⁵ Venta de desayunos, abarrotes y accesorios de celulares.

⁶ Trabajadoras en una imprenta y en una academia pre universitaria.

⁷ Información recogida durante las interacciones entre la investigadora y las gestantes participantes.

la obstetra⁸. Para las gestantes que se vienen atendiendo en el centro de salud, según las conversaciones surgidas durante el trabajo de campo, suele ser una obstetra conocida pero no de manera cercana. Es decir, la reconocen físicamente pero no saben su nombre, y la única referencia que tienen de ella son las interacciones que ocurren en durante el control prenatal o las que observan cuando la profesional de la salud se relaciona con el resto de su entorno (otros pacientes y el personal del establecimiento)⁹.

Sobre ellas mismas¹⁰, las gestantes contaron que se reconocen en un estado de cansancio o incomodidad, y preocupación por su embarazo. Esto se debe a los síntomas del proceso, así como a la incertidumbre de cómo este se irá desarrollando conforme pasan los meses. Esto, evidentemente, también conlleva a un estado emocional sensible en el cual las muestras de afecto y respeto de su entorno son particularmente importantes, dado que consideran que el embarazo es un estado en el cual se les debe tener mayor consideración y cuidado.

Si bien la gestación no es una enfermedad, ha existido una tendencia mundial desde el siglo XVI por medicalizar este proceso biológico y natural (Hutter, 2010), y es por lo cual los profesionales de la salud se han visto como imprescindibles desde esos tiempos para atender todo el proceso. Esto ha sido producto de considerar la mortalidad materna como un indicador de desarrollo a nivel mundial, y sobre el cual Latinoamérica reporta haber reducido de manera considerable su incidencia, aunque exista una gran brecha entre países, lo cual constituye una prioridad a trabajar (OPS, 2012, p.44). Sin embargo, se debe recordar que la mortalidad

⁸ Observación de la investigadora durante el reconocimiento del lugar en diciembre, 2017.

⁹ Información recogida durante las interacciones entre la investigadora y las gestantes participantes.

¹⁰ Información recogida durante las interacciones entre la investigadora y las gestantes participantes.

materna es sólo “la punta de un iceberg del conjunto de complicaciones por embarazo, parto y puerperio, [...] aunque sólo representa el daño máximo (la muerte)” (2012, p.45). Además, en los países con menor ingreso económico de la región, como lo es el Perú, se cuenta con un “acceso limitado a la atención de salud con personal calificado en la atención prenatal y del parto, [y donde]¹¹ la mortalidad materna es de mayor nivel, aunque sus causas son altamente evitables” (OPS, 2012, p.46). Es decir, cuando consideramos una situación como prevenible nos referimos a las acciones que pueden ser realizadas antes de un desenlace negativo. Esto nos permite cuestionarnos sobre los esfuerzos que se realizan en la atención médica proveída por los profesionales de la salud hacia la gestante.

Frente a esta situación no se observa una renovación en la capacitación del recurso humano para alcanzar una comunicación efectiva que mejore los resultados de la salud. De hecho, como menciona la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993, p.4), el estilo hipotético-deductivo utilizado por los y las profesionales de la salud para resolver los problemas es criticado por depender en gran parte de preguntas cerradas para el diagnóstico y no de señales más holísticas y estructurales que los y las pacientes brindan sobre su condición de salud. Asimismo, indica que el avance de la tecnología en la medicina ha terminado distanciando a dichos profesionales de los y las pacientes ya que su capacitación y formación estaría alentando un proceso de desensibilización de los sentimientos de los primeros, y afectando así la capacidad de la comunicación efectiva con las personas que atienden. Dicha comunicación efectiva sólo se podría lograr en una dinámica de comunicación interpersonal por la propia naturaleza de la relación profesional de la salud-paciente.

¹¹ Corchetes propios

En este sentido cabe abordar el concepto de comunicación interpersonal. Para Marta Rizo García (2008) es “el encuentro cara a cara entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que proceden de señales tanto verbales como no verbales” (2008, p.3). Se da en situación de co-presencia de las personas involucradas en un espacio y tiempo, durante la cual pueden influir recíprocamente sobre sus comportamientos. Esto sucederá dado que intentarán adaptarse a estos así como a las expectativas del otro durante la interacción, siguiendo una serie de reglas, normas y dinámicas implícita e idealmente compartidas entre los interlocutores (2008, p.4).

Ahora, para hacer referencia a la comunicación interpersonal en el contexto de la salud he revisado estudios que analizaron la relación entre los profesionales de la salud -sean médicos, obstetras o parteras institucionalizadas (es decir, que trabajan como parte de un sistema médico estatal o privado)-, y las mujeres durante las etapas del proceso de gestación, parto y postparto. Trabajos como el de Bergman y Connaughton (2013), permiten resaltar la importancia de la cultura (símbolos, referencias, etc.) en los procesos comunicacionales entre personal de salud y gestantes para brindar una atención pertinente y cercana a las expectativas de estas últimas. Los resultados de esa investigación indicaron lo relevante de que los prestadores de servicios de salud desarrollen comportamientos comunicativos amigables para una mejor calidad de atención.

Por su parte, Al Odhayani y Khawaja (2014, p.26) mencionan que “physician’s good communication skill is a well recognized key component of patient satisfaction”, mientras que la revisión de una serie de artículos realizada por Vedam et al. (2017, p.3) concluye que “involvement in decision making, the quality of the provider-patient relationship, and the amount of support received from care providers are three main factors that influence women’s

satisfaction with their birth experiences”. Es decir, es posible identificar el impacto que la comunicación interpersonal tiene en la mejora del bienestar de la madre, en brindar una calidad de atención sobre todo en términos emocionales, y que bien puede beneficiar el proceso fisiológico que el cuerpo atraviesa por el motivo del embarazo.

Por otro lado, el comportamiento de las personas cuando deben enfrentarse a un proceso de salud-enfermedad se basa en la toma de decisiones según las opciones que tienen para manejarlo. Éstas van desde el autocuidado, el uso de recursos y técnicas tradicionales de la comunidad, hasta el acudir a un servicio de salud especializado. En este sentido, Pedersen (como se citó en MINSA, 1997, p.16) plantea que “el comportamiento de la gente frente a la enfermedad constituye un mosaico complejo de iniciativas y respuestas de naturaleza preventiva o terapéutica en el que la medicina moderna, occidental o cosmopolita es sólo un componente (no el único) en relación complementaria o competitiva con otras alternativas terapéuticas”. Es aquí donde se puede observar la autonomía de la gestante en cuanto a su capacidad de tomar decisiones frente a una situación como el embarazo, según el concepto de autonomía femenina de Jejeebhoy y Satar. Estos autores plantean este término como “el control que tienen las mujeres sobre sus propias vidas, la medida en la cual tienen igualdad de voz, así como el control sobre los recursos, el acceso a información y la autoridad de tomar decisiones independientes” (como se citó en Adhar y Gawde, 2015, p.50).

Así, existen múltiples factores que influyen en la toma de decisiones para el cuidado de la salud materna en las zonas andinas, como la situación económica, la ubicación geográfica, la disponibilidad de otros recursos más cercanos o confiables, la cultura y su concepción del bienestar, los mismos síntomas de la enfermedad, hasta la conducta de los actores relacionados a la salud (desde profesionales de la salud, agentes comunitarios, hasta parteras y curanderos)

(MINSA, 1997, p.16). En el trabajo de Baker et al. (2005) se realiza un análisis cualitativo de mujeres en etapa del postparto, las cuales reflexionan sobre los aspectos positivos y negativos de la atención que les brindaron durante el parto y postparto. Esta investigación, llamada “Experiencias de Atención en Maternidad durante trabajo de parto, parto e inmediato postparto”, mostró como resultado que según la percepción de las mujeres, los aspectos físicos de la atención médica fueron adecuados, mientras que las dimensiones psicológicas fueron dejadas de lado. Dicha percepción se sustenta en la sensación de no tener control de lo que sucede, de tener pocas opciones para elegir y la poca influencia que tienen para tomar decisiones o si quiera influir en las mismas. Es decir, la interacción entre gestantes y obstetras (u otros profesionales de la salud con los que interactúan) impacta directamente en la toma de decisiones, capacidad básica para que la mujer ejerza su autonomía.

En resumen, la relación entre los conceptos clave que abordarán esta investigación es la siguiente. La capacidad de tomar decisiones de la gestante durante su embarazo refleja el nivel de autonomía que puede tener y sentir respecto a este proceso. La calidad de la atención que recibe durante los controles prenatales influye en su posibilidad de tomar decisiones, debido a que el embarazo es un proceso históricamente considerado como especializado y casi de propiedad de los profesionales de la salud, más que de las gestantes, y por tanto impacta en su autonomía. Establecida esta relación, la comunicación interpersonal es de fácil ubicación dentro de las interacciones que se dan entre ellas y las obstetras, y que es parte esencial de una calidad de atención en salud.

Este tema suele ser abarcado por disciplinas como la psicología o la educación (Rizo, 2008, p.7), por estar estrechamente ligada a las formas de socialización que resultan de procesos cognitivos personales; o por los mismos investigadores médicos de salud pública, quienes

sienten interés por conocer esta relación (Waisbord y Obregon, 2012a, p.14). Sin embargo, si bien existe gran cantidad de estudios sobre comunicación interpersonal en la salud materna, suelen provenir de Norteamérica, Europa y África (Baker et al, 2005; Bergman & Connaughton, 2013; Howard et al, 2013; KC & Neupane, 2016; López et al, 2014; Rosen et al, 2015; Vedam et al, 2017); y son en estos en los que la revisión del Estado del Arte se ha basado para poder realizar una reflexión no sólo desde la realidad latinoamericana, peruana o cusqueña, si no específicamente de las mujeres que son atendidas en el establecimiento de salud de “Siete Cuartones”.

Es así que en esta investigación se utilizan dos enfoques. El primero está dedicado a analizar la problemática descrita desde la comunicación interpersonal, es decir como fenómeno comunicacional. En este sentido, el valor de este trabajo radica en combatir la presencia “residual” de la comunicación interpersonal en el campo académico, como lo explica Marta Rizo como resultado de sus investigaciones (2008, p.7). Según su trabajo analizando la producción iberoamericana en el campo de la comunicación, aquellos textos que abordan la comunicación interpersonal responden principalmente a la línea de investigación de comunicación organizacional (2008, p.7) y no a la comunicación humana como tal. Además, en una revisión de quince manuales de teorías de la comunicación en español que realizó la misma autora con el objetivo de identificar los aportes teóricos de la teoría de la comunicación, los resultados privilegiaron notablemente a las teorías de medios de difusión, dejando la interacción o comunicación interpersonal nuevamente “relegada y, no en pocos casos, casi invisibilizada” (p.7, 2008).

Asimismo, se encuentra la investigación de Dusek (2005) realizada en el Hospital Santa Rosa (Lima), que si bien es cierto tuvo un enfoque más centrado en la comunicación organizacional

y cómo los servicios de salud deberían mejorar las habilidades comunicativas de su personal para asegurar la satisfacción del cliente, en este caso, la gestante, permitió identificar conceptos y metodologías replicables para esta investigación. Entre sus resultados, resaltan como antecedentes para esta investigación que los profesionales de salud no demostraban intención de brindar información clara y útil para la paciente, y que se centraban de manera particular en el ámbito fisiológico, dejando de lado el aspecto emocional.

Un segundo enfoque que complementa el comunicacional, dado que a partir del análisis del mismo resaltan hallazgos más estructurales de la interacción entre los agentes involucrados, se basa en cuestionar las relaciones de poder verticales que se ejercen sobre el cuerpo de las mujeres (Foucault, 1975) por la dicotomía de saber/poder, y que se han establecido en el contexto de la gestación (Baker et al, 2005). Estas relaciones de poder han determinado que las experiencias y preferencias de la mujer se sitúen en un segundo plano, viéndose enmarcada en un contexto fetocéntrico y donde los procedimientos médicos suelen estar planteados para la comodidad del profesional de la salud.

Mi investigación estará enfocada principalmente en cómo las habilidades comunicacionales de las obstetras son percibidas por las gestantes durante la interacción que mantienen como parte de una atención de calidad en tanto influyen en su autonomía, a través de la toma de decisiones, durante su embarazo. Con mi trabajo deseo sumar al grupo de investigaciones de comunicación interpersonal en salud para visibilizar su importancia, así como deseo brindar evidencia que permita a los tomadores de decisiones replantear las prioridades en cuanto a la calidad de atención en salud, y finalmente invitar a la academia a generar más investigaciones con esta perspectiva.

1.2. Matriz básica de investigación

Preguntas de Investigación	Hipótesis	Objetivos de Investigación
<p>General: ¿Cómo impacta en la autonomía de las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018?</p>	<p>La autonomía de las gestantes se ve afectada negativamente en tanto sus opiniones y preferencias ocupan un segundo plano para la toma de decisiones, lo cual determina que su percepción de la atención en salud sea negativa en relación al trato interpersonal recibido.</p>	<p>Determinar el impacto que genera en la autonomía de las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.</p>
<p>Específica 1: ¿Qué tan involucradas están las gestantes en el proceso de toma de decisiones que se desarrolla durante la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018?</p>	<p>Las gestantes que asisten a los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018 consideran poco relevante involucrarse en la toma de decisiones durante su embarazo porque en la comunicación interpersonal con las obstetras sienten que éstas últimas poseen conocimiento más especializado sobre el tema.</p>	<p>Describir el nivel de intervención que tienen las gestantes y la importancia que le dan a involucrarse en la toma de decisiones durante la comunicación interpersonal con las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.</p>

<p>Específica 2: ¿Cuál es la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención en salud brindada por las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018?</p>	<p>Las gestantes que asisten a los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018 perciben la atención brindada por las obstetras como adecuada en términos médicos, pero con poco interés en las dimensiones emocionales del encuentro”.</p>	<p>Identificar la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.</p>
---	--	--



Capítulo 2. Marco Contextual.

En este capítulo se revisará el contexto del Sistema de Salud del Perú, de la región del Cusco, y sobre aspectos específicos de la salud materna. En primer lugar, se explicará el funcionamiento del Sistema de Salud peruano y, en segundo lugar, se hará una revisión del marco político y legal que influye en la atención de salud materna en el país. En tercer lugar, se explicará el funcionamiento del Sistema de Salud regional del Cusco, al cual pertenece el Centro de Salud “Siete Cuartones”, lugar donde se realizó la investigación, sección en la cual se presentará al mismo de manera detallada. En cuarto lugar, se presentará la situación de salud materna en la región Cusco, y finalmente, se desarrollarán conceptos generales sobre la salud materna, como la medicalización del parto y la deshumanización de la salud, los cuidados de la gestante y la dinámica de los controles prenatales en nuestro país, la maternidad andina, y las experiencias de Comunicación y Salud Materna en el Perú.

Antes de pasar al contenido explicado en el párrafo anterior, caben hacer precisiones sobre Latinoamérica en relación a los temas que le competen a esta investigación. Esta es una región con amplias brechas de acceso a servicios de salud de calidad, lo cual comprende también la baja capacidad para cumplir con los requerimientos de recursos humanos necesarios para su cobertura. Sobre esta situación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012, p.15) indica que pese al crecimiento económico y el desarrollo social en todos los países de la región, se han mantenido las desigualdades económicas y sociales, incluyendo el acceso a servicios básicos de calidad, entre grupos de población vulnerables con menor protección social y aquellos sectores más favorecidos. Así, la vulnerabilidad económica es un determinante de la salud relevante que ensancha las brechas de desigualdad (OPS, 2012, p.16).

Respecto a la cobertura de salud, el Perú al 2015 tenía un 76,5% del total de su población asegurada a un servicio de salud (DGE, 2015). Dentro de este sector asegurado, reportaba un 60,5% de ese total como población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), un 13,5% de población afiliada a EsSalud y un 2,5% a otro seguro (DGE, 2015). De manera más específica, las cifras sobre la cobertura de salud de las mujeres en el país informan lo siguiente: La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2016 (INEI, 2017, p.110) indica que un 46,7% de ellas se encuentran aseguradas en el Seguro Integral de Salud (SIS), un 25,3% en EsSalud, un 2,3% en un seguro de una Entidad Prestadora de Salud – EPS (también conocido como seguro privado), un 2,7% en otro seguro de salud (como un seguro universitario o escolar), un 1,0% en un seguro de salud de las Fuerzas Armadas o Policiales, y un 25,1% de ellas no están aseguradas. Las cifras en la región Cusco son relativamente parecidas: un 61,4% de las mujeres están aseguradas al Seguro Integral de Salud, un 14,4% a EsSalud, un 0,5% a un seguro de las Fuerzas Armadas o Policiales, y un 0,4% aseguradas en otro seguro o de EPS, mientras que un 23,6% no cuentan con ningún seguro de salud.

La OPS (2012, p.72) estima que la mayoría de países de la región, sobre todo aquellos con mayores índices de pobreza como el Perú, no cuentan con personal necesario para brindar cobertura y atención primaria de salud eficiente. Esta situación se agudiza sobre todo en las zonas rurales donde se encuentra población que suele presentar mayores índices de pobreza, así como problemas de salud fácilmente prevenibles como la mortalidad materna. Así, el difícil acceso geográfico a estas zonas hace que el mercado privado de salud sea escaso, y que por tanto la población dependa casi en su totalidad de los sistemas públicos, demostrando las limitaciones de la gestión del Estado.

Dentro de los indicadores sobre recursos humanos en salud se encuentra la cantidad de médicos por país respecto a su población. La OPS indica que la razón promedio necesaria de requerimiento de personal de salud para una cobertura mínima es de 25 profesionales de salud por 10 000 habitantes. Al 2010, Latinoamérica reportaba una razón promedio de 22,0 profesionales por 10 000 habitantes, mientras que Perú indicó un 16,8 por 10 000, un número bajo en comparación a Uruguay y Argentina, países que reportan las razones más elevadas, con 44,5 y 30,0 respectivamente (2012, p.71). A esto se suma que la formación de los recursos humanos en la región es aún limitada y “sigue usando modalidades tradicionales que incentivan escasamente el desarrollo de condiciones de liderazgo y creatividad” (OPS, 2012, p.72).

2.1. Organización del Sistema de Salud en el Perú

El sistema de salud en Perú funciona a través de dos subsectores: el público y el privado. Ambos se rigen por políticas y normas del Ministerio de Salud (MINSA) y son supervisados por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). En cuanto al régimen de financiamiento, el sector público posee un régimen contributivo indirecto y otro directo. A continuación, presentamos un mapa (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.14) que explica la distribución y funcionamiento del Sistema de Salud peruano.

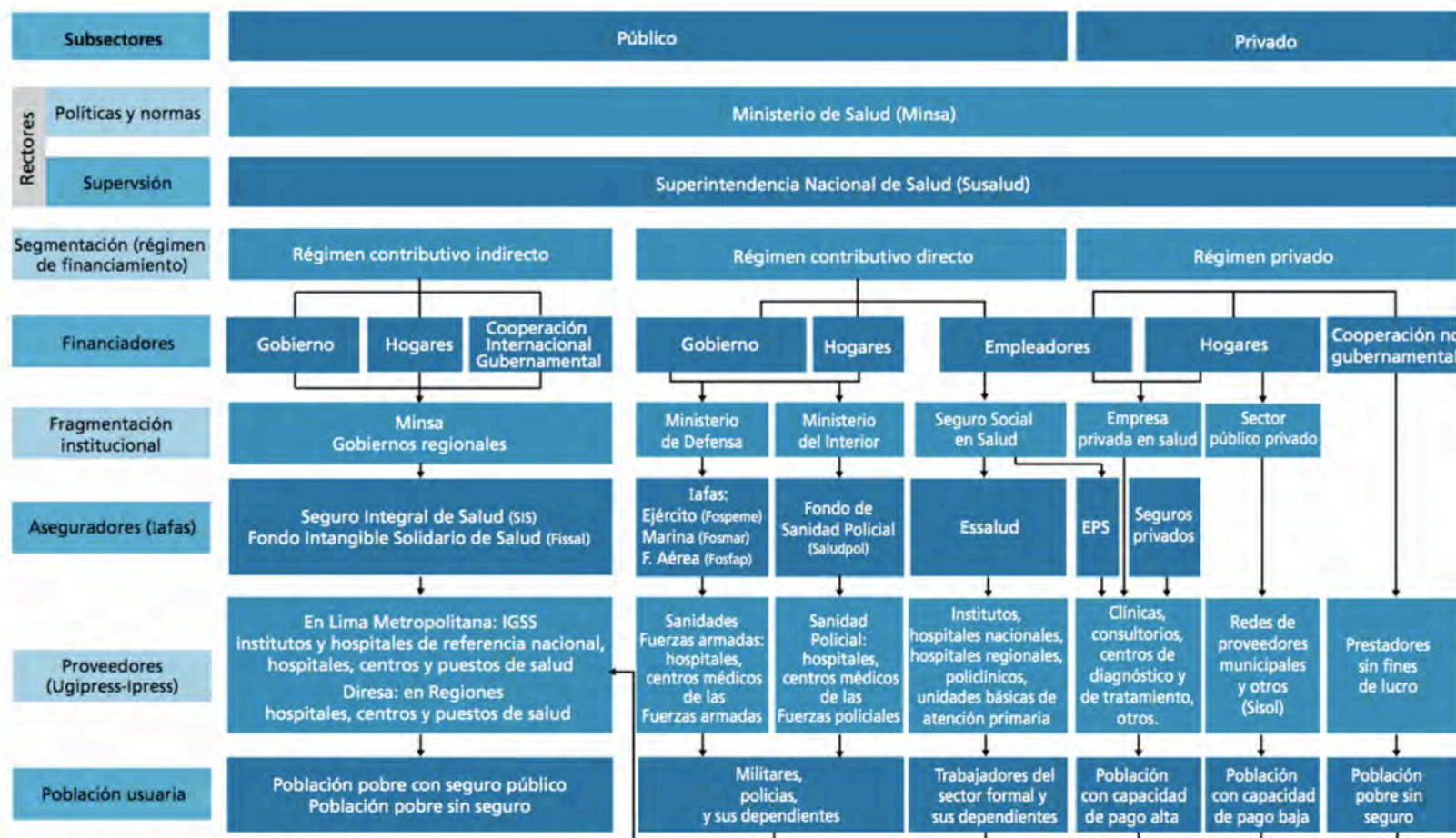


Figura 2. Mapa del Sistema de Salud del Perú, 2016 (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.14)

En tanto la presente investigación se centrará en un establecimiento de salud que atiende en el sub sector público, la explicación del acápite será sobre este, específicamente sobre el segmento de establecimientos que funcionan a través del régimen contributivo indirecto. Así, en cuanto a la proveniencia del financiamiento, este segmento tiene como financiadores al gobierno, a través de recursos fiscales; al aporte de hogares; y a las donaciones ocasionales de la Cooperación Internacional (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p. 13-14).

Institucionalmente, los establecimientos que funcionan por régimen contributivo indirecto dependen del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, a través de las Direcciones Regionales de Salud. Sus entidades aseguradoras son el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal). En el caso de las regiones, la atención se da en hospitales, centros y puestos de salud; y tiene como finalidad la atención a la “población pobre con seguro público y a la población pobre sin seguro” (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p. 14).

En cuanto a la categorización de establecimientos del sector salud (MINSa, 2011, p.1), ésta se basa en el nivel de complejidad y las características funcionales que tienen las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que funcionan en ellos. Dependiendo de estos factores pueden “responder a las necesidades de salud de la población que atiende” (MINSa, 2011, p.1). Su vigencia dura tres años, después de los cuales la máxima autoridad del establecimiento requerirá una recategorización (MINSa, 2011, p.2).

Las UPSS son las unidades básicas funcionales de los establecimientos de salud, y están constituidas por “el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros)” (MINSa, 2011. p.1). Esto permite que brinden servicios directamente relacionados a su nivel de complejidad.

Existen dos tipos de UPSS: la de Atención Directa y la de Atención de Soporte (MINSA, 2011, p.1). La primera brinda prestaciones finales a los usuarios en los ámbitos de consulta externa, hospitalización, enfermería, centro quirúrgico, centro obstétrico, y la unidad de cuidados intensivos. Por su parte, la UPSS de Atención de Soporte presta servicios que contribuyen al diagnóstico y al tratamiento de las condiciones clínicas detectadas en las UPSS de Atención Directa. Por ejemplo, ahí se encuentran las UPSS de patología clínica, de anatomía patológica, medicina de rehabilitación, hemodiálisis, centro de hemoterapia, central de esterilización, diagnóstico por imágenes, farmacia, nutrición y dietética, radioterapia, y medicina nuclear (MINSA, 2011, p.1-2).

Ahora, según la norma técnica del Ministerio de Salud (MINSA, 2011, p.2), las categorías por establecimientos de salud son las siguientes:

Primer nivel de atención		Categoría I-1
		Categoría I-2
		Categoría I-3
		Categoría I-4
Segundo nivel de atención	Establecimientos de salud de Atención General	Categoría II-1
	Establecimientos de Salud de Atención Especializada	Categoría II-2
Tercer nivel de atención	Establecimientos de salud de Atención General	Categoría II-E
		Categoría III-1

	Establecimientos de Salud de Atención Especializada	Categoría III-E
		Categoría III-2

Tabla 1. Categorías de establecimientos de salud por niveles de atención (MINSA, 2011, p.2)¹²

En cuanto a recursos humanos, el 2013 el país contaba con 11,9 médicos, 12,7 enfermeras, y 1,9 odontólogos por cada diez mil habitantes. Esta densidad de profesionales de salud continúa estando por debajo del promedio de América Latina (17,6 médicos, 13,8 enfermeras, y 4,3 odontólogos por cada diez mil habitantes) (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.53). Por otra parte, en cuanto a la distribución recurso humano por ocupación en el 2015, el 15,5% eran médicos; el 16,3% enfermeros; el 5,9% obstetras; 2,3% odontólogos; 32% técnicos y auxiliares; y un 24,7% personal administrativo (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.54).

Sin embargo, existen aún diferencias en cuanto a la distribución del personal de salud por área geográfica, según la cual, en el 2013, el 84% de los recursos humanos del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales se encontraban en el área urbana. De estos, el 42% estaba en Lima Metropolitana (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.55). Cabe resaltar que, del total de obstetras de ese año, el 70,2% atendía en el nivel urbano (p.55).

¹² El Centro de Salud “Siete Cuartones” se encuentra categorizado como I-3, cuyas características serán presentadas al abordar directamente la descripción del establecimiento de salud más adelante en este capítulo.

Brevemente este acápite permite contextualizarnos en el funcionamiento del sector público de la salud, reconociendo también la situación de los recursos humanos disponibles para el mismo. Así, es necesario hacer énfasis en la baja densidad de la distribución de recursos humanos en salud según el área geográfica, y el alto porcentaje de obstetras que atiende en la zona urbana. Esto inevitablemente nos referirá a la conclusión de que las mujeres gestantes en provincias, y en la zona rural del país en particular, carecen de posibilidades de ser atendidas por profesionales de salud. Conociendo esta situación, a continuación, se hará énfasis en las principales leyes y políticas que contextualizan el tema de salud materna en el Perú.

2.2. Marco legal y político sobre Salud Materna en el Perú

Según la Ley General de Salud (Ministerio de Salud, 1997), “la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo” (p.2). Así, se establece que su protección es de interés público y por ende es de responsabilidad estatal regularla, vigilarla y promoverla. Además, se indica que “toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable” (Ministerio de Salud, 1997, p.2).

El Gobierno Regional del Cusco (GORE Cusco) declaró en el 2015, a través de una ordenanza regional, el “interés y prioridad regional de la Salud Materno Neonatal Saludable y Segura” (p.1). Esta involucra acciones de promoción y prevención de mortalidad materna y neonatal, sobre todo en poblaciones vulnerables (GORE Cusco, 2015, p.3). En esta disposición se hace énfasis principalmente en la atención a emergencias obstétricas, y luego en lograr las siguientes metas (p.3) respecto a las gestantes:

- Garantizar la captación del 100% de gestantes en el I trimestre de embarazo a través de la búsqueda activa de gestantes.
- Cobertura al 100% de gestantes reenfoadas.
- Garantizar el 100% de parto institucional¹³.
- Cobertura al 100% de púerperas controladas.
- Monitoreo y seguimiento del consumo de sulfato ferroso al 100%.
- Promover la vigilancia comunal de la gestante.
- Atención al 100% de las gestantes con complicaciones.
- Atención del servicio Materno Neonatal las 24 horas del día y los 365 días del año según nivel de capacidad resolutive.

El resto de metas y disposiciones de la ordenanza regional demuestran especial interés en la captación de gestantes dentro del primer trimestre de embarazo, el reconocimiento de señales de alarma, el consumo de sulfato ferroso y ácido fólico, así como en la promoción del parto institucional a través de distintos actores sociales. En este sentido, busca que los gobiernos locales, y las instituciones públicas y privadas dispongan presupuesto para programas o acciones que incorporen actividades vinculadas a la Maternidad Saludable y Segura (GORE Cusco, 2015, p.3).

En el presente apartado se explicarán las leyes y políticas que enmarcan e influyen en la salud materna peruana, como la Ley de derechos de los usuarios de servicios de salud, la Política

¹³ El parto institucional, o cualquier otro proceso institucionalizado, se refiere a que toma lugar en un establecimiento de salud, ya sea público o privado.

Nacional de Calidad en Salud, el Modelo de Atención Integral en Salud basada en la Familia y la Comunidad, y la propuesta de Ley de Parto Humanizado.

2.2.1. Ley N° 29414: Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

El reglamento de la Ley N° 29414 (Ministerio de Salud, 2015) establece entre los derechos de la persona usuario de los servicios de salud, en primer lugar el acceso a los servicios de salud. En este apartado se considera el derecho a la libre elección del médico o Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), el derecho a recibir atención con libertad de juicio clínico, el derecho a una segunda opinión médica, y el derecho al acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios (Ministerio de Salud, 2015, p. 2-3).

Del apartado sobre acceso a la información (Ministerio de Salud, 2015, p.3-4), es importante resaltar los derechos a: ser informado de sus derechos y cómo ejercerlos; a conocer el nombre de los responsables de su tratamiento; a ser informado sobre las condiciones y requisitos para el uso de los servicios de salud; a ser informado sobre su traslado; a acceder a las normas, reglamentos y/o condiciones administrativas de la IPRESS; a recibir información sobre su propia enfermedad y a decidir su retiro voluntario de la IPRESS; y a negarse a recibir y continuar un tratamiento.

Además, en el apartado sobre atención y recuperación de la salud (Ministerio de Salud, 2015, p.5) son relevantes para esta investigación los derechos a: el respeto a la dignidad e intimidad; a la seguridad personal, a no ser perturbado; y a autorizar la presencia de terceros en el examen médico o cirugía. Finalmente, se tiene derecho al consentimiento informado, y al acceso a la propia historia clínica (Ministerio de Salud, 2015, p.6).

Sobre esta ley, Lazo, Alcalde y Espinoza (2016) indican que si bien existe, “la experiencia cotidiana da cuenta de los constantes problemas que enfrentan principalmente las poblaciones de menores recursos en su acceso al ‘mayor goce posible’ del derecho a la atención, no obstante esfuerzos desplegados por el Seguro Integral de Salud (SIS)” (p. 63). Sin embargo, los autores también reconocen los avances en cuanto a salud intercultural y la aprobación de políticas y normativas técnicas para la adecuación cultural de procedimientos importantes, como en la atención del parto (p.64).

2.2.2. Política Nacional de Calidad en Salud

Siguiendo con el recorrido de la normativa sobre salud materna, encontramos el Documento Técnico de la Política Nacional de Calidad en Salud. Según este, la “baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales” (Ministerio de Salud, 2009, p. 13). Entre estos identifica a la mortalidad materna, la mortalidad neonatal, y la desnutrición infantil; y donde indican que la calidad en la atención en salud establece diferencias importantes entre vida y muerte. Así, el documento afirma que “el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente” (p.13), y que la calidad en salud se presenta como una condición fundamental del desarrollo humano (p.22), como expresión del derecho a la salud (p.23), como enfoque gerencial en las organizaciones de salud (p.23), y como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud (p.24).

Dentro de esta política, se espera que para el 2020 se goce de un Sistema de Salud que brinde “atención segura y efectiva; oportuna, equitativa e integral; informada y consentida; respetuosa del derecho y dignidad de las personas; sensible a los enfoques de género, etapas de vida e interculturalidad; y orientada a contribuir al logro del más alto nivel posible de salud física, mental y social” (Ministerio de Salud, 2009, p.25).

Para esto se plantean doce políticas, de las cuales es importante resaltar las siguientes relacionadas a las tareas de las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud y sus establecimientos:

- Sexta política (Ministerio de Salud, 2009, p.28): “[...] establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central”.
- Séptima política (p.29): “[...]cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria¹⁴ e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención”.
- Novena política (p. 30): “[...]asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos y apoyo bajo su administración protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud”.
- Décima política (p.30): “[...]garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de atención”.

¹⁴ La Autoridad Sanitaria del Perú es el Ministerio de Salud.

Y finalmente la duodécima política que concierne a la ciudadanía, la cual establece que “los ciudadanos ejercen y vigilan el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y se corresponsabilizan del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, contando para ello con el apoyo de la Autoridad Sanitaria” (Ministerio de Salud, 2009, p. 31).

En contraste a las expectativas de esta política, una encuesta realizada por el INEI muestra la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención en salud en consulta externa. Esta indica que “el 71,1% de los entrevistados manifestaron estar satisfechos con la atención recibida en los servicios de salud públicos, pese a que el tiempo de espera reportado fue de 103 minutos” (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.68). Y, sin embargo, “es importante resaltar que estos estudios no evalúan el trato digno, la metodología que pone por delante la evaluación de la condición de dignidad, autonomía, confidencialidad, entre otros, y no se reduce a la medición de la satisfacción del usuario, como podría hacerse frente a cualquier otro bien o servicio de mercado” (p.68).

Esta cifra debe ser contrastada con el Latinobarómetro 2015 sobre satisfacción respecto a los hospitales públicos. En este estudio, resultados peruanos indicaron que un 44,2% se encuentran “no muy satisfecho”; un 27,3% “más bien satisfecho”; y un 23,0% “nada satisfecho”; sólo un 4,3% “muy satisfecho”; y un 1,2% “no sabe, no responde”.

Según el sexo del entrevistado, un 45,8% de las mujeres entrevistadas se encuentran “no muy satisfechas”; un 25,7%, “más bien satisfechas”; un 22,9% “nada satisfechas”; un 4,9% “muy satisfechas”; y un 0,7% que “no sabe, no responde” (Latinobarómetro, 2015). Además, un 49,6% de las mujeres que se encuentran entre los 16 a 25 años, y un 51,5% de las mujeres entre los 26 y 40 años indican estar “no muy satisfechas”, e identificándose también que las mujeres

que se sienten “nada satisfechas” por grupo etario sería el grupo entre 41 y 60 años (28,2%) (Latinobarómetro, 2015).

Estas cifras demostrarían que existen diversos factores para que un individuo se sienta satisfecho con el servicio y atención brindada en el servicio público de atención en salud. En este caso, se puede observar que un alto porcentaje de mujeres no se siente satisfecha del todo con la atención recibida, y que las mujeres en edad fértil coinciden en esta opinión.

2.2.3. Proyecto de Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y del Recién Nacido.

El proyecto de ley presentado en noviembre del 2017 (Congreso de la República, 2017), y que tiene antecedentes desde el año 2012¹⁵, propone la “promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante y del recién nacido. Así, la ley cumpliría dicho objetivo a través de “una atención pre y post natal competente e integral, y a que la mujer gestante sea reconocida como sujeto de atención respetuosa, con trato horizontal y valorando su opinión y necesidades como protagonista de su propio parto” (p.1).

En este sentido, los derechos de la mujer gestante planteados en esta propuesta, y que se desean resaltar para fines de esta investigación, son los siguientes (Congreso de la República, 2017, p.1-2):

¹⁵ Año en el que se presenta el Proyecto de Ley 01158 “Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante”, el cual recién obtiene un dictamen el año 2015.

- A realizar un proceso de preparación para el parto, entendida como psicoprofilaxis obstétrica para garantizar su bienestar, el de su pareja y el del niño/a por nacer.
- A dar a luz mediante el parto natural, que respete los tiempos de los procesos biológicos y psicológicos. A evitar las prácticas invasivas y/o el suministro de fármacos no justificados por su estado salud o el del niño/a.
- A ser informada sobre las intervenciones médicas que se pudieran ser practicadas durante el proceso de parto, sobre la evolución del mismo, sobre los cuidados de sí misma y del recién nacido, consumo de dieta balanceada, sobre beneficios de la lactancia materna, etc.; y en caso de deceso del niño o niña, información veraz, completa y detallada de las causas de ésta, además de que si desea se le sea entregado el cuerpo de su hijo o hija.
- A ser tratada con respeto, sin discriminación y con garantías para el derecho a la intimidad.
- A ser considerada en el proceso de nacimiento, que facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- A ser acompañada por una persona de su elección y confianza durante el proceso de parto.
- A que se le permitan el uso de estímulos para la relajación de la madre en el ambiente del parto y post parto.
- A elegir la posición de parto que prefiera, pues puede moverse y cambiar de posición las veces que desee.
- A no ser maltratada de ninguna manera física o psicológica. Al uso de diminutivos o despectivos como “hijita”, “mamita”, etc.

Entre otros derechos se expresan explícitamente la justificación para realizar procedimientos médicos que pueden ser evitados durante el parto, como la ruptura de la bolsa amniótica (amniotomía) para acelerar el nacimiento, el rasurado del vello púbico, el uso de enemas o sedantes innecesario, la episiotomía (corte que permite la dilatación del canal vaginal para el parto), y el uso del fórceps u otra maniobra brusca (Congreso de la República, 2017, p.2-3).

En este sentido, la ley plantearía el parto humanizado como “aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar” (Congreso de la República, 2017, p.12). Así, cabría preguntarnos si es posible establecer este tipo de legislación para los momentos previos al parto, que aseguren que el proceso de gestación también será uno libre de violencia o desprotección.

Se ha realizado una revisión rápida del marco legal y político que no sólo protegen, sino también promueven una maternidad segura y, se podría decir, feliz. Se reconoce entonces la salud como derecho inherente, inalienable e irrenunciable; y a la salud materna como una prioridad nacional. Es posible ahora cuestionarnos si es que la situación actual de los sistemas de salud, así como la participación ciudadana, se encuentra no sólo preparada para involucrarse para lograr estas metas, si no también en qué medida las conocen.

Para continuar con el marco contextual, se presentarán datos más específicos sobre la situación de la región Cusco en los siguientes apartados.

2.3. Sistema de Salud Regional de Cusco

En el presente apartado se explicará la organización del sistema de salud perteneciente a la región Cusco. A continuación, se presenta el organigrama de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, la cual acoge a la Dirección Regional de Salud. Esta tiene a cargo la supervisión de las redes de salud de la región, así como de los dos hospitales (Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena).

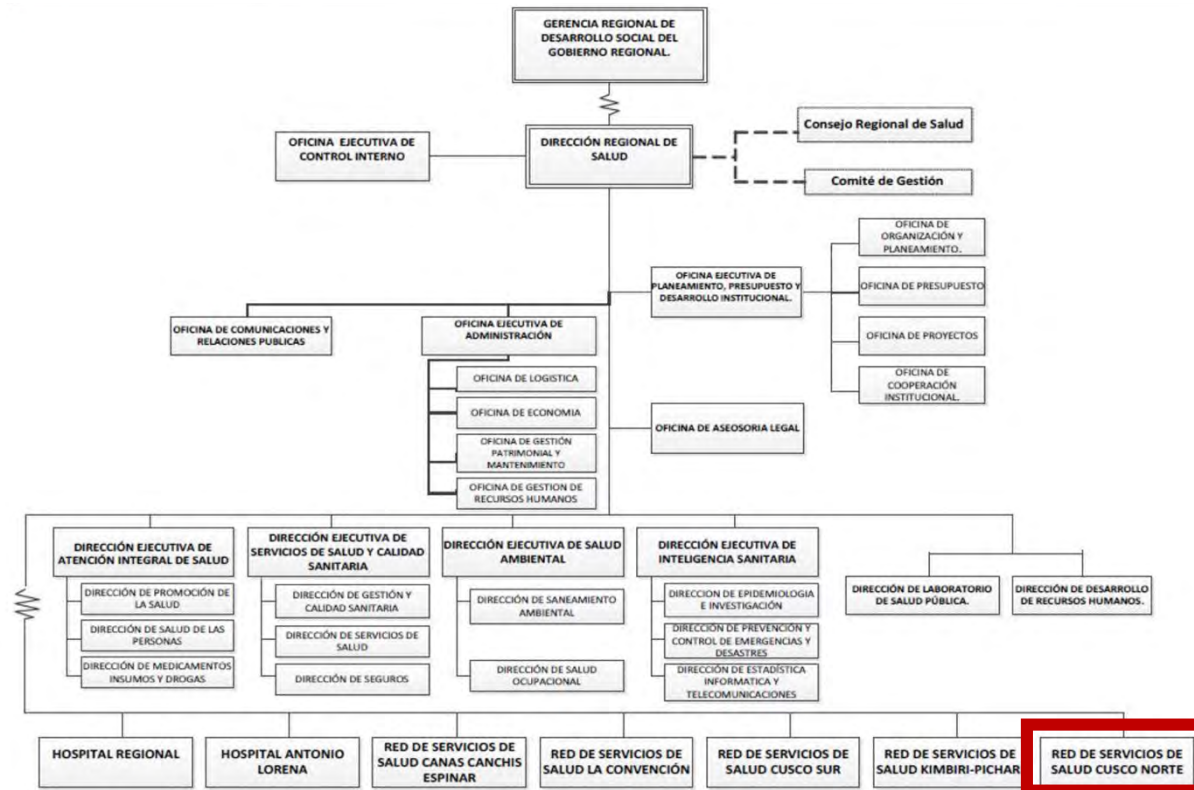


Figura 3. Organigrama de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional del Cusco (DIRESA Cusco, s, f).
Cusco (DIRESA Cusco, s, f).

2.3.1. Centro de Salud “Siete Cuartones”

El Centro de Salud de Siete Cuartones forma parte de la Micro Red “Siete Cuartones” junto con 5 establecimientos de salud más (Buena Vista, Picchu La Rinconada, Miraflores, Poroy y San Pedro), siendo este Centro de Salud la cabecera de red¹⁶. Dicha Micro Red pertenece a la Red de Servicios de Salud Cusco Norte (Red de Servicios de Salud Cusco Norte, 2016, p.13), y a su vez se encuentra adscrita a la Dirección Regional de Salud Cusco, la cual forma parte del Gobierno Regional del Cusco. El establecimiento de salud toma el nombre de la calle en la que se encuentra (Calle Siete Cuartones S/N), en el distrito de Cusco, y se encuentra al costado de la Institución Educativa “Educandas”. Como se puede apreciar en la siguiente figura, se ubica significativamente cerca de la Plaza de Armas del Cusco. La calle tiene acceso vehicular de transporte privado y público (taxis y empresas de transporte urbano).



Figura 4. Fachada del C.S “Siete Cuartones”. Fotografía propia. Tomada en febrero 2018.

¹⁶ Información brindada por el Jefe de la Micro Red “Siete Cuartones” y por la Jefa del C.S “Siete Cuartones a través de una entrevista. Febrero, 2018.

Este establecimiento pertenece al Primer Nivel de Atención en Salud según la Categorización del MINSA (Red de Servicios de Salud Cusco Norte, 2016, p.13), específicamente a la Categoría I-3. Según esto, tiene como funciones generales (MINSA, 2011, p.5):

- Brindar atención integral de salud a las personas de su comunidad en relación a su etapa de vida, contexto familiar y su comunidad.
- Participar en actividades de educación en salud.
- Realizar la gestión del centro de salud, así como participar en la gestión local territorial.
- Participar del análisis del proceso de atención en salud, el cual permitirá la toma de decisiones eficientes y efectivas.

Según el Ministerio de Salud, las UPSS que se encuentran en los Centros de Salud de su categoría son las de Consulta Externa y Patología Clínica (laboratorio clínico) (MINSA, 2011, p.5). Información de 2016 indica que también cuenta con diagnóstico por imágenes y farmacia (Red de Servicios de Salud Cusco Norte, 2016, p.13). Esta información ha sido confirmada por el Jefe de Micro Red de “Siete Cuartones” y la Jefa de Establecimiento, añadiendo que es un establecimiento que oferta atención de consulta externa doce horas al día.

Entre las prestaciones que brinda el Centro de Salud “Siete Cuartones”, según las UPSS antes mencionadas, están la consulta ambulatoria por médico general, la atención ambulatoria por enfermero/a, por obstetra, por cirujano dentista, por médico en tópico de procedimientos de consulta externa, y por psicólogo/a (Red de Servicios de Salud Cusco Norte, 2016, p.13). Además, puede realizar procedimientos de laboratorio clínico del mismo nivel que se realizan en establecimientos de salud I-4, ecografías generales y ultrasonido; así como la dispensa de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios (Red de Servicios de Salud Cusco Norte, 2016, p.13).

Entre las actividades que brindan se encuentran las de salud familiar y comunitaria, la atención de urgencias y emergencias, la atención de la gestante en periodo de parto, las pruebas rápidas y toma de muestra, la atención con medicamentos, ecografías, y desinfección y esterilización (Red de Servicios de Salud Cusco Norte, 2016, p.13). Según estas actividades, caben resaltar que brindan las prestaciones de visitas domiciliarias y atención de urgencias por profesionales de salud no médicos y médicos, intervenciones educativas y comunicacionales, y la atención de parto vaginal inminente por médico general y obstetra (Red de Servicios de Salud Cusco Norte, 2016, p.13).

Su organización se da a través de un Comité de Gestión que toma las decisiones respecto a los diferentes aspectos del establecimiento; y además, se cuenta con cinco jefaturas de los servicios que brindan: medicina, odontología, obstetricia, enfermería y psicología. Indican que su visión está orientada al 2021, y la cual se centra en “convertirse en un modelo de atención público que esté a la par de los modelos privados”. En este sentido, se mencionan las acciones de mejora que vienen implementando en este establecimiento y en la Micro Red, como la atención de cupos por línea telefónica, mejoras en el manejo de las historias clínicas e iniciativas de clima organizacional.

En cuanto a infraestructura, el Centro de Salud “Siete Cuartones” tiene solo una puerta de acceso desde la calle que le da nombre, cuenta con 9 consultorios y las salas de espera son los pasillos del establecimiento y un patio techado. El local donde funciona era hace unos 50 años propiedad de una antigua familia cusqueña: los Romainville. Dicha familia entregó su domicilio a la Beneficencia Pública, que en ese entonces se hacía cargo de los establecimientos de salud. En este sentido, funcionó como una dependencia desconcentrada del Hospital

Antonio Lorena y luego fue adscrita al Ministerio de Salud. Este año cumplen 41 años de funcionamiento como Centro de Salud público.



Figura 5. Pasillo – sala de espera. Fotografía propia. Tomada en enero 2018.



Figura 6. Patio techado – sala de espera, y acceso a segundo piso. Fotografía propia. Tomada en enero 2018.

Sobre los recursos humanos, indican que son 37 personales estables, todos nombrados al establecimiento, dentro de los cuales se incluyen 11 técnicos asistenciales. También llega a trabajar personal médico bajo la modalidad del SERUM, siendo un número que puede variar entre 3 y 6 personas. Adicionalmente, hay grupos de practicantes de institutos, internos de medicina o enfermería, y voluntarios extranjeros. Así, pueden llegar a ser hasta 46 personas que laboran en el Centro de Salud. Cabe resaltar que el número de obstetras con las que cuenta el Centro de Salud son 3. Dos de ellas se encargan de la atención materna, y una de ellas al área de Planificación Familiar y a realizar procedimientos como la toma de muestras para el Papanicolau.

Sobre las zonas que atiende el Centro de Salud estas se organizan por cuatro sectores graficados en el siguiente mapa.

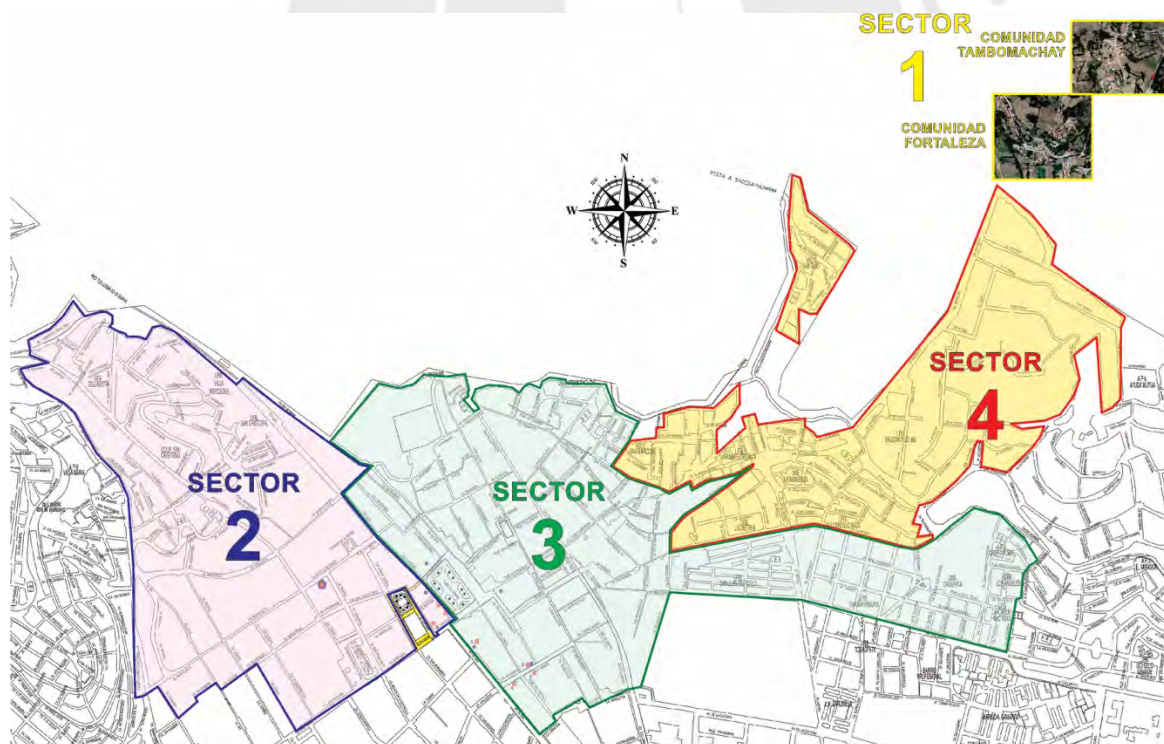


Figura 7. Sectorización de zonas de atención del C.S "Siete Cuartones". Edición propia.

Según esta distribución, el sector 1 incluye las comunidades y centros poblados de Salcantay, Ccoyopata, Huacaruniyoc, Fortaleza, Llaullipata, Pucro y Anexos, y Tambomachay, todos dentro del distrito de Cusco. Por su parte, los sectores 2, 3 y 4 pertenecen a la zona urbana del distrito, agrupando varias calles y limitando con las zonas de intervención del C.S Picchu La Rinconada, el Puesto de Salud de San Pedro, el Puesto de Miraflores, y el C.S de Buena Vista, pertenecientes a la Micro Red “Siete Cuartones” y por ende pertenecientes al distrito de Cusco, y con la Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) del distrito de Wanchaq¹⁷.

Según el INEI (2013), en el distrito de Cusco un 70.9% de la población habita en casas independientes, el 6.1% en departamentos en edificios, el 4.9% en viviendas en quintas, y el 18.0% en viviendas en vecindades. Asimismo, el 98% de estas tienen acceso a agua, 96% a redes de saneamiento, el 91% a telefonía, y el 99% a alumbrado.

En cuanto al abastecimiento de agua, el 82% de los hogares tienen la red pública al interior de su vivienda, mientras que un 13% dentro del edificio donde viven. El resto se abastece por redes fuera de su edificio o camiones cisterna. Sobre los servicios higiénicos, 81% de los hogares tienen la red pública de saneamiento dentro de la vivienda, y el 14% dentro del edificio donde viven. Igualmente, el resto tiene acceso a servicios fuera de su edificio, pozos sépticos y otras modalidades (INEI, 2013).

Con estos datos se puede afirmar que la población que atiende el C.S “Siete Cuartones” se encontraría en un grupo con acceso adecuado a servicios básicos.

¹⁷ Información recogida de documentos de sectorización colocados en las paredes de las oficinas administrativas del C.S “Siete Cuartones”.

2.4. Situación de la Salud Materna en la región Cusco

Ciertas investigaciones identifican que las poblaciones indígenas en el Perú, tanto andinas como amazónicas, encuentran en los servicios de salud una serie de barreras socioculturales (Calandria et al, 2009). Por ejemplo, el desconocimiento de los profesionales de salud sobre el idioma nativo, y las relaciones de poder basadas en raza y género, son problemas recurrentes para el acceso a los servicios de salud (Calandria et al, 2009, p.54). A esto se suma el desencuentro entre la oferta de los servicios y la demanda local dado que los primeros únicamente ofrecen prácticas occidentales y rechazan las tradicionales de las comunidades. De esta manera, la comunidad genera un rechazo hacia los establecimientos de salud dado que estos “no reconocen los conocimientos de los pueblos indígenas sobre la salud y sus formas de abordarla, ni se adecúan a la demanda étnica y cultural de estos pueblos” (Calandria et al, 2009, p.54).

Como se mencionó anteriormente, en cuanto al aseguramiento en salud en la región Cusco, un 61,4% de las mujeres están aseguradas al Seguro Integral de Salud, un 14,4% a EsSalud, un 0,5% a un seguro de las Fuerzas Armadas o Policiales, y un 0,4% aseguradas en otro seguro o de EPS, mientras que un 23,6% no cuentan con ningún seguro de salud (DGE, 2015).

Respecto a los indicadores de salud a nivel nacional, estos muestran una razón de mortalidad materna en disminución entre el 2008, con 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (N.V), y el 2015, con 89 muertes maternas por cada 100 000 N.V, aun encontrándonos por encima del promedio latinoamericano actual (77 muertes maternas por cada 100 000 N.V) (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.36). Incluso estas cifras estuvieron lejos de alcanzar la meta comprometida por los Objetivos del Milenio planteados para lograr al 2015, que eran 66,3 defunciones maternas por cada 100 000 N.V (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.37).

En el país, la atención prenatal por personal capacitado también se ha incrementado de un 87,3% en el 2013 al 95,7% en 2015; y además el parto institucional incrementó de 90,4% a 90,7% entre los mismos años (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.36). En este aspecto también existe una brecha entre mujeres de zonas indígenas y no indígenas, donde, en el 2012, un 82,5% de las primeras recibieron atención del parto por personal calificado, mientras que un 91,5% de las segundas lo recibieron (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.46). Además, las mujeres indígenas presentaron en el 2012 una fecundidad no deseada 1,5 veces mayor que las mujeres no indígenas, a pesar de que el uso de anticonceptivos en el primer grupo se incrementó de 53,1% en el 2000 a 73,6% en el 2012 (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, p.46).

Datos importantes son los presentados en la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2016 (ENDES), en la cual las mujeres entrevistadas a nivel nacional mencionaron ciertas barreras en el acceso a servicios de salud, como que “no había medicamentos” (83,9%); “que no había algún personal de salud” (81,5%); “conseguir dinero para el tratamiento” (51,4%, donde se evidenciaron mayores porcentajes en mujeres del quintil inferior de riqueza y mujeres sin educación). Un 49,3% mencionó como problema que “no había personal de salud femenino” que atiende su consulta.

También se mencionó la “lejanía de los servicios médicos”, el cual se redujo entre el 2012 (42,2%) frente al 2016 (36,0%). Estos porcentajes se evidenciaron mayores en mujeres del quintil inferior de riqueza, y en madres sin educación (INEI, 2017, p.263-264). Además, un 36,0% indicó que “no quería ir sola” al establecimiento de salud, opinión sobre la cual las mujeres entre 15 y 19 años, y las mujeres sin educación o con educación primaria, y pertenecientes al quintil inferior o al segundo quintil de riqueza, presentarían porcentajes más elevados (INEI, 2017, p.264).

En Cusco, las mujeres entrevistadas presentaron estos porcentajes respecto a las barreras relacionadas a los servicios de salud (INEI, 2017, p.265): 16,1% con problema para conseguir permiso para ir a tratamiento; 54,3% con problema para conseguir dinero para el tratamiento; 42,8% problema con lejanía de los servicios médicos; 39,8% con problema para conseguir transporte; 38,0% no quiere ir sola al establecimiento de salud; 50,4% que no haya personal de salud femenino; 87,6% que no haya algún personal de salud; y un 87,4% que no haya medicamentos.

Además, es posible identificar una serie de razones por las cuales las gestantes de las zonas rurales de Cusco asisten o no a un establecimiento de salud. Entre ellas se encuentra la diferencia de zonas de proveniencia, donde las que viven más cerca de un puesto o centro de salud los reconocen con más facilidad como un referente para solucionar sus molestias durante la gestación (MINSALUD, 1997a, p.43). Sin embargo, las que viven más lejos no ven necesario acudir a ellos a menos que exista un problema que ellas, sus familiares, u otros actores de salud de la comunidad (parteras o curanderos) no puedan solucionar (MINSALUD, 1997a, p.45). Esto también está relacionado con los horarios de atención disponibles en los servicios de salud, los cuales usualmente están propuestos en momentos del día en los que las mujeres realizan responsabilidades, ya sea de empleo o de trabajo en casa (MINSALUD, 1997a, p.45).

Estas cifras permiten identificar que las barreras a nivel nacional para el acceso a la salud son multidimensionales, y que la región Cusco no tiene un panorama distinto al del resto del Perú. Así, se observa que el tema económico en cuanto a la posibilidad de pagar un tratamiento que no está incluido en el seguro que tienen las mujeres, o la dificultad de encontrar transporte, son factores que influyen en la relación que éstas tienen con el sistema de salud. Además, resalta nuevamente el impacto de los profesionales de salud, ya sea por su ausencia o por la

distribución según necesidad de la zona geográfica, en la cual los números parecerían demostrar una alta importancia de tener personal de salud femenino disponible para atender a mujeres.

2.5. Salud materna: conceptos generales

En este apartado se presentarán conceptos y datos acerca de los temas de medicalización del embarazo y parto, de cuidados de la gestante y controles prenatales, de maternidad andina y sobre comunicación y salud materna en el país.

2.5.1. Medicalización del embarazo y el parto, y la deshumanización de la salud

Como se mencionó anteriormente, el posicionamiento de la mortalidad materna como un indicador de desarrollo ha puesto especial énfasis en la creación y ejecución de normativas, programas y modelos de atención para su prevención y disminución. Esto ha decantado en la reubicación de la maternidad en un entorno sanitario, alejado de sus inicios naturales, familiares e íntimos.

Hutter (2010) hace un recorrido histórico del proceso del embarazo y parto, remontándose hasta la Antigüedad y la Edad Media, donde indica que “el parto era un asunto solo de mujeres, orquestado por hombres que jamás habían visto nacer a un niño”. En estas sociedades se consideraba inadecuada la presencia de un hombre en un parto, pero “eran ellos quienes escribían los manuales, ofreciendo consejos que se basaban en corazonadas transmitidas de generación en generación” (Hutter, 2010, p.21). De hecho, existían textos que datan aproximadamente de 1500 donde se le decía a la mujer “cómo debe comportarse [...] antes, durante y después del alumbramiento (derrochando amabilidad con quienes la rodean); cómo

puede saber una mujer si va a perder a su bebé y cómo debe cuidar de su hijo una vez este ha nacido” (Hutter, 2010, p.29).

En las ciudades europeas era posible que las mujeres pudieran encontrar parteras autorizadas, las que eran comadronas que recibían títulos desde mediados del siglo XV, pero si vivían en una zona rural podían aspirar a contar con una partera no autorizada, pero con experiencia, o a alguna conocida o amiga familiar que las ayudara en el proceso específico del parto (Hutter, 2010, p.21).

Era, finalmente, una actividad altamente, por si no era en su totalidad, femenina. Fue recién a finales del siglo XVI que los médicos verían allí un nicho de negocio, pero que no vería cambios estructurales hasta la introducción de las herramientas obstétricas, como los fórceps. Según Hutter, “estas herramientas proporcionaron a los hombres algo de lo que las parteras carecían, y con ellas el parto dejó de ser un viaje en gran medida espiritual para convertirse en un procedimiento médico” (2010, p. 29). En este sentido, los historiadores Richard y Dorothy Wertz (como se citó en Hutter, 2010, p.45) afirmaron que “los médicos emplearon los fórceps a modo de arma para expulsar a las parteras del negocio”, a lo que Hutter adiciona que los actuales defensores del parto natural ven el fórceps como el inicio de la dependencia excesiva de la tecnología médica en el embarazo y parto.

Los Chamberlen, la familia creadora del fórceps (un instrumento que facilitaba la salida del bebé), empezó teniendo una gran acogida por parte de clientela que podía pagar su servicio. De hecho, se cuenta que “las mujeres los adoraban, porque creían que la presencia de un Chamberlen en la sala de partos era garantía de un alumbramiento sin complicaciones” (Hutter,

2010, p.31). Esta afirmación puede sugerirnos la pregunta si no es parecida la sensación de seguridad cuando una mujer decide ser atendida en un establecimiento de salud.

De esta manera, la medicalización del proceso de gestación y parto empezó con la introducción de los médicos en un asunto que hasta el momento había sido manejado entre mujeres y en un círculo íntimo y familiar. Esta medicalización iría construyendo argumentos a su favor para posicionar la intervención médica en este proceso natural, como que las mujeres de clases medias y altas “eran demasiado frágiles para empujar”, y que alcanzada cierta edad eran “convertidas en un espécimen enfermizo y delicado, cuyo sistema nervioso parece ensombrecer y controlar por completo su fortaleza física” (Hutter, 2010, p.43); o que no se podían hacer experimentos de sutura de rasgaduras vaginales u otras cirugías en mujeres blancas porque eran muy débiles (p.54). De hecho, Hutter cuenta que un médico de la época afirmó que en un futuro se podrían programar cesáreas, de modo que las mujeres pudieran elegir no dar a luz por vía vaginal. Así, dicho comentario, que en ese momento pudo considerarse poco probable por la complejidad de las intervenciones, es hoy una realidad (p.43). Esto, sin embargo, conllevó a la aparición del término “deshumanización” en el contexto de la atención de la salud.

La deshumanización es definida por Ávila-Morales como “la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, que al empezar a ser comparados con objetos o animales puede ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor” (2017, p.217). Es en este sentido que cuando se ubica en la práctica médica, es asumida como una consecuencia del modelo racional científicista “que se aleja de la sensibilidad humana” (Ávila Morales, 2017, p.17).

Asimismo, se identifican varios factores que contribuyen a la deshumanización, como la cosificación del paciente, donde sus rasgos personales, sus sentimientos y valores no tienen mayor relevancia en el contexto médico; la ausencia de calidez en la interacción; la falta de reconocimiento de la dignidad e igualdad inherente de las personas; la debilidad en el tratamiento integral del paciente; y la falta de participación de este en la toma de decisiones. Esta última, sobre todo, se encuentra relacionada con la inequitativa relación de poder, la desconfianza del paciente en el conocimiento médico así como las falsas expectativas basadas en experiencias pasadas (Ávila-Morales, 2017, p.19; y Rodríguez, 2006, p.2).

Ahora bien, Hutter indica que no se pueden desmerecer todas las acciones de los médicos de la época y reducirlos a su motivación por las ganancias económicas, aunque en parte esa fuera una de las razones. Dichos médicos habían colocado como prioridad a las mujeres en edad fértil, aunque lo hicieran con una actitud paternalista y con comportamientos cuestionables (2010, p. 46). Un tema relacionado a esta última afirmación fue el tema de las infecciones que las mujeres empezaron a contraer luego de los procedimientos médicos.

Se registró una alta tasa de mortalidad en Estados Unidos e Inglaterra por la denominada fiebre puerperal, un tipo de infección. Luego de varias hipótesis, muchas de las cuales hoy son consideradas como completamente inválidas (como una posible acción del “viento” que causaba la infección), se planteó la teoría de los gérmenes. Esto se presentó como una noticia positiva para las mujeres, pero no desde los inicios de su planteamiento dado que durante décadas los médicos “se negaban a aceptar la idea de que podían ser ellos quienes transmitían los gérmenes, e intentaban buscar otra explicación que casara con la hipótesis de los gérmenes pero que los exculpara” (Hutter, 2010, p.69). Así fue que postularon una teoría de la autoinfección, de acuerdo a la cual las mujeres que acababan de parir adquirían una infección

porque sus órganos reproductivos eran muy fértiles para las bacterias, o que incluso el flujo vaginal infeccioso era producto de promiscuidad o temor sexual, y que la fiebre puerperal se relaciona a estados de ansiedad (Hutter, 2010, p.70). Sin embargo, finalmente se demostraría con Louis Pasteur que los gérmenes eran la causa externa y específica de las infecciones, y que “no tenía nada que ver con la forma de pensar de la mujer o con su comportamiento” (p. 70).

Esto fue en cuanto a la atención del parto en casas o consultorios, pero fue a partir de 1900 que las clínicas de maternidad aparecieron como una opción, pero únicamente para las gestantes más pobres por las condiciones que brindaban. Como indica Hutter (2010, p.71) “las salas de maternidad de los hospitales daban bastante miedo”, y que “una maternidad con aforo completo significaba que en cada cama había cinco mujeres” (p.72).

Sin embargo, en las primeras décadas del siglo XX se inició la popularidad de las maternidades en EEUU con la creación del Lying-In de Nueva York. En 1930, la cifra de mujeres que se atendía en las maternidades ascendía a aproximadamente a la mitad de todas las gestantes, y para la década de 1960, casi todas las mujeres embarazadas elegían parir en una clínica en vez de en casa (Hutter, 2010, p.73).

Este cambio de preferencia, así como la mejora de las condiciones de las maternidades, se atribuyó a una eficaz campaña de los obstetras, una nueva especialidad médica, mientras intentaba mejorar su estatus y eliminar de la escena a las comadronas (Hutter, 2010, p.73). Así, una explicación de la situación actual alrededor del mundo occidental y occidentalizado, fue la atracción por ser atendida en centros de salud pues suponían una alternativa más segura al ser atendidas por un equipo de expertos. De esta manera, “a mediados del siglo XX, dar a luz en casa se había convertido en una borrosa reliquia del pasado” (Hutter, 2010, p.73).

Junto a este proceso fueron apareciendo otros elementos que caracterizan la atención biomédica del embarazo y parto, como el uso de analgésicos, las cesáreas incluso cuando no eran necesarias, el tema de la infertilidad, hasta el tema de la fertilización *in vitro* o el congelamiento de óvulos o espermatozoides. Todo de acuerdo a esta constante búsqueda del perfeccionamiento de un proceso natural.

Esta situación colocó a las mujeres frente a la decisión de hasta qué punto deseaban que el parto siguiera un curso íntimo y natural, o si deseaban una intervención médica. Como menciona Hutter, si bien este debate inició en el siglo XVI, su vigencia continúa hasta este siglo (2010, p. 32).

En este punto es importante repasar la información antes mencionada sobre la legislación y las políticas nacionales y regionales en cuanto a salud materna. Se puede afirmar que son disposiciones que encajan claramente en el sistema biomédico y de la medicalización, donde el seguimiento y control de la gestante es visto como imprescindible para reducir la mortalidad materna y neonatal. En este sentido, a continuación, se detallarán cómo los controles prenatales son parte de la medicalización del parto.

2.5.2. Cuidados de la gestante y controles prenatales

En nuestro país existe lo que se le denomina “atención prenatal reenfocada” (MINSa, 2011c, p.13), la cual consta de 9 servicios de salud ofertados para las gestantes, dos de las cuales a continuación se detallan ya que se realizan en los controles prenatales:

- a) Atención a la gestante. “Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación íntegra de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre” (MINSa, 2011c, p.13). Se realiza

en todos los establecimientos de salud y está a cargo de un o una médico general, un o una gineco obstetra, o un o una obstetra. Ésta debe iniciar antes de las catorce semanas de gestación para que la gestante pueda recibir lo que se denomina “paquete básico”. Éste permite la detección pronta de factores de riesgo y signos de alarma; y por ello cada gestante debe realizarse al menos 6 atenciones durante su embarazo, de 40 minutos cada una (MINSA, 2011c, p.13-14). Cabe resaltar que un documento más antiguo indica que la duración de dichos controles prenatales no debe durar menos de 20 minutos (MINSA, 2007, p.112).

La frecuencia de dichas atenciones prenatales (MINSA, 2007, p.112) debe realizarse según estas guías técnicas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 y 24 semanas
- La cuarta entre las 27 y 29 semanas
- La quinta entre las 33 y 35 semanas
- La sexta entre las 37 y 40 semanas

El paquete básico incluye (MINSA, 2011c, p.14):

- Evaluación integral de la gestante
- Exámenes de laboratorio (2 “baterías” completas, y 1 después de los 6 meses si no se ha producido el parto)
- Detección de violencia basada en género
- Suplemento con ácido fólico durante los 3 primeros meses de embarazo
- Suplemento de calcio dos veces al día a partir de la semana 20 de gestación
- Plan de parto
- Orientación y consejería en salud materna y neonatal

- Prevención de cáncer ginecológico y examen mamario

b) Evaluación del Bienestar Fetal: “Procedimientos que se realiza a la gestante, con el cual se determina el estado del feto mediante monitorización clínica o electrónica de los movimientos fetales en relación a los latidos fetales y a las contracciones uterinas” (MINSA, 2011c, p.15). Son realizados por un o una médico general, un o una gineco obstetra, o un o una obstetra, y deben realizarse al menos 2 procedimientos por gestante de 60 minutos cada uno (MINSA, 2011c, p.15).

Por otro lado, las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva durante la atención prenatal (MINSA, 2004, p.69-72), se plantean las siguientes como actividades que el o la profesional a cargo de la ejecución del control prenatal debe realizar:

- Asegurar un trato con calidad y calidez a la gestante. Promover la participación de la familia: “Cumplir con los cinco pasos de la orientación y consejería; asegurarse que el consultorio tenga lo necesario. Identificar factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención. Es importante respetar las creencias culturales y evaluar la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. De ser posible promover la participación de la pareja y/o familia” (MINSA, 2004, p.69).
- Detectar la emergencia obstétrica.
- Solicitar a la gestante que orine antes de iniciar la consulta.
- Utilizar la historia clínica materno perinatal (HCMP) y el carné perinatal: Toda gestante debe tener una HCMP y el carné perinatal, los cuales deben ser llenados en forma apropiada y completa en toda consulta, incluso en las de emergencia.
- Averiguar por molestias o inquietudes.
- Identificar antecedentes ginecológicos, patológicos y epidemiológicos.

- Calcular la edad gestacional
- Medir la talla en la primera consulta
- Pesar en cada visita
- En cada atención, medir la presión arterial en posición sentada
- Evaluar la presencia de edema
- Realizar un examen clínico completo
- Medir la altura uterina
- Determinar presencia de movimientos fetales
- Realizar maniobras de Leopold. Auscultar latidos fetales
- Realizar el examen pélvico en la primera consulta o cuando la gestante refiera molestias ginecológicas
- Evaluar y estimular el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal y la atención institucional del parto.
- Identificar necesidad de exámenes auxiliares, vacuna antitetánica
- Evaluar requerimientos nutricionales
- Dar instrucciones claras y precisas, y acordar la próxima cita: “Dar indicaciones claras y escritas con letra legible, incluyendo la fecha de la próxima cita y el reconocimiento de los signos de alarma. Confirmar la comprensión de las instrucciones por la gestante o el familiar. [...] Todo embarazo es de riesgo. Se recomienda evitar términos como que “todo está normal o bien”, porque crea ideas equivocadas respecto a que no es necesario acudir a las siguientes visitas” (MINSA, 2004, p. 72)
- Realizar actividades educativas. Promover el parto institucional: “Hacer énfasis y orientar a la gestante sobre los signos de alarma: cefalea, dolor abdominal, pérdida de líquido, sangrado, disminución de movimientos fetales y contracciones uterinas” (MINSA, 2004, p. 72).

- Adecuar lenguaje a la población y a las creencias culturales.
- Orientar sobre el establecimiento de salud al que debe acudir.
- Evaluar la comprensión de instrucciones y signos de alarma.
- Verificar que la información figure en la HCMP.

A parte de este marco técnico sobre los controles prenatales y la atención de servicios de salud hacia la gestante en nuestro país, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 (INEI, 2017) resalta la importancia del control prenatal para la salud de la madre y de su hijo/a. Indica que “durante el control la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones que deber ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país” (p.229). Además, recibe consejos sobre alimentación, síntomas y signos de posibles complicaciones del parto, sobre cómo cuidado y alimentar al recién nacido, y sobre planificación familiar (p.229).

En el país, un 97,6% de las gestantes indican haber tenido un control prenatal realizado por personal de salud calificado (médico, obstetra o enfermera), lo cual brinda una cifra más alta que en el 2012 (96,0%). Sin embargo, se observa una tendencia a disminuir en la atención prenatal por obstetras, la cual fue de 60,3% el 2012 a 55,5% el 2016 (INEI, 2017, p.229).

En cuanto a diferencias etarias, si bien se identifica que un 66,3% de las gestantes menores de 20 años se atendieron con obstetras, las gestantes entre los rangos de 20 a 34 años, y de 35 a 49 años también presentan los mayores porcentajes de atención con obstetras. Sin embargo, son estos dos últimos grupos etarios los que presentan a su vez un 39,1% y un 45,0% de control prenatal con médicos respectivamente (INEI, 2017, p.230).

Además, en cuanto a nivel de educación, las mujeres sin educación, o con educación primaria o secundaria se atendieron en mayor porcentaje con obstetras, mientras que las mujeres con educación superior se atendieron un 62,0% con médicos (INEI, 2017, p.230).

Las mujeres que reducen sus atenciones prenatales por un profesional de salud calificado en cierto porcentaje son aquellas que se encuentran entre su sexto embarazo o uno posterior (INEI, 2017, p.230), y las mujeres sin educación. Esto coincide si se analiza por quintiles de riqueza, donde el quintil inferior tiene un menor porcentaje de mujeres atendidas en periodo prenatal por profesionales calificados (INEI, 2017, p.230).

Estas cifras también se refuerzan con que un 45,8% de mujeres de la zona urbana se atendieron con un médico, un 52,2% con obstetras, y un 1,0 % con enfermeras. En cambio, en el área rural, sólo un 16,8% se atendió con un médico y un 65,1% con una obstetra; un 11,3% con enfermera; y un 4,3% con un técnico en enfermería o un promotor de salud (INEI, 2017, p.231).

La región Cusco presenta a nivel general un 32,4% de sus mujeres gestantes atendidas por un médico; un 63,3% atendidas por obstetras; un 3,4% atendidas por enfermeras; y un 0,4% atendidas por un técnico de enfermería o promotor de salud (INEI, 2017, p.231). Un 0,5% de las entrevistadas no habría recibido ningún tipo de control prenatal.

Sobre la cantidad de controles prenatales a nivel nacional, un 88,9% del total de entrevistadas habría asistido a 6 o más controles. De las mujeres del área urbana, un 90,5% de ellas habrían calzado en el mismo criterio; y en el área rural un 84,3%. Además, en cuanto a los meses de embarazo cuando se dio el primer control, el área urbana presenta un 82,7% que se lo realizó en el primer trimestre, y un 73,1% de las mujeres del área rural (INEI, 2017, p.232).

Cusco se encuentra en el rango entre el 80,2% y 89,9% de mujeres gestantes que habrían tenido 6 o más controles prenatales (p.236). Además, en la región, un 90,2% de las mujeres entrevistadas recibieron durante su último embarazo pastillas o jarabe de hierro; y a un 96,5% le habrían explicado los síntomas de complicaciones del embarazo (INEI, 2017, p.236).

Estas cifras nos demuestran una serie de factores que influyen en la frecuencia de asistencia de controles prenatales, así como en las características de los mismos. Es importante resaltar que un alto porcentaje de mujeres en la región Cusco habría asistido a 6 o más controles, y que en su mayoría han sido atendidas por una obstetra.

Por otra parte, una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la salud materna y neonatal en la región Cusco, el Ministerio de Salud (MINSA) (1997a) describe la importancia del inicio oportuno y la continuidad de los controles prenatales para la prevención de posibles problemas que surjan durante el embarazo, el diagnóstico temprano de complicaciones, y por ende, para realizar una pronta transferencia de la gestante a un establecimiento de salud de mayor nivel en caso la situación no pueda ser manejada en el que se atiende (MINSA, 1997a, p.43).

En la zona rural existe la tendencia a asistir a los controles prenatales únicamente cuando el momento del parto está cerca, sobre todo si ya han dado a luz antes y conocen el proceso (MINSA, 1997a, p.44). Esto está estrechamente relacionado a la preocupación que tiene la mujer por conocer su estado de salud y el de su hijo, o de saber si existirán dificultades en el parto (MINSA, 1997a, p.43), lo cual significaría descartar la posibilidad de dar a luz en su casa. En relación a esto, las mujeres encuestadas consideran la gestación como “un hecho que no requiere intervención salvo en caso de problemas” (MINSA, 1997a, p.45).

Entonces la distancia, los horarios de atención, la poca relación con el establecimiento de salud y el no tener dificultades durante la gestación serían razones que explicarían por qué los controles prenatales empiezan de manera tardía, que no lleguen a ejecutarse en la cantidad requerida, o que se desarrollen embarazos sin ningún tipo de asesoría por parte de un profesional de la salud. A esto se suma el temor de acudir a un servicio que conocen poco y que, por testimonios de otras mujeres, podría no ser agradable. Así, estas experiencias desalientan a las gestantes de realizarse los controles prenatales dado que en los procedimientos médicos encuentran barreras “especialmente porque en muchas ocasiones, el personal de salud no explica las razones y características de los exámenes, ni toma en cuenta el pudor de las mujeres frente a los mismos” (MINSA, 1997a, p.45), y que incluso pueden no encontrar ningún tipo de solución a sus problemas en el centro de salud (MINSA, 1997a, p.49).

En esta línea, se encuentra la percepción sobre la calidad de atención de los servicios de salud (MINSA, 1997a, p.88-89), donde un primer indicador es la competencia técnica del personal percibida por el usuario de salud. Así, se identifica que las mujeres establecen una diferencia importante entre la atención brindada en los Puestos de Salud y los Centros de Salud en relación a la calidad de sus recursos humanos. Para ellas, los primeros están a cargo de médicos practicantes, inexpertos y poco calificados, mientras que los segundos cuentan con médicos especialistas (MINSA, 1997a, p.88). Esto determina que las mujeres no vayan al Puesto de Salud más cercano, si no a un Centro de Salud, solo cuando hay urgencias debido a la inversión de tiempo y dinero para llegar a éste.

Un segundo indicador es la demora en recibir la atención (MINSA, 1997a, p.89), pues para acudir a un establecimiento de salud, sobre todo lejano, se deben abandonar las tareas cotidianas. Esto se suma a ambientes poco cómodos de espera, y una percepción de la población sobre la indiferencia por parte del personal de salud, lo cual genera “una sensación de maltrato

en los establecimientos de salud” (MINSA, 1997a, p.89). Un tercer indicador es la calidad de atención en los servicios en términos del trato recibido con “amabilidad, cortesía y consideración” (MINSA, 1997a, p.90). Según la investigación del MINSA (1997a), existen algunas diferencias respecto a la percepción del trato en servicios de salud materna en Cusco dependiendo del lugar de proveniencia y nivel de instrucción, donde las mujeres que son de la zona urbana y tienen un grado de instrucción más alto consideran recibir una mejor atención (MINSA,1997, p.90).

Entonces, una de las razones de las gestantes para asistir a los establecimientos de salud es la identificación de señales de alarma durante la gestación, como la hemorragia o hinchazón del cuerpo. Otra razón es el obtener el certificado de nacimiento, lo cual a veces es motivo de conflicto cuando se da un parto en casa (MINSA, 1997a, p.45). Ahora, cabe resaltar que, desde el sistema médico vigente, el no asistir a los controles prenatales en establecimientos de salud deviene en indicadores negativos para el mismo, aunque esto no necesariamente se traduzca en una complicación o emergencia obstétrica (Velásquez et al, 2014, p.251). En este sentido, según las investigaciones citadas, observamos un contraste entre la gran lista de lineamientos técnicos planteados desde el Ministerio de Salud para la atención de la gestante y la realidad de su ejecución.

2.5.3. Maternidad andina

En la tradición andina, la maternidad es un acontecimiento social relevante no sólo para la mujer y su familia, sino incluso para su comunidad (Calandria et al, 2009, p.67). Actualmente esto se ha ido perdiendo y ha pasado a ser tratado como un proceso individualizado de la gestante. Frente a esto, el proyecto ejecutado por el Consorcio Madre Niño (Calandria et al, 2009), en Churcampá, Huancavelica, logró volver a involucrar a la familia tanto en la

maternidad segura y saludable como en el cuidado del recién nacido. Como resultado, se recuperó el concepto social de la maternidad, es decir que una vez más “la maternidad segura y saludable es asumida como parte de la vida social de las familias y comunidades campesinas” (Calandria et al, 2009, p.67). Sin embargo, esta situación no es la misma en todas zonas andinas del Perú.

A continuación, detallaremos algunas características de la maternidad andina debido a que es ésta la que se encuentra presente en la ciudad del Cusco y en convivencia con la cultura occidental más cercana a los procedimientos médicos estandarizados.

Como se mencionó antes, existen una serie de factores que influyen en la toma de decisiones para el cuidado de la salud en las zonas andinas, como la situación económica, la ubicación geográfica, la disponibilidad de otros recursos más cercanos o confiables, la conducta de los actores relacionados a la salud (desde profesionales de la salud, agentes comunitarios, hasta parteras y curanderos), la cultura y su concepción del bienestar, hasta los mismos síntomas de la enfermedad (MINSA, 1997, p.16).

Ahora, en la situación cusqueña específicamente, en relación a la cantidad de hijos, las mujeres encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del MINSA (1997) existen varios factores que alejan la situación real de la esperada. Indican que, debido a la escasez de recursos, y porque suponen una carga para ellas dado que “el trabajo de criarlos es solo para la mujer” prefieren tener idealmente 2 hijos, y máximo 3 (p.29). Sin embargo, el tamaño real de la familia indica que un 44% de las mujeres encuestadas tienen más hijos de los deseados (p.30).

Mientras existen todos estos factores que favorecen la procreación, a su vez existen barreras para la anticoncepción que permita tener una planificación familiar adecuada y consensuada. Las mujeres de la zona andina suelen conocer poco sobre los métodos anticonceptivos occidentales y tienen temor sobre los posibles efectos que estos tendrán para su salud (MINSA, 1997, p.33). Además de esto, se identifica que la toma de decisiones sobre la planificación familiar y el uso de anticonceptivos es motivo de conflicto dentro de las parejas, dado que los hombres se oponen a que sus parejas los utilicen por temor a una posible infidelidad (MINSA, 1997, p.34).

2.5.4. Comunicación y Salud Materna en el Perú

Estela Roeder, comunicadora social peruana especializada en comunicación y salud, presenta en la sistematización de un estudio cualitativo, el “acercamiento a las percepciones, mediaciones e interpretaciones de las mujeres de tres ámbitos del país, partiendo de sus costumbres, prácticas culturales y de comunicación en relación a la salud materna” (Roeder, 2000, p.1). Indica que, a la llegada de los proyectos de inversión al Perú en 1994, la salud pública y la comunicación se modificaron, lo cual permitiría a la “información, educación y comunicación en el soporte institucional para la construcción de las relaciones con las personas que acceden a los servicios” (p.12).

En este sentido, es posible analizar los aspectos mencionados en el apartado anterior (las razones por las cuales las mujeres acuden o no a los establecimientos de salud, en qué medida sienten que pueden hacerse cargo de una situación de salud, etc.) desde la comunicación. Roeder trabaja con el modelo de creencias de salud (2000, p.20), donde identificó finalmente que para modificar la percepción de la mujer que no acude al centro de salud es necesario trabajar con su entorno privado, es decir su hogar; y su espacio inmediato, es decir su

comunidad (2000, p. 22). Además, logra identificar una “ruta” que sigue la embarazada antes de llegar al establecimiento de salud, refiriéndose a las personas a las que acude antes de buscar atención médica.

Frente a una consulta o urgencia, las gestantes primero acudirían a su esposo o pareja, así como a su familia (se menciona de manera específica a su madre, sus hermanos; y en ausencia de su madre, a su suegra). Luego de ellos, consultarían a la partera, y junto con ella podrían trasladarla al Centro de Salud. El riesgo que aparece es el posible empeoramiento del cuadro de la gestante mientras acude a estas “estaciones” (personas) sin poder solucionar el problema al que puede estar enfrentándose (Roeder, 2000, p.22). En este sentido, la autora plantea reconstruir esta ruta de consulta de modo que pueda asistir al Centro de Salud en caso de una emergencia, acompañada de su esposo, familia, y/o la partera.

En cuanto al personal de salud que atiende finalmente a la gestante, Roeder sugiere replantear tres dimensiones del trabajo de comunicación: 1) la comunicación interpersonal al interior del servicio de salud, 2) la comunicación interpersonal y en la comunidad, con principal énfasis en la partera, y 3) la comunicación interpersonal y en el hogar con la gestante y la familia (2000, p.22). Estas dimensiones evidencian los actores que deberían estar involucrados en una atención de la salud materna de calidad y centrada en la madre. Asimismo, menciona la importancia de trabajar recursos informativos y medios de comunicación que sean pertinentes y puedan ser útiles para las gestantes, en tanto ellas tienen una valoración crítica sobre estos (Roeder, 2000, p.24). Por ejemplo, su investigación identifica que no todas comprenden o consideran útil el material escrito, que si bien tienen una gran cantidad de consultas no realizan preguntas por sentirse rechazadas por el personal de salud, y que el material gráfico en los centros de salud les es indiferente.

Otra iniciativa, más reciente, para la mejora de la salud materna en el Perú fue el proyecto ejecutado por el Consorcio Madre Niño en Churcampa (Huancavelica) (Calandria et al, 2009) el cual fomentó la maternidad saludable y segura, así como la salud del recién nacido a través de la propuesta de una adecuación intercultural de los servicios de salud (p.16). Esto incluyó el involucramiento de la comunidad a través de autoridades, personal de salud, familias y actores de salud tradicionales, lo cual requirió el trabajo en comunicación a través de medios masivos comunitarios como la radio, y mediante la capacitación al personal de salud (Calandria et al, 2009, p.67).

Sin embargo, el escenario inicial estuvo caracterizado por la ausencia de diálogo entre la comunidad y los profesionales de salud. De hecho, se indica que “en Churcampa, como ocurre en otros contextos de la población andina y amazónica del país, las personas, familias y comunidades tienen diversas lógicas culturales de origen ancestral [...] en las distintas etapas del ciclo de vida de las personas, una de ellas es la del embarazo y el parto” (Calandria et al, 2009, p.34). Así, se identificó que, sin el diálogo y acercamiento entre estos dos grupos, se perpetuarían las actitudes prejuiciosas entre la visión andina y la occidental médica, y por ende la relación conflictiva. Esta última sobre todo alejaría a los establecimientos de salud de las metas de cobertura en salud materna, así como podrían incrementarse los resultados negativos en la salud de las gestantes por no acudir a los centros de salud cuando fuera necesario (Calandria et al, 2009, p.34).

En el caso de Cusco, en 1997¹⁸, se identificó a través de un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud materna, que la principal fuente de información sobre el tema son los propios servicios de salud, los cuales incluyen un componente educativo en sus programas. Así, se constata que los establecimientos de salud son la principal fuente de información sobre planificación familiar, así como en relación a la gestación y parto (MINSA, 1997, p.93). Esto se complementa con otras fuentes que suelen provenir del entorno familiar o vecinal de las mujeres, dependiendo del mayor o menor uso de los servicios de salud (MINSA, 1997, p.93). Así, estas otras mujeres forman parte de redes informales de comunicación dentro de la comunidad (MINSA, 1997, p.94-95), ocupando el segundo lugar de importancia para las gestantes encuestadas. Sobre todo, acuden a las mujeres mayores de su familia o con cercanía a ellas que ya han pasado por el embarazo, parto y puerperio, pues “son fuentes importantes de apoyo y consejo” (MINSA, 1997, p.95).

Finalmente, los agentes comunitarios de salud aparecen entre las respuestas como un actor que ha tomado relevancia en la región. Las mujeres encuestadas indican que quien conoce mejor sobre su salud es el agente comunitario; sin embargo, también perciben que no suelen tener los conocimientos suficientes (MINSA, 1997, p.94).

Este apartado ha permitido esbozar iniciativas específicas relacionadas a la comunicación y a la salud materna en el Perú. Ambas permiten identificar la presencia clara de la comunicación para la mejora de la salud materna, así como específicamente permiten resaltar la relevancia de la interacción entre profesionales de la salud y gestantes, traducida en la comunicación interpersonal.

¹⁸ No se han encontrado investigaciones similares de años más recientes.

Respecto a los temas mencionados en el acápite de Salud Materna, considero importante resaltar que si bien el sistema biomédico ha transformado un proceso natural como es la gestación y el parto a un evento de alta prioridad médica, aun hay retos que enfrentar para asegurar el bienestar de todos los involucrados. Así, es necesario que el sistema médico peruano revise la aplicación de su legislación en tanto el recurso humano en salud tiene el potencial de ser un agente comunicacional preciado para la mejora de la salud, en este caso, materna y neonatal.

Así, el presente capítulo ha tenido la intención de contextualizar la situación peruana, andina y cusqueña del sistema de salud respecto a la salud materna. Deseo resaltar, a modo de conclusión, que las cifras planteadas como indicadores no deben ser olvidadas como personas, y por ende las iniciativas de gestión deben trascender los procesos administrativos para poder hacer efectivo el beneficio. Esto requiere no sólo establecer leyes o lineamientos, sino asegurar formas en las que estos sean apropiados más que solo aplicados. El acercamiento a la gestante desde el recurso humano en salud es uno de los pocos factores que podría asegurar la mejora de la salud materna en el país. Y es un acercamiento que solo puede hacerse con la comunicación.

Capítulo 3. Marco Conceptual

3.1. Enfoques para el abordaje de la investigación

En este capítulo se desarrollarán los enfoques y teorías bajo los cuales se acoge el marco conceptual de la presente investigación. En primer lugar se describirán las características más relevantes de la Teoría Sociocultural y cómo se entrelazan con las investigaciones en comunicaciones. Luego se describirán las teorías que forman parte de la corriente que se basa en la interacción y la construcción de las realidades sociales, como la Visión Interaccional de P. Watzlawick, la teoría de la Gestión Coordinada del Significado (GCS) de Pearce y Cronen, y la corriente de *Health Communication* o Comunicación en Salud, y posteriormente se explicará brevemente el Modelo Socioecológico. En segundo lugar, se abordará a la comunicación interpersonal como concepto teórico, dentro del cual también se desarrollará su variante dentro de los servicios de salud, así como el papel de la percepción y su construcción en la interacción humana. Para finalizar el capítulo, se desarrollará el modelo de la Atención Primaria de Salud, donde se abarcarán los conceptos de *Respectful Maternity Care*, *Relationship-centered Care*, calidad y satisfacción en la atención en salud, y *Shared Decision Making*.

3.1.1. Teoría Sociocultural

Esta teoría presenta un amplio campo de investigación que se desarrolló a lo largo del siglo XIX, altamente influenciado por la semiótica así como por la sociología y la antropología. Robert T. Craig (1999), teórico de la comunicación estadounidense, es quien describe el rol que tiene la comunicación dentro de la tradición sociocultural como “un proceso simbólico que produce y reproduce patrones socioculturales compartidos” (p.144). Craig explica que la “reproducción” responde al carácter reflexivo del orden sociocultural establecido y que se basa en preexistentes estructuras sociales, sistemas de creencias y valores compartidos.

Craig identifica que los problemas comunicacionales dentro de la tradición sociocultural (1999, p.145) responden a la existencia de brechas en espacio (diversidad y relatividad sociocultural) y tiempo (cambio sociocultural), sugiriendo que estas brechas producen diferencias culturales de los individuos, y que pueden afectar la interacción con otros en tanto son cimientos socioculturales sobre los cuales las relaciones se construyen. Babrow & Mattson (como se citó en Bergman & Connaughton, 2013, p.791) postularon que estas diferencias o brechas culturales son las que producen los dilemas entre médicos y pacientes. De hecho, Maciag (2012, p.85) indica que las dificultades de la comunicación interpersonal, como la descodificación de la información, son afrontadas en contextos donde la interacción se realiza entre personas con diferentes profesiones dado que significan la realidad de diferentes maneras.

Se puede resumir entonces que la comunicación en la teoría sociocultural tiene especial relevancia dado que es a través de ella que se muestran y comparten los símbolos que construyen las estructuras sociales en las cuales nos desarrollamos. Y es precisamente la comunicación la que permite construir puentes sobre las brechas que las diferencias culturales generan para mejorar la convivencia.

3.1.2. La interacción y la construcción de la realidad social

En este apartado se desarrollarán las teorías comunicacionales que explican las experiencias interpersonales que se trabajarán a lo largo de este trabajo de investigación. En primer lugar, la Visión Interaccional de Paul Watzlawick; luego, la Teoría de la Gestión Coordinada del Significado de Pearce y Cronen; y finalmente, los enfoques abarcados por el campo de *Health Communication*, el cual detalla la influencia de la comunicación en los entornos de salud.

3.1.2.1. *Visión interaccional de P. Watzlawick*

Paul Watzlawick, teórico y psicólogo austriaco, enfatizó en su obra “*Human Communication*”(1969) la importancia del contexto en la comunicación humana. Este integrante de la Escuela de Palo Alto propuso los axiomas de la Teoría Interaccional (Fernández & Galguera, 2009, p.45-46), los cuales son los siguientes:

- A. **Es imposible no comunicar:** Una unidad comunicacional puede ser cualquier mensaje, y un grupo de estos intercambiados entre personas son denominados “interacción”. Dado que no podemos dejar de realizar acciones o tener comportamientos y actitudes, todas estas emiten un contenido comunicacional, por lo cual incluso inconscientemente no dejamos de comunicar.
- B. **Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel relacional:** Para explicar este axioma, Fernández y Galguera (2009, p.45) citan a Bateson, antropólogo y científico social perteneciente también a la Escuela de Palo Alto, cuando se refiere a los aspectos referenciales y conativos de la comunicación. El primero trata la transmisión y al contenido de la información, mientras que el segundo está asociado a la relación que se desarrolla entre los comunicantes.
- C. **La naturaleza de una relación depende de la forma de pausar la secuencia de comunicación que cada participante establece:** La relación se moldea de acuerdo a la forma en la que ambos participantes llegan a un consenso tácito de “cómo” comunicarse. Cuando ese acuerdo es poco claro para alguno se pueden generar conflictos en la interacción.
- D. **Las personas utilizan tanto la comunicación digital como la analógica:** Se hace referencia a la posibilidad que tenemos de comunicarnos mediante símbolos gráficos (como dibujos, que sería lo analógico) o a través del lenguaje codificado que se comparte entre los participantes de la interacción (los sustantivos, que serían lo digital).

E. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios:

Donde las relaciones simétricas se caracterizan por la igualdad o equidad de la relación, mientras que las complementarias se basan en una supuesta inequidad o relación vertical o de poder. Estas expresiones pueden presentarse en una misma relación dependiendo del contexto o tema que se trate en la interacción.

Asimismo, Watzlawick plantea que es posible identificar las maneras de prevenir los posibles problemas en la comunicación interpersonal, los cuales son los siguientes (Fernández y Galguera, 2009, p.46):

- A. Potenciar la provisión de un contenido claro y completo, adaptado al ambiente y a los individuos, reforzado con acciones y comunicación no verbal.
- B. Practicar la escucha activa y reflexiva, abierta a la retroalimentación. Que sea asertiva y afectiva.
- C. Definir claramente los roles.

En este sentido, la visión interaccional que plantearon Watzlawick y Bateson le da un gran protagonismo al contexto social en el cual los individuos nos desenvolvemos y que tiene alta influencia en la construcción de nuestras relaciones sociales mediante las formas en las que nos comunicamos. Se deja de lado la tendencia cibernética de Shannon y Weaver de emisor y receptor, incluyendo la existencia de la retroalimentación o *feedback*, y que será aún más desarrollada por la siguiente teoría, la Gestión Coordinada del Significado.

3.1.2.2. Teoría de la Gestión Coordinada del Significado

Desarrollada por W. Barnett Pearce y Vernon Cronen, es una teoría que integra elementos del interaccionismo simbólico y la comunicación relacional, entre otras corrientes. Los autores

plantean que las realidades sociales son construidas por las personas-en-conversación, es decir, que “el discurso y la acción crean el ambiente social en el que vivimos” (como se citó en Fernández y Galguera, 2009, p.23). Según Griffin, la GCS sigue siendo la teoría más extensa sobre construcción social trabajada por teóricos de la comunicación (como se citó en Fernández y Galguera, 2009, p.23)

Esta teoría se refiere a la forma en que los individuos establecemos reglas para crear e interpretar significados, y cómo éstas se encuentran en constante interacción y transformación en una conversación ya que el significado está siendo coordinado constantemente (West y Turner, como se citó en Fernández y Galguera, 2009, p.23). Es decir, esta teoría retrata cómo los humanos vamos intentando conseguir una coordinación, gestionando la manera en la que nuestros mensajes toman significado (Cronen, Pearce & Harris, como se citó en Fernández y Galguera, 2009, p.23).

Las premisas de la teoría son (2009, p.23-24):

- A. **Centralidad de la Comunicación:** Como mencionamos en el apartado de la Visión Interaccional, estas teorías son parte de la corriente del constructivismo social, la cual considera que la interacción entre los seres humanos se da a través de la comunicación entre ellos. Este enfoque además se contrapone a la lógica de información-transmisión de Shannon y Weaver.
- B. **Los seres humanos crean conjuntamente una realidad social:** Cuando nos involucramos en una conversación, cada persona presente trae consigo experiencias de conversaciones pasadas que forman parte de nuestra realidad individual o personal. Una vez éstas entran en diálogo, se produce una nueva realidad social creada conjuntamente por esa interacción.

- C. **Las transacciones de información dependen del significado personal y del interpersonal:** Se define como “significado personal” a aquel que se logra cuando una persona en interacción con otras presenta sus experiencias exclusivas. Cuando una o más personas están de acuerdo en la interpretación de la experiencia de quien la ha presentado, se dice que han logrado un “significado interpersonal”. Es decir, que han construido juntos el significado durante la interacción (Cushman y Whitin, como se citó en Fernández y Galguera, 2009).

Una vez claras estas premisas, es preciso poder presentar el término que utilizan Pearce y Cronen para referirse a la comunicación desde la interacción de las personas: **personas-en-conversación**. Así, el modelo GCS indica que las **personas-en-conversación** son la mejor manera de observar a la comunicación desde ese aspecto, y que cabe identificar ciertos principios sobre este concepto (Fernández y Galguera, 2009, p.24):

- A. **La experiencia de “personas-en-conversación” es el primer proceso social de la vida humana:** Como se ha mencionado antes, el mundo social se crea por medio de la conversación, y es la interacción humana la que crea el mundo social que conocemos (Cronen, Chen & Pearce, como se citó en Fernández y Galguera, 2009, p.24).
- B. **La manera como la gente se comunica es regularmente más importante que el contenido de lo que dicen:** La manera en la que las personas-en-conversación se comunican desempeña un rol importante, más que el contenido, en la construcción social de los eventos y de nuestro mundo social.
- C. **Las acciones de las personas-en-conversación son reflexivamente reproducidas a medida que el diálogo continúa:** La reflexividad toma importancia aquí en tanto existe como retroalimentación, donde lo que sea que comuniquemos tendrá un efecto de retorno en nosotros.

Finalmente, la teoría GCS explica cómo las historias, entendidas como discursos subjetivos que se comparten en la interacción, son las que permiten dar sentido a esa situación. Es decir, son las que hacen posible que exista una coherencia compartida o entendimiento recíproco, lo cual guía hacia una mayor y mejor coordinación.

Así, la teoría de la Gestión Coordinada del Significado tiene como principal intención plantear que la construcción del mundo social que conocemos es posible por la interacción que tenemos con los demás. Esta interacción se realiza a través de la comunicación y se ve influenciada por las cargas culturales que cada interlocutor trae consigo. Para construir una realidad social compartida se debe llegar a la coordinación de los significados sobre los cuales se basa nuestra conversación, evitando conflictos o malentendidos en ella.

3.1.2.3. Health Communication

Renata Schiavo (2014), especialista en salud pública y comunicaciones de Estados Unidos, desarrolla las diversas concepciones y áreas de trabajo que se involucran el campo de *Health Communication*. Para fines del presente trabajo, este concepto se traducirá como Comunicación en Salud. Es así que Schiavo plantea éste como un campo de investigación, teoría y práctica, que es multifacético y multidisciplinario. La Comunicación en Salud tiene como objetivo involucrar a diferentes grupos poblacionales con los cuales intercambiar información relacionada a su salud (Schiavo, 2014, p.5-6). Así mismo, es un campo en el cual poder identificar ideas y métodos para influir, comprometer, empoderar y apoyar a los individuos, comunidades, profesionales de la salud, pacientes, tomadores de decisiones políticas, organizaciones y el público en general, para introducir o adoptar prácticas, comportamientos o políticas que mejoren los resultados de salud a nivel individual, comunitario y público (p.9).

Para el Centro para el Control y Prevención de la Enfermedad (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, la Comunicación en Salud se define como “the study and use of communication strategies to inform and influence individual and community decisions that enhance health” (CDC, como se citó en Schiavo, 2014, p.6). Entonces, si consideramos que las mejoras en los resultados en la salud de las personas están condicionados por el contexto social, la información provista debe ser adecuada a las diferentes comunidades y grupos humanos. Se debe realizar una investigación profunda sobre necesidades, creencias, tabúes, actitudes, estilo de vida, factores económicos, ambientales y sociales para poder brindar una comunicación basada en mensajes fácilmente comprensibles (Schiavo, 2014, p.6), donde precisamente como mencionábamos en las teorías anteriores, se compartan significados.

La autora realiza una compilación de definiciones del concepto de comunicación y Comunicación en Salud, para lo cual se han escogido aquellas que contemplan conceptos más adecuados para la presente investigación. A continuación se detallan:

- A. “A process for partnership and participation that is based on two-way dialogue, where there is an interactive interchange of information, ideas, techniques and knowledge between senders and receivers of information on an equal footing, leading to improved understanding, shared knowledge, greater consensus, and identification of possible effective action” (Exchange, como se citó en Schiavo, 2009, p.9).
- B. “Communication processes are central to broader empowerment practices through which people are able to arrive at their own understanding of issues, to consider and discuss ideas, to negotiate, and to engage in public debates at community and national levels” (FAO, como se citó en Schiavo, 2014, p.9).”

- C. “The goal of health communication is to increase knowledge and understanding of health-related issues and to improve the health status of the intended audience” (Muturi, como se citó en Schiavo, 2014, p.8).
- D. “Communication empowers people by providing them with knowledge and understanding about specific health problems and interventions” (Muturi, como se citó en Schiavo, 2009, p.9).

Finalmente, la autora concluye el apartado de definiciones citando a Bernhardt (como se citó en Schiavo, 2014, p.9):

“Health communication is the scientific development, strategic dissemination, and critical evaluation of relevant, accurate, accessible, and understandable health information communicated to and from intended audiences to advance the health of the public”

Por otra parte, Rukhsana Ahmed, Doctora en *Health Communication* y profesora del Departamento de Comunicaciones de la Universidad de Ottawa, describe la comunicación en salud (2012, p.148) como:

“[...] the study of the interactions among various participants in the health care process, the dissemination of health- related messages and messaging by individuals, groups, and/or mass media to other individuals, organizations, and/or the general public, and the interpretation of these messages”

Se puede decir entonces que la Comunicación en Salud es un concepto que tiene como prioridad la provisión de información adecuada y clara en temas de salud para todos los individuos a través de la interacción con ellos. Ésta debe considerar las diferencias culturales de cada uno, y debe promover el involucramiento activo de las personas y sus comunidades en

la mejora de su salud. Así, se resalta la importancia de acciones comunicacionales pertinentes para estos públicos, en búsqueda de contribuir a mejores resultados en cuanto salud pública a nivel mundial.

De acuerdo a lo presentado en el apartado de “La interacción y la construcción de la realidad social”, se puede decir que la Visión Interaccional de Paul Watzlawick permite introducir el concepto de “interacción” como parte esencial de la construcción del mundo social. Mientras tanto, la Teoría de la Gestión Coordinada del Significado de Pearce y Cronen hace énfasis en la influencia que tienen las cargas culturales que cada individuo lleva consigo al comunicarse con otro, y cómo nos esforzamos por coordinar los significados para entendernos. Finalmente, los enfoques de Comunicación en Salud nos detallan la influencia de la comunicación en los entornos de salud en términos de provisión de información clara y promoción del empoderamiento de las personas para la mejora de los resultados de salud.

3.1.3. Modelo Socioecológico

El modelo socioecológico, o la perspectiva ecológica, provee un marco útil para analizar múltiples contextos sobre un mismo tema, incluyendo los aspectos organizacionales, políticos, legales, mediáticos, culturales y otros que pueden influenciar positiva o negativamente, como en el caso de la comunicación en salud, la comunicación interpersonal en salud entre pacientes, proveedores de salud, familiares y otros (Ahmed, 2012, p.145).

Este modelo se basa en las postulaciones de Bronfenbrenner sobre el modelo ecológico de desarrollo humano que contextualiza el sistema de relaciones que configuran el entorno del individuo (Ahmed, 2012, p.145), el cual se organiza a través de sistemas anidados. Así, se encuentra el microsistema, que incluye las relaciones entre los individuos y su entorno inmediato como familia, escuela, grupos de pares, barrio y lugar de trabajo; el mesosistema,

que representa las relaciones que conectan los microsistemas de los que los individuos son parte, como las conexiones entre hogar y escuela, o escuela y lugar de trabajo. Luego se encuentra el exosistema, el cual representa el contexto social en el que los individuos no participan activamente pero de los que son parte por la influencia indirecta que tienen en su desarrollo, como la familia extendida o, en el caso de los niños, el ambiente de trabajo de sus padres. Por otro lado se encuentra el macrosistema, el cual representa los valores, creencias, costumbres y leyes generales que impactan en el desarrollo del individuo. Finalmente, el cronosistema engloba la dimensión del tiempo en tanto se relaciona con los contextos de los individuos y sus experiencias de vida, como en los cambios en la estructura familiar a través del tiempo, el nivel socioeconómico, lugar de residencia, etc. (Bronfenbrenner, como se citó en Ahmed, 2012, p. 145-146).

Posteriormente, investigaciones como la de McLeroy et al (como se citó en Ahmed, 2012, p. 146) acercaron el modelo al tema de promoción de la salud. Aquí el modelo ecológico se ajusta al identificar que el comportamiento en salud se ve influenciado por factores intrapersonales, procesos interpersonales, factores institucionales, factores de la comunidad así como políticas públicas. Finalmente, las investigaciones de Street (como se citó en Ahmed, 2012, p.146) usan esta perspectiva socioecológica para analizar los procesos comunicativos en contextos médicos. Es así como el enfoque se centra en cómo la comunicación en las interacciones médicas está influenciada por contextos interpersonales, organizaciones, mediáticos, políticos, legales y culturales. De hecho, Street indica que “el contexto interpersonal es en el que el encuentro médico está más fundamentalmente incrustado”, y por ende se debe usar un marco referencial que considere la gran variedad de contextos sociales interrelacionados que afectan la interacción entre profesionales de salud y pacientes.

Entonces, el modelo socioecológico permite una revisión de la comunicación interpersonal en salud considerando los factores externos que la afectan por estar estrechamente relacionados a ella. Así, cualquier investigación sobre el tema debe considerar que existen condiciones externas al encuentro profesional de la salud – paciente que la influenciarán, pudiendo mejorarla o empeorarla.

A modo de conclusión del apartado de “Enfoques para el abordaje de esta investigación” se puede identificar que las teorías presentadas acogen con claridad la importancia de la interacción comunicacional que se da entre los actores que se han mencionado en el primer capítulo del marco teórico: las obstetras y las gestantes. Asimismo, se han podido describir los conceptos relacionados a la Comunicación en Salud que evidencian la necesidad de reconocer la comunicación interpersonal como factor que influye en la mejora de los resultados de salud de individuos y comunidades.

3.2. Comunicación interpersonal

En este sub capítulo se detallarán los conceptos relacionados a la Comunicación Interpersonal, así como su rol en los contextos de atención de la salud. En primer lugar se desarrollará el concepto de Comunicación Interpersonal, considerando sus aspectos verbales y no verbales. Luego se hará énfasis en la presencia de estos conceptos en las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes, y cómo éstas son evidencias de las relaciones de poder entre los actores.

Se puede considerar a la comunicación interpersonal como el modelo originario de la comunicación humana (Dusek, 2005, p.28), en tanto ésta se da en la convivencia, en la vida en común. Según Blake Harolsen (como se citó en Dusek, 2005, p.17), la comunicación interpersonal es “la interacción que tiene lugar en forma directa entre dos o más personas

físicamente próximas, y en la que pueden utilizarse los cinco sentidos con retroalimentación inmediata”. Por otro lado, Fernández (como se citó en Dusek, 2005, p.17-18) propone una serie de características que tendría la comunicación interpersonal:

1. Tiene como condición principal el contacto previo entre dos o más personas físicamente próximas.
2. No tiene un número preestablecido de participantes siempre y cuando la interacción no deje de ser interpersonal. En este sentido, se requieren por lo menos de dos personas.
3. El contacto previo permite entrar en sintonía, es decir iniciar el intercambio de mensajes en torno a un tema en común.
4. Todas las personas que intervienen en la comunicación interpersonal son participantes activos, y por consiguiente asumen diferentes roles durante el desarrollo de la interacción.
5. La interacción se lleva a cabo mediante un intercambio de mensajes, donde cada interlocutor se comunica a través de un conjunto de señales para ser interpretadas por los otros.
6. Al ser un encuentro cara a cara, los participantes usan todos sus sentidos y por ello es necesario que estén lo suficientemente cerca para conversar y poder identificar cada señal a ser interpretada.
7. En apariencia, el contexto en el cual se desarrolla la comunicación interpersonal está poco estructurado o normado, por lo cual se suele pensar que la dinámica se rige por pocas reglas.

En este sentido, cabe precisar que en la comunicación interpersonal no sólo intervienen mensajes expresados oralmente, si no que la comunicación no verbal (gestos, miradas, expresión corporal) también tiene un rol de gran importancia en esta interacción. Eileen McEntee (1996, p.185) define la comunicación no verbal como “todas aquellas señas o señales

relacionadas con la situación de comunicación que no son palabras escritas u orales”. Para ella, las señales son expresiones del comportamiento de un individuo, las cuales son recibidas por otro que las interpreta y que por ello terminan afectando su comportamiento.

Ahmed define la comunicación interpersonal como “the process of information exchange by which two individuals negotiate meanings, identity, and relationships” (Ahmed, 2012, p.148). Asimismo, la autora hace una recopilación de las categorizaciones de las teorías de comunicación interpersonal (2012, p.151), las cuales organiza en los siguientes criterios:

- A. Centrada en el individuo: se enfoca en entender cómo los individuos planean, producen y procesan los mensajes interpersonales.
- B. Centrada en el discurso o la interacción: enfocada en entender la comunicación interpersonal como un mensaje o una acción conjunta realizada entre las personas.
- C. Centrada en la relación: centrada en entender el rol de la comunicación en el desarrollo y sustento de las relaciones sociales, tales como amistades, romances o de convivencia.

Por su parte, para Marta Rizo García (2008, p.2), la comunicación interpersonal está intrínsecamente relacionada a las raíces latinas del término “comunicación” o *communicare*, que se refiere a intercambiar, compartir o poner en común, donde precisamente la idea de “compartir, poner en común y de vincular” (2008, p.3) es la clave. Esta definición también involucra la idea de la interacción como un “intercambio de hecho, actividades y movimientos”, que sería el principio básico de las relaciones sociales (2008, p.3), sin que esto signifique la misma relación en viceversa (Rizo, 2008, p.2). De hecho, para Rizo “no toda interacción da como resultado acciones de puesta en común, de entendimiento” (2008, p.2), como si lo haría la comunicación interpersonal.

Según lo explicado, se puede afirmar entonces que la comunicación interpersonal requiere de una interacción realizada en un espacio físico y temporal compartido en el cual los interlocutores puedan intercambiar mensajes no sólo oralmente, si no a través de gestos, entonaciones, miradas, etc. Sin embargo, cabe hacer la precisión mencionada en el anterior párrafo respecto al riesgo de homologar toda interacción humana a la comunicación interpersonal, dado que no toda interacción genera entendimiento.

La comunicación interpersonal es básica para la convivencia humana en los diferentes entornos en los que nos desarrollamos diariamente, y es por eso que a continuación contextualizaremos la comunicación interpersonal en los entornos de la atención en salud.

3.2.1. Comunicación interpersonal en los servicios de salud

En 1992 se realizó en Canadá un encuentro de representantes de Facultades de Medicina motivados por la toma de consciencia de la falta de desarrollo de habilidades comunicativas en los planes de estudio que formaban a sus profesionales de salud. En esta reunión participaron panelistas de Australia, Estados Unidos, Gran Bretaña, y el país anfitrión, Canadá. Se hicieron presentes programas de pregrado y posgrado, así como Colegios Médicos de Familia y de Cirujanos, grupos de pacientes organizados además de enfermeros y trabajadores sociales. Todos estos actores reunidos, reconocieron a la comunicación como una de las más importantes herramientas de los profesionales de la salud para la aplicación de la atención primaria (WHO, 1993, p.1). En ese sentido, la conclusión a la que arribaron fue que la interacción entre los pacientes y los profesionales de la salud contemplaba la construcción de una relación que requería el desarrollo de habilidades interaccionales en estos últimos para alcanzar resultados positivos en la mejora de la salud de los pacientes (WHO, 1993, p. 39).

La comunicación interpersonal, según Glanz, Rimer y Viswanath (2015, p.244), es la manifestación de la interconexión entre la información biomédica o técnica, y los complejos roles y relaciones en los que los comportamientos de los individuos en relación a su salud son negociados. Por su parte, Duggan y Thompson (como se citó en Glanz et al., 2015, p.243) la identifican como una fuente primaria de influencia social, siendo esta última parte de un proceso crítico para optimizar el comportamiento de los individuos en temas de salud. En este sentido, indican que la comunicación interpersonal está asociada a la mejora de los resultados en la salud cotidiana, incluyendo la calidad de vida, el manejo de los síntomas de las enfermedades y la adaptación a esta.

Ahora, si bien la comunicación interpersonal impacta en diversos aspectos de los individuos, esta también se ve afectada por su contexto. Así, los determinantes sociales de la salud son entendidos como

“las condiciones en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluyendo su sistema de salud. Son condiciones que se moldean según la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local, y que son influenciados por las decisiones políticas. Son en gran medida responsables por las inequidades de la salud”
(WHO, como se citó en Melkote, 2012, p.633)

Ellos “afectan todos los aspectos del desarrollo del individuo así como la habilidad para alcanzar un estado de salud óptimo” (Ahmed, 2012, p.167), pues incluso moldean la comunicación interpersonal en la salud (Ackerson y Viswanath como se citó en Glanz et al., 2015, p. 243).

Por su parte, Ahmed (2012, p.148) describe la comunicación interpersonal en salud como la intersección entre la comunicación interpersonal y el concepto de *health communication*, centrándose en cómo la primera moldea los encuentros médicos y la salud de las personas, y cómo en retorno, estos dos aspectos moldean la comunicación y las dinámicas de las relaciones interpersonales.

Algunas formas en las cuales la comunicación interpersonal interviene en la mejora de los resultados en salud son, por ejemplo, que esta facilita el entendimiento de los pacientes sobre regímenes y tratamientos médicos complejos, asegurando que el tratamiento se cumpla para mejorar su salud. Por otra parte, la comunicación interpersonal entre los profesionales de la salud y los pacientes pueden afectar los procesos motivacionales y cognitivos que cimientan los comportamientos relacionados a una vida saludable, como dejar de fumar, tener una alimentación balanceada, o realizar ejercicio. Estas actividades pueden promover el involucramiento y la toma de decisiones de los pacientes, así como las habilidades para solucionar problemas a la hora de adoptar estilos de vida más beneficiosos para la salud (Glanz et al., 2015, p.254).

3.2.1.1. Comunicación profesional de la salud-paciente

Ahmed (2012, p. 153-154) recopila los modelos de comunicación médico-paciente identificados por Emanuel y Emanuel (como se citó en Ahmed), los cuales son los siguientes:

- Modelo paternalista: donde el médico asume el rol autoritario, prescribiendo el tratamiento y donde el paciente se adhiere a él sin cuestionarlo. Este modelo quebranta la autonomía del paciente.

- Modelo informativo: donde el médico brinda toda la información concerniente al diagnóstico y a las opciones de intervención del paciente, pero lo deja solo para que tome la decisión, colocándolo en un rol de autonomía irrealista.
- Modelo interpretativo: donde el médico actúa como consejero, proveyendo a sus pacientes de la información médica relevante, y ayudándolo a dilucidar y articular sus valores para determinar las intervenciones médicas que sean las mejores según ellos. Al médico que encaja en este modelo le interesan no sólo la información relacionada directamente a la salud del paciente, sino también a sus aspiraciones y compromisos.
- Modelo deliberativo: donde el médico actúa como un amigo que se centra en ciertos valores relacionados a la salud, y se compromete en una deliberación con el paciente para determinar las intervenciones médicas que mejor encajen en su condición médica a nivel general. En este modelo, al concentrarse en los valores relacionados a la salud permite llegar a otros específicos que también son importantes para la toma de decisión y que suelen ser descartados en otros modelos.

Ahmed identifica este último modelo como el ideal, dado que promueve la horizontalidad de la relación. Sin embargo, hace la aclaración de que este requiere de un entrenamiento de las habilidades comunicativas no sólo de los médicos, si no también de los pacientes, dada la naturaleza dual de la interacción.

El concepto de comunicación doctor-paciente ha sido descrito como una de las piedras angulares de la buena práctica médica y de la calidad de la misma (WHO, 1993, p.2, p.39) dado que es la base para una adecuada consulta médica donde se recoge la información necesaria para un diagnóstico acertado. De hecho, Evans et al. (como se citó en WHO, 1993, p.2), concluyeron que los estudiantes de medicina que habían sido parte de un curso de habilidades

comunicativas fueron más efectivos al momento de identificar información importante de los pacientes a través de las señales verbales y no verbales. Y es que un diagnóstico efectivo no depende sólo de identificar los síntomas físicos de una enfermedad, sino también de ser capaces de reconocer cuáles de esos síntomas físicos pueden tener orígenes psicológicos o sociales, y que por ende necesitan diferentes tratamientos.

Como se mencionó anteriormente, se ha demostrado que a mejor comunicación interpersonal entre profesionales de salud y pacientes, mayores posibilidades de adherencia a los tratamientos y por ende a su efectividad en la mejora de la salud. Esto es de gran importancia sobre todo cuando la no adherencia al tratamiento es uno de los problemas más serios de salud pública (WHO, 1993, p.2). Asimismo, esta comunicación debe ser idealmente horizontal y deliberativa, en la cual los conocimientos de ambas partes puedan ser valorados y propicien una toma de decisiones pertinente no sólo a nivel médico si no también según los valores del paciente. Quisiera hacer especial énfasis en el tema de recursos humanos en salud, dado que la presente investigación los reconoce como agentes comunicacionales esenciales para la atención de calidad en salud. Y es que a través de ellos la población usuaria, como las mujeres gestantes, tienen un acercamiento directo al sistema de salud y por ende son la imagen y primer referente del mismo.

3.2.1.2. Habilidades de comunicación en profesionales de la salud

Según la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS), creada y validada por un estudio de Leal-Costa et al (2016), las habilidades de comunicación en profesionales de la salud pueden ser definidas como:

“el conjunto de técnicas y conductas verbales y no verbales [...] que conforman la competencia relacional de los profesionales de la salud a través de las cuales éstos

expresan, en un contexto interpersonal (centrado en el paciente) y en una situación específica, sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones, deseos y derechos, proporcionando una serie de consecuencias en la relación que afectan al propio paciente (mejoría o curación del proceso clínico, satisfacción con la atención, cambios conductuales y emocionales), a los profesionales (satisfacción o bienestar en su trabajo), a la relación entre ambos (reforzamiento, confianza, apoyo, denuncias o reclamaciones), e incluso al sistema sanitario (utilización de recursos, efectividad y calidad en la asistencia)” (Leal-Costa et al, 2016, p.51).

Los investigadores de este estudio plantean seis habilidades específicas (Leal-Costa et al, 2016, p.51), las cuales son:

- **Comunicación informativa.** Entendida como la capacidad de proporcionar información asegurando que los pacientes la comprenden, así como obtener información integral de los pacientes.
- **Escucha activa.** Se refiere a la disposición física y mental del profesional de la salud de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que emite el paciente, a través de comunicación verbal o no verbal. Se debe intentar entender el significado correcto del mensaje que brinda el paciente, e indicarle lo que el profesional cree que está entendiendo del contenido del mismo.
- **Empatía.** Es la disposición del profesional que le permite sumergirse y observar las experiencias del paciente desde su marco de referencia interno, es decir, desde su mundo subjetivo. Esto se logra captando a través de la forma en la que el paciente significa su entorno y cómo comunica sus sentimientos, ideas, etc. Una actitud empática es la disposición de la persona de entender ese marco de referencia interior del otro. La forma conductual en la que este componente se muestra es a través de la escucha activa,

mencionada anteriormente, y en la respuesta empática. Esta es descrita como la habilidad de “comunicar verbal y no verbalmente lo comprendido mediante diferentes modos de responder” (Leal-Costa, 2016, p.51).

- **Respeto.** Se refiere a la recepción, aceptación y comprensión de lo que el paciente transmite en la interacción, sin juzgarlo.
- **Autenticidad o congruencia.** Es la actitud que le permite al profesional de la salud mostrarse como él o ella mismo/a en la relación con el paciente. Se trata de la coherencia entre lo que el profesional piensa internamente y la forma en la que lo comunica a través de lenguaje verbal y no verbal.
- **Asertividad o conducta socialmente habilidosa.** Se refiere al conjunto de conductas del profesional en un contexto interpersonal que le permiten expresar sus emociones, derechos, opiniones, actitudes, etc., de forma adecuada, respetando a los demás, y que le permiten resolver problemas inmediatos y minimizar la probabilidad de la aparición de otros.

3.2.1.3. Relación de poder entre profesionales de salud y gestantes

Como se ha visto hasta el momento, la comunicación interpersonal en la salud permite identificar escenarios de interacción social así como relaciones cotidianas, los cuales deben ser analizados desde varias miradas. Una de ellas, y que es demostrada a través de las dinámicas de comunicación interpersonal, es el concepto de “relación de poder”.

Según Foucault (1975), el poder más que poseerse, se ejerce. Indica que este “no es el ‘privilegio’ adquirido o conservado de la clase dominante, sino el efecto de conjunto de sus posiciones estratégicas, que se manifiesta y a veces acompaña la posición de aquellos que son dominados” (p.27). Considerando esto, Mariño afirma que los procesos comunicativos se

encuentran en el epicentro de las relaciones de poder ya que son escenario predilecto donde se construyen las relaciones sociales, las cuales son justamente donde el poder se presenta (2014, p.121).

Teniendo esto en cuenta, cabe ubicar dicho concepto en el entorno de las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes. Y es que las discusiones sobre el modelo paternalista médico, autoritario y de relaciones de poder pueden ser entendidos en el debate de la necesaria o innecesaria medicalización de los procesos biológicos. En ese sentido, la crítica a esta perspectiva es que ha promovido una dependencia de los pacientes al sistema médico precisamente porque este último ha priorizado su posición (por el saber/poder), subordinando en el camino la opinión y el conocimiento de las personas que no tienen sus conocimientos, como es el caso de las mujeres durante la gestación, parto y postparto. El personal médico es visto como el único experto en el tema, por lo cual el conocimiento y las preferencias de las mujeres se ven retratados como poco relevantes. Eso se ve demostrado en estudios donde las mujeres perciben las actitudes del personal médico como críticas o sentenciosas, irrespetuosas, severas e intimidantes (Baker et al., 2005, p.333).

De hecho, las perspectivas foucaltianas y feministas argumentan que el disciplinamiento de la mujer y de su cuerpo es más evidente cuando se observa el proceso de gestación y parto institucionalizado. Esto se da porque dichos procesos han sido entendidos como situaciones de riesgo inminente, lo cual requiere habilidades y conocimiento de expertos, y que han terminado por poner en detrimento la autodeterminación¹⁹ y la autonomía de la mujer (Baker et al, 2005,

¹⁹ Entendida como la capacidad de decidir cómo satisfacer sus necesidades.

p.334). Es así que las mujeres suelen ser consideradas figurativamente como “máquinas de parir”, las cuales deben mejorar su productividad con el uso de las tecnologías e intervenciones así como su confianza en ellas (Wagner, como se citó en Baker et al., p.334). Las mujeres, gestantes o parturientas, se desarrollan en un entorno donde la idea de la “decisión informada” suele brindar cierta seguridad y comodidad, aunque sea usualmente retórica. Es así que las decisiones que se toman se suelen dar en entornos sutilmente coercitivos donde las relaciones verticales y el contexto refuerzan la hegemonía obstétrica (es decir, de la práctica médica), a través de la cual opera una cultura patriarcal (Baker et al, 2005, p.334).

Baker, Choi, Henshaw y Tree (2005, p. 318) recopilaron una serie de estudios sobre el tema y lograron identificar que los profesionales de salud suelen presionar a las mujeres para comportarse de determinadas maneras para asegurar la ejecución de ciertas normas o protocolos establecidos. Indican que, por lo general, las mujeres que aceptan estas normas y procedimientos, raramente las cuestionan a pesar de que tengan puntos de vista o expectativas diferentes, o incluso preocupaciones sobre los mismos. Asimismo, en una gran cantidad de oportunidades, las mujeres no conocen ni entienden las razones por las cuales se toma una decisión médica, pero aceptan y obedecen porque confían en que el personal médico actúa según los mejores intereses para el bienestar materno y el del bebé.

Ahora, si el caso es que la mujer no acepta o cuestiona los procedimientos, o no se comporta según las expectativas, los profesionales de la salud suelen argumentar en base a su experiencia profesional. Además, las sugerencias o peticiones de las mujeres son equiparadas a acciones que conllevan a un alto riesgo médico, haciendo énfasis en las posibles consecuencias negativas, usualmente relacionadas a la salud del bebé (Baker et al, 2005, p.318).

Esta situación suele ser campo fértil para el desempoderamiento de la mujer en un proceso en el cual su rol es vital y protagónico. Menospreciar la experiencia y las opiniones de las mujeres al compararlas con un conocimiento experto es un uso clásico de la autoridad médica. En este sentido la verticalidad de la relación se basa en el saber médico legitimado y priorizado, y que es homologado al poder.

Los sentimientos de tener pocas opciones o de no poder influir en los procesos de toma de decisiones suelen ser las principales características de las intervenciones obstétricas. Estos son ocasionados en particular por la falta de información, o una calidad inadecuada de esta, proveída por el personal médico. Asimismo, se encuentra la ejecución de procedimientos contrarios a las preferencias de las mujeres y que ellas sentían físicamente poco correctos o impertinentes. Sobre estos últimos las mujeres que participaron en ciertos estudios indicaron que se vieron intimidadas y obligadas a aceptarlos (Baker et al., 2005, p. 323-324).

La relación de poder centrada en el profesional de la salud y ejercida sobre los pacientes, en este caso específicamente las gestantes o parturientas, puede ser evidenciada en la reticencia de los primeros a darles información sobre su condición, utilizar jerga médica cuando se comunican con ellas, que son personas con bajo o nulo conocimiento de terminología médica, así como la evasión de responder a preguntas directas sobre su condición (Baker et al, 2005, p.318-319). Así, es común que los pacientes carezcan en gran medida de conocimiento médico básico, lo cual es conocido como un bajo *health literacy*.

El concepto de *health literacy* se entiende como “la habilidad individual de leer, entender y aplicar información relacionada al ámbito de la salud” (U.S Department of Health and Human Services, como se citó en Howard et al., 2013, p. 991). Una habilidad de este tipo poco

desarrollada está estrechamente relacionada con el bajo conocimiento sobre enfermedades específicas, sobre cómo controlarlas, así como con altas tasas de hospitalización y exceso de mortandad (Howard et al. 2013, p.991). La revisión bibliográfica también demuestra que las personas que son parte del lado poco beneficiado por la brecha de acceso a salud (minorías y personas en situación de pobreza) son más propensos a tener un nivel bajo de *health literacy*. Esta situación es una de las razones de la alta tendencia a confiar en la información que el personal de salud le ofrece, incluso más que la que obtiene a través de otros medios (Howard et al., 2013, p.992).

Esta condición las convierte en receptáculos pasivos del cuidado médico, con poca oportunidad de involucrarse en la toma de decisiones sobre procedimientos. De hecho, según los estudios, es que es más probable que las madres primerizas sean las que menos información tengan sobre el tema, y que por ende tampoco demanden más datos, ni mucho menos que cuestionen los procedimientos (Baker et al., 2005, p. 325). Entonces se puede afirmar que las relaciones de poder tienen una gran influencia en los procesos de comunicación entre profesionales de la salud y los pacientes.

Más allá de las relaciones de poder interpersonales en los contextos de gestación y parto, los estudios (Baker et al, 2005) han identificado algunas contradicciones entre la forma en la que los sistemas de salud funcionan (con priorización de la tecnologización y los protocolos) y el objetivo de proveerle a la mujer una activa participación en este proceso. Es así que la mayoría de las obstetrices o parteras que trabajan en hospitales, aún siendo mujeres, funcionan en base a un modelo médico paternalista que opera transversalmente a través de todo el sistema de salud (Baker et al., 2005, p.336).

Desarrollado este apartado se puede afirmar entonces que las estructuras de poder del sistema médico son parte de los sistemas anidados que mencionaba Bronfenbrenner en el modelo socioecológico. Es decir, estas relaciones de poder jerárquicas, donde el saber/poder del médico prepondera sobre el conocimiento de la gestante, configura sus formas de interacción y por ende de comunicación. Así, explican claramente la tendencia de reducir la participación de la mujer a una actuación pasiva y de obediencia, alejada de sus posibilidades de cuestionar a su interlocutor.

3.2.1.4. Autonomía de la gestante

La autonomía femenina, según Jejeebhoy y Satar (como se citó en Adhar y Gawde, 2015, p.50) es “el control que tienen las mujeres sobre sus propias vidas, la medida en la cual tienen igualdad de voz, así como el control sobre los recursos, el acceso a información y la autoridad de tomar decisiones independientes”. Por su parte, Bloom, Wypij y Gupta (como se citó en López, Silva y Sarmiento, 2013, p.328), identificaron tres dimensiones de la autonomía femenina. Es decir, aspectos en los cuales esta se desarrolla, los cuales son el control sobre las finanzas del hogar, el poder de decisión dentro del hogar y la libertad de movilidad.

Sobre el impacto que este concepto tiene en el ámbito de la salud de las gestantes KC y Neupane (2016, p. 1223) afirman que la autonomía de la mujer juega un rol importante en el comportamiento de búsqueda de mejora de la salud, la cual al encontrarse relacionada a la salud reproductiva es un área de especial interés. En este sentido, se identificó que las mujeres con mayor libertad de movilidad tuvieron una mayor probabilidad de tener acceso a una atención materna especializada (López et al. 2013, p.328). Es decir, una mayor autonomía de la mujer aumenta la probabilidad de acceder a servicios médicos maternos, lo cual también podría

indicar una mayor equidad de género en las decisiones del hogar y un aumento en la probabilidad de tener una maternidad segura (López et al., p.333).

Sogi, Zavala, Cárdenas y Delgado, (2010, p.19) identifican que el principio de la autonomía del paciente en el contexto médico fue incorporado a través de la implementación del consentimiento informado. Esto generaría que el personal médico empezara a tomar conciencia de las limitaciones para disponer del cuerpo ajeno como lo venía haciendo hasta entonces. Ese ser humano llamado paciente tenía el derecho a ser proveído de información sobre cualquier acto o procedimiento que comprometiera su bienestar. En este sentido, se plantean los modelos de toma de decisión de Elwyn et al (como se citó en Sogi et al, 2010, p.19), los cuales coinciden con los modelos de comunicación del personal médico - paciente:

- Modelo paternalista.
- Modelo de la decisión participativa, el cual involucra al médico y al paciente, y a menudo a otros médicos o personas de la red familiar para tomar acciones en una toma de decisiones compartida.
- Modelo de decisión informada, donde la toma de decisión se adjudica totalmente al paciente, con el riesgo de aumentar su ansiedad o posibilidad de hacerlo sentir abandonado.

Es así que se podría afirmar que la autonomía de la gestante es el aspecto que suele verse afectado positiva o negativamente a través de la comunicación que se desarrolla en las relaciones interpersonales profesional de la salud - paciente. Así, la autonomía femenina es un concepto que desafía el esquema jerárquico y hegemónico del cual se habló en el apartado de las relaciones de poder, y que por ende suele ser dejado de lado por el sistema médico. Sin embargo, es evidente que es un ámbito en el cual le es posible a la mujer identificar las

posibilidades de toma de decisión y trabajar sobre ellas para ser autónoma, por ejemplo, en la atención en salud materna. Esto debería poder ocurrir sin tener que cargar enteramente con la responsabilidad, pues esta debe ser compartida con el personal de salud que la atiende.

3.2.2. La percepción y su construcción

Un concepto importante a desarrollar es el de la percepción, en tanto es ésta la que determina la evaluación subjetiva de los aspectos positivos o negativos de la comunicación entre gestantes y profesionales de salud. Hernández (como se citó en Rizo, 2006, p56), indica que la percepción es “comprendida como un proceso de interacción entre el individuo y la sociedad a la que pertenece”. Además, Sabido afirma que la percepción está mediada social y culturalmente (2016, p.67).

En este sentido, la percepción depende del contexto en el cual la interacción se desarrolla. La percepción se construye con aquello que es percibido, y es aquí donde se observa una relación dependiente, donde lo percibido tampoco es accesible si no es a través de la percepción, como menciona Merlau-Ponty (1993, p. 27). De esta manera, el cuerpo es el vehículo de comunicación del ser humano (Merlau-Ponty como se citó en Botelho, 2008, p.71), y es éste el que percibe su entorno a través de sus sentidos, y los articula en el momento y no a posteriori. Entonces, la percepción es una sensación a la que se arriba casi sin analizarla, si no que está más relacionada a un rápido procesamiento cognitivo de lo que se percibe. Por ejemplo, Botelho comenta que un niño “percibe el mundo antes de organizarlo en categorías o por un lenguaje constituido” (2008, p. 71)

Es así que es pertinente enfatizar en que la percepción es una construcción subjetiva del individuo respecto a su entorno. Botelho (2008, p.71) indica que no podemos afirmar que el

mundo percibido es el correcto, pues “la percepción puede ser puesta en duda; ella no es apodíctica, pero puede ser definida como acceso a la verdad”. En este sentido, la percepción es incompleta respecto a la verdad (Botelho, p.72), pero dado que ésta no es alcanzable, es una forma de acceso o acercamiento a ella (Merleau-Ponty, 1993, p.16).

Sobre la percepción entonces se puede afirmar que es otro de los factores que se ve afectado por el entorno en el cual la interacción se desarrolla. Además, que es una construcción subjetiva, pero que no por eso carece de legitimidad, dado que es una forma de acercarse a la verdad de lo que sucede. Es en este sentido que tiene gran validez para considerarla como un aspecto a intentar moldear positivamente a través de una comunicación efectiva en los entornos médicos para mejorar la relación interpersonal entre gestantes y personal médico.

Se puede concluir entonces que la percepción de los individuos, y por ende, la comunicación interpersonal en salud se ve influenciada en gran medida por las estructuras sociales así como por las capacidades de los actores para comunicarse. Es entonces que se identifica un escenario bastante común donde el personal de salud ejerce poder sobre las gestantes por la legitimación de su conocimiento en un sistema que los ve como expertos, pero que puede estar actuando en contra de las expectativas y deseos de la gestante. Y sin embargo, la interacción es bidireccional, por lo que la comunicación interpersonal puede también influir para reestructurar dichas formas de interacción. Eso permite revalorar las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud como un punto a trabajar arduamente en su formación.

3.3. Atención Centrada en el Paciente (ACP)

En este sub capítulo se desarrollará el concepto de Atención Centrada en el Paciente, el cual aplicado a los procesos atención materna se relaciona a otros como *Respectful Maternity Care*,

Relationship Centered Care, la calidad de la atención en salud, y la toma de decisiones compartida.

Según la recopilación de información que realizaron Bergman y Connaughton (2013, p.790-791), se identificaron las siguientes conceptualizaciones de la Atención Centrada en el Paciente (ACP) o *Patient-Centered Care (PCC)*. El concepto se refiere a la atención en salud que valora al paciente como individuo, que respeta sus elecciones, cultura, etnicidad, contexto social, valores y las necesidades de información que tenga. A más detalle, el modelo de ACP de Brown, Stewart & Tessier (como se citó en Bergman y Connaughton, 2013) identificó 6 subtemas importantes en este concepto: la investigación de las experiencias y expectativas del paciente sobre la enfermedad, la comprensión holística de la persona, lograr acuerdos comunes, promoción de la salud, mejorar la relación doctor-paciente y el uso realista del tiempo. Asimismo, otros conceptos incluyen la importancia de la familia y los seres queridos de los pacientes en la planificación de la atención, ejecución y evaluación de los servicios de salud (Institute for Family-Centered Care, como se citó en Bergman y Connaughton, 2013, p.790).

Por otro lado, la OMS (como se citó en Rodríguez, 2013, p.44) la define como “la que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente”. Además, según Rodríguez (2013, p.40), la ACP tiene como objetivo promover que quien la recibe sea capaz, mediante apoyos precisos, de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia. Al mismo tiempo, debe poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir ejecutando y controlando su propio proyecto de vida.

En el ámbito de las comunicaciones, los académicos e investigadores del tema (Vanderford et al., en Bergman y Connaughton, 2013, p.790-791) indican que la comprensión de las experiencias de los pacientes en los servicios de salud, enmarcados en la ACP, realmente importan. Además, resaltan que el rol que tiene el contexto y la propia identidad del paciente influyen en la experiencia del mismo en su atención en el sistema médico, y es esto lo que se ha sido descrito como un tema clave para las siguientes investigaciones de ACP en comunicación en salud.

Entonces, la ACP se encuentra acogida por el concepto de equidad en salud, el cual asegura a cada persona la misma oportunidad de mantenerse saludable o de salir adelante efectivamente de cualquier enfermedad, sin importar su raza, género, edad, situación económica, estatus social, contexto en el que se desarrolla o cualquier otro factor social. Esto solo puede ser alcanzado creando un entorno receptivo y favorable de comunicación, en el cual la información puede ser compartida adecuadamente, entendidas, aprehendida y discutida por las diferentes comunidades y grupos humanos. Esto con la finalidad de que sea un espacio inclusivo y representativo de grupos vulnerables y desfavorecidos.

En este sentido, dicha meta demanda una comunicación basada en mensajes que sean fácilmente entendidos, lo cual encaja adecuadamente en la definición de la comunicación según Pearson y Nelson (como se citó en Schiavo, 2014, p.6), quienes la veían como “el proceso de comprensión y significados compartidos”. En conclusión, la Atención Centrada en el Paciente se basa en brindar un servicio de calidad al paciente, congruente con sus expectativas y percepciones según el contexto que los sistemas de salud le proveen, tanto a nivel de entorno físico (infraestructura, insumos, etc.) como en cuanto a las relaciones sociales durante la interacción con el personal de salud.

A continuación se desarrollarán los conceptos de *Respectful Maternity Care*, *Relationship Centered Care*, calidad en la atención en salud, y la toma de decisiones compartida.

3.3.1.1. *Respectful Maternity Care (RMC)*

El concepto de *Respectful Maternity Care* podría ser traducido como “atención o cuidado respetuoso de la maternidad”. Sin embargo, para fines de ese trabajo, se utilizará el nombre en inglés así como sus siglas.

White Ribbon Alliance es una ONG internacional que se dedica a realizar abogacía por los derechos de las mujeres a un embarazo y parto seguros en todo el mundo (2013). Es esta organización la que propone a través de un documento denominado “*Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Childbearing Women*” resaltar y legitimar el lugar que ocupan los derechos de la salud materna dentro del contexto de los derechos humanos (Windau, 2013, p.2). En éste se identificaron siete derechos, los cuales al ser violados afectan la integridad de los derechos humanos básicos de las mujeres gestantes. *White Ribbon Alliance* tiene como prioridad promover el concepto de *Respectful Maternity Care* y sus derechos para que los tomadores de decisiones públicas y privadas relacionados a este ámbito puedan considerar su integración para la mejora de los servicios de salud para mujeres gestantes y madres (Windau, 2013, p.2).

Respectful Maternity Care es un derecho universal inherente a cada mujer gestante en todos los sistemas de salud alrededor del mundo (Windau, 2013, p.1). Las experiencias que ellas tengan en los establecimientos de salud y con los profesionales dedicados a este tema tienen la suficiente influencia como para empoderarlas y brindarles comodidad (Baker et al., 2005, p.335); o por el contrario, pueden generarles daño y traumas emocionales que las acompañarán

por toda su vida. Por consiguiente son elementos vitales para una atención en salud de calidad donde su autonomía, dignidad, emociones, decisiones y preferencias deben ser respetadas (Rosen et al., 2015, p.2).

El RMC trabaja en base a 7 derechos (White Ribbon Alliance, 2011), los cuales son los siguientes:

- Toda mujer tiene el derecho de estar libre de todo daño y maltrato.
- Toda mujer tiene el derecho a la información, al consentimiento informado, a rehusarse, y a que sus decisiones y preferencias, incluyendo la compañía durante la atención que le brinden, sean respetados.
- Toda mujer tiene el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Toda mujer tiene el derecho a ser tratada con dignidad y respeto.
- Toda mujer tiene el derecho a la no discriminación y a una atención en salud equitativa.
- Toda mujer tiene el derecho a la atención en salud así como a poder alcanzar el máximo nivel de bienestar.
- Toda mujer tiene el derecho a la libertad, a la autonomía, a la autodeterminación y a la libertad de coerción.

Ahora, si bien la mayoría de esfuerzos tanto públicos como privados se centran en mejorar el acceso a la atención de salud especializada, y lo que en el Perú es denominado como “institucionalización”, la calidad de las relaciones entre gestantes y profesionales de la salud ha recibido menor atención. Sin embargo, según ciertos estudios (Kruk et al., como se citó en Windau, 2013, p.1), la evidencia muestra que en los países con altas tasas de mortalidad materna, el miedo de las mujeres al trato irrespetuoso o al abuso que suelen encontrar en los centros de atención de salud materna es uno de los más poderosos disuasivos para que busquen

atención médica especializada, incluso con mayor influencia que las barreras comúnmente reconocidas como costo y distancia a los establecimientos de salud.

Según Rosen et al (2005, p.2), para disminuir la mortalidad materna y mejorar la salud tanto de las madres como de los recién nacidos, las mujeres deben poder acceder no sólo a servicios de salud con personal capacitado, sino también deben poder recibir una alta calidad de atención en salud para prevenir y manejar las posibles complicaciones. La calidad de la atención involucra los criterios de una adecuada estructura del servicio (infraestructura, así como abastecimiento de medicinas y equipamiento necesario, además de personal capacitado), procedimientos pertinentes y resultados finales (que involucran el nivel de salud y satisfacción que tiene el paciente). Los procesos de atención en salud incluyen aspectos técnicos, como la ejecución de procedimientos clínicos y tratamientos, así como aspectos más subjetivos, como la relación interpersonal entre paciente y personal de salud, en la cual se comparte información y se toman las decisiones (Rosen et al., 2005, p.2).

La interacción entre el paciente y el personal médico es importante en cuanto forman parte de las experiencias de las gestantes, así como sus percepciones sobre la atención de la maternidad en salud. La baja calidad de la comunicación interpersonal entre los actores antes mencionados está ampliamente reconocida como una barrera para acceder a una atención especializada, ya sea para embarazos de bajo o alto riesgo (Rosen et al., 2005, p.2).

En la mayoría de investigaciones, las mujeres y sus familiares mencionan que las razones de su baja satisfacción con los servicios de salud son las siguientes: actitudes irrespetuosas y poco cuidadosas del personal de salud, falta de privacidad en la atención, discriminación contra prácticas culturales que no encajan en un modelo occidental médico, abuso o violencia física,

poca higiene en los espacios donde se desarrollan los encuentros, así como tardanzas para recibir la atención (Rosen et al., 2005, p.2). Se observa entonces que la mayoría de quejas se ven relacionadas a la calidad de la atención percibida a través de la interacción entre las gestantes y el personal médico.

Por ejemplo, el estudio de Experiencias de Atención en Maternidad durante trabajo de parto, parto e inmediato postparto (Baker et al, 2005, p.332) identifica como resultado que de acuerdo a las percepciones de las mujeres, los aspectos físicos del cuidado fueron adecuados mientras que las dimensiones psicológicas fueron dejadas de lado. Se basan en la percepción de las mujeres de no tener control de la situación, tener pocas opciones para elegir y la poca influencia en la toma de decisiones. Esto último se encuentra estrechamente relacionado a la inadecuada provisión de información por parte del personal médico así como las pobres habilidades comunicacionales y comportamientos negativos del mismo, lo cual llevaba a que las mujeres calificaran su experiencia como negativa, describiéndola con sentimientos de decepción, enojo, inferioridad y maltrato.

En este sentido, el concepto de *RMC* propone un marco de derechos que permite identificar acciones positivas y negativas en el entorno médico en relación a la atención materna. De hecho, amplía la perspectiva clásica en la cual la atención técnica es la única considerada como importante, y se empieza a reconocer la atención interpersonal como valiosa en tanto la mujer es vista nuevamente como un individuo complejo y no sólo como contenedora de un bebé en gestación.

3.3.1.2. Relationship-centered care

Es importante referirnos a la atención en salud centrada en la relación o *relationship centered care*, la cual asume que la relación entre el personal de salud y el paciente es la base fundamental para la reducción de síntomas de las enfermedades, el cambio de comportamiento del paciente, así como la promoción de la prevención (Glanz et al., 2015, p.244).

Este concepto expande la visión del concepto *patient-centered care* o atención en salud centrada en el paciente, dado que incluye la noción de poder compartido entre los profesionales de la salud y pacientes, reconociendo una interacción mutua en el diálogo (Glanz et al., 2015, p.245-246), lo cual requiere habilidades comunicacionales básicas. Además, esto tiene coherencia con el enfoque de la comunicación interpersonal donde las relaciones se construyen en la interacción de los actores involucrados, y no solamente depende de uno.

3.3.1.3. Calidad y satisfacción en la atención en salud

Según enfoques empresariales, los conceptos de calidad y satisfacción están relacionados a la experiencia del cliente en relación a sus expectativas. Palafox (como se citó en Dusek, 2005, p.62) conceptualiza la satisfacción del cliente como el resultado de cómo se siente este luego de una experiencia de consumo, pero aclara que este resultado puede ser ambiguo y subjetivo en tanto está enmarcado en un contexto cultural y personal del cliente, el cual es variable. Por otro lado, sobre el proveedor del servicio, el mismo autor (como se citó en Dusek, 2005, p.62-63), afirma que la calidad de los servicios depende del comportamiento y desempeño de todo el personal.

Si entendemos la salud como un servicio, la calidad en la atención médica puede ser definida como “la atención que pueda proporcionarle al paciente el máximo y completo bienestar,

después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes” (Chávez, 2009, p.23). Mientras tanto, la satisfacción del usuario de un servicio de salud tiene que ver con el grado de concordancia que existe entre las expectativas de éste con la atención recibida, es decir, una adaptación del concepto de satisfacción del cliente mencionado en el párrafo anterior en el contexto de los servicios de salud. La satisfacción del paciente es uno de los factores más relevantes para calificar un servicio de salud y es considerado un componente importante para medir los resultados de dichos servicios así como su calidad (Al Odhayani y Khawaja, 2014, p.25).

La satisfacción suele ser valorada en encuestas de opinión que evalúen no sólo el resultado clínico, sino también el ambiente en el que se brinda la atención así como las relaciones interpersonales que toman lugar en el encuentro, pues están directamente relacionadas con las expectativas del paciente. Es así que Chávez afirma que la satisfacción del paciente en un servicio de salud se consolida como una manera de evaluar la calidad de la atención médica (2009, p.23).

Entonces, si la satisfacción del paciente está estrechamente relacionada con los procesos interpersonales entre el personal de salud y los pacientes, es comprensible que esta determine en buena parte la percepción de los últimos sobre la calidad del servicio general. De hecho, Glanz et al. (2015, p.253) reportan que la satisfacción suele estar relacionada a tiempos de atención más largos, una buena relación entre los actores, inclusión de temas psicosociales en las conversaciones así como menor predominancia de las indicaciones del personal médico en éstas. Es de esta manera que se hace evidente que las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud y de los pacientes pueden mejorar la satisfacción de estos últimos con su atención en salud (Haskard et al, como se citó en Glanz et al, 2015, p.253).

3.3.1.4. La toma de decisiones compartida: Shared Decision Making (SDM)

Shared decision making (SDM), o la toma de decisiones compartida, que será como nos referiremos a dicho concepto para este trabajo, es considerado una pieza fundamental en la atención en salud centrada en el paciente o en la relación, dado que suele estar involucrado en la mejora de los resultados de la salud (Vedam et al., 2017, p.3).

En el caso específico del embarazo y el parto, la toma de decisiones compartida es especialmente importante aunque la poca participación de las mujeres, y/o la poca posibilidad de hacerlo, es un problema común en varios países del mundo, incluso en aquellos con mejores servicios de salud que los de Latinoamérica. Esta situación ha generado que varias organizaciones internacionales de salud enfatizaran la importancia de un diálogo respetuoso así como el involucramiento de las mujeres en la toma de decisiones de la atención de salud materna (International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association y World Health Organization, como se citó en Vedam et al., 2017, p.3).

El estudio de Baker et al (2005) menciona que existe literatura sobre cuidado materno que indica que una gran cantidad de información puede tener consecuencias negativas en la mujer porque le podría generar ansiedad. Sin embargo, sus hallazgos le dieron apoyo a los modelos psicológicos que valoran la información con la finalidad de preparar al individuo para enfrentar eventos estresantes. Estos modelos enfatizan la importancia de la previsibilidad, la información y el control compartido en los entornos médicos con los pacientes. Así, también otra revisión de la literatura sobre el tema indica que la información proveída antes y durante los procedimientos médicos reduce la incertidumbre y le permite al paciente adecuarse mejor a la situación (Johnson, como se citó en Baker et al., 2005, p.333). De hecho, los resultados de su

estudio demostraron que las mujeres a las que se les brindó información detallada de los procedimientos y que estuvieron al tanto de lo que les ocurría, sintieron que fueron participantes activas del proceso y por ende las reportaron como experiencias positivas (2005, p.333).

Es así que la toma de decisiones compartida es un aspecto básico y sumamente relevante cuando la intención es involucrar a las mujeres en su proceso de gestación, parto y postparto. Es decir, se relaciona estrechamente con el concepto de autonomía antes mencionado, ya que dicho involucramiento la hace una participante activa por decisión propia, la cual la compromete aún más con su condición para la búsqueda de su bienestar.

A modo de conclusión sobre el enfoque de la Atención Centrada en el Paciente, se debe reconocer lo complejo de poder brindarla, dado que se ven incluidos una gran cantidad de aspectos que finalmente terminan teniendo un alto grado de subjetividad. Sin embargo, no por esto deben dejarse de lado los esfuerzos por alcanzarla. En este sentido, la RMC, la atención centrada en la relación, la calidad de la atención en salud y la toma de decisiones compartida son temas en los cuales el personal de salud puede y debe capacitarse para poder promover la mejora de la salud de las gestantes, y por consiguiente de sus bebés e incluso de sus familias.

A través de este marco teórico, tanto contextual como conceptual, se han logrado presentar los datos, las investigaciones y los conceptos más relevantes que han permitido elaborar el diseño metodológico que se presenta a continuación, así como el análisis de los hallazgos que se encuentran más adelante.

Capítulo 4. Diseño metodológico.

A continuación, presentamos el diseño metodológico de esta tesis, el cual está basado en las pautas sugeridas por la Guía de Investigación en Ciencias y Artes de la Comunicación (Núñez, Marquina, León y Sánchez, 2017). Asimismo, se presentan datos de la experiencia metodológica de esta investigación.

Si bien el recojo de información de fuentes primarias (las gestantes, obstetras y personal directivo del Centro de Salud) se realizó durante enero y febrero del 2018, se realizaron coordinaciones previas desde agosto del 2017. Estas incluyeron la búsqueda de jefes de establecimientos de salud conocidos por la investigadora y su entorno familiar que pudieran estar interesados en la investigación. Una vez identificado el Centro de Salud “Siete Cuartones”, se realizaron comunicaciones telefónicas con el Jefe de la Micro Red “Siete Cuartones” para presentar oralmente la propuesta de la investigación y pedir de su aceptación. Una vez aceptada oralmente, se envió de la carta de presentación de la investigadora por parte de la Pontificia Universidad Católica del Perú por requerimiento del Jefe de la Micro Red. Los últimos detalles se coordinaron en diciembre del 2017, siempre por vía telefónica con el Jefe de la Micro Red dado que su trabajo le impedía estar en el establecimiento frecuentemente; y presencialmente con las obstetras del Centro de Salud.

Aunque el Jefe de la Micro Red ya había dado aviso sobre la investigación a la Jefa del establecimiento y a la obstetra principal, fue necesaria una presentación oral breve del proyecto de investigación a esta última un día luego de la atención de los controles prenatales en diciembre. Esto permitió que conociera a la investigadora así como sus intenciones, sobre las cuales existía la duda de que el trabajo tuviera algún componente evaluativo de su desempeño y que pudiera tener implicancias negativas para ellas. Es así que se le aclaró que la

investigación se daba únicamente en el marco académico, y que si bien es cierto esta información sería accesible para el Jefe de la Micro Red y la Jefa del Establecimiento, no se buscaba evaluarlas si no entender la naturaleza de la interacción dentro de los controles prenatales. Terminada esta reunión se obtuvo la seguridad de poder acceder a los controles prenatales sin mayor inconveniente, dado que ella daría aviso a su compañera de la ejecución de la investigación. Asimismo, explicó que solo una trabajaría por mes en los controles prenatales durante enero y febrero por el periodo vacacional que les correspondía. Es así que las coordinaciones realizadas permitieron empezar el trabajo de campo en la primera semana de enero del 2018.

Enfoque

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo dado que sus objetivos tienen como finalidad la recopilación de información subjetiva de las categorías relacionadas a la interacción entre gestantes y obstetras del Centro de Salud (C.S.) “Siete Cuartones”. En este sentido, la información recogida y que se presenta más adelante en este documento está representada en las narraciones de las participantes de la investigación, así como en las observaciones de la investigadora.

Tipo de investigación

Es una investigación empírica y de corte transversal, pues recogió datos de la realidad en un espacio de tiempo específico, entre enero y febrero del 2018.

Nivel de alcance

La investigación es de tipo exploratoria dado que tiene por objetivo examinar un problema de investigación poco estudiado en Perú y, específicamente, en Cusco. Esto también explica la

gran cantidad de bibliografía utilizada proveniente de realidades estadounidenses, europeas, entre otras.

Universo y muestra

El total de gestantes que se atienden en el C.S. “Siete Cuartones” por año es aproximadamente de 400 gestantes²⁰. Dado que el enfoque es cualitativo, no se trabajó con una muestra representativa, si no con una muestra variada no representativa que incluyó a gestantes que acudieron a los controles prenatales en el C.S. durante su primer, segundo o tercer embarazo. En total 12 gestantes aceptaron participar de la investigación entre el 2 de enero y el 28 de febrero del 2018, entre observaciones de controles prenatales y entrevistas.

Asimismo, se logró observar la interacción de dos de tres obstetras del C.S “Siete Cuartones”, precisamente las cuales se encargaban de la atención materna en controles prenatales.

Métodos, técnicas e instrumentos metodológicos

Para la investigación se ejecutaron los siguientes métodos, técnicas e instrumentos.

Método	Técnica	Instrumentos
Etnográfico	Entrevista a profundidad	Guía de entrevista
	Observación	Guía de observación
		Bitácora de campo

²⁰ Información brindada por el Jefe de la Micro Red “Siete Cuartones” a través de una entrevista. Febrero, 2018.

Un día de trabajo de campo comenzaba entre las 7:00 y 7:30 am, horario en el que abría el Centro de Salud y llegaban tanto la obstetra como la gestante del primer turno. La investigadora se acercaba al consultorio de obstetricia para hacerle saber a la obstetra que ese día se realizarían observaciones de controles prenatales, de modo que no se sorprendía si ella entraba acompañando a alguna gestante. Luego de esto, la investigadora procedía a sentarse en la sala de espera para identificar y conversar con las gestantes individualmente. La interacción era iniciada por la investigadora, quien usó un discurso base²¹ diseñado para brindar todos los datos necesarios de manera rápida y clara, de modo que fuera una forma atractiva de mantener a la gestante interesada en escuchar más. Este fue adaptado dependiendo de las condiciones en las que la conversación con la gestante se daba.

La comunicación interpersonal, en este punto de la investigación, tomo gran relevancia como estratégica metodológica independientemente del uso conceptual para el planteamiento y análisis del trabajo. Es decir, las interacciones que se sostuvieron con todas las personas participantes, pero sobre todo con las gestantes, estuvieron caracterizadas por la empatía, la escucha activa, el respeto y la autenticidad. Esto permitía proyectar confianza por parte de la investigadora para que pudieran compartir sus percepciones y experiencias personales sobre un tema muy íntimo. Asimismo, considero de particular relevancia el hecho de que ser mujer biológica e identitariamente hizo que las gestantes y las obstetras pudieran ser más abiertas en sus narraciones, relacionadas o no a la investigación²². Esto permitió que la relación que se

²¹ Ver Anexo A.

²² Dado que la investigación no se centró en la percepción de las obstetras, las conversaciones que surgían con ellas en los momentos a solas tenían que ver más con sus vidas personales (familia) y aspiraciones. Por ejemplo, comentaban sobre cómo era ser madre para ellas en la actualidad ya que sus hijos ya eran grandes, o hacían

estableciera con las gestantes y las obstetras no fuera confrontacional en ningún momento, si no más bien amable de ambas partes.

Ahora, el procedimiento para abordar a las gestantes iniciaba cuando la investigadora se acercaba a la gestante para presentarse y comentarle que estaba realizando una investigación para presentar una tesis sobre cómo se comunican las gestantes y las obstetras durante los controles prenatales del Centro de Salud, y se le preguntaba si tenía tiempo para que le explicara más a detalle sobre la misma. En cuanto la gestante accedía a escuchar más, se procedía a contarle en qué consistía la participación en la investigación y a mencionarle sobre todo el resguardo de su identidad, así como la flexibilidad que tendría para ser parte de la misma. En este sentido, se le explicaba que se les pediría que permitieran a la investigadora ingresar con ellas a un control prenatal, idealmente ese mismo día, y también poder ser entrevistadas en otro momento según su disponibilidad, por el lapso de aproximadamente una hora.

Se les preguntaba si tenían alguna duda y se absolvían las mismas, las cuales principalmente se referían a la utilidad de la investigación²³ o la recapitulación de las etapas en las que participarían. Una vez que las gestantes aceptaban oralmente, se les brindaba el consentimiento informado (Anexo 2) y la autorización de registro fotográfico (Anexo 3) para que pudieran leerlos y hacer preguntas en caso los hubiera. Se les hacía notar sobre todo los datos de contacto

preguntas sobre cómo era estudiar en Lima pues querían evaluar esa posibilidad para sus hijos. Incluso comentaban aspectos más cotidianos sobre lo que les había pasado en el día.

²³ Las gestantes preguntaban a quién llegaría esta información, a lo que se respondía que una vez terminada la investigación se presentaría a los Jefes del Centro de Salud para que puedan mejorar la calidad de atención; a la PUCP como tesis de licenciatura; y que los resultados también se compartirían con las participantes una vez la investigación estuviera aprobada.

de la investigadora para que los tuvieran ubicados en caso de alguna duda extra. Luego de la firma, se quedaban con una copia de los mismos y se procedía a esperar su turno del control prenatal. En este tiempo se le pedía un teléfono celular para contactarla y se acordaba una fecha tentativa para la entrevista personal.

En este punto empezaba el recojo de información de la experiencia de cada gestante en los controles prenatales. Dadas las coordinaciones previas con las obstetras, bastaba con la aceptación de la gestante para ingresar al consultorio de obstetricia y realizar la observación del control prenatal, durante el cual la investigadora se acomodaba en una silla a lado de la puerta y no intervenía en la dinámica a menos que se lo requiriera (como para abrir la puerta cuando se lo pedían). Una vez terminado el control prenatal, fuera del consultorio, se esperaba a la gestante por si tenía que realizar algún trámite (recojo de medicinas en farmacia, u otros), y se le abordaba para confirmar el día y lugar de la entrevista a profundidad. El día de visita a campo terminaba usualmente alrededor de las 11 a.m o 12 del medio día, con posibilidad de terminar antes dependiendo del turno que en el que le tocaba ser atendida a la gestante, si la obstetra tardaba atendiendo a otras pacientes, o si estaba realizando alguna otra labor administrativa²⁴.

Dado que esta se daba en una fecha y espacio que se le hiciera más cómoda a la gestante, usualmente se requería coordinación con ellas en los días posteriores al control prenatal a través de llamadas telefónicas o mensajes de texto, los cuales requirieron insistencia en algunos casos.

²⁴ Un par de días de trabajo de campo los controles prenatales programados se retrasaron por necesidades administrativas del Centro de Salud, los cuales alteraban el funcionamiento de la mayoría de los trabajadores del mismo, incluyendo a la obstetra.

Sobre este último aspecto, las experiencias fueron variadas dado que la investigadora acudió a centros de trabajo (una imprenta y una academia pre universitaria) y a una casa, así como invitó a dos gestantes a cafeterías para realizar su entrevista.

Luego del control prenatal y con las coordinaciones vía telefónica la relación se hacía más amena y de confianza, por lo que no se presentaron dificultades para hacer repreguntas o explorar más temas en cuanto surgían. Las entrevistas tuvieron duraciones distintas, entre 30 minutos y 1 hora, dependiendo de las experiencias que las gestantes compartían con la investigadora más allá de las preguntas que se les realizaba.

Existieron deserciones de participación de la investigación en la etapa de entrevista, algunas de ellas haciendo uso de la posibilidad que se les brindó de poder dejar la investigación en cualquier momento. Si bien todas las gestantes aceptaron participar cuando se ingresó con ellas al control prenatal, a 4 de ellas no se les pudo volver a ubicar en sus teléfonos celulares o direcciones de referencia, y 3 indicaron que ya no podían participar²⁵.

Durante los controles prenatales y las entrevistas se pidió permiso oral a las participantes para la grabación de audio de los mismos, explicando que eso ayudaría a la concentración durante la conversación y el recojo de información valiosa que podría perderse en el apunte manual de

²⁵ Ninguna gestante indicó que ya no quería participar, pero sí dijeron que por viajes, tiempo u otras responsabilidades no podrían realizar la entrevista. Para llegar a estas respuestas tomó tiempo dado que parecían avergonzadas de decir que no podían, por lo cual al percibir la sensación de que ya no querían o no podían se les recordaba la posibilidad de dejar al investigación, momento en el cual recién indicaban que preferían ya no participar.

los datos. Se les explicó también que estos audios sólo estarían disponibles para la investigadora y su asesora de tesis. Todas aceptaron este procedimiento.

En total se aplicaron el siguiente número de herramientas:

Herramienta	Cantidad
Guía de observación de control prenatal	12
Guía de entrevista a profundidad	5

Asimismo, es importante resaltar que se realizaron en total 15 días de visita a campo (12 en los que se realizaron las observaciones de controles prenatales, y 3 días entre coordinaciones y la entrevista al Jefe de la Micro Red y de la Jefa del Establecimiento).

Unidades de observación

Las unidades de observación fueron las gestantes que asistieron a los controles pre natales del Centro de Salud de Siete Cuartones en Cusco entre los meses de enero y febrero del 2018, así como las interacciones entre ellas y las obstetras que las atendieron en dichos controles.

Hipótesis

Hipótesis principal: La autonomía de las gestantes que se atienden en el Centro de Salud de “Siete Cuartones” se ve afectada negativamente en tanto sus opiniones y preferencias ocupan un segundo plano para la toma de decisiones, lo cual determina que su percepción de la atención en salud sea negativa en relación al trato interpersonal recibido.

El estudio de KC y Neupane (2016, p. 1223) afirma que la autonomía de la mujer juega un rol importante en el comportamiento de búsqueda de mejora de la salud, la cual al encontrarse

relacionada a la salud reproductiva es un área de especial interés. En este sentido, se identificó que las mujeres con mayor libertad de movilidad, es decir que pueden desplazarse sin limitaciones impuestas por otras personas, como sus parejas, tuvieron una mayor probabilidad de tener acceso a una atención materna especializada (López et al. 2013, p.328). El no encontrar un espacio amigable en el centro de salud podría ser una razón por la cual las gestantes dejen de asistir a sus controles prenatales.

Hipótesis secundaria 1: Las gestantes que asisten a los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018 consideran poco relevante involucrarse en la toma de decisiones durante su embarazo porque en la comunicación interpersonal con las obstetras sienten que éstas últimas poseen conocimiento más especializado sobre el tema.

Estudios indican que por la relación de poder que existe entre los profesionales de la salud y pacientes, los últimos tienden a aceptar las órdenes de los primeros sin cuestionarlos, siendo la obstetricia un campo que no es la excepción. Como indican los hallazgos de Danzinger, Bluff y Holloway (1994) y Martin (1990) (citados en Baker, Choi, Henshaw & Tree, 2005, p.318), las mujeres suelen aceptar las normas y raramente cuestionan los procedimientos o reglas que el personal de cuidado materno les impone, a pesar de que tengan puntos de vista y expectativas diferentes o preocupaciones sobre los mismos. Incluso aceptan decisiones que no entienden a cabalidad porque confían en las parteras u obstetras del centro de salud. Los autores explican que las razones para que las gestantes no suelen cuestionar los procedimientos es porque el personal responde basándose en su conocimiento profesional, indicando que si no se toma determinada decisión hay altos riesgos en las consecuencias, sobre todo para el bebé. En este sentido, se hace presente el clásico uso de la autoridad médica, la cual desempodera a las

mujeres al desestimar sus conocimientos y opiniones, priorizando las de los “expertos” (Anderson, 2004; Danzinger, 1978; Edwards, 2004; Oakley, 1993; citados en Baker et al, 2005, p.318).

Hipótesis secundaria 2: Las gestantes que asisten a los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018 perciben la atención brindada por las obstetras como adecuada en términos médicos, pero con poco interés en las dimensiones emocionales del encuentro”.

El estudio de Experiencias de Atención en Maternidad durante trabajo de parto, parto e inmediato postparto (Baker et al, 2005, p.332) identifica como resultado que, de acuerdo a las percepciones de las mujeres, los aspectos físicos del cuidado fueron adecuados mientras que las dimensiones psicológicas fueron dejadas de lado. Se basan en la percepción de las mujeres de no tener control de la situación, tener pocas opciones para elegir y la poca influencia en la toma de decisiones. Esto último se encuentra estrechamente relacionado a la inadecuada provisión de información por parte del personal médico, así como las pobres habilidades comunicacionales y comportamientos negativos del mismo, lo cual llevaba a que las mujeres calificaran su experiencia como negativa, describiéndola con sentimientos de decepción, enojo, inferioridad y maltrato.

Categorías

A continuación, se presentan primero las categorías que guiaron el diseño metodológico de la investigación inicialmente, y en segundo lugar las que se vieron necesarias para el análisis de la información recogida en el trabajo de campo.

Categorías utilizadas en el diseño metodológico

Categorías	Definición conceptual	Definición operacional /Dimensión
Toma de decisiones	Diálogo respetuoso que involucra a las mujeres en las decisiones del proceso de atención de salud materna (International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association y World Health Organization, como se citó en Vedam et al., 2017, p.3).	OBSERVACIÓN <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes y obstetras participan activamente en el diálogo durante la consulta prenatal. - Gestantes consultan sobre los procesos médicos a ejecutarse durante la gestación y parto, así como preguntan sobre nuevas opciones. - Gestantes le expresan abiertamente sus opiniones a la obstetra.
		ENTREVISTA <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes reconocen como importante dar a conocer a las obstetras sus opiniones sobre los procesos médicos que ocurrirán durante su embarazo y parto.

		<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes reconocen como importante tomar decisiones sobre los procesos médicos que ocurrirán durante su embarazo y parto.
Autonomía femenina	<p>“Control que tienen las mujeres sobre sus propias vidas, la medida en la cual tienen una igualdad de voz, así como el control sobre los recursos, el acceso a información y la autoridad de tomar decisiones independientes” (Jejeebhoy y Satar como se citó en Adhar y Gawde, 2015, p.50).</p>	<p>OBSERVACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes que asisten solas a los controles prenatales. - Gestantes que van acompañadas a los controles prenatales. - Interacción entre gestantes y obstetras - Interacción entre acompañantes y obstetras
	<p>Se plantean tres dimensiones de la autonomía femenina: “control sobre las finanzas del hogar, el poder de decisión dentro del hogar y la libertad de movilidad” (Bloom, Wypij y Gupta, como se citó en López, Silva y Sarmiento, 2013, p.328).</p>	<p>ENTREVISTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Razones por las cuales las gestantes se presentan a los controles prenatales. - Razones por las cuales las gestantes va a los controles prenatales sola o acompañada. - Razones que tienen las gestantes para elegir al acompañante de los controles prenatales

<p>Habilidades de comunicación del profesional de salud</p>	<p>“el conjunto de técnicas y conductas verbales y no verbales [...] que conforman la competencia relacional de los profesionales de la salud a través de las cuales éstos expresan, en un contexto interpersonal (centrado en el paciente) y en una situación específica, sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones, deseos y derechos, proporcionando una serie de consecuencias en la relación que afectan al propio paciente (mejoría o curación del proceso clínico, satisfacción con la atención, cambios conductuales y emocionales), a los profesionales (satisfacción o bienestar en su trabajo), a la relación entre ambos (reforzamiento, confianza, apoyo, denuncias o reclamaciones), e incluso al sistema sanitario (utilización de recursos, efectividad y calidad en la asistencia)”.</p>	<p>OBSERVACIÓN</p> <p>Comunicación informativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes reciben información sobre su estado de salud. - Gestantes reciben información sobre autocuidado. - Gestantes reciben información sobre los procesos médicos que existen para su etapa de embarazo y parto. - Gestantes son consultadas por las obstetras sobre si la información brindada les queda clara. <p>Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actitud de escucha activa de las obstetras al interactuar con las gestantes. - Actividades que realizan las obstetras mientras las gestantes hablan con ellas. <p>Empatía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las obstetras expresan su comprensión sobre los sentimientos que tienen las gestantes.
--	--	--

	<p>Comunicación informativa: capacidad de los profesionales de la salud de proporcionar información asegurándose que los pacientes la han comprendido, así como de obtener información integral de los mismos.</p> <p>Escucha activa: disposición física y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal y no verbal que realiza el paciente, e indicándole a través de retroalimentación lo que se cree que se está comprendiendo.</p>	<p>Respeto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las obstetras se dirigen a las gestantes con palabras respetuosas, estableciendo una relación horizontal. <p>Autenticidad o congruencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstetras actúan y se expresan congruentemente cuando interactúan con las gestantes. <p>Asertividad o conducta socialmente habilidosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstetras se comunican amable y claramente con las gestantes, usando un lenguaje amigable y sin jergas médicas. - Obstetras utilizan jergas médicas, pero las explican a las gestantes. <hr/> <p>ENTREVISTA:</p> <p>Comunicación informativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes reconocen que han sido informadas por las obstetras sobre datos importantes del embarazo y parto. <p>Escucha activa</p>
--	---	--

<p>Empatía: la disposición de la persona para captar el marco de referencia interior del otro, los sentimientos y significados.</p> <p>Respeto: recibir, aceptar y comprender lo que el paciente transmite en la relación, con ausencia de juicio moralizante, esto es, acoger al paciente tal y como es.</p> <p>Autenticidad o congruencia: actitud que lleva al profesional a ser él mismo en la relación tal como es. Consiste en la coherencia exacta entre lo que el profesional vive internamente, piensa y el modo en que lo comunica en su lenguaje verbal y no verbal.</p> <p>Asertividad: conjunto de conductas emitidas por el profesional en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas</p>	<p>- Gestantes identifican a las obstetras con buena disposición para escucharlas.</p> <p>Empatía</p> <p>- Gestantes perciben que las obstetras las comprenden emocionalmente.</p> <p>Respeto</p> <p>- Gestantes se sienten respetadas, aceptadas y comprendidas por las obstetras durante los controles prenatales.</p> <p>Autenticidad o congruencia</p> <p>- Gestantes perciben una actitud sincera de parte de las obstetras durante la atención.</p> <p>- Gestantes sienten confianza al hablar con las obstetras.</p> <p>Asertividad o conducta socialmente habilidosa</p> <p>- Las gestantes consideran de las obstetras comunican amablemente sus sugerencias, opiniones y consultas.</p>
--	---

	<p>conductas a los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.</p> <p>(Leal-Costa et al, 2016, p.51).</p>	
<p>Percepción sobre calidad de atención en salud</p>	<p>Construcción subjetiva del individuo sobre “la atención que se le proporciona al paciente en busca de alcanzar su máximo y completo bienestar” (Chávez, 2009, p.23)</p>	<p>ENTREVISTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes perciben que la atención que reciben por parte de las obstetras es agradable. - Gestantes perciben que la información que reciben por parte de las obstetras es útil. - Gestantes indican que el trato amable, así como la información útil son razones para que deseen regresar a su siguiente control prenatal.

Categorías añadidas para el análisis de los hallazgos.

Categoría	Definición conceptual	Definición operacional /Dimensión
Interacción	“Intercambio de hecho, actividades y movimientos”, que sería el principio básico de las relaciones sociales (Rizo, 2008, p.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Trato o relacionamiento verbal, gestual o de contacto físico entre obstetras y gestantes.
Comunicación interpersonal	“Encuentro cara a cara entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que proceden de señales tanto verbales como no verbales” (Rizo, 2008, p.3). Se da en situación de co-presencia de las personas involucradas en un espacio y tiempo, durante la cual pueden influir recíprocamente sobre sus comportamientos. Esto sucederá dado que intentarán adaptarse a estos así como a las expectativas del otro durante la interacción, siguiendo una serie de reglas, normas y dinámicas implícita e idealmente compartidas entre los interlocutores (2008, p.4).	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción que implique adaptación del comportamiento de las obstetras y gestantes para relacionarse activamente con la otra persona.

	Esta definición también involucra la idea de la interacción donde “no toda interacción da como resultado acciones de puesta en común, de entendimiento” (2008, p.2), como si lo haría la comunicación interpersonal.	
Tono	Intencionalidad emocional con la cual se carga a un mensaje oral, no necesariamente consciente por parte de quien lo emite, y que transmite un determinado sentimiento que influye en la decodificación del mensaje por parte de su interlocutor así como en el contexto del encuentro. Por ejemplo, tono de burla -que proyecta burla-, tono atemorizante -que genera miedo-, tono serio -que denota seriedad-, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Intencionalidad con la que se dice un mensaje

<p>Deshumanización</p>	<p>“La privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, que al empezar a ser comparados con objetos o animales puede ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor” (2017, p.217).</p> <p>Es causada por “1. Cosificación: conversión del paciente en objeto, prescindiendo de sus rasgos personales e individuales, sentimientos y valores; 2. Ausencia de calor en la relación humana: Dificultad de encontrar equilibrio entre la distancia afectiva profesional y la implicación emocional propia de un profesional que es también persona; 3. Reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo y respeto por la debilidad: no hay unos que tengan más valor que otros, niños o adultos, ricos o pobres, blancos o negros; 4. Tratamiento integral y global del enfermo: como una persona compleja y total, abarcando todas sus dimensiones, su cuerpo, su psicología y su espíritu; 5. Participación del paciente en la toma de decisiones: en la relación del sanitario-enfermo, aun en el supuesto de que el médico tenga un estatus social superior, este tiene que tener en cuenta la vulnerabilidad y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del nombre de la gestante u otro dato (como número de historia clínica) para referirse a ella. • Priorización del aspecto fisiológico por sobre el emocional en los controles prenatales. • Participación de la gestante en la toma de decisiones durante los controles prenatales.
-------------------------------	---	---

	<p>dependencia del enfermo. Y, finalmente, una relación empática que permita un modelo de alianza entre el médico y el enfermo que consista en una confianza depositada en una conciencia”(Rodriguez, 2006, p.2).</p>	
--	---	--



Análisis de datos

Una vez recogida la información de las 12 gestantes participantes (12 observaciones de controles prenatales y 5 entrevistas a profundidad), 3 observaciones de controles prenatales y 3 entrevistas a profundidad (en archivos de audio y apuntes) fueron transcritos y digitalizados en su totalidad para su análisis. Fueron elegidos debido a la representatividad de las opiniones e información brindada por parte de las gestantes respecto al resto de los archivos de audio. . Se identificó a las participantes con el código “Gestante X”, siendo “X” el número correspondiente al total de participantes. Por ejemplo: “Gestante 1”. Las obstetras fueron representadas de la misma manera.

La codificación se realizó a través de la identificación de categorías en la información recopilada con el uso del programa de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti (versión 8.1.3). Una vez hecho esto, se realizó el proceso de identificación de hallazgos por categorías, relaciones entre estas últimas, y la identificación de patrones no previstos comparándolos con la información recopilada del resto de instrumentos aplicados.

Triangulación

La triangulación de datos se da con la recopilación de la información de las gestantes a través de entrevistas a profundidad y de la observación de la comunicación interpersonal entre ellas y las obstetras durante los controles prenatales.

Ética de la investigación

La investigación tiene rigurosidad con el respeto a la propiedad intelectual de las referencias conceptuales y contextuales recopiladas a través de fuentes primarias y secundarias. Asimismo, el recojo de información durante el trabajo de campo tuvo como requisito la participación

voluntaria, la aceptación de un consentimiento informado por parte de los participantes de la investigación, el hecho de que pudieran aceptar o rechazar ser grabados y/o fotografiados, y la posibilidad de retirarse del estudio cuando deseara hacerlo, sin temor a represalias, siguiendo el Reglamento del Comité de Ética para la investigación con seres humanos y animales de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP, 2009, p.2).

Inconvenientes, limitaciones y estrategias de solución durante la investigación.

Como toda planificación, esta puede verse afectada por factores externos o internos. En el caso de esta investigación, los principales inconvenientes se presentaron al agendar la entrevista con el Jefe de la Micro Red y la Jefa del Establecimiento dado que sus actividades laborales no les permitían tener flexibilidad para atender a la investigadora. En este sentido, se tuvo que ser persistente para lograr dicha reunión, demostrando disponibilidad para realizarla cuando fuera más conveniente para ellos, dado que era importante aclarar algunas dudas para el trabajo.

Sobre la interacción con las gestantes y su compromiso con la investigación, debido a experiencias pasadas de trabajo de campo de la investigadora y su asesora, se encontró previsible la deserción de algunas de las participantes. No resultó un inconveniente dado que la información que se iba recopilando con las entrevistas era lo suficientemente rica para realizar el análisis.

En cuanto al análisis, se debió afrontar las limitaciones de la versión gratuita del programa ATLAS.ti, realizando segmentaciones de las transcripciones para su codificación. Esto también limitó la posibilidad de usar el programa para realizar esquemas en el mismo, pero fue posible hacerlo de manera manual.

Finalmente, expresar que dentro de las limitaciones de la investigación se encuentra la no participación de gestantes que habiten en centros poblados y comunidades del distrito, y/o que tuvieran como idioma único el quechua. Esto plantea por ende la interrogante de la diferencia de los resultados que se hubieran obtenido de ser así. Esta omisión fue involuntaria dado que dicha categoría no fue utilizada como filtro para elegir a las participantes del grupo de gestantes presentes los días de visita a campo cuya selección fue aleatoria. En este sentido, ninguna de las participantes indicó que residía en dichas zonas.



Matriz de consistencia

Objetivos específicos	Categorías	Dimensiones	Técnicas e instrumentos
<p>Describir el nivel de intervención que tienen las gestantes y la importancia que le dan a involucrarse en la toma de decisiones durante la comunicación interpersonal con las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.</p>	<p>Toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes y obstetras participan activamente en el diálogo durante la consulta prenatal. - Gestantes consultan sobre los procesos médicos a ejecutarse durante la gestación y parto, así como preguntan sobre nuevas opciones. - Gestantes le expresan abiertamente sus opiniones a la obstetra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación participante (Guía de observación) - Bitácora de campo
		<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes reconocen como importante dar a conocer a las obstetras sus opiniones sobre los procesos médicos que ocurrirán durante su embarazo y parto. - Gestantes reconocen como importante tomar decisiones sobre los procesos médicos que ocurrirán durante su embarazo y parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista a profundidad (Guía de entrevista) - Bitácora de campo

	Autonomía femenina	<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes que asisten solas a los controles prenatales. - Gestantes que van acompañadas a los controles prenatales. - Interacción entre gestantes y obstetras - Interacción entre acompañantes y obstetras 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación participante (Guía de observación) - Bitácora de campo
		<ul style="list-style-type: none"> - Razones por las cuales las gestantes se presentan a los controles prenatales. - Razones por las cuales las gestantes va a los controles prenatales sola o acompañada. - Razones que tienen las gestantes para elegir al acompañante de los controles prenatales 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista a profundidad (Guía de entrevista) - Bitácora de campo
Identificar la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales	Habilidades de comunicación del	<p>Comunicación informativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes reciben información sobre su estado de salud. - Gestantes reciben información sobre autocuidado. - Gestantes reciben información sobre los procesos médicos que existen para su etapa de embarazo y parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación participante (Guía de observación) - Bitácora de campo

<p>en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.</p>	<p>profesional de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes son consultadas por las obstetras sobre si la información brindada les queda clara. <p>Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actitud de escucha activa de las obstetras al interactuar con las gestantes. - Actividades que realizan las obstetras mientras las gestantes hablan con ellas. <p>Empatía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las obstetras expresan su comprensión sobre los sentimientos que tienen las gestantes. <p>Respeto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las obstetras se dirigen a las gestantes con palabras respetuosas, estableciendo una relación horizontal. <p>Autenticidad o congruencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstetras actúan y se expresan congruentemente cuando interactúan con las gestantes. 	
--	------------------------------------	---	--

<p>Identificar la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.</p>	<p>Habilidades de comunicación del profesional de salud</p>	<p>Asertividad o conducta socialmente habilidosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstetras se comunican amable y claramente con las gestantes, usando un lenguaje amigable y sin jergas médicas. - Obstetras utilizan jergas médicas, pero las explican a las gestantes. 	
		<p>Comunicación informativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes reconocen que han sido informadas por las obstetras sobre datos importantes del embarazo y parto. <p>Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes identifican a las obstetras con buena disposición para escucharlas. <p>Empatía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes perciben que las obstetras las comprenden emocionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista a profundidad (Guía de entrevista) - Bitácora de campo

<p>Identificar la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.</p>	<p>Habilidades de comunicación del profesional de salud</p>	<p>Respeto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes se sienten respetadas, aceptadas y comprendidas por las obstetras durante los controles prenatales. <p>Autenticidad o congruencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes perciben una actitud sincera de parte de las obstetras durante la atención. - Gestantes sienten confianza al hablar con las obstetras. <p>Asertividad o conducta socialmente habilidosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las gestantes consideran de las obstetras comunican amablemente sus sugerencias, opiniones y consultas. 	
	<p>Percepción de calidad de atención en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes perciben que la atención que reciben por parte de las obstetras es agradable. - Gestantes perciben que la información que reciben por parte de las obstetras es útil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista a profundidad (Guía de entrevista) - Bitácora de campo

		<p>- Gestantes indican que el trato amable, así como la información útil son razones para que deseen regresar a su siguiente control prenatal.</p>	
--	--	--	--



Capítulo 5. Análisis de la investigación.

En este apartado se describirán los hallazgos de la investigación en tres partes: los hallazgos generales, los hallazgos sobre el primer objetivo específico de investigación, y finalmente los hallazgos sobre el segundo objetivo específico.

5.1. Hallazgos generales sobre la dinámica del Centro de Salud “Siete Cuartones” y las gestantes.

Para presentar los hallazgos de la presente investigación, considero pertinente describir primero la interacción en los espacios del Centro de Salud “Siete Cuartones”, datos que están basados en la observación durante la estadía en campo. Como es esperable, el tamaño y la distribución de un entorno puede influir en la comodidad de las personas que se encuentran ahí. En este sentido, es importante indicar que el espacio donde funciona este establecimiento es pequeño respecto a la cantidad de personas que se atienden en el lugar, como puede esperarse de un establecimiento de salud acondicionado en una construcción que fue realizada para vivienda de una familia. El espacio de tiempo en el que hay más pacientes, según la observación realizada, es entre las 9 de la mañana y el mediodía, por lo cual en ese lapso de tiempo los pasillos y salas de espera se ven abarrotados.

De hecho, la distribución de las salas de espera incluye a dichos pasillos que son usados para tal fin al tener sillones acomodados para los pacientes, así como el espacio más amplio que es un patio techado que también se usa de esta manera. Los lugares donde se encuentra mayor concentración de pacientes son, en principio, alrededor de dos escritorios donde los técnicos asistenciales realizan actividades administrativas de referencias y cupos para los diferentes servicios médicos. Estos se encuentran en la puerta de entrada al patio-sala de espera, y a su vez se puede observar el gran espacio que ocupan.



Figura 8. Escritorio de técnicos asistenciales en patio - sala de espera. Fotografía propia.

Tomada en febrero 2018.

Otro lugar donde hay gran cantidad de gente es en la entrada de los consultorios de Tópico y Ecografías, uno al lado del otro, y principalmente porque cada día hay una cantidad importante de pacientes esperando la atención del primero. Cabe resaltar que la oficina de la Jefa de Establecimiento y del Jefe de Micro Red es el mismo consultorio donde se realizan las ecografías, por lo cual también hay presencia de personal interno y externo al establecimiento, pero relacionado a temas administrativos. Por ejemplo, durante el tiempo en que se ejecutó la investigación, se observó en tres ocasiones un cambio en la rutina diaria de los colaboradores del Centro de Salud, así como la presencia de una persona externa para recabar informes que debían ser primero firmados y sellados por la Jefa del Establecimiento y/o por el Jefe de Micro Red, y luego llevados por esta persona a la sede de la Micro Red, ubicada en el Centro de Salud “Belenpampa”. Otros espacios donde hay un movimiento regular de personas es en la entrada al laboratorio, así como un segundo piso acondicionado donde funciona la oficina del Seguro Integral de Salud.



Figura 9. Sala de espera de Tópico y Ecografías. Fotografía propia. Tomada en febrero 2018.

Sobre la presencia de las gestantes, ellas se ubicaban principalmente en las sillones o sillas cercanos al patio – sala de espera, dado que ahí se encuentra el consultorio de obstetricia. Posteriormente, si se les indicaba que debían pasar por otros servicios, se quedaban en el mismo espacio si eran referidas a laboratorio o a medicina general, o se desplazaban hacia odontología que se encuentra del otro lado del establecimiento. Las citas para las gestantes son pactadas desde su control previo, por lo cual cada una de ellas llega a una hora determinada. La primera solía llegar a partir de las 7:30 de la mañana, y los días en los que asistían más, podían estar presentes entre 3 o 4 a la vez esperando su turno. Los controles prenatales se suelen programar entre las 7:30 am y la 1:00 pm.



Figura 10. Gestante y acompañante en sala de espera de Obstetricia. Fotografía propia.

Tomada en febrero 2018.

La interacción entre las personas presentes en dichos espacios comunes era de la siguiente manera. Entre los pacientes era poco común que hablaran entre sí a menos que existiera una razón específica para hacerlo. Entre estos motivos se identificaron desde alguna actividad que realizaba un niño o una niña que fuera motivo de risa (que juegue), preocupación (que juegue en las sillas o se cuelgue de las escaleras), o molestia (que grite o llore); la presencia y acciones de un gato que vive en el Centro de Salud, que solía generar las mismas emociones; o las sugerencias o indicaciones que se daban entre ellos para realizar correctamente los trámites para su atención. Entre las gestantes, a parte de estas conversaciones esporádicas y coyunturales compartidas con otros pacientes, existían momentos, si bien menos comunes, en los que se preguntaban entre sí sobre si la obstetra estaba atendiendo, o a qué hora le tocaba su cita a la

otra gestante. En otras ocasiones, si las gestantes iban acompañadas con sus hijos, hijas, parejas o madres, conversaban sobre temas personales con ellos.

El consultorio de obstetricia es un espacio donde encontraremos a una sola obstetra, pocas veces acompañada de una practicante de técnica en enfermería, y la gestante con un acompañante, o a veces sola. Asimismo, se encuentra el escritorio de la obstetra donde se ubican las historias clínicas y donde se realiza la toma de presión, por lo que frente a este se encuentra una silla donde se ubica la gestante. Hay un banco pequeño a lado de la puerta para que el o la acompañante puedan sentarse. Además, existe un lavatorio, un estante donde se encuentran documentos y cuadernos, y la camilla donde se evalúa a la gestante, a lado de la cual se encuentra una pequeña mesa donde se colocan los instrumentos médicos para dichos exámenes. Cabe resaltar que la puerta de acceso al consultorio se encuentra inmediatamente al costado de la camilla, la cual no tiene ningún tipo de protección visual, como una cortina. Finalmente, existe una gran cantidad de material visual, como rutas de atención de emergencias obstétricas, semanas de gestación y un póster con una imagen religiosa. Al menos los dos primeros materiales parecieran estar pensados para el manejo del personal de salud, y no para la gestante debido a una gran cantidad contenido escrito con lenguaje técnico.

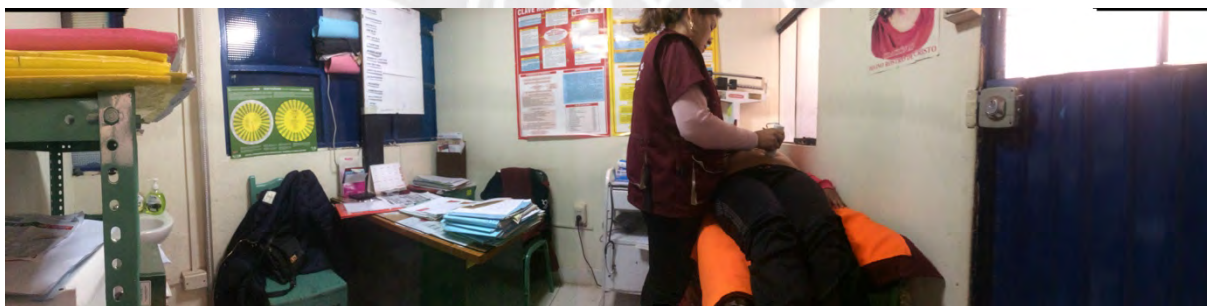


Figura 11. Toma panorámica del consultorio de Obstetricia desde banco de acompañante.

Fotografía propia. Tomada en enero 2018.

Los controles prenatales observados en el Centro de Salud “Siete Cuartones” tuvieron en promedio una duración de 20 minutos por gestante, encontrándose dentro de la cantidad mínima de duración según las Guías de Práctica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive (MINSA, 2007). Sin embargo, como se mencionó en el sub capítulo de controles prenatales, un documento técnico más reciente que el anterior (MINSA, 2011c) indica que cada control prenatal debe durar 40 minutos. Estos controles en “Siete Cuartones” empezaban con la obstetra llamando por el nombre de la gestante en turno desde dentro del consultorio, y si no había respuesta inmediata, se acercaba a la puerta para repetir el llamado. Si la gestante llegaba tarde a su turno y veía que la obstetra no estaba atendiendo a otra persona, se acercaba directamente a la puerta que solía estar abierta si es que no se estaba atendiendo a ninguna paciente.

5.1.1. Perfil de las gestantes

Las gestantes que participaron de la investigación se encontraban en el rango de edad entre los 21 y 34 años, a excepción de una de ellas que tenía 42 años. Sobre su lugar de residencia, si bien todas viven en la zona urbana del distrito hay diferencias de la distancia entre su domicilio y el establecimiento a pesar de estar dentro del área que le corresponde al C.S; y en otros casos es porque se han mudado, pero prefieren evitar los trámites de transferencia a otro C.S. Si bien algunas pueden acceder al C.S “Siete Cuartones” caminando entre unos 10 a 15 minutos, otras optan por tomar el servicio público de transporte durante espacios de hasta 30 minutos. Incluso una de las entrevistadas indicó que puede tardarse hasta una hora en llegar al Centro de Salud. Ninguna vive en un centro poblado ni en una comunidad, y todas hablan español.

Una vez explicada la intención de la investigación, y cuando aceptaban participar en ella, se pudo conocer un poco mejor sobre sus vidas a través de las conversaciones que se dieron fuera

de la ejecución de los instrumentos de la investigación. Todas eran mujeres que se encontraban afiliadas al Seguro Integral de Salud, que trabajan hasta ese momento o lo habían hecho hasta hacía poco dependiendo de la semana de gestación en la que se encontraban, y que se sentían respaldadas de cierta forma por sus familias, a pesar de que no siempre iban acompañadas. Este apoyo se convertía sobre todo en expectativa con miras a estar acompañadas en el parto y el post-parto.

Todas convivían con sus parejas, padres de los hijos o hijas que estaban gestando, aunque no todas estaban casadas. Son mujeres que se encargaban además de otras tareas en su hogar más estereotipadas a su género, además de trabajar fuera, ya que durante las conversaciones con la investigadora surgían temas sobre el cuidado de sus otros hijos en caso los tuvieran y de realizar tareas como cocinar o limpiar. Asimismo, se encontraban muy dispuestas a hablar sobre sus sentimientos respecto a las experiencias que tenían sobre este u anteriores embarazos, sobre la salud sexual femenina en general, así como en compartir sus opiniones sobre la atención en salud en los establecimientos donde se habían atendido en algún momento. Varias de las gestantes dieron a entender en algún momento de las conversaciones que sus gestaciones actuales no habían sido planificadas, y en un caso en particular, que no era deseada por ella si no por su esposo.

Debido a que las experiencias previas de embarazo, o no tenerlas, pueden influir en los conocimientos que tienen sobre el proceso, así como en sus expectativas y temores, se les consultó qué embarazo era en el que se encontraban. En este sentido, las gestantes presentan un perfil variado dado que algunas tienen uno o dos hijos o hijas previos a esta gestación, mientras que otras están gestando a su primer bebé. Sin embargo, todas han tenido a su primer hijo o hija alrededor de los 21 o 22 años.

En tanto los controles prenatales son espacios donde se toman decisiones y se podrían involucrar activamente la gestante y su familia, se les preguntó a las entrevistadas sobre la compañía que reciben por parte de su entorno cercano y sus preferencias. Se observó que en algunas ocasiones asisten solas a los controles prenatales. Si van acompañadas, lo hacen usualmente por sus parejas o sus madres, y consideran que su presencia se mantendrá también el día del parto. Como indica una de las entrevistadas:

“Sí, felizmente mi esposo está a mi lado. También mi mamá me dice que va a estar (conmigo), va a venir. Felizmente tengo apoyo de mi familia, así... entonces... ya pues, como sea estaré ese día (risas)” (Gestante 2)²⁶

Afirman que el hecho de asistir a los controles prenatales se da a causa de un interés personal de saber cómo está su bebé, y por lo cual a veces prefieren ir solas dado que sus parejas no tienen tiempo por el trabajo, o no siempre se encuentran dispuestos o “de buen humor” para acompañarlas.

“Entrevistadora: ¿Y prefieres ir a los controles acompañada o sola?”

Gestante 2: Mmm... sola, creo.

Entrevistadora: ¿Sola? ¿Por qué?”

Gestante 2: Porque es que a veces los varones (andan) apurados también están...

Entrevistadora: Fastidiados...

Gestante 2: Sí, fastidiados... aburridos

Entrevistadora: Aburridos (risas)

²⁶ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

Gestante 2: Andan así, y no me gusta ya. Prefiero ir sola yo”²⁷

Sin embargo, esa afirmación estaría condicionada precisamente por esa poca disposición de sus parejas. En otros momentos, las gestantes mencionan que les gustaría que sus parejas se involucren más y así puedan entenderlas:

“[...] A mí me hubiera gustado que mi pareja vaya, ¿no? Al control... para que vea pues, cómo es. Porque a veces los hombres no saben (risas) no saben. Yo por ejemplo sufro bastantes cambios hormonales... ahorita estoy feliz, más tarde estoy triste, más tarde estoy así llorando, y él no sabe por qué estoy así... piensa que es un berrinche mío, que es algo que yo hago a propósito, pero no es así. Realmente, cuando estás embarazada, de un momento a otro estás feliz, luego estás triste, quieres llorar por una tontería de la televisión (risas) [...] O sea, me gustaría que sí me acompañe para que él sepa, ... o por lo menos que se averigüe un poco. Pero si no puede, tampoco le puedo decir que ‘tienes que ir’” (Gestante 3)²⁸

²⁷ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

²⁸ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.



Figura 12. Gestante y pareja asisten a control prenatal. Fotografía propia. Tomada en enero 2018.

5.1.2. Conocimiento de las gestantes sobre el embarazo

Al identificar que la información en cuanto comprensión y conocimiento era un tema crucial para la toma de decisiones durante el embarazo, se les preguntó a las gestantes cuáles eran los recuerdos que tenían sobre quiénes y qué les habían contando del embarazo cuando eran niñas o adolescentes. Ellas respondieron:

“Entrevistadora: ¿Quién o quienes te han hablado desde que eras niña, adolescente o joven, sobre el embarazo y sobre el parto?”

Gestante 1: Creo que nadie (risas).

Entrevistadora: No hablaban en casa... ¿con mamá? ¿En el colegio?”

*Gestante 1: Mis papás casi eran del tiempo de la antigüedad... todo era, como dicen... tabú.*²⁹

“Gestante 2: Sí, mi mamá siempre nos hablaba del embarazo.

Entrevistadora: ¿Qué te decía?

Gestante 2: Que... tener un hijo... que estar embarazada era feo. Que sentías dolores... que tenías que tener más cuidado al momento de hacer cualquier esfuerzo...

Entrevistadora: Por ese lado te decían... ¿y te enseñaban a cuidarte? ¿O te decían que no podías tener hijos muy pronto?

*Gestante 2: Sí, nos controlaba fuerte...*³⁰

Es decir, las mujeres de sus familias eran las principales fuentes de información sobre el tema cuando eran niñas o adolescentes, pero reconocen que las ideas que se les daba eran insuficientes (que era un tema tabú) o con una valoración negativa (que el embarazo es feo, doloroso).

5.1.3. Fuentes de información sobre su embarazo actual

Respecto al embarazo actual, indican que sus principales fuentes de información son el internet y personas conocidas de su entorno. Sobre el primer caso, ellas indican:

“Entrevistadora: Y cuando tienes dudas sobre tu embarazo, ¿con quién conversas?

*Gestante 3: ¡Con el internet! (risas)*³¹

²⁹ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

³⁰ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

³¹ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

“Entrevistadora: ¿Y por qué el internet?”

Gestante 1: Porque hay mucha información pues. Entonces yo busco de acorde a lo que quiero.

Entrevistadora: ¿y qué tipo de búsquedas haces? Que te acuerdes de una, por ejemplo. [...]

Gestante 1: Claro, cualquier duda. Por ejemplo, de salud. Inclusive... Yo, por ejemplo, por mi edad y que voy a tener mi bebé... todo eso trato de averiguar si puede haber riesgos o no, qué debo hacer. No solamente eso. De repente mi pequeño está mal de algo, averiguo un poco más”³²

Es así que las gestantes resaltan la importancia de poder acceder a la información que deseen en la cantidad que ellas consideren necesaria a través del internet, por lo cual es su principal aliado a la hora de encontrarse informadas y, sobre todo, preparadas.

Sobre las personas cercanas a su entorno, mencionaron a mujeres con quienes tienen confianza por una amistad o por la percepción del conocimiento que tienen sobre este proceso. Por ejemplo:

“Entrevistadora: Y si tienes dudas sobre tu embarazo actual, no sé... algo te molesta... algo que no te ha pasado en tu primer embarazo... ¿a quién le preguntas?”

Gestante 2: Tengo una amiga en la botica, allá donde trabajo, siempre voy a ella a preguntarle... [...] Siempre voy, cualquier duda de mi hijito siempre voy a ella porque también me da buenos medicamentos, me aconseja también...”

³² Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

En este apartado se han descrito los hallazgos generales que permiten contextualizar y entender a las personas sobre las cuales se hablará a continuación. Las gestantes son mujeres que contribuyen a los ingresos económicos de su hogar, así como se encargan de tareas dentro del mismo, como cocinar, limpiar o cuidar de sus otros hijos. Su embarazo actual pareciera no haber sido planificado y en algunos casos ni siquiera deseado por ellas. Sin embargo, se muestran comprometidas a informarse, principalmente con el internet y con personas de su entorno, sobre este proceso con la finalidad de que el hijo o hija que estén gestando y ellas mismas se encuentren bien. Asimismo, quisieran que ese compromiso fuese más activo por parte de sus parejas.

Ahora se procederá a presentar los hallazgos correspondientes al objetivo específico 1.

5.2. Hallazgos sobre el nivel de intervención de las gestantes durante interacción con las obstetras en los controles prenatales.

El primer objetivo específico se planteó **describir el nivel de intervención que tienen las gestantes y la importancia que le dan a involucrarse en la toma de decisiones durante la comunicación interpersonal con las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.**

5.2.1. Sobre la dinámica de la interacción durante los controles prenatales.

La dinámica de los espacios observados permite identificar las relaciones de poder que existen a través de las muestras verbales o gestuales entre las personas involucradas, así como las decisiones que se toman y quién las toma. En este sentido, el consultorio de obstetricia es un espacio que funciona como oficina de la obstetra de turno, por lo cual ella también tiene mayor posibilidad de tomar decisiones sobre lo que sucede en el espacio, como la música que suena

y las personas que ingresan. La dinámica de los controles prenatales estuvo pauteada, en todas las ocasiones observadas, por la obstetra a cargo. Es decir, era ella quien dirigía los temas de la conversación durante la consulta bajo el mecanismo de la constante realización de preguntas para averiguar aspectos del estado de salud de la gestante, priorizando los aspectos médicos fisiológicos por encima de los emocionales, los cuales eran abarcados superficialmente y a veces omitidos.

Entre las preguntas más frecuentes y repetidas por las obstetras hacían referencia a si las gestantes tenían molestias, si seguían su tratamiento, y si habían realizado los trámites o análisis que les correspondían³³:

“¿Alguna molestia ha tenido? ¿Le hemos referido creo? ¿A una ecografía? ¿Se ha hecho ecografiar?” (Obstetra 2)

“¿Está tomando para su anemia? ¿Vitaminas? ¿Dos veces al día? (Obstetra 1)”

“¿No se pone dura la barriga? [...] ¿Dolor de cintura? ¿Cabeza? ¿Ardor al orinar?” (Obstetra 1)

“¿El bebé se mueve? ¿Bastante? ¿Poco?” (Obstetra 2)

“Obstetra 2: ¿Cómo es la vacuna antitetánica?”

Silencio

³³ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

Obstetra 2: ¿Te has puesto o no te has puesto?

Gestante 2: No...

Obstetra 2: ¿Por qué no te has puesto?

Silencio

Obstetra 2: ¿Has pasado a dental?

Gestante 2: Sí, he pasado.

Obstetra 2: ¿Cuántas veces?

Gestante 2: Mmm...

Obstetra 2: Una vez

Gestante 2: Una vez, sí...”³⁴

Como se observa en estos extractos de los controles prenatales, existe una priorización de las preguntas que realiza la obstetra por encima de la participación de las gestantes, a quienes se les requiere información puntual como decir “sí” o “no”, o frente a las cuales no tienen mayor posibilidad de explayar la conversación.

A parte de esta dinámica de pregunta-respuesta, los principales tópicos sobre los cuales se basaba la interacción eran los siguientes:

Información sobre estado de salud de las gestantes y del bebé

Se abordaba este tema con el objetivo de actualizar medidas y hacer seguimiento al peso, presión arterial, y otros indicadores de salud. Asimismo, se realizaba la medición de la altura

³⁴ Diálogo durante control prenatal a Gestante 2 el 08 de febrero, 2018.

uterina, el *doppler* para revisar los latidos fetales, y en los últimos meses, la posición del bebé, así como la revisión de resultados de laboratorio si es que las gestantes los tuvieran. Esta información era recopilada para ir directamente a la historia clínica y a la cartilla de la gestante, pero no eran datos explicados a la gestante a menos que existiera una anomalía o presentara algún signo de alarma.



Figura 13. Medición de altura uterina a gestante. Fotografía propia. Tomada en enero 2018.

En ocasiones la obstetra usaba lenguaje médico, pero aunque hablara con estos términos, no solía ser información dirigida a la gestante, pues se decía en voz baja, como para sí misma. Por ejemplo:

“Sale 8.5, está menos todavía acá. Está con 8.5. En el anterior, tu hematocrito ha salido 35, y en acá ha salido 34...” (Murmurando. Obstetra 2)³⁵

Factores de riesgo

Este tema tenía particular protagonismo durante los controles prenatales pues se considera como vital que la gestante sepa identificar las señales de peligro. El modo en el cual las obstetras se aseguraban que las gestantes supieran y manejaran esta información, era tomar una actitud evaluativa, como se puede observar en las siguientes citas³⁶:

“Quítate todo lo que pese, sube a la balanza y comienza a decirme las tres señales de peligro” (Obstetra 2).

“Obstetra 2: [...]. ¿Sabes cuáles son las señales de peligro?”

Gestante 2: Sí

Obstetra 2: A ver, dime.

Gestante 2: Mareos, sangre, hinchazón de tobillos y pies... eso.

Obstetra 2: ¿Qué más?

Gestante 2: ¿Hinchazón de barriga? O, sea si se te pone dura... si ves chispitas... mmm... eso nomás.

Obstetra 2: A ver (llena papeles de la historia clínica). Si mañana ves chispitas, ¿qué haces?

Gestante 2: Ah, voy al hospital.

³⁵ Diálogo escuchado durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

³⁶ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

Obstetra 2: ¿Si es de noche? O vas a esperar al día siguiente.

Gestante 2: No, tengo que ir sí o sí yo a cualquier hora.

Obstetra 2: Al hospital”³⁷

Otro aspecto que resaltó es que el hecho de que las gestantes manejen esta información pareciera ser un indicador informal de desempeño respecto a los otros establecimientos de salud donde se deriva a las gestantes para otros servicios, como psicoprofilaxis o el mismo parto. Por ejemplo³⁸:

“En el hospital les preguntan: “¿las señales de peligro?” (y ustedes -las gestantes- responden) ‘no, no nos han dicho, no sabemos, nunca nos dijo... (usa voz aguda de imitación)’. [...] Y es más, las señales de peligro las tienes acá (muestra la cartilla del embarazo). Acá señales-de-peligro (hace énfasis en las pausas). Entonces, tenemos que leer. La tarjeta es para leer, no es para agarrar y guardarlo, ¿no es cierto? Acá hay algunos mensajes. ¿Has leído? ¿Qué te dicen acá?” (Obstetra 2)

“En verdad, ayer nomás una colega me decía “dice que no les dicen las señales de peligro, les han hecho quedar mal”, y yo le digo que sí pues, lamentablemente se les dice...” (Obstetra 2).

Los hallazgos demuestran que la interacción durante los controles prenatales estuvo pauteada por la obstetra, la cual sigue una serie de protocolos que guían la información que recoge y

³⁷ Diálogo durante control prenatal a Gestante 2 el 08 de febrero, 2018.

³⁸ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

brinda, y por tanto son los temas sobre los cuales se interactúa con la gestante. Asimismo, asume una posición evaluadora al pedir que las gestantes repitan información importante de memoria, como una estrategia para asegurar su identificación en caso ocurrieran.

5.2.2. Tono en los mensajes de la obstetra.

Con el tono nos referimos a la intencionalidad emocional con la que se carga un mensaje, de manera consciente o no, y que influye en el interlocutor así como en el contexto en el que se desarrolla la interacción. En este sentido, una de las formas de comunicar de las obstetras es la de indicar acciones a modo de orden y en la que no se ha observado una intención de consulta hacia la gestante. Esto ocurre en varios momentos del control³⁹:

Para pactar la fecha del siguiente control prenatal

Esta es la situación en la cual la obstetra informa sobre la fecha de la siguiente cita. Suele ser el mismo día que se le está atendiendo a la gestante, pero de la semana o mes siguiente, dependiendo de la edad gestacional.

“El día 16 de febrero va a ser tu próximo control... (murmura) ¿qué dice?, ay... no sé si el 16..., te voy a poner el 17, ¿ya? El día 17 es sábado, porque no sé todavía cómo vamos a hacer” (Obstetra 2)⁴⁰

Para realizar procedimientos médicos o administrativos

³⁹ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

⁴⁰ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

Son indicaciones que da la obstetra para: tomar las medidas respectivas que requieren ser actualizadas en cada control en la historia clínica de la gestante, para precisar que debe recoger pastillas en la farmacia o hacerse un examen, o para que la gestante firme y coloque su huella digital como parte del proceso administrativo del control prenatal. En estos momentos no se realizan preguntas y sólo se dan órdenes⁴¹.

“Siéntate y te descubres (el brazo)” (Obstetra 1)

“A ver, sácate tu (banda de medición de presión arterial). Échate a la camilla... échate, échate. (Murmura mientras llena papeles). Descúbrete la barriguita. Ya...” (Obstetra 2)



Figura 14. Toma de presión arterial a gestante. Fotografía propia. Tomada en febrero 2018.

⁴¹ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

Para señalar la importancia de que la gestante cumpla con “tareas”

Otro aspecto que resalta son las indicaciones de la obstetra para que la gestante se informe a través de la cartilla que tiene sobre las señales de riesgo o cómo prepararse para el parto. También se identificó un tono de juzgamiento porque algunas gestantes no tenían este conocimiento memorizado.

“No has leído. Entonces, eso vas a ir y vas a llevar a tu casa, en ahí te está explicando qué cosa necesitas para el momento del parto” (Obstetra 2)⁴²

Por otro lado, se identificó otro grupo de mensajes basados en recomendaciones u opiniones de las obstetras para disuadir a las gestantes de tomar una decisión, o para convencerlas de tomar otra. Un primer caso observado tiene la intención de explicar y convencer de la importancia del uso de suplementos como el sulfato ferroso durante el embarazo, argumentando alrededor de los efectos al desempeño académico e intelectual de su hijo o hija:

“Primordialmente para evitar la anemia ¿ya? Es lo que estás tomando. Si tú tienes anemia, ese bebé también puede hacer anemia. ¿Y qué hace la anemia? Hace que ese bebé, sus neuronas mueran, o no se reproduzcan, no tengan lo suficiente. Por eso es que en el colegio hay niños estudiosos y hay niños burritos, como los llaman. No aprenden, no entienden” (Obstetra 1)⁴³

Un segundo caso está relacionado al rechazo de las obstetras a que las gestantes se atiendan en establecimientos privados de salud. Esto se ha visto sustentado en dos argumentos. El primero,

⁴² Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

⁴³ Diálogo durante control prenatal a Gestante 2 el 08 de febrero, 2018.

porque dichos establecimientos no tienen capacidad de atender emergencias obstétricas; y segundo, porque son económicamente inaccesibles al momento de una emergencia.

“Yo no le recomiendo las clínicas para que de un parto. Usted sabe, en el momento del parto, una a veces se complica... y una no sabe. Entonces la clínica no tiene... de tener, tiene, pero no está bien implementado lo que es la unidad de UCI. UCI es cuidados intensivos tanto para usted como para el bebé. Por A o B, usted se complica y diario va a tener que tener dos mil soles para pagar la cama en UCI, porque van a usar oxígeno, una serie de medicamentos, los médicos especialistas que le van a ver [...] Entonces, la clínica dice: ‘no va a tener plata para pagarme, mejor la mando al hospital’. Entonces así se limpian de cualquier problema. Igual si su bebé nace mal, o con algo para entrar a UCI, igual lo refieren siempre al hospital. Toda paciente que se complica en las clínicas la mandan al hospital” (Obstetra 1)⁴⁴

Estos mensajes estuvieron cargados de un sentimiento atemorizante con la finalidad de disuadirlas de tomar dichas decisiones. La carga de temor se identificaba pues se referían a situaciones a las que las gestantes estaban expuestas a riesgos de no tomar una determinada decisión.

Finalmente, se identificó un tercer grupo de afirmaciones realizadas por las obstetras que denotaban su percepción sobre la poca responsabilidad, a su parecer, que muestran las gestantes para su autocuidado, y tienden a culparlas de las complicaciones que puedan haber surgido o podrían hacerlo a futuro. Por ejemplo:

⁴⁴ Diálogo durante control prenatal a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“Obstetra 1: Yo a su mamá le he explicado. Su mamá ya ha venido a las 32 semanas, ella debió haber venido... no es su primer bebé. Ella sabe. Mujer que tiene esposo, y no se cuida y tiene relaciones, es embarazo. Al mes voy al centro de salud...”

Hija: Nosotros, señorita, sabemos muy bien. Y hemos asistido acá...

*Obstetra 1: **Para mí han venido a las 32 semanas.***

Gestante: He vuelto. Le dije que había estado con la otra obstetra.

Hija: Ya le hemos explicado, creo... que hemos tenido problemas y que por eso no hemos regresado acá.

Gestante: Por eso es que yo me fui. Quise irme a otro lado. Me he estado atendiendo en acá...”⁴⁵

En este caso en particular, la gestante había dejado de asistir al C.S “Siete Cuartones” debido a un conflicto con una obstetra que antes trabajaba allí. Luego de haber intentado atenderse en otro establecimiento, decidió volver porque temía que la atención de su cesárea fuera complicada al no atenderse en el C.S donde le correspondía. Ella y su hija afirman que ya le habían contado a la obstetra que les atendió cuando se observó el control prenatal sobre este problema y las razones por las cuales estaban volviendo, por lo cual les incomodaba que dijera que la gestante no se había hecho los controles prenatales hasta las 32 semanas de gestación.

En el siguiente extracto observaremos directamente la responsabilización que realiza la obstetra hacia la gestante, a pesar de que la idea general de lo que dice pareciera de apoyo o de aliento.

⁴⁵ Diálogo durante control prenatal a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

*“Tiene que estar tranquila ¿ya? Porque si usted va a estar preocupada, va a estar pensativa, va a cargar cosas negativas, todo le va a salir mal. Tiene que estar tranquila. Dese cuenta que está bien, **que son cosas que se ha descuidado usted**, entonces ya ¿cómo va a remediar? Estando tranquila. Impaciente nada vas a solucionar, peor. Psicológicamente vas a estar cargando cosas negativas, ¿ya? Tienes que estar bien, tranquila nomás. A veces por lo psicológico tanto afecta el momento del parto, la cesárea se complica. Tienes que estar tranquilita” (Obstetra 1)⁴⁶*

Asimismo, se observaron situaciones relacionadas a la actitud evaluativa que mencionamos antes. En este sentido, cuando a opinión de la obstetra la gestante no tiene el conocimiento que debería, es enteramente su responsabilidad si algo negativo le pasa a ella o a su bebé:

“Ayer me han dicho (que otras gestantes han dicho) ‘no, no nos han dicho nunca’. Entonces yo dije ‘¿por qué no se fijan?’, si ahí está la tarjeta ¿no? Tienes que saber todo de tu tarjeta, ¿ya? Ahora, ¿por qué tomas la vitamina?, ¿por qué estás tomando el sulfato ferroso? Si te preguntan, (vas a responder) ‘no sé’. ‘¿Qué has estado tomando?’ Quizá algo le estaba haciendo a tu bebito ¿no?’” (Obstetra 2).⁴⁷

Se suele también hacer referencias a la responsabilización y culpabilización en frases más sutiles, pero igual de declarativas, sobre todo relacionadas al funcionamiento del cuerpo de la gestante y en un caso en particular, a la edad de la mujer⁴⁸:

⁴⁶ Diálogo durante control prenatal a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

⁴⁷ Diálogo durante control prenatal a Gestante 2 el 08 de febrero, 2018.

⁴⁸ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

“Ustedes en el parto se complican y ahí es el problema” (Obstetra 1)

*“Entonces, yo le recomiendo... **peor, con la edad que tiene**, que se vaya a un hospital”
(Obstetra 1)*

También se hace énfasis al conocimiento que las obstetras asumen que las gestantes deberían tener, a lo cual sobre todo las mujeres primerizas consideran inapropiado dado que es su primera experiencia gestando:

“Y me dijo (imita voz de obstetra molesta) ‘¿cómo no vas a saber? ¡Es lo que el bebé se mueve! ¡Tú ya deberías de saber eso!’ Como si fuera mi tercer, cuarto, quinto hijo (risas). Entonces yo no sabía, como soy primeriza no sé pues” (Gestante 3)⁴⁹

Es así que se identifica un tono de responsabilización y culpabilización hacia las gestantes, el cual tiene un efecto evidentemente negativo: la cohibición a las gestantes a realizar consultas por temor a ser juzgadas y a ni siquiera recibir la información que resuelva sus dudas:

“La obstetra... si le hubiera preguntado, me hubiera dicho ‘tú sabrás, ya habrás investigado’ así...” (Gestante 3)⁵⁰

De este modo, se identificaron tres tonos con los cuales las obstetras cargaban sus mensajes al interactuar con las gestantes: el tono de orden, el tono de miedo o atemorizante, y el tono de responsabilización y culpabilización. Estos, como se ha definido el concepto anteriormente,

⁴⁹ Entrevista a Gestante 3 realizada el 26 de febrero, 2018.

⁵⁰ Entrevista a Gestante 3 realizada el 26 de febrero, 2018.

influyen en la manera en la cual las gestantes responden, como en el caso específico del tono de responsabilización, que genera que ellas eviten hacer preguntas por el riesgo que sienten de ser juzgadas.

5.2.3. El cumplimiento de protocolos y la actitud de las obstetras respecto al sistema público de salud.

Otra característica del discurso y actuar de las obstetras durante los controles prenatales es la importancia de cumplir con los trámites administrativos y las disposiciones estatales que corresponden. Por lo tanto, las obstetras suelen demostrar su rechazo a cualquier acción que impida que la gestante cumpla con el paquete materno establecido por el Ministerio de Salud.

“Obstetra 2: ¿Te has hecho en particular (la ecografía)?

Gestante: Sí, hace dos días.

Obstetra 2: Es que ese de particular a nosotros no nos cuentan. Tú tienes que tener todo el paquete. Tienes que hacerte acá”⁵¹

Además, el argumento principal que se utiliza para convencer del uso de los servicios públicos de salud es la cobertura de emergencias y el beneficio económico por los bajos costos del SIS.

“Es por eso que el ministerio de Salud siempre a toda gestante, tenga o no tenga plata, asegura... y también al recién nacido, tenga o no tenga plata. ¿Por qué? Porque se complica en UCI, entran a UCI y ahí es donde recién el SIS corre con el gasto. Porque

⁵¹ Diálogo durante control prenatal a Gestante 2 el 08 de febrero, 2018.

un parto normal cuesta 40 o 50 soles en cualquier hospital o en Belenpampa” (Obstetra 1)⁵²

Sin embargo, las obstetras reconocen, aunque de manera muy sutil y superficial, los problemas que la atención pública de salud trae consigo. De esta manera, se invita a tomar una actitud conformista a las gestantes pues se plantea que los argumentos antes utilizados son más valiosos frente a otros malestares⁵³:

“Bueno, no sé qué problemas habrán pasado mami, pero yo te estoy atendiendo desde las 32 semanas. Yo no sé qué habrá pasado... Cada personal tiene su forma de atender. Tú no puedes ir en contra de eso... Hay otras que tienen paciencia, te gritan, otras que no te explican, entonces... no sabes. Igual en el hospital también te va a tocar así. No sabes si te van a informar... siempre hay que estar preguntando. Piénsalo bien con tu esposo [antes de atenderte en la clínica], ustedes en el parto se complican y ahí es el problema” (Obstetra 1)

“Tienes que aguantar nomás la demora” (Obstetra 1)

A parte de estos aspectos, también se hallan maneras de evitar que las gestantes generen más trabajo administrativo dado que los trámites burocráticos estatales son más complejos y demandantes para sus colaboradores. Como, por ejemplo, dado que las zonas que atiende un determinado establecimiento de salud son poco flexibles, el cambio de domicilio suele

⁵² Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

⁵³ Diálogos durante control prenatal a Gestante 1 el 17 de enero, 2018.

significar una reasignación del centro de salud donde la gestante puede atenderse. Frente a esto, una gestante comentó:

“Ay, entonces te tendremos que cambiar’ prácticamente me amenazó ‘te tendremos que cambiar a la posta de Arco Tica Tica. Aunque a veces no hay obstetra en ahí’ (le dijo la obstetra). O sea, prácticamente me ha amenazado...” (Gestante 3)⁵⁴

5.2.4. Sobre el trato de la obstetra a la gestante durante los controles prenatales.

En todos los controles prenatales observados existe una priorización por la recopilación de información sobre el estado de salud, como hemos visto antes, lo cual va acompañado de muy poco contacto visual y una gran importancia a los instrumentos que representan a la gestante en el sistema de salud: el número de su historia clínica y el llenado de la misma. En este sentido, el número de su historia clínica es un dato que las gestantes memorizan pues suele ser requerido en la interacción dentro del consultorio.

Otro aspecto observado durante la atención es el poco respeto a la intimidad, evidenciado en las interrupciones durante las consultas médicas. Estas interrupciones no sólo detienen la dinámica del control prenatal, si no que también intervienen en el espacio, que como habíamos mencionado, no tiene forma de asegurar la intimidad física de la gestante, al no tener una cortina que tape la camilla.

⁵⁴ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

Por otro lado, se observó que la obstetra suele realizar comentarios declarativos sobre aspectos de la vida personal de la gestante, los cuales en realidad están relacionados a la vida privada de la misma⁵⁵:

“Mejor disfrute su embarazo, ya queda poco, ya no va a volverse a embarazar, es su último embarazo... después va a estar ‘yo extraño embarazarme’” (Obstetra 1)

Además, se observa el constante uso de diminutivos para referirse a la gestante al darle órdenes durante el control prenatal.

“Bájate el pantaloncito. Ya... tranquilita. A ver, vamos a ver cómo van los centímetros” (Obstetra 2)

Frente a esto, las gestantes consideran que precisamente la profesión de las obstetras hace que ellas se posicionen en un rol superior frente a las personas que atienden, y sin embargo no consideran que debería ser así dado que ellas están cumpliendo con su trabajo y reciben un pago por el mismo.

“Sí, además creo que ellas trabajan. Mucha gente busca trabajo, y hay tantas señoritas que salen así y son más humanas, no sé... me parece mal, por ejemplo, en una de esas atenciones que vi, que me preguntaba y ella estaba chateando. No le he reclamado nada, pero estoy observando y se supone que debe dedicarme un poco de atención... y responder a mis dudas, hacer su trabajo... entonces, yo a veces cuando me dicen algo así... yo les digo ‘pero esto no debe ser así, o esto...’ pero a veces hay mamitas que el hecho que te está atendiendo no dicen nada” (Gestante 1)⁵⁶

⁵⁵ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

⁵⁶ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“Sí, es que pienso que las obstetras... la gran mayoría finalmente de personas que van a una posta, que es servicio público ¿no?... pienso que la gran mayoría de personas a veces no... no tienen la posibilidad de estudiar, de autosuperarse a sí mismos y pienso que por eso es que se aprovechan. Yo pienso que por ese nivel de que ‘ah, yo soy obstetra y tú no eres nada, porque eres ama de casa o eres una chibola, o una persona que vive en la calle’ ... yo pienso que es por eso” (Gestante 3)⁵⁷

“No sé, me debería de decir eso, porque, o sea, no es un favor el que ella me está haciendo. El Estado le está pagando por lo que me está atendiendo. Yo no le estoy diciendo ‘sabe qué, por favor atiéndame’, no” (Gestante 1)⁵⁸

Como se vio en el marco conceptual, la deshumanización está caracterizada por no valorar al paciente como un ser integral, más allá de su aspecto fisiológico al no considerar elementos que afectan su estado emocional, como la falta de intimidad, así como cosificarlo a través de mecanismos como reducirlo a una historia médica. En este sentido, se observa un trato deshumanizado durante los controles prenatales.

Asimismo, las gestantes indican su malestar respecto a este trato, sobre todo porque reconocen que están recibiendo un servicio por el cual deben ser tratadas con respeto. Es importante recalcar también su percepción sobre las razones por las que las obstetras se posicionan en un

⁵⁷ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁵⁸ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

rol superior: por brindar el servicio en un establecimiento público donde posiblemente se atiendan personas que no estén a su nivel de educación.

5.2.5. Participación de la gestante durante el control prenatal.

Dado que la dinámica dentro de los controles prenatales es pauteada por la obstetra, la participación de las gestantes por iniciativa propia se observa en casos específicos, como hacer pocas preguntas puntuales respecto a los siguientes temas.

Síntomas de malestar sobre los que desconocen su causa

Se observó que cuando las gestantes tenían malestares que les causaban una gran molestia o preocupación, le preguntaban a la obstetra por la causa de los mismos.

“Y este... ¿los vómitos? ¿A causa de qué me estaría dando?” (Gestante 2)⁵⁹

Proceso de transferencia a hospital o a otro establecimiento de salud

Otro aspecto es cuando se encuentran cerca al momento del parto y las gestantes desean saber cuándo y cómo deben ser transferidas al hospital o a otro establecimiento para las sesiones de psicoprofilaxis, las cuales no brindan en el C.S “Siete Cuartones”⁶⁰.

“Y... una pregunta, señorita. Digamos para que te hagan una cesárea... ¿cómo es? ¿te programan? ¿o es siempre con el dolor?” (Gestante 1)

⁵⁹ Diálogo durante control prenatal a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁶⁰ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

“Gestante 3: Sí... antes de ayer fui a medicina...

Obstetra 2: Ajá

Gestante 3: Y me dijo la doctora si me puede hacer transferencia, creo que es... al hospital para que pudiera hacer el programa de psico... psicoprofilaxis. Algo así me dijo.”

Medicación y procesos médicos durante el embarazo

Respecto a este tema, las gestantes hicieron consultas sobre la forma de tomar los suplementos vitamínicos que les recetan, sobre todo cuando hay cambios en su prescripción; o cuando tienen que realizarse una ecografía en el centro de salud. No se observó que se hicieran preguntas sobre el laboratorio, a pesar que los exámenes eran una de las indicaciones más escuchadas durante la investigación.

Quejas sobre la atención en el centro de salud

Únicamente se presenció el caso de una gestante que abordó a la obstetra directamente sobre la incomodidad que le generó el incumplimiento de los horarios de atención en su anterior control prenatal, y sobre la poca cantidad de ecografías que tenía⁶¹.

“He venido y no estaba. He tenido que esperar hasta las 10 de la mañana.” (Gestante 2)

⁶¹ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

“Gestante 2: Y eso también debo traer... una (ecografía) nomás me he hecho cuando tenía 3 meses.

Obstetra 2: Eso se te ha pedido cuando has venido a tu primer control.

Gestante 2: Esa vez nomás, por eso...

Obstetra 2: Y ¿por qué te has hecho en particular si tenías seguro?

Gestante 2: No, hace poquito... dos días, tres días me he hecho hacer.

Obstetra 2: ¿Y por qué no te hiciste cuando viniste y se te pidió? En el primer control, en octubre.

Gestante 2: Me lo ha hecho

Obstetra 2: ¿Acá?

Gestante 2: Ajá, me lo ha hecho hacer uno.

Obstetra 2: ¿Y dónde está eso?

Gestante 2: Se habrá quedado en mi historia, porque eso no me lo ha dado. Por eso en el anterior control yo le dije ‘¿cuándo me va a tocar?’, y me dijo a la próxima que vienes, o sea hoy día ‘te voy a dar’”.

5.2.6. Rol y opinión de las gestantes sobre la dinámica de los controles prenatales.

En este apartado se describirán los roles que las gestantes reconocen que desempeñan ellas y las obstetras, así como su opinión sobre lo que sucede en la atención de los controles prenatales en el C.S “Siete Cuartones”.

Las obstetras poseen conocimiento especializado sobre el tema

Las gestantes consideran que las obstetras son personas con conocimiento especializado sobre el tema del embarazo. Además, este es uno de los argumentos para interactuar con ellas, principalmente para consultar sobre las dudas que tengan.

“Entrevistadora: [...] ¿Quién consideras que sabe más de tu embarazo? ¿tú o la obstetra?”

Gestante 2: Ah, la obstetra ¿no? De todas maneras, tengo que preguntarle...

Entrevistadora: ¿Por qué?

Gestante 2: Porque son las personas indicadas de saber de todo ese tema”⁶²

Sin embargo, las gestantes plantean que un o una especialista en ginecología tienen aún mayor conocimiento en el tema. Por ello, consideran que si tuvieran que tomar una decisión basada en la información o recomendación que una obstetra les da, tendrían que confirmarla con un médico especialista del área por considerarlo de mayor confianza.

“Entrevistadora: Si una obstetra te propone hacer un procedimiento médico con el cual tú no estás de acuerdo, ¿qué harías?”

Gestante 1: No lo haría. Primero tengo que buscar un ginecólogo, o como le digo... dos casos... la verdad es que te crea desconfianza, y además es tu vida también.

Entrevistadora: ¿Quiénes crees que toman las mejores decisiones sobre qué hacer en la gestación y el parto? ¿Las mujeres embarazadas o las obstetras?

Gestante 1: Obstetra no creo... un doctor, un ginecólogo...

Entrevistadora: ¿Sientes que tienen mayor conocimiento entonces los gineco obstetras o los médicos de medicina general?

Gestante 1: Sí, obviamente, yo pienso que es así”⁶³

⁶² Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁶³ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

Es así que las gestantes, dentro de los controles prenatales, reconocen a las obstetras como especialistas en el tema, y que son ellas las que poseen más conocimiento para tomar decisiones. Las gestantes, sea su primer embarazo o uno posterior, presentan una constante incertidumbre sobre lo que va a suceder y por ende ven a la figura de la obstetra como alguien que podría darles la información y apoyo emocional que les de más certezas.

Situaciones de toma de decisiones durante el embarazo

En este acápite se describirán las situaciones en las cuales se toman las decisiones respecto al embarazo de la participante, y quiénes intervienen en las mismas. Cabe recordar que la toma de decisiones es parte primordial del ejercicio de la autonomía.

- **Decisiones durante controles prenatales.**

Durante los controles prenatales, y sobre todo en los últimos meses, tanto las obstetras como las gestantes hacen referencia a la toma de decisiones principalmente respecto al parto y el lugar donde se llevaría a cabo la atención del mismo. Como se vio anteriormente, los aspectos médicos, como la posición del bebé y la edad de la madre, son los que determinarían en última instancia la forma en la que se da el parto (de forma natural o por cesárea). Esto a parte de ser informado durante los controles prenatales, llega a ser aceptado por las gestantes como una situación que no puede cambiar.

“Sí, entonces ahora no... si va a seguir así obviamente va a tener que ser cesárea... por tres razones, no es solamente por uno” (Gestante 1)⁶⁴

⁶⁴ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“Al final yo... voy a dar a luz en el hospital, ya me dijo que en la clínica no” (Gestante 3)⁶⁵

Otro aspecto más sutil en el se abarca el tema de toma de decisiones es en la presencia o ausencia de poder decidir la hora y fecha del siguiente control prenatal. En ninguno de los casos se le consultó a la gestante su disponibilidad de fecha para asistir al siguiente control prenatal, y solo una obstetra preguntaba por la hora en la que prefería asistir.

Por otro lado, las gestantes reconocen que idealmente ellas deberían estar involucradas en el proceso de toma de decisiones, pero que su poco conocimiento del tema, sobre todo cuando son primerizas, les impediría tener la confianza suficiente para tomar una decisión solas. Y, sin embargo, consideran que las obstetras, aunque tengan un mayor nivel conocimiento por su profesión, no muestran una actitud adecuada para guiarlas a la hora de tomar decisiones.

“Entrevistadora: Ya, ¿quiénes crees que toman las decisiones sobre qué hacer durante la gestación y el parto? ¿las mujeres embarazadas o las obstetras?”

*Gestante 3: Ehm, no sé... sería como un dilema. Pienso que sería algo así, porque a veces las mujeres embarazadas, primerizas, por ejemplo, recién estamos aprendiendo ¿no? Cosas que no sabíamos. **Y las obstetras tienen bastante experiencia, porque ya tienen bastantes pacientes, pero a veces no quieren hacer las cosas correctas, o no quieren hacerlas ¡porque no quieren hacerlas! No sé, están aburridas de sus vidas, no sé... por eso.**”⁶⁶*

⁶⁵ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁶⁶ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

Sin embargo, en temas como la fecha y hora del siguiente control prenatal son aspectos en los que consideran que sí deberían ser consultadas.

“Mis controles de semana los estaba dando los sábados. Todos los sábados. Pero no, como es el día libre de la obstetra, me ha trasladado a los lunes, martes, así... a los días que ella ha querido, y ni siquiera me ha preguntado si yo podía o tenía algo que hacer. Por lo que es su día libre [...] debería preguntarme ‘sabes qué, es mi día libre, no sé si vas a poder este día... o lo hacemos más antes...’” (Gestante 3).⁶⁷

- **Decisiones con su pareja.**

En el ámbito familiar y privado de la gestante también se aborda el tema de toma de decisiones. Frente a situaciones de preocupación, se menciona a la pareja como alguien con quien se comparte el malestar y el miedo.

“Estábamos preocupados con mi esposo” (Gestante 1)⁶⁸

Además, la pareja también es mencionada por la obstetra como la persona con la cual la gestante debe tomar la decisión final sobre dónde dar a luz. Esto era mencionado luego de presentar los argumentos en contra de atender el parto en clínicas privadas, el cual se hacía en tono comunicacional de miedo como lo indicamos anteriormente.

⁶⁷ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁶⁸ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

El aspecto principal sobre el cual la gestante indica que recibe opiniones de su pareja, en algunos casos formulados como órdenes, es acerca de las actividades que debe o no continuar realizando, el lugar donde debe estar atendiendo y donde realizará su parto.

“Y mi pareja me dijo... a los 9 meses así, que ya no trabaje. Ahora ya no estoy trabajando...” (Gestante 3)⁶⁹

“Mi esposo me dijo ‘sabes qué, para que tengas un poco más de atención vas a dar a luz en la clínica’” (Gestante 1)⁷⁰

Ellas también consideran a su pareja como la persona con la cual consultarían antes de tomar una decisión. Por otro lado, en el caso de una de las gestantes, también consideraba a su hija de 22 años como alguien con quien tomar ciertas decisiones, como el horario del siguiente control, para ser acompañada por ella.

- **Decisiones cuando sienten desconfianza o incomodidad.**

Existen también situaciones en las que las gestantes indican haber tomado o haber querido tomar decisiones en respuesta a su malestar por la atención en el centro de salud “Siete Cuartones”. En primer lugar, se encuentran las decisiones que intentan neutralizar la desconfianza a la información que le brindan las obstetras en los controles prenatales, como averiguar más sobre un determinado diagnóstico, condición o procedimiento médico.

⁶⁹ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁷⁰ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“[...] Lo peor que es de mí, es que cuando pasa algo siempre suelo informarme primero. Después voy, a ver qué me dicen.” (Gestante 1)⁷¹

Y frente a la incomodidad por la mala atención recibida en este establecimiento, pueden llegar a tomar decisiones más radicales, como complementar sus controles prenatales en otros centros de salud, o cambiar completamente de lugar de atención a un establecimiento privado si es que su situación económica lo permite.

“Pero no... hasta ahora, por eso voy a veces a doctora particular, voy a hacerme ver... no puedo confiar ya...” (Gestante 2)⁷²

“Bueno, pues, ¿qué voy a hacer? dije, ¿no? Entonces dije, la otra me atiende así, no me quieren dar seguro, me obligan a que venga acá... no puedo ir a otro lado [estatal] a elegir. Lo único que me queda es irme a un policlínico” (Gestante 1)⁷³

Opiniones y acciones de las gestantes sobre su participación en la toma de decisiones de los controles prenatales.

En este apartado es importante resaltar que las gestantes no dan sus opiniones a las obstetras por temor a una mala reacción por parte de estas últimas.

⁷¹ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

⁷² Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁷³ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“Entrevistadora: ¿Consideras que es importante decirle a la obstetra qué es lo que piensas sobre tu embarazo?”

Gestante 2: Mmm... no. A veces también cuando le comentas te gritan, o... más que todo es lo que te gritan. Que a veces incomoda eso.”⁷⁴

“No, no siento confianza y también pienso que si digamos le haría un reclamo, (si le dijera) “no me trate así” o “¿por qué me trata así?” o “¿qué es lo que tiene conmigo?” y tratara de hablarle, pienso que ella me diría (imita la voz) “¡ya, sabes qué, no vengas nunca más a este hospital!” así. Pienso que te pueden llegar a botar o algo así” (Gestante 3)⁷⁵

Este proceso de no llegar a preguntar o no decir que algo les incomoda, se observa no solo en la poca participación verbal de las gestantes durante los controles prenatales, si no también en el propio reconocimiento que hacen de este “guardar silencio” como una mejor decisión para evitar la confrontación. Esto también hace que se observe que las gestantes reciben y cumplen órdenes por parte de las obstetras sin cuestionarlas.

Gestante 1: Sí, hay algunas veces que es mejor callarse también.

Entrevistadora: ¿Cómo qué por ejemplo?

Gestante 1: [...] algunas cosas le dije, pero luego cuando seguía diciendo otras cosas ya no le dije nada. Me calle nomás.⁷⁶

⁷⁴ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁷⁵ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁷⁶ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“Claro, ¿de dónde yo sé que me toca tal día ecografía? Eso es lo que me ha molestado también. Casi reacciono, pero me aguantado nomás... será porque estoy mal, por mi hijo nomás me he callado y no le he dicho nada” (Gestante 2)⁷⁷

“Sí... (y yo me preguntaba) “¿eso no le hará daño al bebé? ¿Qué voy a hacer?” Y a veces pensaba “ya, ni modo, que me hagan cesárea nomás. Que me corten para no contagiarle nada...” Entonces yo tenía ese miedo, y quería preguntarle qué cosa era, por qué era... y todo ¿no? Pero no pude porque... no sé... te atemoriza con su mirada (risas). No te da esa confianza” (Gestante 3)⁷⁸

Solo si sienten que la obstetra está de buen humor consideran que pueden hacerle más preguntas o darles su opinión.

“Sería... depende a su humor de ellas, si han amanecido bien (risas). Si han amanecido bien, puedes decirles ¿no? Si están de buen humor.” (Gestante 3)⁷⁹

Solo una de las gestantes indicó que sí le decía a las obstetras cuando consideraba que estaba sucediendo algo que no debería pasar. Sin embargo, durante el control prenatal, se observó que esta gestante tuvo la misma actitud poco activa y de silencio que el resto. Ella indicaba que:

⁷⁷ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁷⁸ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁷⁹ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

“Dije, creo que no soy la culpable de venir. Ella trabaja, entonces le dije ‘mire, me está diciendo cosas que no me gustan’, le dije. ‘Entonces no sé si es tu manera de trabajo o es que trabajan así’, le digo... como era por el seguro... (Gestante 1)”⁸⁰

Además, si bien ellas no preguntan, consideran que las obstetras deberían explicar detalladamente las acciones que realizan y el por qué, como por ejemplo, los papeles que les hacen firmar.

“No debería ser así. Te hace firmar, te hace firmar... llena hartos, qué cosas todavía llena. Igualito ha sido en dental, también es así. Te hace firmar hartos papeles y no sabes qué papeles estás firmando, y para qué estás firmando. No te explican. ‘Pon tu huella y tu firma, y así nomás’” (Gestante 2).⁸¹

Finalmente, se mencionó también que, a pesar de que no suceda, sería importante que las gestantes opinen sobre lo que sucederá durante este proceso porque son parte del mismo.

“Entrevistadora: ¿Qué tan importante crees que es que las mujeres embarazadas opinen sobre lo que va a suceder durante el embarazo y durante el parto?

Gestante 3: Yo creo que eso sería muy importante...

Entrevistadora: ¿por qué?

Gestante 3: Porque... no sé... porque... estás, tú. Eres tú la que vive todo ese proceso”⁸²

⁸⁰ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

⁸¹ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁸² Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

5.2.7. Percepción de las gestantes sobre los servicios de salud privados y públicos.

En principio, las gestantes afirman sentir incomodidad y desconfianza tanto del servicio de salud público en general, así como específicamente de las obstetras que les atienden en el centro de salud estatal. Esto es de particular relevancia dado que es posible que hagan una relación mental que las predisponga a ser tratadas de una determinada manera dependiendo de si el establecimiento es privado o público. Hacen particular énfasis en la confianza como un elemento que debería estar presente en la interacción entre ellas.

“A veces ya me da miedo ir, hasta enfermarme al hospital... ayer nomás estábamos comentando con mi esposo... iré al particular nomás, porque no hay confianza... ni en el hospital regional hay confianza...” (Gestante 2).⁸³

“Entrevistadora: ¿Consideras que es importante decirle a la obstetra lo que piensas sobre tu embarazo?”

Gestante 3: ¡Sí! Yo pienso que las obstetras deberían... te deberían... no sé, de inspirar confianza. Para que tú, cuando tengas algún problema... le digas ¿no? Me pasa esto... así. Para que tengas esa libertad mía de decirle que te pasa algo, yo pienso que debería ser así.”⁸⁴

Por otra parte, se ha encontrado que las gestantes tienen una mejor percepción y expectativa de atenderse en un establecimiento privado, principalmente porque afirman que al pagar por el

⁸³ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁸⁴ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

servicio estarían en derecho de recibir una mejor atención en contraste a la que esperan del sector público, la cual identifican como gratuita.

“Pero de todas maneras es el Estado, y a veces yo tengo riesgos y quiero un poco más de... de repente que me atiendan un poco mejor, se podría decir...” (Gestante 1)⁸⁵

Una de las gestantes que pasó por tres tipos de establecimientos, indicó que en cuestión de calidad de atención de su personal, del mejor al peor, los ubicaría de la siguiente manera:

“Gestante 1: Mmm... a ver... sería primero este... de la clínica, pero eso depende también...”

Entrevistadora: De la persona.

Gestante 1: Sí, qué tal me tocaba otra señorita...

Entrevistadora: Y tenías mala suerte (risas)

Gestante 1: Luego el policlínico, podría ser.

Entrevistadora: Y al final el centro de salud

Gestante 1: En actitud, sí.”⁸⁶

Se observa además que esta percepción influye en la decisión de atenderse paralelamente en otro establecimiento de salud además de “Siete Cuartones”.

⁸⁵ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

⁸⁶ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“Entonces no suelo quedar con una que me diga... trato de esto... por ejemplo, la de la clínica Pardo que me ha atendido... todo me gustó. Me dijo las cosas... algunas cosas bien acertadas...” (Gestante 1).⁸⁷

Sin embargo, reconocen que eso se da únicamente cuando hay una posibilidad económica de atenderse en una clínica. Esto genera molestia hacia la baja calidad de atención en el sector público.

“O sea, no por lo que es un servicio público van a estar tratando, así como les da la gana a las personas... no... y o sea, eso a veces te hace decir... que mejor tienes que ir a una clínica que te atienden mejor, pero te cuesta... realmente te cuesta... y o sea, no... no puedes apostar nada por el servicio público” (Gestante 3).⁸⁸

“Que... por el centro de salud. Es del Estado, pero no porque es del Estado, que el personal que es del Estado, puede tratarte así. Que yo sepa hay muchas personas nombradas allá, y a veces ni escuchan... y no me parece. [...] Pero es el Estado, pues. Así, ¿no? Y a comparación como te dije al inicio, dije no... que yo inclusive luego de esa experiencia fea que he tenido... este... yo quise ir... quise que me atiendan acá en Wanchaq⁸⁹, es bonito... el mismo local, si te das cuenta es más conservado, se ve más higiénico (en comparación a Siete Cuartones)” (Gestante 1).⁹⁰

⁸⁷ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

⁸⁸ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁸⁹ Otro Centro de Salud del MINSA

⁹⁰ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

5.2.8. Percepción de las gestantes sobre ellas mismas y sobre el proceso que atraviesan.

Entre los aspectos observados en la investigación, se encuentran las referencias que las gestantes hacen sobre sí mismas respecto al conocimiento y posibilidad de decisión que tienen sobre su embarazo y, más adelante, sobre su parto. Existe principalmente una idea de que no tienen información ni conocimiento como las obstetras u otros profesionales médicos, y que su cuerpo podría estar fallando o no siendo suficiente para enfrentarse a estos eventos. Esta sensación crece sobre todo a partir de la interacción con las obstetras que, como se ha mencionado antes, se posicionan en un rol de superioridad por su formación profesional, y usan un constante discurso de miedo que genera inseguridad en las gestantes. Algunas de las frases que más resaltan son:

“Ah, bueno. Será que yo no estoy informada...” (Gestante 1)⁹¹

“Entrevistadora: ¿por qué vas a los controles prenatales?”

*Gestante 3: [...] por la seguridad de mi bebé, ¿no? Y por mi seguridad. Porque, así como te digo, a veces hay cosas que yo no sé entonces **tengo que ir forzosamente a un control para saber si todo está bien porque si no voy puede llegar a morir mi bebé, o puedo llegar a morir yo por una... no sé, por irresponsabilidad...** porque esa es mi responsabilidad ahorita, ¿no? Estar al tanto de mi bebé, de cuidarlo bien, de tenerlo bien de salud. Esa es mi responsabilidad ahorita, entonces yo voy por eso. Por cuidarlo, por mi salud, por la salud de mi bebé, y por la mía también, por mi seguridad”⁹²*

⁹¹ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

⁹² Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

Y, sin embargo, consideran importante que las gestantes participen en las decisiones que se tomen durante el embarazo y parto, siempre en consulta con las opiniones de las obstetras u otros especialistas.

“Entrevistadora: ¿Qué tan importante crees que es que las mujeres embarazadas opinen sobre lo que sucederá durante el embarazo y el parto?”

Gestante 2: Mmm... claro, es importante, ¿no? Deberíamos saber las mujeres durante el parto, cómo debemos actuar, qué debemos hacer...”⁹³

“Entrevistadora: Ah, ya. Y ¿quiénes crees que toman las mejores decisiones sobre qué hacer durante estas etapas, de la gestación y el parto, las mujeres embarazadas o las obstetras?”

Gestante 2: Para mí, las dos creo.

Entrevistadora: ¿Deberían complementarse?”

Gestante 2: Ajá...

Entrevistadora: ¿Y por qué crees eso?”

Gestante 2: Porque nosotras deberíamos tomar nuestras decisiones, y las obstetras nos deberían aconsejar si es bueno o malo la decisión que estamos tomando.”⁹⁴

5.2.9. Percepción de las gestantes sobre la labor de las obstetras.

Un elemento interesante que se presentó durante la investigación es el hecho de que las gestantes reconocen que no todas las obstetras se comportan igual, y que inclusive cada una

⁹³ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

⁹⁴ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

puede tener “días buenos” y “días malos”. Para ellas, sin embargo, si bien esto puede considerarse una explicación, no consideran que sea una justificación para una mala atención o un maltrato.

“Entrevistadora: ¿Crees que las obstetras se comunican contigo de forma amable?

Gestante 1: Mmm... dependiendo de la persona que te toque. No todas son así.

Entrevistadora: ¿Esta obstetra que te ha estado atendiendo estos últimos meses en Siete Cuartones?

Gestante 1: Más o menos... pero, a veces hay cosas que hay que tomarle en cuenta... debe estar haciendo...

Entrevistadora: Sí, también es cierto...

Gestante 1: Pero irse al extremo, no pues. Si yo soy así, bueno por lo menos me controlaré.”⁹⁵

“Sus actitudes, y ver ¿no?... que nosotros también somos personas. Y que normalmente nosotras o sea... no estamos acostumbradas... a su trabajo. Diariamente hace eso... de repente está cansada... se ha hartado... pero tiene que pensarse en caso de la otra persona” (Gestante 1).⁹⁶

Hasta aquí se han presentado los hallazgos que permiten responder al objetivo específico 1 de la investigación, los cuales indican que el nivel de intervención de las gestantes durante los controles prenatales es reducido y se encuentra limitado por varios aspectos de la interacción. El espacio pertenece simbólicamente a la obstetra y por ende puede tomar más decisiones

⁹⁵ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

⁹⁶ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

dentro de este, así como el seguimiento de protocolos que determina los temas sobre los cuales se conversa y el aparente conformismo con el cual se debe enfrentar la posible mala atención en los centros de salud estatales.

Además, se encuentran los tonos con los cuales la obstetra se comunica, sumado al conocimiento especializado que poseen. Esto la posiciona en un rol de superioridad, lo cual genera temor en las gestantes a ser juzgadas por tener opiniones distintas o incluso por tener dudas. Ahora, si bien las obstetras no son declarativas en las decisiones que se toman, sus sugerencias van cargadas de dichos elementos que hacen que la gestante concluya que ninguna otra opción es adecuada.

Las gestantes intervienen en momentos específicos para hacer preguntas muy puntuales sobre malestares, procesos administrativos, o medicación y procesos médicos. Solo en una ocasión se observó un diálogo en el cual la gestante realizó una queja hacia la obstetra. De este modo, su intervención no suele influir en los momentos de toma de decisiones durante el control prenatal, dado que las gestantes terminan asumiendo la decisión que la obstetra ha sugerido. Sin embargo, fuera del consultorio y de los controles, las gestantes sí llegan a tomar decisiones, usualmente con sus parejas, para enfrentar las dudas de información que tienen o incluso el temor a ser mal atendidas, por lo que principalmente buscan información en internet o con personas cercanos, y se atienden en centros privados dependiendo de sus posibilidades económicas. Son decisiones que toman también reconociendo su poco conocimiento sobre el tema y los riesgos que pueden aparecer durante el embarazo.

Estas acciones se realizan en coherencia con la opinión que tienen sobre la importancia de que ellas se involucren en la toma de decisiones porque es su cuerpo el que atraviesa este proceso.

Cabe resaltar también que este involucramiento por parte de ellas debería ser acompañado y aconsejado por las obstetras de manera respetuosa y amable.

A continuación, se presentarán los hallazgos del siguiente objetivo específico.

5.3. Hallazgos sobre la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales.

El segundo objetivo específico se dispuso a **identificar la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018.**

La información presentada en este acápite describe en primer lugar la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención en términos médicos; y luego hace lo mismo con la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención en términos emocionales. Esta separación se basa en las investigaciones revisadas en las cuales estos dos ámbitos si bien distintos pueden influenciarse entre sí. Al finalizar este apartado, también se describirá un aspecto no previsto en el diseño de la investigación, que se refiere a la influencia de las experiencias pasadas en establecimientos de salud en la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención de los controles prenatales en el C.S “Siete Cuartones”.

5.3.1. Percepción sobre la calidad de atención en el aspecto médico.

La comunicación informativa forma parte de una de las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud planteados en el marco conceptual y el diseño metodológico de esta investigación. En este sentido, la calidad de atención médica en el caso de los hallazgos estuvo principalmente relacionada a la percepción de las gestantes respecto a la forma y cantidad de

información que les brindan las obstetras durante los controles prenatales. Estos hallazgos están separados entre positivos y negativos debido a la percepción que tienen las gestantes sobre estos.

Percepción de calidad de atención positiva en el aspecto médico

La calidad de atención en el aspecto médico es considerada positiva por las gestantes cuando reciben explicaciones más detalladas sobre su estado de salud, sobre procedimientos médicos o administrativos que deben atravesar, cuando responden sus dudas y cuando las obstetras les brindan recomendaciones.

Estas características son mencionadas por las gestantes como expectativas de la interacción con las obstetras. De hecho, indican que son aspectos que no se cumplen comúnmente en los encuentros, por lo cual serán detallados en la siguiente parte de percepción de calidad de atención negativa en el aspecto médico. Las frases que se presentan a continuación indican los tipos de información que las obstetras brindan durante los controles prenatales.

Información sobre estado de salud

Se refiere a los datos médicos sobre el estado de salud de la gestante como resultado de la revisión de su historia clínica, resultados de laboratorio y el examen de general de cada consulta (toma de presión, peso y medición de diámetro del vientre). Esta se considera información importante para las gestantes porque confirman que su estado de salud y el de su bebé es el óptimo, y les ayuda a prepararse para una fecha probable de parto.

“Obstetra 2: ¿Fecha última de regla?”

Gestante 3: 28 de mayo

Obstetra 2: 28 de mayo. Fecha probable (de parto): 5 de marzo de 2018. Para ahora tienes 36 semanas”⁹⁷

“A partir de esta edad gestacional usted puede dar parto en cualquier momento, ¿ya? Siempre hay que estar acompañada con alguien en la casa” (Obstetra 1)

Asimismo, se presenció el uso de referencias médicas especializadas, o jerga médica, cuando la obstetra mencionaba ciertos datos, como al revisar los resultados del descarte de anemia. Sin embargo, si iban acompañadas de mensajes más claros podrían brindar tranquilidad a la gestante.

*“Y tenías una **muy buena hemoglobina**, ojalá no se te esté bajando. Has empezado con 15.7, esperemos que no se esté bajando” (Obstetra 2)⁹⁸*

Información relacionada al parto

Las obstetras explican aspectos relacionados al parto, como la posición del bebé para un parto natural, y cómo se realizará la transferencia al hospital para la atención del mismo, lo cual también las gestantes consideran información valiosa.

“Ellos (en el hospital) te programan. 36 semanas no te van a programar ahorita, siempre esperan dos semanas de las 36, porque a veces el pulmoncito del bebé no está

⁹⁷ Diálogo durante control prenatal a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

⁹⁸ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

formado. Entonces siempre esperan hasta las 38 o hasta las 40 semanas, más empiezan a hacer la cesárea a las 38 semanas” (Obstetra 1).⁹⁹

Información educativa

Se refiere a la información que las obstetras brindan para explicar y educar conductas de las gestantes¹⁰⁰. Dado que tiene una finalidad educativa para comprender mejor el proceso por el que están pasando y otros eventos por los que pasarán, las gestantes perciben esta información como valiosa:

“Son clases de psicoprofilaxis¹⁰¹. Son clases donde te enseñan qué tienes que hacer al momento del parto” (Obstetra 2).

“Usted vaya pensando ‘¿a qué hora se mueve mi bebé más?’, porque a esa hora es en la que usted le va a dar más pecho. Si su bebito patea más en la noche, vaya pensando que no va a dormir” (Obstetra 2).

“Las señales de peligro son... a parte de las que has dicho, sangrado, pérdida de líquido. Si tú mañana sangras un poquito, tienes que irte al hospital de emergencia” (Obstetra 2)

“Entonces hay que empezar a controlar... generalmente, como te decía, en las noches hay que comer algo muy ligero, ¿ya? Recuerda que el estómago está a un solo ladito, está reducido porque tu barriguita ha crecido... a veces, por ejemplo, te comes lenteja

⁹⁹ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

¹⁰⁰ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

¹⁰¹ La entonación de la palabra “psicoprofilaxis” fue pausada entre las sílabas.

que es lo más pesado, lentejas cosas pesadas... entonces siempre hay que tomar mate, hay que caminar, siempre hay que caminar. Porque a veces con el embarazo comes y te da sueño y te vas a dormir, entonces todo eso puede hacer que no esté habiendo buena digestión ¿ya? Pero si es que sigue persistiendo las náuseas, los vómitos, sacas para médico, para medicina para que te revise, y si no (para que) te refiera, ¿ya?”

(Obstetra 2)

Percepción de calidad de atención negativa en el aspecto médico

Las gestantes indican que van a los controles prenatales para saber si la salud de su bebé y la de ellas están bien. Dado que ese es su objetivo y motivación para asistir, la calidad de atención médica es considerada negativa por las gestantes cuando la información que les brindan es incompleta, errónea o confusa, o incluso cuando perciben la ausencia de la misma.

Información incompleta

Las gestantes afirman que, frente a la falta de información completa brindada por las obstetras, ellas realizan sus propias búsquedas principalmente a través de internet o consultando a personas cercanas de su entorno.

Entrevistadora 1: ¿Te da tranquilidad o no? ¿O es más para que te den información?

Gestante 1: Es la información más que nada... pero como le digo, no es del todo.”¹⁰²

“[...] Por ejemplo, a la obstetra que yo fui cuando estaba en el quinto mes así, le pregunté sobre algo... (y me respondió) “Ah, ya, está bien” (risas). Y yo ¿qué hago

¹⁰² Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

con ese ‘ah, ya está bien’? ¿Qué hago, no? Entonces digo, mejor investigo en internet, a ver si me sale algo” (Gestante 3)¹⁰³

Información errónea o confusa

Las gestantes afirman que en repetidas ocasiones cuando las obstetras responden a sus dudas lo hacen de forma confusa, o se dan cuenta que es información errónea cuando la consultan con otros especialistas o en sus búsquedas por internet.

“A veces tenemos que investigar en otros lados, en otros libros, así... informaciones, para el momento de ver a un paciente o algo, ya tienes una respuesta y no decir que es normal. No es cuestión de salirte y responder cualquier cosa tampoco...” (Gestante 1)¹⁰⁴

“Por ejemplo, ese día que me ha tocado la barriga (me dice) ‘no hay su cabeza’, pero yo dos días o tres días antes yo fui a particular y me dicen ‘está bien’. Y ella me ha tocado y me dice ‘no hay su cabeza, no siento’ ... Y por la tarde (ese día) he ido otra vuelta al particular. Yo le digo (a la persona de la ecografía particular) ‘me han dicho (la obstetra) que no le encuentran su cabeza’, (y le responden) ‘Estará mal esa obstetrix, señora. Acá está su cabecita. Está bien, ¿cómo no va a saber? ¿qué clase de obstetra le está atendiendo?’” (Gestante 1)¹⁰⁵

¹⁰³ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

¹⁰⁴ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹⁰⁵ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

“Y todavía luego hemos entrado donde el médico, y ya también nos dijo que había aumentado en dos puntos, a 10¹⁰⁶. Y la otra (obstetra) también me ha hecho desesperar, y la otra me ha dicho que no tenía nada... entonces, ¿en quién podría confiar?”
(Gestante 1)¹⁰⁷

Falta de información

La afirmación más común entre las gestantes es que las obstetras no dan la información necesaria, ni para responder a las dudas que tienen ni cuando deben explicar procedimientos por los cuales deben pasar. Como ellas mismas mencionan:

“Entrevistadora: Sobre la información que te dio ese día la obstetra, ¿qué nota le pondrías?”

Gestante 2: igual...12, 13 también... porque no me llegó a responder lo que le he preguntado”¹⁰⁸

“Entrevistadora: ¿Alguna vez te han dicho que iban a realizarte un examen médico, o un análisis, una cirugía, algo... sin preguntarte qué pensabas al respecto?”

Gestante 3: ¡Todas las veces! Porque, por ejemplo, aquí en el carnet... en el carnet de control, creo. En ahí te dice “batería 1”, pero no te explica por qué te debes hacer esas pruebas. Sólo te dicen, te dan una orden... te dicen ‘ya, tienes que ir al laboratorio, traes tu esto, tu aquello’. O sea, no te explican. Entonces cuando, por ejemplo, a mí me

¹⁰⁶ Hace referencia a sus resultados de descarte de anemia

¹⁰⁷ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹⁰⁸ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018. Se utilizó la idea de “ponerle una nota” a la obstetra para que fuera más fácil para la gestante evaluar la calidad de la información que le daba

mandaron a hacer el Papanicolaou. Yo no sabía qué cosa era el Papanicolaou. Y cuando yo pensé que te sacaban sangre y ya pues, ese era el Papanicolaou. Pero no pensé que te (risas)... que te introducían algo y que ese algo te hacía doler. Entonces de frente me mandaron al... cómo se llama, a farmacia. Y para que te den todas las cosas para hacer el Papanicolaou, y así sin saber nada me lo hicieron.”¹⁰⁹

Sobre esta última cita cabe hacer énfasis en la importancia que tiene que las gestantes puedan realizarse procedimientos conociendo la necesidad y la manera en la que se realizarán. Esto sobre todo cuando involucrará intervenciones en su cuerpo, como la toma de muestra para el Papanicolau.

Otro aspecto sobre el cual es importante hacer énfasis es en la importancia que le dan las obstetras a llenar las historias clínicas de las gestantes por sobre la interacción con ellas. Esto es percibido como una característica negativa por parte de las gestantes porque no se les explica qué información se está colocando, si bien entienden que debe ser un instrumento importante.

“Por ejemplo, todas las veces que voy siempre llena un papelito. Y me pregunta mis años... y llena, llena, y no explica por qué. Y al final te hace firmar, y no sabes qué estás firmando porque ni siquiera entiendes su letra. Ese es el problema” (Gestante 3)¹¹⁰

¹⁰⁹ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

¹¹⁰ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

En algunos casos, las gestantes atribuyen esta falta de información brindada porque asumen que las obstetras deben repetir constantemente esos datos, y consideran que puede ser cansado y aburrido hacerlo.

“Sí, tal vez no me lo dicen porque es algo normal para ellas escuchar a cada rato eso, y ya se aburrirán cada rato de lo mismo, lo mismo. Pero yo pienso que deberían decir igual...” (Gestante 3)¹¹¹

5.3.2. Percepción sobre la calidad de atención en el aspecto emocional.

A continuación, se presentan los hallazgos relacionados a las características emocionales de la forma de actuar de las obstetras durante los controles prenatales observados. Estos, como se ha mencionado en otros momentos de la investigación, suelen ser los más dejados de lado al no considerar a la gestante como un ser integral más allá de su cuadro médico. Como se verá a continuación, estos datos se encuentran relacionados estrechamente con el resto de habilidades de comunicación de los profesionales de salud mencionados en el marco conceptual y el diseño metodológico: la escucha activa, la empatía, el respeto, la autenticidad y la asertividad.

Percepción de calidad de atención positiva en el aspecto emocional

La calidad de atención durante los controles prenatales es considerada positiva por las gestantes cuando la forma de comunicarse de la obstetra es más asertiva, empática, respetuosa, y cuando, a percepción de las gestantes, demuestran mayor interés en querer conocerlas al preguntarles sobre cómo se sienten.

¹¹¹ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

De los controles observados, esta cita lo ejemplifica:

“Todo se va a solucionar, no se preocupe. Usted está viniendo a sus controles, usted está siendo responsable... además, no está sola. Le está acompañando su familia, su esposo, sus hijos, usted no está sola, ¿ya?” (Obstetra 1)¹¹²

Por su parte, las gestantes afirman lo siguiente:

“Porque por ejemplo la otra señorita, ella me atendía bien. Me preguntaba ¿no? ‘¿qué tal? ¿cómo está tu bebé? ¿se mueve? ¿qué cosa va a ser?’ . Por ejemplo, ecografías... una nomás me hice en la posta. Pero las dos últimas ecografías me lo hice en otro lugar. Entonces me dijo ‘ay, ya. Has ido donde ese otro doctor, está bien, él hace bien. Ah, ya... va a ser niña, y ¿qué te ha dicho?’ o sea te pregunta pues... en cambio la otra no te pregunta nada, no te dice nada” (Gestante 1).¹¹³

“Entrevistadora: ¿Y alguna vez te han dicho algo que más bien te haya animado? ¿Qué te haya gustado cómo te han tratado en el centro de salud, en obstetricia?

Gestante 2: Sí, cuando he ido en primera vez, cuando me ha atendido... me ha dicho que debía de alimentarme bien, que debería de estar tranquila... debería de leer cuentos... lectura para que escuche tu bebé... tienes que conversarle (al bebé... la otra obstetriz... [...] Ella me dio ánimos (me dijo) ‘ojalá que sea mujercita, que son bonitas las mujercitas’ ... así me habló.”¹¹⁴

¹¹² Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

¹¹³ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹¹⁴ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

Además, consideran que el hecho de que las obstetras sean mujeres y probablemente madres debería hacer más fácil que pudieran empatizar con ellas.

“Entrevistadora: ¿Sientes que las obstetras o la obstetra entiende tus preocupaciones, tus pensamientos, tus emociones?”

Gestante 2: Eh, como mamá talvez... yo también creo que ellas son mamás... puede ser también.

Entrevistadora: Y ¿sientes que te lo demuestran?”

Gestante 2: Sí, algunas obstetras sí...”¹¹⁵

Percepción de calidad de atención negativa en el aspecto emocional

Por el contrario, la calidad de atención emocional es considerada negativa por las gestantes si es que las obstetras demuestran poca asertividad, poco respeto y poca empatía en la interacción con ellas, así como poca autenticidad entre las experiencias pasadas y la vivida cuando se observó el control prenatal.

De los controles observados, algunas frases o acciones resaltantes de las obstetras con estas características fueron las siguientes¹¹⁶:

“En el hospital les preguntan ‘¿las señales de peligro?’ (y ustedes, las gestantes, responden) ‘no nos han dicho, no sabemos, nunca nos dijo...’ (hace voz aguda, como imitando) así dicen...” (Obstetra 2)

¹¹⁵ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

¹¹⁶ Diálogos escuchados durante los controles prenatales observados entre enero y febrero, 2018.

“¿Ves? María¹¹⁷, estás perdida, ah” (Obstetra 2)

*“Ya, la anemia y la desnutrición. ¿Qué quiere decir? Que tu bebé no tenga anemia, o sea su sangre esté... **como para que lo puedas entender**, dentro del límite normal y para que ese bebé crezca, ¿ya?” (Obstetra 2)*

También se observó la interrupción o la poca escucha activa como parte de la forma de interactuar de las obstetras.

Obstetra interrumpe a la gestante cuando está comentando su cuadro de várices:

“Bueno, las várices es secundario”

“Gestante 2: He venido y no estaba. He tenido que esperar hasta las 10 de la mañana.

La obstetra sigue murmurando para sí misma, como si no la escuchara.

Silencio

Obstetra 2: De ti era tu cita el 6 de febrero, no era ayer.

Gestante 2: 8, para el 8 me han puesto.

Obstetra 2: Ah, 6 de enero has venido...8, 8... para hoy día era pues tu cita... (se escucha que murmura algo sobre el sulfato ferroso)”¹¹⁸

Además, se presenciaron varios momentos en los cuales personal del establecimiento u otras pacientes ingresaron al consultorio con permiso de la obstetra, interrumpiendo así el control prenatal, sin importar el momento en el que se estuviera, incluso mientras se estaba haciendo

¹¹⁷ Uso de apodo para asegurar el anonimato de la participante

¹¹⁸ Diálogo durante control prenatal a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

la revisión física de la gestante en la camilla. Como se explicó en la descripción del consultorio, no existe una cortina y división física que permita tener a la gestante intimidad cuando está siendo revisada.

Por su parte, las gestantes indicaron lo siguiente respecto a esta percepción negativa desde el aspecto emocional. Por ejemplo, respecto a la disposición que sienten que tienen las obstetras a escucharlas o interactuar con ellas:

“Gestante 2: Pero otras son así, frías...”

Entrevistadora: Frías, ¿no? ¿Qué es una persona fría para ti?

Gestante 2: Te contestan seco, cuando le preguntas algo... (cuando) te encuentras indiferente. Se te ponen indiferente cuando haces preguntas”¹¹⁹

“Simplemente te controlan, te tocan la barriga, escuchan el sonido (del corazón del bebé) y ya” (Gestante 2)¹²⁰

“Entrevistadora: Y... cuando te tratan así seco... o te cogen la barriga nada más... ¿cómo te sientes?

Gestante 2: mmm... te sientes así, como molesta... o reniegas... ya de... con miedo de volver a tu control”¹²¹

¹¹⁹ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

¹²⁰ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

¹²¹ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

Por otro lado, indican que hay momentos en los cuales afirman haber sido tratadas mal por las obstetras.

“Y me grita todavía sin saber...” (Gestante 2)¹²²

*“Sí creo... sí, la primera vez que yo fui. Que me riñó así como si fuera mi mamá (risas)”
(Gestante 3)¹²³*

“Entrevistadora: ¿Sientes que en algún momento las obstetras te han faltado el respeto?”

Gestante 3: Mmm... yo pienso que sí... mmm, yo pienso que sí. De alguna u otra manera siempre te faltan el respeto, ya sea a mí o a otras señoras... siempre, siempre, siempre... porque si no... te gritan de una cosa, de otra cosa”¹²⁴

Existe también, según la percepción de las gestantes, poca consideración al comunicar determinada información que puede ser delicada para ellas.

*“Y ahí es donde me dijo, esto... obviamente debe ser la realidad, pero sí me dijo ‘ah, ¿sabes qué? Tu hemoglobina está bastante bajo, y esto... ¿qué va a pasar? Necesariamente te van a hacer una cesárea. Y por tu cesárea necesitas por lo menos el doble del parto normal, de sangre... **porque en ese momento te puedes morir**’ (Hace*

¹²² Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

¹²³ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

¹²⁴ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

énfasis en la última parte) [...] Y ella peor, me ha hecho asustar todo, peor o sea... ”
(Gestante 1)¹²⁵

Respecto a las interrupciones de otras personas en el consultorio mientras la obstetra las está atendiendo, mencionaron lo siguiente:

“Me has hecho recordar la anterior vez, que me estaba revisando y entró el Sr. David, el portero, entró... o sea, puedes poner una cortinita... has visto, la puerta está ahí y ahí está la camilla. Entonces... imagínate. Es obstetricia. Si quiero que me revise, me hace quitar (la ropa), y alguien entra... o sea, ¿cómo sería no?” (Gestante 1)¹²⁶

“Mmm... no sé, como si te sintieras una cosita ahí... que no vale nada (risas). Es que sí hay veces sí entran, de frente y “ya doctora, toma” (le dicen a la obstetra). O se ponen a hablar en ahí... entre la obstetra y la otra “oye, has ido a la fiesta” así... y yo (pienso) “eh, ¿me va a terminar de atender?” (risas). O sea, es algo incómodo. Dices “que me termine de atender de una vez, rápido, para que te puedas ir” porque te sientes ahí como si no estuvieras... no sé, te sientes bien mal” (Gestante 3)¹²⁷

“Sí, me incomoda. Sí. A veces cuando te está tocando la barriga entran y mientras estás esperando eso, tu barriga está enfriándose, está pasándote el frío, te miran... todavía te están mirando, y eso me incomoda a mi. Fastidia” (Gestante 2)¹²⁸

¹²⁵ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹²⁶ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹²⁷ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

¹²⁸ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

Otro aspecto importante a resaltar es sobre el cambio que las gestantes percibieron entre sus anteriores controles prenatales y en el que estuvo presente la investigadora. Ellas indican:

“Entrevistadora: Digamos, ayer... es la segunda vez que le escucho decir a esta obstetra esto que te decía en la parte final... esto de que ‘tienes que disfrutar de tu embarazo’... ¿es la primera vez que te lo dice?”

Gestante 1: Sí, nunca antes me había dicho (risas)

Entrevistadora: Y ¿cómo sientes eso? ¿Qué era real o sincero lo que te estaba diciendo?”

Gestante 1: No lo sé... no lo sé si será sincero...”¹²⁹

“Gestante 3: Es que ese también es el problema. Ese día que tú entraste, ella se comportó de una manera... ¡que hasta me preguntó si mi bebé se movía! (risas).

Entrevistadora: Y eso no te preguntaba antes.

Gestante 3: No, no me preguntaba. O sea, ella me trató más o menos bien ese día, justo ese día. Y yo me sorprendí, me dije ‘¿qué? ¡qué raro!’’. O sea, necesitan una supervisión, necesita que alguien esté para ver... y a veces, este... como yo soy joven, a veces pienso que más nos maltratan a las chicas... que a los demás. Pienso, ¿no? Y digo, quizás todas las veces debería venir con alguna persona para que vean cómo me atienden.”¹³⁰

“Gestante 3: Ah... yo pienso que son falsas (risas)

Entrevistadora: Y ¿por qué piensas eso?”

¹²⁹ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹³⁰ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

Gestante 3: Porque... la obstetra que me atiende hoy día siempre anda amargada, no sé por qué... su misma cara como que te atemoriza... pienso que... así como ese día que tú entraste... pero cuando estoy yo sola... o sea tiene dos caritas... cuando una persona... no sé, de su rango o algo así, entra a supervisarla entonces te atienden bien para que ellos piensen que sí atienden bien. Pero la realidad no son así las cosas. Pienso que por eso pueden ser falsas... porque ese día me di cuenta de eso...”¹³¹

Cuando se les preguntó a las gestantes qué deberían cambiar las obstetras para brindar una mejor atención, indicaron lo siguiente:

“Su actitud... no sé, pienso que deberían de... cambiarles de humor (risas). No sé, es que yo pienso que te deberían dar confianza, pero no...” (Gestante 3)¹³²

“Sus tratos. Su manera de hablar. Sus preguntas... no sé... o sea, mmm... hay cosas que podemos decir, pero hay que saberlo cómo decirlo. Se supone que un profesional está preparado... si tienes que preguntar, pregunta, ¿no? Pero de una manera adecuada” (Gestante 1)¹³³

“Porque una obstetrix tendría que ser más atenta... explicar bien las cosas” (Gestante 2)¹³⁴

¹³¹ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

¹³² Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

¹³³ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹³⁴ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

E incluso una gestante mencionó una sugerencia para el consultorio en cuanto al tema de la privacidad.

“Claro, el lugar es pequeño, pero por lo menos adecuarlo. No cuesta nada, pienso, ¿no? Una cortina, una tela... aunque sea una sábana (risas)” (Gestante 1)¹³⁵

La incomodidad llega a influir en que las gestantes deseen no seguir asistiendo a los controles, aunque tengan que seguir haciéndolo forzosamente por la necesidad de saber que ella y su bebé se encuentran bien.

“Yo, por ejemplo, para esta cita estuve diciendo “ay, no... ojalá que ya nazca para ya no ir” (risas). De verdad, yo estaba diciendo eso” (Gestante 3)¹³⁶

A continuación, se presentarán hallazgos no esperados en la investigación relacionados a la construcción de la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención, que como se ha mencionado anteriormente, se puede ver influenciada por experiencias pasadas o referencias de terceros.

5.3.3. Sobre las experiencias previas que influyen en la predisposición y percepción de la gestante sobre la calidad de la atención.

En esta oportunidad, se evidenció que la existencia de un imaginario previo en las gestantes sobre los centros de salud. Este está basado en las experiencias propias o de terceros, internas o externas al Centro de Salud “Siete Cuartones”. Además, se observa cómo esta idea influye

¹³⁵ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹³⁶ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

en la predisposición y la construcción de la percepción de las gestantes sobre las interacciones con el personal de salud en general.

Experiencias en el C. S “Siete Cuartones”

Las gestantes, al tener embarazos avanzados, llevaban varios meses atendándose en el C.S “Siete Cuartones”. Algunas de sus experiencias previas en el establecimiento, tanto en servicio de obstetricia como en el de medicina, se presentan como condicionantes a su predisposición a cómo percibir la calidad de la atención. En algunos casos se refieren a personal que ya no trabaja en el C.S.

Experiencias positivas

En algunos casos, las gestantes afirman tener recuerdos positivos de buena atención médica y emocional en el Centro de Salud.

“Claro, de ahí me dio confianza ya la doctora. Dije, ay, qué bueno, sí. (Le dijo) “Esto es así, ya has subido dos puntos. Obviamente estás todavía bajito, pero has subido algo” me dice ¿no? Entonces voy a seguir comiendo, y así... [...] y justo con tantas dudas y todo esto, pues... porque ayer después de la doctorita que me atendió muy bonito, me explicó bien y todo eso... me ha derivado al hospital que tenían que darme ya una fecha” (Gestante 1)¹³⁷

E incluso reconocen que, si bien no es un problema generalizado en el Centro de Salud, pero que la atención de calidad es un aspecto que debería ser reforzado para todo el personal. Resalta

¹³⁷ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

la experiencia de una gestante con una médica del establecimiento que le brindó mayor información sumado a una buena predisposición a explicarle, lo cual es particularmente valioso para ella en su primera experiencia de gestación.

“Y pienso que a toda la posta les deberían dar como un curso de reforzamiento... yo qué sé... No todos son malos, eso sí es cierto. No todos son malos, porque una doctora me atendió cuando me hice la primera batería... ella me atendió bien... era, o sea, te inspiraba confianza... era una persona buena. Incluso me hizo el ultrasonido de nuevo porque... a veces las mamás no saben que su bebé está muerto y siguen viniendo a los controles. Por eso siempre hay que hacerles el... ultrasonido, para ver si su corazón late. Entonces ella me explicó por qué me iba a hacer el ultrasonido, o sea... bien. Esa doctora me agradó bastante. Incluso ella fue la que me dijo que “cuando vas a tener un fluido que es transparente y va oler a Clorox, es porque se ha roto la fuente”. Así me dijo. “si vas a tener ese fluido que huele a Clorox entonces tienes que agarrar tu bolsita e irte al hospital” O sea, me explicó cómo se rompe la fuente, qué olor tiene la fuente... yo no sabía eso” (Gestante 3).¹³⁸

Experiencias negativas

En otros, por el contrario, presentan capítulos negativos que incrementan su incomodidad y malos recuerdos respecto a la atención en “Siete Cuartones”, sobre todo en el aspecto emocional.

“No, en este embarazo con la primera obstetra tuve la experiencia fea, que no me gustó.

[...] Y cuando eres primera vez te habían sabido llenar varios documentos, y (la

¹³⁸ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

obstetra) dijo cuando yo entré ‘¿primera vez?’, y yo: ‘sí’. (Entonces, la obstetra respondió) ‘¡ay, ahora tengo mucho trabajo!’, dijo como que se quejaba. De ahí empezó todo. Entonces... de ahí pues, cuando me atendía era como si yo le estuviera quitando el tiempo, todo eso así” (Gestante 1)¹³⁹

“Y me dijo ‘ay, como ves, las menopáusicas también pueden tener sus hijos. Y no crean que no es así’ dijo así. Un poco que me incomodó...” (Gestante 1)¹⁴⁰

“Otra de las cosas que me dijo fue “ahorita tienes dos meses, cuando tengas...” ¿qué me dijo?... “cuando tengas ocho... siete. Cuando tengas siete meses... te voy a hacer... [...] una ecografía ... ‘para ver si es un mongolito, por que a tu edad se da algo así’, me dijo. Y me ha hecho sentir fuerte... o sea... [...] me afectó mucho...” (Gestante 1)¹⁴¹

“Gestante 2: En cambio, cuando llamamos... por ejemplo, yo le he llamado denantes para sacar mi cita, (y) no me ha escuchado. No ha escuchado. (Entonces) mañana tengo que volver a llamar también para volver a sacar cupo para que me saquen ecografía.

Entrevistadora: Es todo un lío lo del teléfono ¿no?[...]

Gestante 2: Sí, si te contestan, te gritan... ‘¡no, no, no, no hay!’ así te dicen. No debería ser así.”¹⁴²

¹³⁹ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹⁴⁰ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹⁴¹ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

¹⁴² Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

“[...] Porque el anterior control que yo fui me tocaba 7:30, y tempranito he dejado mi puesto a mi hermana nomás, he ido... y esperando (a la obstetra) hasta las 10 y nadie nos decía nada. Y le preguntaba a la que estaba en la puerta y me decía ‘ya va a venir, ya va a venir’. 10 de la mañana (nos dicen) ‘no, no va a venir porque está presentando un informe en Belén’, cuando ya hemos esperado mucho tiempo. Y no debería de ser así, nos deberían de informar. (Nos dicen) ‘tal día regresan, o tal hora’. Ya no puedo estar regresando una y otra vez” (Gestante 2)¹⁴³

Experiencias en otros establecimientos de salud

Las gestantes también han tenido que atenderse en otros establecimientos, sobre todo en hospitales para realizarse chequeos o preguntar por fechas para la atención de su parto. En este caso, las referencias también son negativas:

“El ginecólogo entró apurado, estaba con su celular, empezó a hablar con dos obstetras [...] Empezó a hablar, y vio pues mis papeles. Y me dijo ‘a ver, échate, vamos a ver’, y así... rápido. No podía ni preguntarle ni decirle nada, porque la otra obstetra le preguntaba ‘¿qué tal? ¿para dónde es tu nombramiento?’, hablando ahí de su nombramiento... y me dice ‘no, todavía no es parto’ ... y yo no podía ni hablarle ni escucharle. Estaba en otras conversaciones y todo eso... entonces, justo le dije a mi esposo ‘no sé si tengo tan mala suerte, o no sé qué... o es que siempre a mí me tocan así’” (Gestante 1)¹⁴⁴

¹⁴³ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

¹⁴⁴ Entrevista realizada a Gestante 1 el 18 de enero, 2018.

Experiencias de terceras personas en establecimientos de salud estatales

Finalmente, las gestantes mencionaron en varias oportunidades las experiencias y opiniones de terceras personas respecto a la calidad de atención en establecimiento de salud estatales.

“Me da miedo ir al hospital. Mi cuñada nomás me dijo ‘feo atienden en el hospital regional, te gritan te tocan... uno y otro te tocan...’, ‘¡ay, aguanta, pues!’ así te dicen cuando estás gritando también, así te dicen... ay, no sé... no sé que voy a hacer, ya también digo... ay, o iré a particular... así nomás le digo a mi esposo. Es que da miedo pues...” (Gestante 2)¹⁴⁵

“Sí, pues... más bien ellos deberían darte ganas para tener tu bebé... pero no, dice te insultan feo... practicantes te tocan... eso dice mi cuñada. Feo te tratan, no te tratan bonito... en las mañanas entran a hacer limpieza y te botan... aunque estés adolorida tienes que levantarte... así te botan, me dicen” (Gestante 2)¹⁴⁶

“Gestante 3: A ver, si estaría en ese momento... es que no sé... también es un problema, porque no puedes decirles nada...”

Entrevistadora ¿por qué sientes que no puedes decirles nada?

Gestante 3: Porque por ejemplo... si digamos te dicen que van a hacerte una cesárea, entonces tú estás con el dolor así... y he visto que las obstetras o las doctoras, te gritan. Te gritan en ese momento, y tú como estás con el dolor así... no les tomas importancia. A veces yo pienso, y digo en ese momento le diría “te voy a denunciar” o algo, “dame

¹⁴⁵ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

¹⁴⁶ Entrevista realizada a Gestante 2 el 13 de febrero, 2018.

tu nombre” ... pero el problema es que después se cambian de turno, y al final no sabes quién ha sido... ese es el problema”¹⁴⁷

Entonces, las opiniones y experiencias de las gestantes indican que la percepción de calidad de atención a nivel médico está fuertemente relacionada a la información que se da o no durante los controles prenatales. Ahora, si bien principalmente la calidad de atención es considerada negativa por la percepción de falta de información, también influye la información que no está suficientemente bien explicada, que es confusa y e incluso es errónea. Esto influye negativamente en la confianza que tienen las gestantes en las obstetras. Además, son pocos los casos en los cuales esa percepción negativa es reemplazada por una positiva, precisamente por la presencia de elementos contrarios a los mencionados, es decir, información clara y suficiente.

Por el lado de la calidad de atención emocional, las gestantes tienen una percepción también negativa debido a que califican la forma en la que se comunican las obstetras como poco respetuosa, poco asertiva, poco empática, poco auténtica y casi sin intenciones de realmente escucharlas. Esto genera en las gestantes una sensación alta de incomodidad de verse obligadas a asistir a los controles prenatales y tener que enfrentar una situación en la que sienten que les faltan el respeto.

¹⁴⁷ Entrevista realizada a Gestante 3 el 26 de febrero, 2018.

Asimismo, se ha identificado la influencia de las experiencias pasadas, propias o de terceros, en la construcción de la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención y en su predisposición que podrían jugar un rol importante en la interacción con las obstetras.

En este capítulo se han presentado los hallazgos que permiten responder a los objetivos específicos de la investigación. Sobre el objetivo específico de describir el nivel de intervención que tienen las gestantes y la importancia que le dan a involucrarse en la toma de decisiones en los controles prenatales, se puede decir que es una intervención reducida a realizar preguntas y limitada por aspectos simbólicos y comportamientos de la interacción con la obstetra. Es por estas razones que esta última tiene mayor posibilidad de tomar decisiones e influir en las de la gestante. Sin embargo, respecto a la importancia, las gestantes demuestran valorar su involucramiento al ser ellas las que atraviesan el embarazo, y consideran que deberían tener la posibilidad de estar más inmersas en la toma de decisiones, siempre acompañadas y aconsejadas por las obstetras de manera respetuosa y amable. Ahora, fuera de los controles prenatales, las gestantes toman más decisiones autónomas o en compañía de sus parejas, principalmente para suplir faltas de información de los controles prenatales en el C.S “Siete Cuartones”.

Sobre el objetivo específico de identificar la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención brindada por las obstetras en los controles prenatales, se observa que la percepción de calidad de atención a nivel médico está fuertemente relacionada a la información que se da o no durante los controles prenatales. Donde si no es suficiente, no está bien explicada, es confusa o influye negativamente en la confianza que tienen las gestantes en las obstetras.

Respecto a la calidad de atención emocional, las gestantes tienen una percepción también negativa debido a que califican la forma en la que se comunican las obstetras como poco respetuosa, poco asertiva, poco empática, poco auténtica y casi sin intenciones de realmente escucharlas. Además se encuentra la influencia de experiencias pasadas, de ellas o conocidos, en el C.S “Siete Cuartones” u otros establecimientos, en la construcción de la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención y en su predisposición.

A continuación, se realizará el análisis correspondiente de los hallazgos para responder propiamente a las preguntas de la investigación.



Capítulo 6. Análisis de los hallazgos.

Para el análisis de los hallazgos encontrados durante el trabajo de campo, se deberá recordar las preguntas de investigación y las hipótesis planteadas al inicio de la misma. Se iniciará con la pregunta de investigación específica 1 así como su respectiva hipótesis, luego se hará lo correspondiente con la pregunta específica 2 y su hipótesis. Finalmente, esto permitirá responder a la pregunta general de investigación.

Considero importante empezar el análisis resaltando que este trabajo se centró en investigar el impacto de la interacción con las obstetras en la autonomía de las gestantes durante controles prenatales. La revisión bibliográfica ha permitido demostrar que la comunicación interpersonal, en sus formatos verbales y no verbales, y bidireccional como es, es la base de las interacciones humanas. Y esta requirió acercarnos a dicha unidad básica de creación de la realidad social, que es la comunicación, que en este caso acontece en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” en Cusco durante enero y febrero del 2018.

Por otro lado, cabe resaltar que esta investigación, en términos de las categorías de comunicación interpersonal presentadas por Ahmed (2012, p.151), es un trabajo de comunicación interpersonal centrada en el individuo. En este sentido, nos ha interesado entender cómo las gestante procesan los mensajes ocurridos en la interacción con las obstetras, y cómo producen los suyos propios en respuesta a esta, e incluso a estímulos externos al control prenatal, pero que juegan un rol importante, como las experiencias previas en los establecimientos de salud.

Además, es importante mencionar los axiomas de la Teoría Interaccional (Fernández y Galguera, 2009): es imposible no comunicar, y que toda interacción comunicacional tiene un

componente de contenido y otro de relación (que es determinado por la relación que tienen los interlocutores). Así, el presente trabajo ha podido observar estas dos características en las interacciones entre gestantes y obstetras, donde no solo es valiosa la información sobre la cual se interactúa (el estado de salud de la gestante y su bebé, los trámites médicos y administrativos, etc.), si no también la forma en la cual esta se presenta, caracterizando la relación entre los actores.

Finalmente, afirmar que el modelo de personas-en-conversación planteada por la Gestión Coordinada de Significado es la que, metodológicamente, ha permitido observar a detalle los principios de este. Así, la investigación confirma que la manera como la gente se comunica usualmente posee mayor valor frente al contenido de lo que se dice, según comentan las gestantes; y que las acciones que se realizan en la conversación tienen un retorno entre los participantes mientras esta se va desarrollando. Además, es en esta situación de personas-en-conversación que se construye la percepción de las gestantes, que a su vez es su construcción de la “realidad” de los establecimientos de salud estatales.

6.1. Análisis sobre la primera pregunta específica de investigación

Con estas consideraciones, se pasará a responder a la **primera pregunta específica de investigación**, la cual indicaba: **¿Qué tan involucradas están las gestantes en el proceso de toma de decisiones que se desarrolla durante la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018?**

Retomando el concepto de autonomía femenina, es aquella en la que las mujeres tienen control sobre sus vidas, así como igualdad de voz, acceso a información y la posibilidad de tomar

decisiones independientes (Jejeebhoy y Satar, como se citó en Adhar y Gawde, 2015). Frente a esta definición, se puede decir que el proceso de toma de decisiones en la interacción durante los controles prenatales se desarrolla de manera inequitativa entre las interlocutoras, el cual se caracteriza por un modelo paternalista.

Se presenta una gran acumulación de poder de decisión en la obstetra, lo cual a su vez determina la poca participación de la gestante en la toma de decisiones. Esto se explica precisamente por los axiomas restantes de la Teoría Interaccional antes mencionada (Fernández y Galguera, 2009): la naturaleza de la relación entre las interlocutoras depende de cómo se pautee la comunicación, y de que estos intercambios comunicacionales son, en este caso, complementarios. Esto determina una relación claramente vertical entre las obstetras y las gestantes.

En el proceso de análisis presentaremos las causas inmediatas de esta relación vertical, entendidas como aquellas que son observables dentro de la dinámica e interacción en los controles prenatales. Asimismo, se detallarán las causas estructurales de dicha relación, dado que provienen de procesos sociales y culturales de varios siglos atrás, relacionados a la profesión médica.

Causas inmediatas del proceso de toma de decisiones inequitativo entre obstetras y gestantes

Como planteaban Baker et al (2005), el que las mujeres sientan que tienen pocas opciones o que no pueden influir en los procesos de toma de decisiones son características comunes de cualquier intervención obstétrica, y así se ha evidenciado en la presente investigación. Esta sensación se genera porque las gestantes perciben que tienen poca información, que además

puede ser errónea o confusa; y que usualmente se sienten incómodas durante los controles prenatales pues sienten que no pueden opinar o ni siquiera preguntar sus dudas con libertad.

Esta evidente situación inequitativa se observa, por ejemplo, en la gran cantidad de preguntas hechas por la obstetra frente a la poca cantidad de las mismas realizada por las gestantes, y solo en casos muy específicos que, además, son realizados con temor a la mala reacción de las obstetras. Sin embargo, esta diferencia cuantitativa de preguntas solo se justificaría por dos aspectos:

- El proceso de anamnesis, nombre técnico para denominar las preguntas que un profesional de salud debe realizar durante una consulta médica para obtener información que le permita tener un diagnóstico acertado.
- La necesidad de llenar documentos, como la Historia Clínica, como parte de los protocolos exigidos a cumplir.

Sobre estos aspectos, cabe resaltar que, si el objetivo principal es el de obtener información suficiente y de calidad para un diagnóstico acertado, se requiere de habilidades comunicacionales pertinentes de la profesional de la salud para lograrlo. Con el simple hecho de realizar las preguntas protocolares se ha comprobado que no necesariamente se obtienen los datos más relevantes. Esto sobre todo, como lo indica la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993) si se considera que un diagnóstico efectivo no solo es identificar señales físicas de una enfermedad, si no también determinar cuáles de éstas tienen causas psicológicas o sociales que requerirían otro tipo de intervenciones.

Por otra parte, en la investigación realizada, se observa que no existe una comunicación horizontal ni deliberativa, ya que los conocimientos, deseos y expectativas de una de las partes no son valorados ni considerados para la toma de decisiones. Esto afecta negativamente la autonomía de la gestante, la desempodera en un proceso en el cual su rol debería ser protagónico. Además, un proceso comunicativo con esas características no es coherente con las investigaciones que confirman que, a mejor comunicación interpersonal entre personal de salud y pacientes, hay una mayor posibilidad de que estos últimos se adhieran a tratamientos (WHO, 1993).

Esta toma de decisiones inequitativa también se da a raíz del uso de los tonos atemorizantes, evaluativos y de órdenes que utilizan las obstetras para comunicarse con las gestantes. Esto evita que la paciente acepte y no cuestione los procedimientos o decisiones que se toman. Incluso, esto se intensifica con el hecho de que el sistema médico establezca siempre el aspecto de “riesgo” del embarazo, parto y postparto, por lo cual se instala en el imaginario de las mujeres que nuestro cuerpo no es suficiente para enfrentarse a este evento, o que inevitablemente fallará. Así, si bien las obstetras presentan argumentos en base a su experiencia profesional, además de las posibles consecuencias negativas de tomar una determinada decisión, el hecho de usar un discurso que genera temor en las gestantes, las inhibe de poder tomar una decisión distinta a la que las profesionales les plantean.

Asimismo, se perpetúa esta relación vertical cuando las obstetras usan diminutivos para referirse a la gestante, infantilizándola y significando, según algunas autoras, ejemplos de la denominada violencia obstétrica. Esta es entendida como

“Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”¹⁴⁸

Y sobre la cual Argentina posee un Test de Violencia Obstétrica¹⁴⁹, pero que es utilizado solo para el contexto del parto. Sin embargo, es importante mencionar algunas preguntas que también podrían usarse para otros momentos de la atención de salud materna:

1. “¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?”
2. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?
3. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
4. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?”

Y donde el trato deshumanizado se considera todo aquel “trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de la salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y post parto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a [...]”.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Inciso e, artículo 6 de la Ley de Protección Integral de las Mujeres. Ley 26.485 de Argentina.

¹⁴⁹ Recuperado de: <http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

¹⁵⁰ Inciso e, artículo 6 de la Ley de Protección Integral de las Mujeres. Ley 26.485 de Argentina.

Al incluir el tema de la deshumanización, es posible observar en la presente investigación la poca consideración de la gestante como un ser integral, más allá de los datos fisiológicos que se recogen en las consultas prenatales; y en el poco contacto humano, asertivo y empático por parte de las obstetras. Además, como otra forma de minar la autonomía de la gestante, también se encuentran las opiniones que emiten las obstetras, formuladas como decisiones o sentencias respecto a aspectos de la vida personal y privada de la gestante, como dónde y cómo dará a luz, o si será su último embarazo.

Según estudios referenciales (Kruk et al, como se citó en Windau, 2013), se indica que en países con alta mortalidad materna, uno de los hechos recurrentes es el miedo de las mujeres a los maltratos que pueden encontrar en los centros de salud. Este sería uno de los mayores disuasivos para que busquen atención médica, incluso más que barreras de costo y distancia. En el caso de la investigación realizada, efectivamente estos dos últimos elementos no son particularmente decisivos para que las gestantes no asistan a los controles prenatales. Sin embargo, sí se debe resaltar que, si bien las gestantes continúan asistiendo al centro de salud, indican no sentirse cómodas haciéndolo, sobre todo si han tenido malas experiencias previas. Así, la resistencia a buscar atención médica no llega a ser una realidad, pero sí se presenta como un gran riesgo.

Por su parte, las actitudes que asumen las gestantes durante los controles prenatales son de prestar atención, guardar silencio y evitar confrontación. Esto, sobre todo, y como se ha mencionado antes, por el temor a una mala reacción por parte de las obstetras. Así, este rol de obediencia y no cuestionamiento es observado no solo en las mujeres que han participado en esta investigación, si no también en otras en las que los y las profesionales de la salud presionan a las mujeres a comportarse de determinada manera para asegurar que se cumplan las normas

o procedimientos (Baker et al, 2005). Además, en dichas investigaciones, incluyendo esta, las gestantes afirman no conocer ni entender las razones por las cuales se toman determinadas decisiones, pero eligen confiar en el personal médico por el conocimiento que poseen. Asimismo, es importante resaltar que las gestantes primerizas que participaron en la investigación confirmaron las conclusiones de Baker et al (2005) respecto a que poseen menos información, preguntan y cuestionan menos por la forma en la que se desarrolla la relación con los profesionales de la salud.

En este sentido, el tema de que sean informadas adecuadamente sobre las decisiones que se toman es parte fundamental para que sientan que son participantes activas del proceso, como se ha observado en otras investigaciones (Johnson en Baker et al., 2005). Además, las gestantes afirman que conocer a detalle la situación les brinda más seguridad y que, por el contrario, tener poca información las mantiene en un estado de incertidumbre y desconfianza. Esto confirma los hallazgos de Baker et al (2005) donde se indica que brindar información tiene como finalidad preparar al individuo para enfrentar eventos estresantes, y hace partícipe al paciente en una sensación de control y responsabilidad compartida, situación que no es la observada en “Siete Cuartones”. El riesgo además de que las gestantes se vean obligadas a firmar la historia médica después de cada control prenatal sin saber exactamente lo que se ha colocado podría representar nuevamente lo que indican Baker et al (2005) acerca de la decisión informada como un evento meramente retórico.

Causas estructurales del proceso de toma de decisiones inequitativa entre obstetras y gestantes

Una de las formas en las que Watzlawick (Fernández y Galguera, 2009) plantea que se pueden prevenir los posibles problemas de comunicación interpersonal es el hecho de definir

claramente los roles de los interlocutores. Me parece importante cuestionar en este punto del análisis qué tipo de roles se legitiman en las interacciones que diariamente se experimentan en los centros de salud. En el caso de esta investigación, la legitimación de los roles verticales de superioridad de la obstetra frente al de subordinación y obediencia de la gestante durante los controles prenatales, es una situación que, como hemos ido evidenciando, afecta a la autonomía de estas últimas.

El rol de superioridad de la obstetra se basa en un modelo paternalista de la medicina, el cual ha legitimado durante siglos esta relación vertical entre profesionales y pacientes. Así, en la interacción entre las personas observadas se identifica claramente el modelo de comunicación médico-paciente (Ahmed, 2012) paternalista, congruente con el modelo social y cultural mencionado. En este, efectivamente, la profesional de salud asume un rol autoritario, prescribe tratamiento, y no es cuestionada por la paciente. Además, cabe recordar que las relaciones humanas tienen como característica inherente el ejercicio del poder (Foucault, 1995), y es precisamente a través de la comunicación interpersonal que es posible observarlo (Mariño, 2014). En esta investigación se ha evidenciado a través de la preponderación de las preguntas de la obstetra durante la interacción, la responsabilización y culpabilización hacia la gestante, así como el trato infantilizado que reciben.

Además de esto, es importante traer al análisis el debate acerca de la necesaria o innecesaria medicalización de determinados procesos biológicos, como lo es el embarazo. En la relación vertical entre obstetras y gestantes se encuentra como piedra angular la perspectiva de dependencia de estas últimas a un sistema médico con el cual puede que no estén cómodas ni satisfechas, pero del cual necesitan certezas sobre su bienestar y el de su bebé. Certezas y seguridad que las gestantes consideran no poder proveerse a sí mismas por no tener el

conocimiento técnico especializado, y que por ende es argumento suficiente para que no se sientan en posibilidad de tomar decisiones en este proceso.

De esta manera, es evidente que su autodeterminación y autonomía se han visto afectados negativamente; y en la interacción observada, son reducidas a contenedores gestacionales de los cuales se recoge información y se retorna muy poca, a pesar de que obtener esa retroalimentación sea la principal motivación de las gestantes a asistir a los controles prenatales. De esta manera, también se observa que la necesidad de información, y el subyacente temor de que la salud de ellas o de su bebé pueda estar en riesgo, son más fuertes que las razones que identificadas en el estudio del MINSA (1997) para la no asistencia a los controles prenatales como la lejanía del C.S o la sensación de que todo se encontraba bien.

Es así que la posesión y búsqueda de la información se observa como un eje central dentro de la interacción, pero esta tiene significados más complejos y estructurales que los del mero conocimiento. La cantidad y manejo de información define quién puede o no tomar decisiones entre las obstetras y las gestantes, siendo las primeras las que suelen asumir esa función, perpetuando relaciones verticales de poder.

Espacios para la toma de decisión activa de las gestantes

Ahora, si bien se ha planteado que la relación inequitativa durante la toma de decisiones en los controles prenatales es evidente y pareciera ser poco probable que cambie, esto no quiere decir que las gestantes no tomen ninguna decisión sobre su embarazo fuera o dentro del consultorio obstétrico. La autonomía de las gestantes en las decisiones que tomaban durante su embarazo influyó, como lo mencionaba KC y Neupane (2016), de manera importante en la búsqueda de mejora de su salud.

En primer lugar, las gestantes se reconocen como participantes del proceso en tanto son ellas y sus cuerpos los que atraviesan por el embarazo. Sin embargo, es inevitable que tengan dudas y temores generados por la interacción con la obstetra. Las gestantes indican que desconfían de la información que les brindan, a pesar de que reconozcan su formación profesional. En esta situación, algunas de ellas han indicado que han demostrado su incomodidad por la mala atención en otras ocasiones; y sin embargo, no ha sido una conducta común observada en los controles prenatales.

A pesar de esto, la autonomía más evidente se observó, como en otras investigaciones, en las decisiones que tomaron para mejorar su salud al tener mayor libertad de movilidad como parte de su vida como personas (como madres, trabajadoras y esposas). Sus decisiones estuvieron relacionadas más bien a las acciones que pueden realizar fuera del Centro de Salud. Por ejemplo, en la búsqueda de información a través de diferentes fuentes: internet, personas cercanas y otros especialistas del sector privado. Esto frente a la necesidad de tener más certezas y seguridad sobre su estado de salud y el de su bebé. Así, se confirma lo que planteaba López et al (2013), al indicar que a una mayor autonomía de la mujer, hay más probabilidad de acceso a servicios médicos maternos.

Entre las razones para buscar principalmente información en internet, las gestantes indican que es por la gran cantidad de datos a los que pueden acceder, y a los que “pueden preguntar lo que sea”. Este hábito se diferenciaría de hallazgos mencionados por el MINSA (1997) sobre conocimientos, actitudes y prácticas de gestantes en Cusco, ya que, si en esa época las principales fuentes de información eran los profesionales de la salud, ahora lo es el internet. Y

en el caso específico de las participantes del presente estudio, es una fuente a la cual no tienen temor a consultarle.

Sin embargo, no deja de existir la consulta a otros profesionales de la salud que atienden en clínicas o policlínicos privados. Esto podría deberse a un bajo nivel de *health literacy*, que como habíamos explicado antes, es la habilidad de entender y aplicar información relacionada al sector salud. Es decir, si bien a través del internet pueden acceder a información especializada, puede que no la puedan aprovechar íntegramente, sobre todo si contiene lenguaje técnico médico.

Así, el hecho de escuchar y preguntar a otro u otra profesional, les brinda mayor seguridad. Esto sobre todo cuando una de las características que le atribuyen las gestantes y sus familias al servicio privado de salud es la buena atención. Este último punto, al no poder ser asegurado en todos los establecimientos de salud privados, afectaría a un supuesto mencionado por López et al (2013) que indicaba que el acceso a servicios maternos especializados aumentaría la probabilidad de una maternidad segura.

Y es precisamente este riesgo el que es mencionado en tono de culpabilización y responsabilización por parte de las obstetras en caso la gestante comente que se está atendiendo en un centro de salud privado, y si sobre todo planea atender su parto ahí. Ahí el modelo paternalista de toma de decisión se mantiene, pero pasa a tener una fachada de modelo informativo, donde se deja sola a la mujer para que tome la decisión. Esa toma de decisión aparentemente independiente se ve afectada por el temor generado por la opinión de la obstetra sobre los riesgos de atenderse en una clínica. Así, la gestante en muchas ocasiones vuelve a poner en duda su posibilidad de tomar decisiones sobre su embarazo.

Cómo desean las gestantes tomar sus decisiones

Luego de haber indicado en qué aspectos las gestantes sí toman decisiones durante su embarazo, se debe analizar el peso que tienen sus expectativas respecto a cómo les gustaría hacerlo.

Las gestantes afirman que quisieran que la atención de las obstetras brinde mayor y mejor información, y que puedan aconsejarles para que finalmente se tome la mejor decisión. Indican, sobre todo, la expectativa de un acompañamiento sincero en este proceso en el que, como ya hemos dicho, ellas reconocen la especialización de las obstetras, así como la importancia de que se involucren en un proceso que es suyo. Es decir, esperan una atención centrada en el paciente (ACP) que, como mencionan Bergman y Connaughton (2013) y la OMS (como se citó en Rodríguez, 2013), es aquella que valora al sujeto de manera integral y holística (identidad, cultura e historias), y lo coloca como eje central durante las intervenciones médicas que se realicen. Además, esperan que tenga las características del modelo interpretativo planteado por Emanuel y Emanuel (como se citó en Ahmed, 2012), que coloca al profesional de salud como consejero del paciente, y que lo ayuda a tomar las mejores decisiones.

Ahora, en cuanto la ACP promueve que la situación de fragilidad, discapacidad o dependencia del paciente se reduzcan, es evidente que es uno de los objetivos a alcanzar por las gestantes. De este modo, se puede desarrollar su autonomía a través de su involucramiento en la toma de decisiones, para que así tengan control sobre lo que sucede con ellas mismas.

Otro aspecto es también entender la ACP como parte de un concepto de acceso a la salud con equidad. Esto relacionado con que si bien ellas tienen la posibilidad económica de buscar un servicio complementario en el sector privado, saben que no es una posibilidad para todas las

mujeres. En este sentido, consideran que el sector estatal debería brindar una mejor calidad de atención, lo cual incluye un trato adecuado a los y las pacientes, precisamente porque la mayoría de la población se atiende en sus establecimientos. Así, por parte de las gestantes, se espera una priorización y valoración de su rol como paciente de parte de los profesionales de la salud. Es decir, que priorizan el enfoque del ACP por encima del *relationship centered care*.

Por otra parte, y de manera más precisa, las gestantes tienen expectativas de una atención materna respetada, como se ha mencionado cuando se describió la *Respectful Maternity Care*. Como se ha observado, las experiencias que viven en los centros de salud influyen, en su empoderamiento, comodidad y decisiones. En la investigación se identifica una influencia negativa, pero esto por consiguiente indica también la potencialidad inversa, en la cual estas interacciones con el personal de salud podrían promover la autonomía y la dignidad de las gestantes. Así se sería congruente con uno de los 7 derechos de la RMC, que indica que toda mujer tiene derecho a la libertad, autonomía, autodeterminación y a la libertad de coerción (Withe Ribbon Alliance, 2011).

La hipótesis que se planteó para esta pregunta indicaba que las gestantes que asistían a los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” entre enero y febrero del 2018 **consideraban poco relevante involucrarse en la toma de decisiones durante su embarazo, porque en la interacción con las obstetras sentían que éstas últimas poseen conocimiento más especializado sobre el tema.**

Se puede decir que, efectivamente, las gestantes reconocen a las obstetras como profesionales especializadas en el tema del embarazo; y sin embargo, no consideran que sea poco relevante involucrarse. Afirman que es un proceso en el cual deberían poder participar dado que son ellas

las que lo atraviesan, pero no se sienten en la capacidad de hacerlo durante los controles prenatales. Esto a raíz de la poca información que manejan y que les brindan para tomar decisiones, y por las actitudes de juzgamiento y superioridad de las obstetras, las cuales ejemplifican formas sutiles de violencia obstétrica. Así, ellas sienten que no pueden participar activamente de la toma de decisiones relevantes durante los controles prenatales, y a la larga en buena parte del proceso de gestación, parto y posparto.

De esta forma, se observa que el modelo de comunicación interpersonal como el que se da en los controles prenatales en el C.S “Siete Cuartones”, basado en el temor y el cumplimiento de protocolos, impide el empoderamiento y el involucramiento activo de las mujeres en su embarazo y la mejora de su salud. Asimismo, el modelo paternalista-médico tiene causas estructurales profundas relacionadas al saber/poder y la legitimación de las profesiones médicas, y que se evidencian en las actitudes de superioridad de las obstetras por sobre las gestantes, quienes terminan asumiendo un rol de obediencia durante los controles prenatales. De esta manera, y como se ha conceptualizado páginas atrás, se estarían observando formas sutiles de violencia obstétrica.

Por otro lado, esta poca posibilidad de toma de decisiones busca ser equilibrada por otras acciones que se realizan fuera del consultorio obstétrico. Así, frente a la sensación de tener poca información y conocimiento, buscan responder sus dudas a través de otras fuentes como el internet y otros especialistas. Sin embargo, en algunos casos, esta autonomía, producto de las decisiones fuera del Centro de Salud, sigue siendo juzgada y frenada por las actitudes de las obstetras, como cuando las gestantes estarían decidiendo atender su parto en una clínica. En este sentido, sigue siendo un desarrollo de su autonomía de manera limitada y reducida a la búsqueda de información.

6.2. Análisis sobre la segunda pregunta específica de investigación

A continuación, se pasará a responder a la **segunda pregunta específica de investigación**, la cual indicaba: **¿Cuál es la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención en salud brindada por las obstetras en los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018?**

En principio, se debe recordar que la calidad de atención en salud es aquella que le proporciona al paciente, en este caso a la gestante, un máximo y completo bienestar luego de su experiencia con el servicio (Chávez, 2009). Por otro lado, retomar el concepto de “percepción”, la cual es producto de una evaluación subjetiva, influenciada por elementos sociales y culturales (Sabido, 2016). En el caso de la presente investigación, y como indicaba Rizo (2006) la percepción sobre la calidad de atención de las gestantes está claramente relacionada con su interacción con las obstetras durante los controles prenatales. Es una percepción negativa a nivel general, pero que tendría argumentos que las gestantes entienden como explicativos más no justificativos de esta mala atención.

Es importante considerar también que la comunicación interpersonal genera reacciones entre los interlocutores. En la presente investigación se pudo afirmar que la percepción de las gestantes se ve influenciada por la interacción que tienen con las obstetras. Y que, además, como se ha mencionado en el anterior apartado, es una relación de carácter vertical sustentada en estructuras sociales y culturales antiguas relacionadas al poder médico, donde ellas no tienen posibilidad de decisión. Esto reduce su posibilidad de desarrollar su autonomía en un proceso que es principalmente suyo: su embarazo.

A continuación, el análisis se centrará en las evidencias y causas de por qué la percepción de la calidad de atención médica y emocional es considerada como negativa en los controles prenatales del Centro de Salud “Siete Cuartones”.

Percepción negativa de la calidad de atención en el aspecto médico durante los controles prenatales

La percepción de las gestantes sobre la calidad de atención en el aspecto médico es negativa. Esto principalmente porque consideran que el proveer información adecuada, veraz, oportuna y completa es un requisito principal de una buena atención médica. En este sentido, las gestantes perciben que no reciben este tipo de información y argumentan que los motivos son los siguientes: porque las obstetras tienen el conocimiento, pero no quieren decirlo; porque no saben las respuestas a todas las dudas de las gestantes, y no hacen esfuerzos para responderlas; y porque las obstetras tienen menos conocimiento que otros profesionales de la salud, como médicos ginecólogos.

Estas afirmaciones nos remiten nuevamente a lo que se ha explicado en el anterior apartado, que es la relación vertical donde el conocimiento es sinónimo de poder. Así, el hecho de que se perciba que las obstetras tienen el conocimiento, pero no quieren compartirlo, afecta directamente lo que las gestantes entienden como una característica obligatoria para que una atención médica sea adecuada.

Además, el compartir poca información con las gestantes tiene también que ver con el uso de la jerga médica en los controles prenatales que no es explicada con precisión. Esto, frente al concepto de *health literacy* recordado en el análisis de la pregunta de investigación 1, nos demostraría un ilusorio ejercicio de brindar información. Es decir, puede que las obstetras

brinden información importante, pero al hacerlo con lenguaje técnico, no son datos válidos para las gestantes para entender lo que sucede con su salud y la de su bebé.

Asimismo, se encuentra el hecho de que las obstetras subestiman la capacidad de entendimiento de las gestantes sobre eventos relacionados a su salud, por lo cual deciden no hacer mayores esfuerzos para brindarles información. Al indicarle a la gestante que “todo está bien” pareciera asumirse que se ha cumplido con informarla. Es decir, la información que es verbalizada por las obstetras no suele estar direccionada a que la gestante la entienda, y del mismo modo, el llenado de documentos tiene la finalidad y priorización del cumplimiento de protocolos, y no que la gestante conozca su estado de salud. Y sin embargo, estas últimas acciones son a través de las cuales se mide el desempeño de las obstetras, por lo cual se esfuerzan en cumplirlas.

Además, los materiales escritos, como la información plasmada en la cartilla de la gestante sobre señales de alarma, es entendida como la solución a las necesidades de información de la gestante. En este sentido, se decide también por ella a qué información puede o no puede acceder, las plataformas o medios a través de las cuales lo debería hacer, y así establecer cuáles deben ser sus prioridades.

Percepción negativa de la calidad de atención en el aspecto emocional durante los controles prenatales

Sobre la percepción negativa de la calidad de atención en el aspecto emocional, esta se basa en que las gestantes califican la interacción con las obstetras con las siguientes características: falta de respeto, poca asertividad, falta de escucha activa, y falta de empatía. Además, estas actitudes toman especial relevancia en los últimos meses de embarazo cuando la fecha de parto se encuentra cercana, o cuando hay situaciones de riesgo para la madre o el bebé.

Esto es observable en interrupciones a la privacidad de las gestantes cuando las obstetras permiten el ingreso de otras personas al consultorio, cuando no responden a las consultas que las gestantes realizan, o cuando se comunican juzgándolas por las decisiones que toman o por el conocimiento que no tienen. Estos hallazgos son congruentes con los de otras investigaciones (Baker et al, 2005) en los que las mujeres perciben actitudes críticas y sentenciosas, intimidantes e irrespetuosas por parte de los profesionales médicos. Estas características son precisamente la versión negativa de las Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud planteadas por Leal-Costa et al (2016). Estas, de ser utilizadas positivamente, permitirían generar una serie de consecuencias beneficiosas para la mejora de la salud del paciente así como para la satisfacción de los profesionales, para su relación entre ambos, e incluso para los resultados del sistema sanitario en general.

La comunicación informativa es una de las seis habilidades mencionadas. Como se ha indicado en la percepción negativa de la calidad de atención médica, las obstetras en el Centro de Salud “Siete Cuartones” no demostrarían la capacidad de proporcionar información integral y comprensible para las gestantes. Respecto a la habilidad de escucha activa, tanto por la observación de los controles prenatales como por la percepción de las gestantes, que no suele existir disposición por parte de las obstetras para escucharles. Lo mismo sucede con su habilidad de empatía, sobre la cual no se evidenciaría comúnmente su disposición para conocer ni entender a las pacientes en cuanto a sus sentimientos, miedos y expectativas respecto al embarazo.

Siguiendo con las Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, el respeto y la asertividad son dos de ellas que tampoco se verían de manera recurrente en las actitudes de las obstetras. Principalmente, las gestantes son juzgadas y poco comprendidas en su interacción

con las profesionales de la salud. Es precisamente en las respuestas de estas últimas donde se observan opiniones y órdenes expresadas de manera poco adecuada a percepción de las gestantes.

Finalmente, la actitud de autenticidad o congruencia de las obstetras, entendida como aquella que permite que el profesional de la salud de manera transparente y sincera, fue también percibida como negativa por las gestantes. Esto sobre todo al reconocer que existieron diferencias evidentes en la forma de comunicarse de las obstetras entre sus experiencias previas y cuando se observó el control prenatal.

Precisiones sobre la percepción de la calidad de atención

Luego de haber hecho este análisis de la percepción de las gestantes respecto a la calidad de atención médica y emocional durante los controles prenatales en “Siete Cuartones” es importante hacer las siguientes precisiones.

La primera es que una calidad de atención positiva se definiría, sobre todo, por la percepción de que las obstetras quieran saber sinceramente sobre cómo se encuentran las gestantes, y que sean amables y respetuosas al interactuar con ellas. Esto se presenta como una situación compleja a cambiar dado que consideran que las actitudes negativas de las profesionales de la salud son parte de su personalidad, y que en algunas ocasiones pueden verse intensificadas por la carga de trabajo que asumen deben tener. Por otro lado, consideran que pueden ser positivas en algunos controles prenatales, pero de manera poco común e impredecible, siempre y cuando las obstetras hayan tenido “un buen día” o “se hayan levantado de buen humor”. Así, las experiencias positivas son contadas como situaciones extrañas y explicadas únicamente por haber tenido “buena suerte”.

En segundo lugar, las gestantes tienen la idea de que la calidad de la atención en los establecimientos de salud estatales, es usualmente negativa, lo cual sería consecuente con las experiencias vividas en “Siete Cuartones”. Además, esto se refuerza en la dicotomía de lo gratuito (la atención pública) y lo pagado (la atención privada), sobre la cual las gestantes afirman que es un argumento utilizado para justificar la mala calidad de atención, pero que no debería serlo y que el Centro de Salud debería trabajar con todo su personal para mejorar su calidad de atención. Según lo que indican, una atención gratuita que brinda servicios a la mayoría de la población debería ser de buena calidad.

Relacionado a esto, una tercera precisión es la de cómo las experiencias previas, propias o de terceras personas, influyen en la predisposición de las gestantes al atenderse en un centro de salud público, y por ende en la percepción de su calidad de atención. Según la teoría de la Gestión Coordinada del Significado, las historias que cada interlocutor trae a la interacción son elementos importantes para dar sentido a esa experiencia, y no son aislables del encuentro. En este sentido, si bien estas historias con las que llegan las gestantes a los controles prenatales no son compartidas con las obstetras, su carga se encuentra presente al momento de interactuar con ellas.

La hipótesis que se planteó para esta pregunta indicaba que las gestantes que asisten a los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” entre enero y febrero del 2018 **percibían la atención brindada por las obstetras como adecuada en términos médicos, pero con poco interés en las dimensiones emocionales del encuentro.**

Entendiendo la satisfacción de un usuario y su percepción sobre la calidad de un servicio como la experiencia del mismo en contraste a sus expectativas (Palafox, como se citó en Dusek, 2005), se puede decir que las gestantes no se encuentran satisfechas con ninguno de los dos

ámbitos de la atención brindada durante los controles prenatales. Así, los hallazgos son congruentes con otras investigaciones (Glanz et al, 2015) en las cuales se indica que la satisfacción está correlacionada a tiempos de espera largos para la atención, la relación interpersonal de los actores, los factores externos que influyen en ella y la predominancia de uno de los actores por encima del otro en el encuentro.

Entonces, en contraste con la hipótesis, el análisis permite afirmar que las gestantes sí perciben poco interés por parte de las obstetras en el aspecto emocional de la interacción durante los controles prenatales. Esto se ve reflejado en expresiones negativas de las habilidades de comunicación de respeto, escucha activa, empatía, asertividad y autenticidad. De hecho, concuerda con los resultados de la investigación de Rosen et al (2005), que indican que la baja satisfacción con los servicios de salud está basada en actitudes poco respetuosas por parte del personal, falta de privacidad, y tardanzas en la atención. Ahora, como Palafox menciona (como se citó en Dusek, 2005), el comportamiento y desempeño del personal del servicio es una piedra angular para la calidad del servicio; y son las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud y de los pacientes los que pueden mejorar la satisfacción de los últimos (Haskard et al, como se citó en Glanz et al, 2015).

Como se ha mencionado en el análisis de los hallazgos de la pregunta específica uno, existe una relación vertical entre obstetras y gestantes que tiene causas estructurales como los imaginarios sobre las profesiones médicas y el ejercicio del saber/poder aún vigente en la interacción profesional médico - paciente. Así, la afirmación de que una buena atención depende del “buen humor” de las obstetras, es un ejemplo claro del ejercicio de este poder, donde la profesional es quien decide qué características va a tener el encuentro.

Ahora, contrario a lo indicado en la hipótesis, las gestantes tampoco consideran que se brinde una adecuada calidad de atención en el aspecto médico. Esto también se encuentra legitimado en las relaciones de poder sobre quién tiene el saber y decide no compartirlo, como cuando las gestantes indican que “las obstetras saben” pero no tienen la intención de informar adecuadamente; y también en que estas profesionales son consideradas con menos saber/poder en comparación a un especialista médico.

Todo esto permite explicar la relación entre esta situación estructural, las actitudes de las obstetras, las formas en las que se evidencian en la interacción con las gestantes, y finalmente la percepción de estas últimas sobre la calidad del servicio. Para esto, se utilizará la figura de un *iceberg* para demostrarlo gráficamente, entendiendo a través de esta metáfora que hay elementos visibles y no visibles en las relaciones humanas que permiten ver la imagen completa si es que nos detenemos a verlas.

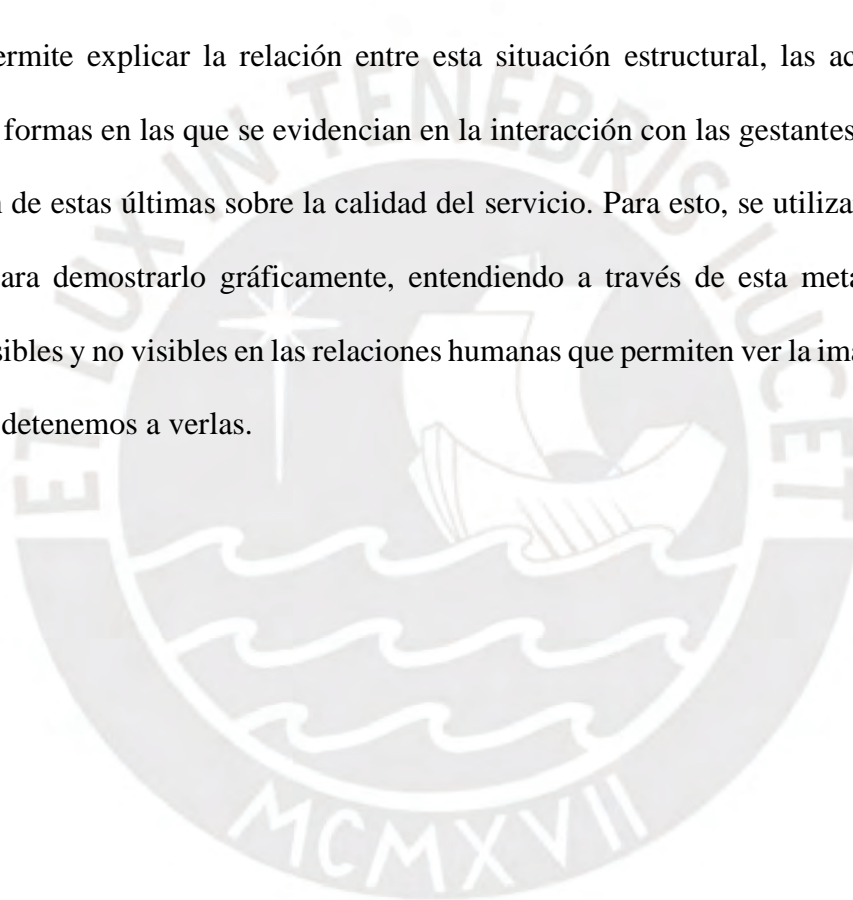




Figura 15. Relación entre causas estructurales del saber/poder y la percepción de calidad de atención negativa durante los controles prenatales en el C.S “Siete Cuartones”. Elaboración propia.

Explicado esto, es importante retomar cómo las expectativas de las gestantes sobre la atención durante los controles prenatales son consistentes con el concepto de *Respectful Maternity Care*. Se había mencionado en la anterior pregunta uno de los 7 derechos que conforman esta idea, y es ahora pertinente mencionar que los 6 restantes (White Ribbon Alliance, 2011) terminan de sustentar que las gestantes en el C.S “Siete Cuartones” esperan es una atención materna respetada. Sobre todo, cuando esta interacción puede empoderarlas y brindarles comodidad (Baker et al, 2005), o generales daño y traumas emocionales.

Así, en esta investigación, al expresarse como actitudes comunes las muestras negativas de las habilidades comunicaciones de comunicación informativa, respeto, empatía, escucha activa,

asertividad y autenticidad, se evidenciaría que se han vulnerado los siguientes derechos de las gestantes:

- De estar libre de todo daño y maltrato.
- A la información, al consentimiento informado, a rehusarse, y a que sus decisiones y preferencias sean respetadas.
- A la privacidad y a la confidencialidad.
- A ser tratada con dignidad y respeto.
- A la no discriminación y a una atención en salud equitativa.
- A la atención en salud así como a poder alcanzar el máximo nivel de bienestar.

6.3. Análisis sobre la pregunta general de investigación

A continuación, se responderá a la pregunta general de la investigación que planteaba el siguiente cuestionamiento: **¿cómo impacta en la autonomía de las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” entre enero y febrero del 2018?**

Luego del recojo de los hallazgos y su posterior análisis con el marco teórico, se puede afirmar que la autonomía de las gestantes se ve afectada negativamente por la existencia y normalización de la relación vertical entre ellas y las profesionales de la salud. Esto impide que las gestantes participen activamente durante los controles prenatales dado que las actitudes que tienen las obstetras, evidenciadas en las versiones negativas de sus habilidades comunicacionales, no se lo permiten. Además, particularmente la falta de información especializada que no brindan las obstetras, hace que las gestantes sientan que no pueden tomar decisiones, aunque quisieran hacerlo. En este sentido, no solo sus opiniones y preferencias emocionales ocupan un segundo plano para la toma de decisiones, si no también las que

involucran a su cuerpo y las intervenciones médicas que atravesarán por determinación de la obstetra u otro profesional de salud.

Esto confirmaría la hipótesis general de la investigación, la cual indicaba que la autonomía de las gestantes se ve afectada negativamente por cómo la interacción evidencia y reafirma la relación vertical entre ellas y las obstetras, y que esto determina que su percepción de la calidad de atención en salud sea negativa tanto sobre el aspecto médico y emocional.

Esta afirmación toma sentido sobre todo al recordar que, según la tradición sociocultural, las brechas espacio y tiempo en el cual las personas socializamos y nos formamos, producen diferencias culturales entre los interlocutores. En este caso, la formación profesional médica brinda una manera de significar los procesos de embarazo, parto y puerperio para las obstetras, mientras que las gestantes no manejan con tanta facilidad los mismos referentes. Esto, evidentemente, afecta la relación y reproduce la relación vertical de saber/poder donde las obstetras poseen superioridad para tomar decisiones por su conocimiento especializado.

Sin embargo, la poca posibilidad de tomar decisiones durante los controles prenatales se contrasta con los espacios fuera del centro de salud donde las gestantes ejercen su autonomía. En este sentido, si bien la autonomía se ve afectada negativamente durante los controles prenatales, esta situación hace que las gestantes la desarrollen fuera de los mismos con una evidente intención de involucrarse en su embarazo de manera activa. Esto demuestra que no existe desinterés en el proceso por parte de las mujeres, y más bien ejemplifica iniciativa para ser parte de él. A pesar de esto, lo hacen a través de lo que ellas consideran que es la causa: la posesión del conocimiento. Por eso principalmente buscan informarse más sobre lo que sucede en su embarazo y cómo pueden intervenir para asegurar su éxito, sobre todo en miras al parto.

Claramente, una duda que genera esta situación es qué tan seguro es que las gestantes confíen en la información que encuentran en internet o que es brindada por otros profesionales de establecimientos privados. Bien se sabe que para acceder a información de calidad de internet se necesitan ciertos referentes de búsqueda; y que lamentablemente no siempre una atención privada es sinónimo de calidad y resolución de problemas, más allá incluso del imaginario social de a más precio, más calidad.

Además, se puede afirmar que las gestantes toman decisiones influenciadas por diversos factores además de la interacción con las obstetras durante los controles prenatales. Experiencias propias o de terceros con el sistema de salud, su formación y conocimiento sobre el embarazo, las opiniones de su familia, y la información de internet, se muestran como factores que moldean las decisiones de las gestantes que se atienden en el Centro de Salud de “Siete Cuartones”. Así, se damos una mirada más amplia, se trata de cómo los determinantes de la salud (WHO, como se citó en Melkote, 2012), entendidos como condiciones en las que la gente se desarrolla, cumplen un rol en la creación de inequidades de la salud y, también, de las respuestas de los individuos hacia las mismas.

Esto tiene congruencia con el modelo socioecológico de Bronfenbrenner (en Ahmed, 2012), que indica que los sistemas relacionales alrededor del individuo incluyen desde sus relaciones con pares en entornos familiares y cercanos, pasando por las interacciones con entornos como los centros que prestan servicios, el contexto social - nacional, su sistema de valores, creencias y costumbres, y la época en la que viven. Además, el mismo modelo al conversar con el tema de promoción de la salud (McLeroy et al, como se citó en Ahmed, 2012), indica que el comportamiento en salud de las personas es influenciado por factores intrapersonales, interpersonales, institucionales, comunitarios y políticas públicas. En este sentido, dado que

todos estos factores influyen en los interlocutores, también influyen en las interacciones entre profesional de la salud – paciente (Street, como se citó en Ahmed, 2012).

Ahora, dado que la interacción que ocurre en los controles prenatales carece de características dialógicas, horizontales y que permitan el empoderamiento de la paciente, es que la autonomía de esta última se ve afectada. Los conceptos de *Health Communication* y comunicación interpersonal en salud que han sido revisados para este trabajo indican la importancia de que se den procesos que promuevan el compromiso, involucramiento y toma de decisiones compartidas entre los individuos y los profesionales de salud, así como con otros actores relevantes como la comunidad y los tomadores de decisiones, para la mejora de los resultados en salud. De hecho, esta investigación confirma el gran valor de los aspectos relacionales y de forma de la comunicación interpersonal en tanto son efectivamente más trascendentales que los de contenido para las gestantes durante los controles prenatales.

En este sentido, si una de las prioridades nacionales e internacionales es disminuir la mortalidad materna, así como mejorar la salud de las madres y los recién nacidos, las mujeres deben poder acceder a servicios de calidad para prevenir complicaciones y manejar emergencias (Rosen et al, 2005). Y, como se ha ido mencionado en esta investigación, la calidad de atención incluye, además de los aspectos técnicos de infraestructura y recursos, un componente muy importante como lo es tener personal capacitado en habilidades comunicacionales (WHO, 1993) que satisfaga las expectativas de relacionamiento con la paciente en cuanto al intercambio de información y toma de decisiones compartida.

Es decir, solo recordando y actuando sobre la importancia de mejorar los procesos de comunicación interpersonal entre profesionales de la salud y gestantes podremos alcanzar los

resultados deseados. Se requeriría entonces de un modelo deliberativo (Emanuel y Emanuel, como se citó en Ahmed, 2012) en la relación profesional de la salud – paciente, el cual precisamente es el mismo que se identificó como expectativa de las gestantes. Este posicionaría a la obstetra como una persona amigable, comprometida con el diálogo con la gestante para determinar que procesos médicos encajan mejor con su condición física y emocional, permitiendo así momentos para la toma de decisiones compartidas. Sin embargo, al ser esta una relación, requeriría que ambas partes, y no solo las profesionales de la salud, entrenen sus habilidades comunicacionales para el desarrollo de la misma. Así, la idea sería impulsar el desarrollo del *relationship centered care*.

Esto también invita a reflexionar sobre qué tipos de indicadores guían el trabajo de las obstetras y en qué medida estos deberían incorporar indicadores de satisfacción respecto a la calidad de la atención recibida en los establecimientos de salud. Así, también es importante preguntarnos en qué medida las obstetras, precisamente por estas relaciones estructurales de saber/poder en el modelo médico-paternalista, podrían no verse permitidas de generar espacios donde se promocióne la participación activa de la mujer (Baker et al, 2015).

La forma actual en la que se desarrolla la comunicación interpersonal entre obstetras y gestantes entonces quita agencia de las últimas para involucrarse en la mejora de su salud. Así, se necesitaría incluir también un enfoque que recuerde que una buena relación (*Relationship-centered Care*) entre estos actores es como un aspecto fundamental para el alcance del bienestar máximo de la paciente y de la satisfacción profesional de las profesionales de la salud, como mencionaría Glanz et al (2015). Así la noción de poder compartido, y por ende toma de decisiones compartidas, permitiría recuperar las características propias de los encuentros interpersonales, donde el éxito de la interacción depende de ambos interlocutores.

CONCLUSIONES

Para concluir la presente investigación, es clave recordar las preguntas que la guiaron. La primera pregunta específica fue ¿qué tan involucradas están las gestantes en el proceso de toma de decisiones que se desarrolla durante la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones”? La segunda pregunta específica fue ¿cuál es la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención en salud brindada por las obstetras en los controles? La pregunta general fue ¿cómo impacta en la autonomía de las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones”? A continuación, se presentarán las conclusiones que responden a dichas preguntas.

- Las gestantes están poco involucradas en el proceso de toma de decisiones que se desarrolla durante la comunicación interpersonal con las obstetras en los controles prenatales dado que esta se desarrolla de manera inequitativa. Esa interacción además está caracterizada por un modelo paternalista de la relación médico-paciente, donde ambas partes desempeñan roles en una relación vertical de poder basada en la posesión del conocimiento especializado sobre el embarazo. De este modo, la cantidad y manejo de información define quién puede o no tomar decisiones entre las obstetras y las gestantes, siendo las primeras las que asumen esta función. A pesar de esto, las gestantes consideran importante involucrarse en el proceso de toma de decisiones de su embarazo, ya que afirman que es un proceso en el cual deberían poder participar dado que es su cuerpo el que lo atraviesa, aunque no siempre se sienten en la capacidad de hacerlo. Sin embargo, tienen mayor posibilidad de tomar decisiones y ejercer su autonomía en espacios fuera de los controles prenatales a través de la búsqueda de información y realizarse chequeos en otros establecimientos de salud.

- La percepción de las gestantes sobre la calidad de atención brindada por las obstetras del C.S “Siete Cuartones” a nivel general es negativa. Sobre el aspecto médico, esta está determinada por la comunicación informativa poco satisfactoria para las gestantes. Se reconoce sobre todo la gran cantidad de preguntas y exámenes que se les hace a las gestantes para llenar documentos necesarios para el sistema médico, y la poca, errónea y/o confusa información que ellas reciben. Por el lado de la calidad de atención emocional, se observa que se encuentra influenciada por la calidad de atención médicamente negativa. Esto en cuanto al descontento por la comunicación informativa poco satisfactoria y la percepción de poca o nula actitud de escucha activa por parte las obstetras. Asimismo, influye la percepción de interacciones faltas de respeto, con poca asertividad, poca empatía y falta de autenticidad durante los encuentros. Asimismo, cabe resaltar que esta percepción de la calidad de atención negativa también está influenciada por las experiencias pasadas, propias o de terceros, respecto a malas atenciones en los servicios de salud públicos, las cuales forman parte de la predisposición a recibir maltrato en los establecimientos estatales.
- Respecto a cómo impacta en la autonomía de las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales, se puede concluir que influye negativamente por la existencia y normalización social e institucional de la relación vertical entre ellas y las profesionales de la salud. Esto impide que las gestantes participen activamente durante los controles prenatales dado que las actitudes que tienen las obstetras, evidenciadas en las versiones negativas de las habilidades comunicacionales, no se lo permiten. Además, según lo encontrado sobre la influencia de experiencias pasadas en la formación de la percepción de las gestantes, es posible que estas interacciones las predispongan a ser tratadas de la misma manera en otros

contextos médicos, sobre todo en relación a su embarazo, parto o puerperio, normalizando el recibir una baja calidad de atención.

- Sin embargo, también se concluye que la autonomía de la gestante puede verse motivada en cuanto a las decisiones que toma fuera de los controles prenatales, sobre todo debido a la percepción de calidad de atención negativa a nivel médico, dado que esta influye directamente en la toma de decisiones que las gestantes ejercen para suplirlas carencias que identifican sobre este. Es así que sus muestras de autonomía a través de la toma de decisiones durante su embarazo se observan en la adquisición de información por medios que son de fácil acceso para ellas (internet, conocidos cercanos, u otros profesionales de la salud).



RECOMENDACIONES

El desarrollo de la investigación ha permitido identificar necesidades de cambio desde la comunicación interpersonal para la mejora de la atención en la salud materna. Así, he podido formular sugerencias para sectores de la sociedad relacionados a la problemática expuesta, desde el sector de investigación hasta los diferentes niveles de toma de decisiones del servicio de salud. En este sentido, y en calidad de Comunicadora para el Desarrollo, presento las siguientes recomendaciones.

Para la comunidad académica:

- Se recomienda a las y los investigadores, así como a las instituciones educativas superiores, afianzar lazos con el sector salud, sobre todo estatal, para permitir y facilitar más trabajos de investigación que permitan identificar problemas y proponer soluciones para la mejora de la salud pública.
- Se recomienda que se realicen investigaciones multidisciplinarias que complementen la presente investigación para identificar qué otros factores influyen en la percepción de la calidad de atención de las gestantes, como por ejemplo la infraestructura y distribución de espacios, o la forma en la que se realizan los procesos administrativos.
- Se recomienda también realizar investigaciones y propuestas que resalten el valor del involucramiento del entorno familiar inmediato de la gestante para atravesar el proceso de embarazo, parto y posparto.
- Se recomienda realizar investigaciones que ahonden en el tema de la autonomía femenina en Perú en cuanto a sus posibilidades de decisión alrededor de su salud reproductiva en general utilizando un enfoque intercultural.
- En el campo comunicacional, considero relevante que se realicen investigaciones para evaluar la pertinencia y utilidad de los materiales y recursos comunicacionales que se

utilizan en salud materna, y así ampliar el objetivo de informar al de empoderar a las mujeres en este proceso.

- En cuanto al tema de la medicalización del embarazo, parto y posparto, considero importante realizar investigaciones que permitan deconstruir los estereotipos que hacen que prevalezca la relación vertical entre profesionales de la salud y gestantes o madres, de modo que puedan ser partícipes activas de su cuidado y el de su bebé.

Para el Ministerio de Salud:

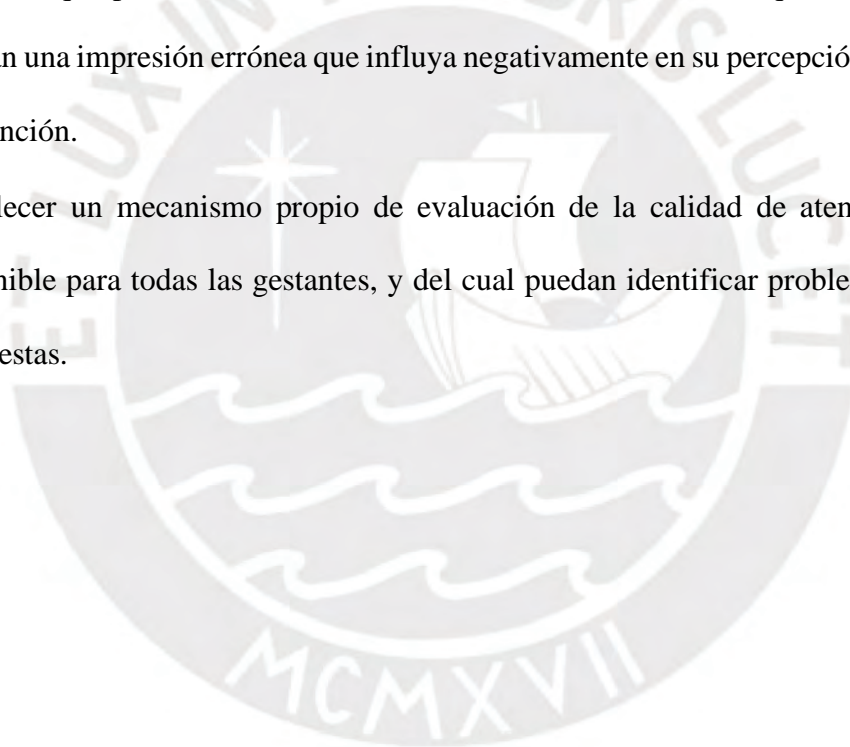
- Evaluar protocolos de atención de salud materna para identificar si los mensajes planteados son pertinentes para generar un involucramiento activo de las mujeres.
- Capacitar al recurso humano de salud en habilidades de comunicación interpersonal que permitan no solo un mejor ambiente en los establecimientos de salud, si no una mejora en los resultados de salud.

Para el Centro de Salud “Siete Cuartones”:

- Acondicionar el consultorio de obstetricia, de modo que se asegure la privacidad y comodidad de la gestante atendida.
- Asegurar la comunicación clara y precisa con las gestantes en cuanto a la atención programada de citas de modo que las reprogramaciones puedan ser informadas oportunamente.
- Reevaluar el sistema de programación de citas por teléfono, el cual a opinión de las gestantes y otros pacientes, funciona de manera deficiente.
- Revalorar el rol de las obstetras como agentes comunicacionales claves para la mejora de la salud materna en tanto son las profesionales de la salud que se encuentran en mayor contacto con las gestantes y madres.

Para las obstetras del C.S “Siete Cuartones”:

- Reconocer de dónde provienen las actitudes identificadas por las gestantes como inadecuadas por parte de las obstetras, y discutir las para cuestionar su validez y permanencia en su trabajo cotidiano.
- Diseñar estrategias y protocolos propios del servicio de obstetricia que consideren al embarazo no como una enfermedad, si no como un proceso femenino que requiere la participación activa de la gestante, en el cual se valoren sus iniciativas e ideas.
- Identificar y desarrollar actividades que les permitan canalizar posibles emociones negativas que puedan mostrarse en el entorno laboral, de modo que las gestantes no reciban una impresión errónea que influya negativamente en su percepción de la calidad de atención.
- Establecer un mecanismo propio de evaluación de la calidad de atención que esté disponible para todas las gestantes, y del cual puedan identificar problemas y recoger propuestas.



REFERENCIAS

- Ackerson, L. K., & Viswanath, K. (2009). The Social Context of Interpersonal Communication and Health. *Journal Of Health Communication, 145-17*.
doi:10.1080/10810730902806836
- Adhar, A. S., & Gawde, N. (2015). Women's autonomy and utilization of antenatal and delivery services in a tribal block in maharashtra, india. *Journal Of Family Welfare, 61(2)*, 50-63.
- Ahmed, R. (2012). Capítulo 7: “Interpersonal Health Communication: An Ecological Perspective”. En *The Handbook of Global Health Communication*. West Sussex, UK:Wiley-Blackwell.
- Al Odhayani, A., & Khawaja, R. A. (2014). Patient's Satisfaction: Insight into Access to Service, Interpersonal Communication and Quality of Care Issues. *Middle East Journal Of Family Medicine, 12(8)*, 24-30.
- Ávila-Morales, JC. (2017). “La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional” *Iatreia. Abr-Jun;30(2):216-229*. DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.
- Baker, S. R., Choi, P. L., Henshaw, C. A., & Tree, J. (2005). ‘I Felt as though I'd been in Jail’: Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate Postpartum. *Feminism & Psychology, 15(3)*, 315-342.
doi:10.1177/0959-353505054718
- Bergman, A. A., & Connaughton, S. L. (2013). What Is Patient-Centered Care Really? Voices of Hispanic Prenatal Patients. *Health Communication, 28(8)*, 789-799.
doi:10.1080/10410236.2012.725124
- Bothelo, F. (2008) *La fenomenología de Maurice Merleau-Ponty y la*

investigación en comunicación. *Signo y pensamiento*. 52. Vol. XXVII. Enero-junio.

Recuperado de:

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/viewFile/4579/35>

49

Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi y Salud Sin Límites Perú. (2009).

Cerrando brechas, aproximando culturas: un modelo de atención materno-perinatal.

Recuperado de: http://www.calandria.org.pe/rec_descarga.php?id_rec=271

Carreño, A. (1987). “El origen de los nombres de las calles del Cusco”. Cusco, Perú:

Municipalidad del Cusco.

Chávez P., Ramos, W., & Galarza, C. (2009) Nivel de satisfacción del usuario

en los consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Diciembre 2006. *Dermatol Perú* 2009;19(1): 22-31. Recuperado de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v19_n1/pdf/a04v19n1.pdf

Congreso de la República. (2011). Ficha de Seguimiento. Proyecto de Ley

01158/2011 - CR. Recuperado de:

<http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2011.nsf>

Congreso de la República. (2017). Proyecto de Ley N 2197/2017-CR. Proyecto

de ley que propone la ley de promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante y del recién nacido. 30 de noviembre de 2017.

Recuperado de:

http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_

[Resoluciones_Legislativas/PL0219720171130.pdf](http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0219720171130.pdf)

Consejo Universitario de la PUCP. (2009). Reglamento del Comité de Ética

para la investigación con seres humanos y animales de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú: PUCP. Recuperado de:

<http://textos.pucp.edu.pe/pdf/1250.pdf>

Craig, R. T. (1999), *Communication Theory as a Field*. *Communication Theory*, 9: 119–161.

doi:10.1111/j.1468-2885.1999.tb00355.x

Dirección General de Epidemiología (DGE) (2015). *Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura 2015*. Recuperado de:

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=634

Dirección General de Epidemiología (DGE) (2015). *Indicadores de Recursos, Acceso y Cobertura 2015*. Recuperado de:

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=634

Dirección Regional de Salud (DIRESA) Cusco. (s, f). *Organigrama*. Recuperado de: <http://www.diresacusco.gob.pe/varios/organigrama.pdf>

Dusek M. (2005). “*Determinación de las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud*”. Tesis para optar el Grado de Magíster en Comunicaciones. Lima, Perú:PUCP

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Recuperado de:

<https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Capítulo 13:

Interpersonal Communication in Health and Illness. En *Health behavior : theory, research, and practice*. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>

Gobierno Regional de Cusco (GORE Cusco). (2015). *Declaran de interés y*

prioridad regional la Salud Materno Neonatal Saludable y Segura. Ordenanza Regional N 094-2015-CR/GRC.CUSCO.

Howard, T., Jacobson, K. & Kripalani S. (2013). Doctor Talk: Physicians' Use of Clear Verbal Communication. En *Journal of Health Communication*, 18. Pp. 991-1001. doi: 10.1080/10810730.2012.757398.

Hutter, R. (2010) ¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto. Madrid, España: Turner Publicaciones.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2013). Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Recuperado de: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

KC, S., & Neupane, S. (2016). Women's Autonomy and Skilled Attendance During Pregnancy and Delivery in Nepal. *Maternal & Child Health Journal*, 20(6), 1222-1229. doi:10.1007/s10995-016-1923-2

Latinobarómetro (2015). Análisis de datos. Recuperado de: <http://www.latinobarometro.org/latOnline.jsp>

Lazo, O., Alcalde, J, & Espinosa, O. 2016. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú. Recuperado de: <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>

Leal-Costa, C., Tirado-González, S., van-der Hofstadt Román, C. J., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales De Psicología*, 32(1), 49-59. doi:10.6018/analesps.31.3.18470

- López, A., Silva, A., & Sarmiento, J.(2014). Autonomía femenina y factores asociados al uso de servicios maternos en Colombia (2010). *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 12(1), 325-337.
doi:10.11600/1692715x.12119081413
- Maciag, A. (2012) Assessment of effectiveness of the interpersonal communication on the doctor-patient level in Poland. En *International Journal of Healthcare Management*. 5(2):85-92. doi: 10.1179/2047971912Y.0000000008
- Mariño, A. (2014). Las relaciones de poder y la comunicación en las organizaciones: una fuente de cambio. *Ad-Minister*, (24), 119-141. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/adter/n24/n24a7.pdf>
- McEntee de Madero, E. (n.d). Comunicación oral para el liderazgo en el mundo moderno. México, D.F. : McGraw-Hill, 1996
- Melkote, S. (2012). Capítulo 30: “Toward Social Justice in Directed Social Change: Rethinking the role of Development Support Communication”. En *The Handbook of Global Health Communication*. West Sussex, UK:Wiley-Blackwell.
- Merleau-Ponty, M. (1993) *Fenomenología de la Percepción*. Barcelona, España: Planeta Agostini. Recuperado de: <https://filosinsentido.files.wordpress.com/2013/07/merleau-ponty-maurice-fenomenologia-de-la-percepcion.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSA). (1997). Ley N° 26842. Ley General de Salud. Recuperado de: <http://www.MINSA.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSA). (1997a). Conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición materno infantil Cusco.

Ministerio de Salud (MINSAs). (1998). Encuesta de salud y nutrición materno infantil Cusco. Recuperado de:

http://bvs.MINSAs.gob.pe/local/PSNB/32_encuestacusco.pdf

Ministerio de Salud (MINSAs). (2004). Guías nacionales de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf

Ministerio de Salud (MINSAs). (2007). Guías de práctica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Recuperado de:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

Ministerio de Salud (MINSAs). (2009). Documento técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Recuperado de:

<http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Presentacion/Documentos/P LANES/PlanNacioanalCalidadSalud.pdf>

Ministerio de Salud (MINSAs). (2011). Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”. Resolución Ministerial N 546-2011/MINSAs.

Ministerio de Salud (MINSAs). (2011b). Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Recuperado de:

<ftp://ftp2.MINSAs.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSAs.pdf>

Ministerio de Salud (MINSAs) (2011c). Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos: articulado nutricional y salud materno neonatal correspondientes a la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Recuperado de:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/DefinicionesOperacionalesPPR_13Abr10FINAL.pdf

Ministerio de Salud (MINSAs). (2015) Reglamento de la Ley N° 29414, ley que

establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Recuperado de: ftp://ftp2.MINSA.gob.pe/descargas/02cns/web/productos/Reglamento_Ley-29414.pdf

Núñez, G., Marquina, O., León, L. y M. Sánchez. (2017). Guía de investigación en Ciencias y Artes de la Comunicación. Lima, Perú: PUCP. Recuperado de: <http://cdn02.pucp.education/investigacion/2016/06/20230523/GUIA-DE-INVESTIGACION-COMUNICACIONES.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). Salud en Sudamérica: panorama de la situación de salud, y de las políticas y sistemas de salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf)

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). Salud en Sudamérica: panorama de la situación de salud, y de las políticas y sistemas de salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf)

Red de Servicios de Salud Cusco Norte. 2016. Cartera de Servicios de Salud por Centros de Salud. Recuperado de: <http://www.redcusconorte.gob.pe/index.php/atencion-integral/normas-tecnicas-en-salud/servicios-de-salud/normas-tecnicas-en-salud/servicios-de-salud/cartera-de-servicios/i-318-pdf/download>

Rizo, M. (2006) “La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica”. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/analisi/02112175n33/02112175n33p45.pdf>

Rizo, M. (2008). “Comunicología y Comunicación Interpersonal: Reflexiones Sobre un Objeto Olvidado en el Campo Académico de la Comunicación”.

- Rodríguez, A. (2006). “Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud”. Recuperado de:
<https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/191/124>
- Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, N°1. Recuperado de:
<http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>
- Roeder, E. (2000). Comunicación y Salud Materna en el Perú.
- Rosen, H. E., Lynam, P. F., Carr, C., Reis, V., Ricca, J., Bazant, E. S., & ... (2015) Quality of Maternal and Newborn Care Study Group of the Maternal and Child Health Integrated, P. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 151-11. doi:10.1186/s12884-015-0728-4
- Sabido, O. (2016). Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción. *Debate Feminista*, 51(1/2), 63-80. doi:10.1016/j.df.2016.04.002
- Schiavo, R. (2013). *Health communication : from theory to practice*. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>
- Seguro Integral de Salud (SIS). (s/f). Preguntas frecuentes: SIS Gratuito. Recuperado de:
<http://www.sis.gob.pe/asegurados/tipos-de-seguro/faq-sis-gratuito-2.pdf>
- Seguro Integral de Salud (SIS). (2017). Boletín estadístico del Seguro Integral de Salud, 2016. Recuperado de:
http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2016_01_AL_12.pdf
- Sogi, C., Zavala, S., Cárdenas, M., & Delgado, A. (2012). Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010. *Anales De La Facultad De Medicina*, Vol 73, Iss 1, Pp 19-26 (2012), (1), 19.

Vedam, S., Stoll, K., Martin, K., Rubashkin, N., Partridge, S., Thordarson, D., & ... null, n. (2017). The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale:

Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *Plos ONE*, 12(2), 1-17.

doi:10.1371/journal.pone.0171804

Velásquez, J., Solis, L., Vigo, W., Rosas, A., Giusti, P., Alfaro, P., & Cabrera, H. (2014).

Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012. Recuperado de:

<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/41/1955>

Waisbord, S. & Obregon, R. (2012). Capítulo 31: "Conclusions: Why

Communication matters in Global Health". En *The Handbook of Global Health Communication*. West Sussex, UK:Wiley-Blackwell.

Waisbord, S. & Obregon, R. (2012a). Capítulo 1: "Theoretical Divides and

Convergence in Global Health Communication". En *The Handbook of Global Health Communication*. West Sussex, UK:Wiley-Blackwell.

White Ribbon Alliance (2013). Sitio web. Recuperado de:

<http://whiteribbonalliance.org/>

Windau, T. (2013) *A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care*.

Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

World Health Organization (WHO) (1993). *Doctor-Patient Interaction and*

Communication. Ginebra, Suiza: División De Salud Mental. Recuperado de:

<http://www.who.int/iris/handle/10665/60263>

ANEXOS

1. Discurso para captar gestantes

“Buenos días, quisiera saber si tiene un momento para hablar con usted.

Mi nombre es Adriana Navarro, soy cusqueña y estudio en la PUCP (Universidad Católica) de Lima. Estoy haciendo una investigación para presentar mi tesis, y esta se trata sobre cómo las gestantes y las obstetras se comunican en los controles prenatales en estos meses. Estoy buscando mujeres que asistan a este Centro de Salud para poder entrar con ellas al control prenatal a hacer una observación ahí, y luego coordinar una fecha para poder hacerles una entrevista. Quisiera saber si estás interesada en poder ayudarme. Yo estoy a tu disposición para pactar la fecha y hora de ambas actividades”.

**Si accede se le brinda el consentimiento informado, se resuelven las dudas sobre el mismo, y se recibe la hoja firmada. Luego de esto, se recogen sus datos personales (nombre completo, número de contacto y/o dirección).*

**Si no desea participar en la investigación se le agradece por su tiempo.*

2. Documento de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GESTANTES PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS DE LICENCIATURA

La presente investigación se encuentra a cargo de la Srta. Adriana María Navarro Rojas, identificada con DNI 73019728, de la carrera de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Lima). **La meta de este estudio es determinar el impacto que genera en las gestantes la comunicación interpersonal con las obstetras durante los controles prenatales en el Centro de Salud de Siete Cuartones entre enero y febrero del 2018.**

Si usted desea participar en este estudio, se le pedirá lo siguiente:

1. **Permitir a la investigadora asistir a uno de sus controles prenatales** entre los meses de enero y febrero del 2018. En esta, ella tomará apuntes y evitará interrumpir la dinámica de la cita.
2. **Responder a una entrevista**, la cual podría tomar entre 45 minutos y 1 hora, en cualquier día posterior al control prenatal (máximo 7 días después). El lugar, fecha y hora serán pactadas entre usted y la investigadora, siempre **teniendo como prioridad su comodidad y disponibilidad.**

Su participación ES VOLUNTARIA. La información que se recoja es estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

La recolección de los datos durante el control prenatal, así como la entrevista, serán identificadas con su nombre y apellido, así como la fecha y lugar en el que se realicen. **Si usted no desea que se le identifique con su nombre real, se podrá utilizar un código numérico o un nombre alternativo.** De brindar información bajo su nombre real, esta será únicamente de manejo de la investigadora, y en el informe final me referiré a usted con un código o un nombre alternativo.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes para resolverla. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio, sin que esto signifique un perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la investigadora y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este documento, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental, raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con Adriana Navarro, al correo adriana.navarro@pucp.pe, o al teléfono 966458795.

Nombre completo de la participante

Firma

Fecha

Nombre completo de la investigadora responsable

Firma

Fecha

3. Autorización de registro fotográfico

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO

Por el presente documento, yo _____, con DNI _____, AUTORIZO la toma de fotografías durante mi participación en la investigación para la tesis de licenciatura de la Srta. Adriana María Navarro Rojas, con DNI 73019728, estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Lima). Soy consciente que estas imágenes serán únicamente para uso académico y que, si fueran utilizadas para otro fin posterior, seré debidamente informada sobre el mismo para confirmar o rechazar el uso de mis fotografías en esa posible petición.

Cusco, _____ de _____ del _____.

Firma

4. Guía de observación de controles prenatales.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CONTROLES PRENATALES

Fecha:		Hora:		
A. Datos de la gestante:				
Nombre:				
B. Inicio de la consulta:	Forma en la que saluda la obstetra	Forma en la que saluda la gestante	Forma en la que la obstetra inicia la consulta	
C. Toma de decisiones:	La gestante hace preguntas sobre	La gestante hace preguntas sobre	La gestante narra con seguridad sus acciones	La gestante expresa abiertamente sus

	procedimientos médicos	su estado de salud		opiniones a la obstetra
D. Autonomía femenina:	La gestante asiste sola al control prenatal	La gestante va acompañada al control prenatal	Interacción entre gestante y obstetra	Interacción entre acompañante y obstetra
	Interacción entre gestante y acompañante			
E. Habilidades de comunicación del profesional de salud:	Comunicación informativa			
	Gestante recibe información sobre su estado de salud	Gestante recibe información sobre autocuidado	Gestante recibe información sobre procesos médicos que existen para su etapa de embarazo y/o para el parto	Gestante es consultada por la obstetra sobre si la información brindada queda clara o si tienen dudas
	Escucha activa			
	Actitud de escucha activa de la obstetra al interactúa con la gestante		Actividades que realiza la obstetra mientras interactúa/habla con la gestante	
	Empatía			

	Obstetra expresa su comprensión sobre sentimientos/preocupaciones de la gestante	Obstetra reconforta a gestante si ella demuestra preocupación o tristeza	
	Respeto		
	Obstetra se dirige a la gestante con palabras respetuosas	Tipo de relación que se establece en la interacción (vertical/horizontal)	
	Asertividad o conducta socialmente habilidosa		
	Obstetra se comunica amable y claramente con la gestante	Obstetra utiliza un lenguaje amigable sin jergas médicas	Obstetra utiliza jergas médicas que explica a la gestante

5. Guía de entrevista a profundidad a gestantes.

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A GESTANTES

- Fecha:
- Lugar:
- Hora:

A. Datos de la gestante

- Nombre:
- Edad:
- Distrito de residencia:
- Teléfono:
- Dirección de contacto:
- Tiempo que le toma llegar al Centro de Salud (C.S):
- Medio de transporte que utiliza para llegar al C.S:

B. Sobre el embarazo

1. ¿Es tu primer embarazo? Si no, ¿cuántos hijos/as tienes?

2. ¿A qué edad tuviste tu primer hijo/a?
3. ¿Quién o quienes te han hablado y explicado desde que eras niña, adolescente o joven sobre el embarazo y el parto?
4. ¿Con quiénes conversas tus dudas sobre tu embarazo actual?

C. Sobre los controles prenatales

5. Si tienes más hijos/as, ¿has asistido a este centro de salud en tus anteriores embarazos?
6. ¿Con qué frecuencia vienes a los controles prenatales?
7. ¿Hay diferencia en la frecuencia en la que asistes a los controles prenatales en este embarazo respecto a los anteriores?

D. Toma de decisiones:

8. ¿Consideras que es importante decirle a la obstetra lo que piensas sobre tu embarazo?
¿Por qué?
9. ¿Quién consideras que sabe más sobre tu embarazo, ¿tú o la obstetra? ¿Por qué?
10. ¿Recuerdas alguna vez que quisiste decirle algo a la obstetra y no pudiste? ¿Qué fue y por qué no lo hiciste?
11. ¿Recuerdas alguna vez que le dijiste algo a la obstetra que iba en contra lo que ella te proponía? ¿Qué fue y por qué lo hiciste?
12. ¿Alguna vez te han indicado que iban a realizarte, o te han realizado, un procedimiento médico (cirugía, examen, análisis, etc.) sin preguntarte que pensabas al respecto?
13. ¿Qué tan importante crees que es que las mujeres embarazadas opinen sobre lo que sucederá durante su gestación y sobre el parto?
14. ¿Quiénes crees que toman las mejores decisiones sobre qué hacer durante la gestación y el parto, ¿las mujeres embarazadas o las obstetras?
15. Si una obstetra te propone hacer un procedimiento con el cual tú no estás de acuerdo, ¿qué harías?

E. Autonomía femenina:

16. ¿Por qué vienes a los controles prenatales?
17. ¿Prefieres venir a los controles sola o acompañada? ¿Por qué?
18. Si vienes acompañada, ¿quién te acompaña y por qué?

F. Habilidades de comunicación del profesional de salud:**Comunicación informativa:**

19. ¿Consideras que en los controles prenatales te dan datos importantes sobre tu estado de salud, del bebé, o del embarazo y parto en general? ¿Cómo cuáles?

Escucha activa:

20. ¿Cómo sientes que es la disposición/las ganas de las obstetras cuando les cuentas algo en el control prenatal?

Empatía

21. ¿Sientes que las obstetras entienden tus preocupaciones, pensamientos, emociones?
¿Por qué? ¿Cómo te lo demuestran?

Respeto

22. ¿Cómo sientes que te tratan las obstetras en el control prenatal?
23. ¿Cómo te hace sentir ese trato?

Autenticidad o congruencia:

24. ¿Cómo describirías la actitud de las obstetras cuando te atienden en el control prenatal?
(Sinceridad/falsedad)

25. ¿Sientes confianza como para decirle a la obstetra tus pensamientos? ¿Por qué?

Asertividad o conducta socialmente habilidosa:

26. ¿Crees que las obstetras se comunican contigo de forma amable?

G. Percepción sobre calidad de atención en salud:

27. ¿Cómo evaluarías la atención por parte de las obstetras que atienden en la consulta?

¿Qué nota le pondrías? ¿Qué debería cambiar para que les pongas 20?

28. ¿Cómo evaluarías la información o los datos que te dan las obstetras en la consulta?

¿Qué nota le pondrías? ¿Qué debería cambiar para que les pongas 20?

29. ¿Cómo evaluarías el trato en los controles prenatales? ¿Esto influye en que quieras

volver a tu siguiente cita? ¿Qué nota le pondrías? ¿Qué debería cambiar para que les

pongas 20?

H. Cierre:

30. ¿Sientes que mi presencia en el control prenatal cambió la forma en la que la obstetra

te trataba? Si es así, ¿qué cambió?

31. Momento abierto para que ella pueda comentar cualquier otra cosa extra que desee.

6. Codebook utilizado

Código	Descripción
Enfermera	Se refiere a las intervenciones que tiene la técnica en enfermería durante el control prenatal observado
G.Autonomía_Control de finanzas_Neg	Se refiere a las nulas o pocas posibilidades de la gestante para gestionar sus finanzas para su atención en salud
G.Autonomía_Control de finanzas_Pos	Se refiere a las posibilidades de la gestante para gestionar sus finanzas para su atención en salud
G.Autonomía_Libertad de movimiento_Neg	Se refiere a las pocas o nulas posibilidades de la gestante para desplazarse libremente
G.Autonomía_Libertad de movimiento_Pos	Se refiere a las posibilidades de la gestante para desplazarse libremente

G.Autonomía_Toma de decisiones_Acciones	Se refiere a las acciones que la gestante ha tomado como decisiones propias
G.Autonomía_Toma de decisiones_Decisiones compartidas	Se refiere a los momentos en los que se menciona a una tercera persona cercana a la gestante para tomar una decisión
G.Autonomía_Toma de decisiones_Neg	Se refiere a los momentos en los que la gestante reconoce haber sido impedida de tomar una decisión por si misma
G.Autonomía_Toma de decisiones_Opinión expresada	Se refiere a momentos en los cuales la gestante indica o no una opinión durante el control prenatal respecto a la toma de decisiones
G.Autonomía_Toma de decisiones_Ordenes sin cuestionar	Se refiere a los hechos o sucesos sobre los cuales la gestante no es consultada ni puede influir en la decisión tomada
G.Autonomía_Toma de decisiones_Pos	Se refiere a los momentos en los cuales la gestante es consultada para la toma de decisiones, o lo hace autónomamente
G.Autonomía_Toma de decisiones_Preguntas hechas	Se refiere a las preguntas que hace la gestante durante el control prenatal
G.Autoreferencia_Cuerpo/Salud/Conocimiento	Se refiere a las afirmaciones que hace la gestante sobre los conocimientos que tiene, y sobre su cuerpo y estado de salud
G.Calidad de Atención_Emocionalmente_Neg	Se refiere a la percepción negativa o demostración de afectación negativa de la gestante sobre la calidad de atención recibida de la obstetra en términos emocionales

G.Calidad de Atención_Emocionalmente_Neg_Conformismo	Se refiere a los discursos sobre conformismo y aceptación que debe tener la gestante sobre la calidad de atención negativa en centros de salud públicos
G.Calidad de Atención_Emocionalmente_Pos	Se refiere a la percepción positiva de la gestante sobre la calidad de atención recibida de la obstetra en términos emocionales
G.Calidad de Atención_Médicamente_Neg	Se refiere a la percepción negativa de la gestante sobre la calidad de atención recibida de la obstetra en términos médicos
G.Calidad de Atención_Médicamente_Pos	Se refiere a la percepción positiva de la gestante sobre la calidad de atención recibida de la obstetra en términos médicos
G.Datos Generales_Edad primer hijo/a	Se refiere a la edad que tuvo la entrevistada cuando tuvo a su primer hijo/a
G.Datos Generales_Embarazo #	Se refiere al número de embarazo actual de la gestante
G.Datos Generales_Residencia	Se refiere al distrito o lugar donde vive la gestante
G.Datos Generales_Tiempo y medio de transporte	Se refiere al tiempo y medio de transporte que usa la gestante para llegar al C.S
G.Experiencias pasadas_Externo	Se refiere a las experiencias de la gestante antes de enero/febrero 2018 en el C.S Siete Cuartones o durante este periodo, pero en un establecimiento de salud externo

G.Experiencias pasadas_Siete Cuartones_Neg	Se refiere a las experiencias negativas de la gestante antes de enero/febrero 2018 en el C.S Siete Cuartones o durante este periodo, pero en otro servicio
G.Experiencias pasadas_Siete Cuartones_Pos	Se refiere a las experiencias positivas de la gestante antes de enero/febrero 2018 en el C.S Siete Cuartones o durante este periodo, pero en otro servicio
G.Fuentes de información_Escuela	Se refiere a la información sobre el embarazo o el parto recibida por la gestante en un entorno educativo
G.Fuentes de información_Familia/Amigos	Se refiere a la información sobre el embarazo o el parto recibida por la gestante de familia y/o amigos
G.Fuentes de información_Internet	Se refiere a la información a la que accede la gestante sobre el embarazo o el parto a través de internet
G.Sugerencia	Se refiere a las sugerencias que la gestante hace para la mejora de la atención en el Centro de Salud
O.HCPS_Asertividad_Neg	Se refiere al conjunto de conductas emitidas por la obstetra durante el control prenatal que expresa inadecuadamente sentimientos, actitudes, deseos y opiniones, con poco o nulo respeto hacia la gestante
O.HCPS_Asertividad_Neg_Discurso de miedo	Se refiere al conjunto de conductas emitidas por la obstetra durante el control prenatal que expresa inadecuadamente sentimientos, actitudes, deseos y opiniones, con poco o nulo respeto y cuidado hacia la gestante acerca de situaciones de riesgo que producen temor

O.HCPS_Asertividad_Pos	Se refiere al conjunto de conductas emitidas por la obstetra durante el control prenatal que expresa sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de un modo adecuado a la situación, respetando a los demás, y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación.
O.HCPS_Autenticidad_Hecho presenciado	Se refiere a una actitud específica observada durante el control prenatal que es incongruente con experiencias pasadas de la gestante con la misma profesional.
O.HCPS_Autenticidad_PercepciónG	Se refiere a la incongruencia percibida por la gestante respecto a la actitud de la obstetra entre el control prenatal con presencia de la investigadora y las experiencias pasadas con la misma profesional
O.HCPS_Comunicación informativa_Autocuidado	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante sobre autocuidado
O.HCPS_Comunicación informativa_Clínica_Economía	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante sobre las condiciones económicas que se dan en las clínicas o centros de salud privados
O.HCPS_Comunicación informativa_Clínica_Proceso	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante sobre los procesos que se siguen en las clínicas o centros de salud privados
O.HCPS_Comunicación informativa_Confusa	Se refiere a la información brindada por la obstetra que a percepción de la gestante es poco precisa o confusa
O.HCPS_Comunicación informativa_Embarazo	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante sobre los procesos o acciones relacionados al embarazo

O.HCPS_Comunicación informativa_Estado de salud	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante sobre su estado de salud
O.HCPS_Comunicación informativa_Jerga Médica	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante con términos técnicos médicos o con cifras que no son explicadas para conocer su significado y relevancia.
O.HCPS_Comunicación informativa_Parto	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante sobre procesos o acciones relacionadas al parto
O.HCPS_Comunicación informativa_Retroalimentación	Se refiere a las consultas (esfuerzo) que hace la obstetra para asegurarse que la paciente ha entendido la información brindada
O.HCPS_Comunicación informativa_SIS	Se refiere a la información que brinda la obstetra a la gestante sobre cómo funciona el SIS
O.HCPS_Empatía_Neg	Se refiere a la poca o nula disposición de la obstetra para captar el marco de referencia interior de la gestante, sus sentimientos y significados de lo que dice, y/o su poca o nula habilidad para comunicar verbal o no verbalmente lo comprendido
O.HCPS_Empatía_Pos	Se refiere a la disposición de la obstetra para captar el marco de referencia interior de la gestante, sus sentimientos y significados de lo que dice, y su habilidad para comunicar verbal o no verbalmente lo comprendido
O.HCPS_Escucha Activa_Neg	Se refiere a la poca o nula disposición física y mental de la obstetra de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que la gestante emite, demostrando poco esfuerzo para interpretar

	el significado correcto del mismo, y/o sin indicarle a la gestante a través de la retroalimentación lo que cree que está entendiendo de ese mensaje
O.HCPS_Escucha Activa_Neg_Interrogatori o	Se refiere a la cantidad, tono e intención de las preguntas que realiza la obstetra a la gestante para recoger datos sobre su estado de salud u otros procesos médicos
O.HCPS_Escucha Activa_Pos	Se refiere a la disposición física y mental de la obstetra de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que la gestante emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, e indicándole a través de la retroalimentación lo que cree que está entendiendo de ese mensaje
O.HCPS_Respeto_Neg	Se refiere la poca o nula capacidad de la obstetra de recibir, aceptar y comprender lo que la gestante transmite en la relación, con ausencia de juicio moralizante. Con nula o poca capacidad de respetar sus necesidades, su autonomía y su derecho a expresarse libremente.
O.HCPS_Respeto_Neg_D iminutivo	Se refiere la poca o nula capacidad de la obstetra de recibir, aceptar y comprender lo que la gestante transmite en la relación, con ausencia de juicio moralizante. Con nula o poca capacidad de respetar sus necesidades, su autonomía y su derecho a expresarse libremente, como por ejemplo a través del uso de diminutivos para referirse a la gestante.
O.HCPS_Respeto_Pos	Se refiere a recibir, aceptar y comprender lo que el paciente transmite en la relación, con ausencia de juicio moralizante.

	Respetando sus necesidades, su autonomía y su derecho a expresarse libremente.
O.Opinión personal	Se refiere a los momentos en los que la obstetra explicita que está dando un consejo u opinión personal a la gestante
O.Referencia_Cuerpo/Salud_Responsabilización/Culpabilización	Se refiere a las afirmaciones que hace la obstetra sobre el cuerpo y la salud de la gestante, así como la responsabilidad que tiene esta y la culpa inherente a acciones “no adecuadas” que haya realizado la gestante o que pueda realizar
O.Referencia_Edad	Se refiere a los momentos en los cuales la obstetra hace referencia a la edad de la gestante y sus implicaciones de salud por ello

