



ORIGINALES

Relaciones jerárquicas entre madre, familia y Servicios de Salud en el contexto del control prenatal

Hierarchical relationships between mother, family, and Health Services in the context of prenatal care

Claudia Patricia Ramos Lafont^{1, 2,*}

Dora María Hernández Holguín³

Isabel Cristina Posada Zapata³

Santiago Henao Villegas⁴

¹ Escuela de graduados Universidad CES Medellín Colombia. Facultad Ciencias de la Salud Universidad de Córdoba Montería Colombia. ORCID: 0000-0002-9310-1091.

³ Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia Medellín Colombia. ORCID: 0000-0002-1050-6625.

⁴ Grupo BIOGEN Universidad Nacional de Colombia. ORCID: 0000-0003-0519-7001

*Correspondence Email: cpramos@correo.unicordoba.edu.co

<https://doi.org/10.6018/eglobal.638851>

elocation-id: e638851

Received: 23/11/2024

Accepted: 13/07/2025

RESUMEN:

Objetivo: Describir las interacciones que tienen las mujeres gestantes con sus familias y el programa de control prenatal para la construcción de significados sobre salud materna.

Método: Estudio cualitativo, el método utilizado fue la teoría fundamentada. Se realizaron entrevistas a profundidad; el análisis de la información se hizo por medio del método comparativo constante. Los códigos sustantivos fueron consignados en un libro de Excel® (codificación abierta), posteriormente fueron ensamblados de manera explicativa aplicando el modelo paradigmático, estableciendo así las relaciones entre categorías y subcategorías (codificación axial). Finalmente, se hizo el refinamiento de las categorías y subcategorías encontradas, integrando los datos e identificando la categoría central (codificación selectiva).

Resultados: Emergió una categoría central: *cuidado de la salud materna caracterizado por relaciones jerárquicas entre la madre, la familia y los servicios de salud* y tres categorías interpretativas aportantes a la categoría central.

Conclusiones: Las interacciones con la atención prenatal y la construcción de significados de las gestantes y sus familias sobre la salud materna en el contexto de las relaciones surgidas en la prestación de los servicios de salud están definidas por el rol asumido por la gestante como receptora de información y cumplidora de ordenes emanadas por estos. Las gestantes y sus familias en su interacción con los prestadores del servicio de salud (control prenatal) no tienen la oportunidad de expresar sus opiniones acerca del cuidado de la salud durante el embarazo.

Palabras Clave: Salud Materna; Mujeres Embarazadas; Atención Prenatal; Relaciones Comunidad-Institución.

ABSTRACT:

Objective: Describe the interactions that pregnant women have with their families and the prenatal care program to construct meanings about maternal health.

Method: Qualitative study, the method used was grounded theory. In-depth interviews were conducted; the information was analyzed using the constant comparative method. The substantive codes were recorded in an Excel® workbook (open coding) and were then assembled in an explanatory manner by applying the paradigmatic model, thus establishing the relationships between categories and subcategories (axial coding). Finally, the categories and subcategories found were refined, integrating the data, and identifying the central category (selective coding).

Results: A central category emerged: maternal health care characterized by hierarchical relationships between the mother, the family and health services and three interpretive categories contributing to the central category.

Conclusions: Interactions with prenatal care and the construction of meanings by pregnant women and their families about maternal health in the context of the relationships arising from the provision of health services are defined by the role assumed by the pregnant woman as a receiver of information and a follower of orders issued by them. Pregnant women and their families in their interaction with health service providers (prenatal care) do not have the opportunity to express their opinions about health care during pregnancy.

Key words: Maternal Health; Pregnant Women; Prenatal Care; Community-Institution Relations.

INTRODUCCIÓN

La maternidad a lo largo de la historia de la humanidad ha sido inherente a la mujer y a su feminidad, ha sido establecida como una marca a la cual se inclinan las mujeres, siendo además lo que socialmente se espera de ellas. A través de la historia la maternidad pasó de ser el eje primordial para la sociedad a quedar en una posición de subordinación de las mujeres con relación a los hombres, lo cual se vio enmarcado en la sociedad patriarcal, y se ha mantenido, incluso en la actualidad ⁽¹⁾.

El embarazo, la maternidad y el nacimiento significan un cambio importante en diferentes aspectos de la vida de la mujer y de su familia. Para garantizar que estos sean saludables y placenteros, es fundamental que la mujer y su familia adquieran conocimientos, destrezas y habilidades que les ayuden a enfrentar los diferentes cambios físicos, emocionales y de sus modos de vida. Este proceso ha sido llevado culturalmente dentro de la familia, las mujeres han aprendido de la experiencia de sus madres y otras mujeres embarazadas, la forma de cuidar la gestación ^(2,3). Cada cultura define y tipifica los cuidados del embarazo según su visión particular de la vida; los cuales son transmitidos y perpetuados en el tiempo.

Diversos estudios han encontrado conductas culturales que develan prácticas de cuidado durante la gestación, con las cuales, por ejemplo, la futura madre se abstiene de consumir alimentos prohibidos por su cultura, así como evita realizar algunas labores del hogar que podrían interferir en el adecuado desarrollo del embarazo y el parto. A partir de estos cuidados culturales, el sistema de salud y los profesionales deben desarrollar habilidades y competencias interculturales que les permitan reconocer, armonizar y negociar las particularidades de cada grupo social ⁽⁴⁾.

Por otra parte, la atención prenatal es primordial para asegurar el progreso del embarazo, de manera que permita un parto saludable sin impacto negativo en la salud materna, y abarque el abordaje de aspectos psicosociales, así como actividades

educativas y preventivas ⁽³⁾. La eficacia de la atención en salud durante el embarazo, parto y posparto es un reto global, puesto que debe haber un seguimiento apropiado durante este período para lograr una atención integral a la mujer embarazada ⁽⁵⁾.

En este sentido, propuestas como el modelo de parto humanizado buscan combatir las fallas en la atención prenatal y mejorar la experiencia de la maternidad, dentro de las cuales se encuentran las relaciones patriarcales y jerárquicas constituidas por tradición entre los profesionales de la salud y la mujer embarazada ⁽⁶⁾. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cuidado materno debe ser una experiencia positiva donde se mantenga la normalidad física y sociocultural de la mujer, y que le proporcione un embarazo saludable en beneficio de la madre y del recién nacido ⁽⁷⁾.

En este marco la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que los contextos sociales, económicos, demográficos y culturales influyen en el cuidado prenatal, por lo que la atención en salud debe articular los procesos de atención para avanzar hacia un entendimiento integral del cuidado prenatal situado en el contexto de la gestante ⁽⁸⁾. Por su parte, el cuidado humanizado es entendido como aquel que busca reconocer a la embarazada como eje de la atención prenatal y protagonista del proceso, manteniendo un diálogo permanente y vínculos entre la gestante, la familia y el sistema de salud, que brinden la posibilidad de incorporar la diversidad cultural en la construcción del cuidado prenatal, reivindicando el saber ancestral y facilitar la participación de la mujer en la atención y cuidado de su propia salud.

A su vez, el control prenatal es concebido como un conjunto de actividades realizadas a la gestante. Estas, implican una cantidad estipulada de consultas médicas y con otros profesionales de la salud recibidas por la embarazada en una institución de salud, con el propósito de vigilar el avance del embarazo, detectar precozmente los riesgos, prevenir las posibles complicaciones y preparar a la mujer para el parto y la crianza de su hijo ⁽⁹⁾.

Acorde con esto, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a través de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMP) busca contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral, incluida la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud ⁽¹⁰⁾. Esta ruta está orientada al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las mujeres gestantes y mujeres en puerperio, de las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos; con el fin de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva, la determinación de estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud y al desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud en la mujer, la madre y el hijo por nacer ⁽¹⁰⁾.

En este marco, la participación de las mujeres y sus familias en las actividades de cuidado prenatal suscita el vínculo con los profesionales de la salud, facilitando el intercambio de experiencias, la promoción del autocuidado, el intercambio de información, la construcción colectiva del conocimiento y la armonía entre el conocimiento científico y el popular ^(11, 12). En este sentido resulta relevante conocer el tipo de interacción establecida entre la mujer embarazada y su familia con los servicios de salud (control prenatal); puesto que de esta va a depender de gran

medida el éxito del cuidado prenatal. La interacción establecida puede funcionar como un instrumento fundamental para crear un cuidado compartido, facilitando, a través la identificación y la cooperación mutua, el progreso en el proceso de gestación y la mejora de las condiciones de vida de las gestantes y de su hijo por nacer, extendiendo el cuidado prenatal más allá de la transmisión de instrucciones y conocimientos por parte del personal de salud hacia el empoderamiento y la autonomía de la mujer en la toma de decisiones sobre la salud materna. El presente estudio buscó describir las interacciones que las mujeres embarazadas tienen con sus familias y el programa de control prenatal para la construcción de significados sobre la salud materna.

MÉTODO

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, el método utilizado para el análisis de la información fue el de la teoría fundamentada desde la perspectiva straussiana. La teoría fundamentada tiene como fundamento para el análisis de los datos el método comparativo constante por el cual el investigador codifica y analiza los datos simultáneamente, desarrollando de manera progresiva ideas teóricas surgidas y relacionadas con los datos ⁽¹³⁾.

La investigación se realizó en la ciudad de Montería en el año 2022; para la toma de información se usó como estrategia la realización de entrevistas semiestructuradas a mujeres gestantes y algunos integrantes de sus familias, parejas afectivas y madres, con el fin de describir las interacciones que tienen las mujeres gestantes y sus familias con el programa de control prenatal para la construcción de significados sobre la salud materna. Los posibles participantes fueron contactados en las diferentes sedes de la Empresa Social del Estado (E.S.E) de la ciudad de Montería, a los cuales se le hizo la invitación a participar en el estudio. Posterior a la aceptación, de acuerdo con la disponibilidad de tiempo y por elección de los participantes se programó la entrevista en el domicilio de cada uno de ellos.

Para la selección de las participantes se utilizó inicialmente un muestreo por bola de nieve o avalancha, avanzando hasta un muestreo teórico. Como criterios de participación se determinó que fueran mujeres gestantes mayores de edad, en cualquier edad gestacional, afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de todos los estratos socioeconómicos (alto, medio, bajo), que asistieran al programa de control prenatal de una E.S.E de la ciudad de Montería, así como familiares de estas mujeres gestantes, entre los que podían estar el cónyuge, madre, padre y/o cuidador u otras personas que hicieran parte de su círculo familiar, que convivieran e interactuaran con ellas para su cuidado.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, previa interacción con los participantes en las diferentes sedes de la E.S.E y posterior citación en su domicilio, con el propósito de confeccionar paso a paso y cuidadosamente la experiencia y la construcción de significados sobre salud materna a partir de las interacciones con el control prenatal. La entrevistadora fue una enfermera-profesora con maestría en enfermería y estudiante de doctorado en Salud Pública. En total fueron entrevistados 16 participantes con los cuales se alcanzó la saturación de la información, que dio lugar a la presentación de las categorías presentadas en este artículo en este artículo (8 mujeres gestantes y sus familiares). Las entrevistas fueron grabadas previa

autorización y posteriormente fueron transcritas fielmente para analizar los datos, los cuales se confrontaron con los informantes y con las notas de campo de la investigadora. Las entrevistas duraron en promedio 60 minutos.

Una vez transcritas las entrevistas se inició el proceso de análisis de los datos con la metodología de la TF desde la perspectiva straussiana. En la primera etapa de análisis las transcripciones de las entrevistas fueron analizadas línea por línea, identificando los códigos sustantivos o interpretativos, los cuales fueron consignados en un libro de Excel® (codificación abierta). La codificación abierta no se condicionó solo a establecer etiquetas, sino que se desarrolló también una codificación interpretativa, de tal forma que a cada fragmento de los relatos surgidos en el microanálisis se le asignó un código interpretativo que contribuyó a evitar que en dicha fragmentación se perdiera el sentido de lo expresado por el participante, manteniendo siempre la unión entre el código y el fragmento que lo originó. De esta etapa surgieron 1195 códigos interpretativos. Como resultado del análisis de la primera codificación se identificaron agrupaciones de las interpretaciones originando las primeras categorías denominadas en este modelo como descriptivas (Figura 1).

Posteriormente, en la segunda etapa los códigos fueron ensamblados de manera explicativa de acuerdo con el objetivo de la investigación aplicando el modelo paradigmático, estableciendo así las relaciones entre categorías y subcategorías (codificación axial). En esta codificación se pasó de la descripción de los datos a una organización conceptual de los mismos, reflejando las relaciones existentes entre el contenido y la estructura de cada categoría. En la codificación axial se pudieron establecer los grupos de relaciones que contenían en sí mismos los códigos obtenidos en el proceso interpretativo. Estas relaciones agrupadas dieron origen a las categorías analíticas (Figura 1).

El último paso del análisis fue el refinamiento de las categorías y subcategorías encontradas, integrando los datos e identificando la categoría central (codificación selectiva). En esta etapa se precisaron las afirmaciones, dimensiones y propiedades de las categorías surgidas en forma de hipótesis que indican la construcción previa de la realidad, al igual que durante las entrevistas entre los participantes y la investigadora, dando lugar a las categorías interpretativas (Figura 1). Estas últimas categorías tienen la capacidad de explicar y comprender la realidad de las interacciones de las gestantes y sus familias con el control prenatal.

Figura 1: Análisis de datos.



Fuente: Elaboración propia

Las entrevistas fueron realizadas posterior a la firma del consentimiento informado, la identidad de los participantes fue protegida, mediante la utilización de códigos para el registro de la información. La transcripción de las entrevistas no tuvo datos personales

ni privados de los participantes y fue realizada por un transcriptor experto y posteriormente verificada por el equipo investigador. Los investigadores y los participantes no tenían ningún tipo de relación antes de la ejecución de la investigación, por lo que no hubo conflicto de intereses.

RESULTADOS

Las edades de las participantes embarazadas estuvieron comprendidas entre los 18 y los 43 años y la de los familiares entre los 30 y los 63 años. Las gestantes, así como las familiares cuidadoras en su mayoría son amas de casa (Tabla 1).

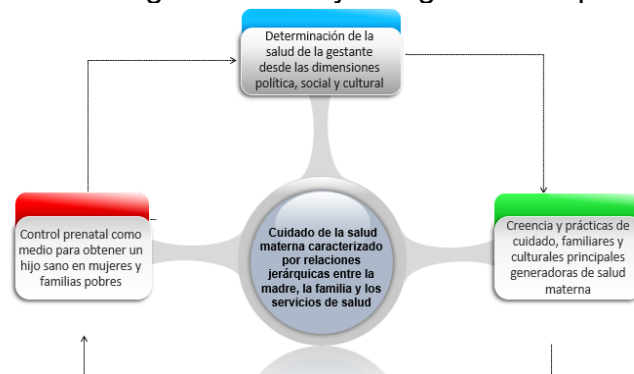
Tabla 1. Datos demográficos de los participantes.

Número	Edad	Tipo de participante	Ocupación
1	23	Mujer gestante	Estudiante
2	43	Mujer gestante	Ama de casa
3	27	Mujer gestante	Ama de casa
4	18	Mujer gestante	Estudiante
5	40	Mujer gestante	Ama de casa
6	36	Mujer gestante	Ama de casa
7	25	Mujer gestante	Ama de casa
8	28	Mujer gestante	Ama de casa
9	30	Familiar (cónyuge)	Empleado
10	46	Familiar (cónyuge)	Trabajador independiente
11	62	Familiar (madre)	Ama de casa
12	42	Familiar (cuñada)	Ama de casa
13	52	Familiar (hermana)	Madre comunitaria
14	63	Familiar (madre)	Ama de casa
15	33	Familiar (hermana)	Ama de casa
16	38	Familiar (cuñada)	Ama de casa

Fuente: entrevistas.

En el proceso de análisis surgió una categoría central denominada *“cuidado de la salud materna caracterizado por relaciones jerárquicas entre la madre, la familia y los servicios de salud”*; igualmente, fueron identificadas tres categorías aportantes a la categoría central: *“determinación de la salud de la gestante desde las dimensiones política, social y cultural”*, *“el control prenatal como medio para obtener un hijo sano en”*, *“creencia y prácticas de cuidado, familiares y culturales como principales generadoras de salud materna”* (Figura 2).

Figura 2: Categoría central y categorías interpretativas.



Fuente: análisis de datos.

Para las mujeres y familias participantes, el programa de control prenatal es identificado como un servicio de utilidad e importancia para las mujeres embarazadas de estratos socioeconómicos bajos que no tienen la oportunidad de acceder a servicios de salud especializados y de manera particular. En el control prenatal los participantes reconocen la prestación de servicios de salud para las gestantes como las consultas médicas, exámenes de laboratorio y reciben recomendaciones necesarias para conservar su salud y la de su hijo por nacer.

Bueno, sinceramente, ha sido lo mejor que ha podido, creo que eso viene de parte del gobierno ¿no? Que ha estipulado el gobierno para mamás primerizas, para mamás de estrato 1-2 (EF1C80).

“Vuelvo y digo el tema económico, hay personas que no tienen los recursos para irse a contratar un doctor particular que pague tanto dinero” (EF1C87).

“Siempre estoy pendiente de cumplir las citas, porque es un proceso que no solamente yo lo necesito sino el bebé también” (EG1C81)

“Me han mandado a hacer exámenes, ecografía, y... también me mandaron cita odontológica, cita con psicología, cita con nutrición, y cita con ginecólogo” (EG3C81)

Bien, porque están muy pendientes, la llaman y ella también dio mi número y me llaman a recordar la cita, estoy pendiente en cuanto a eso, en caso tal que ella no conteste ahí está el mío y yo enseguida me comunico con ella (GFF97)

“Siempre estoy pendiente de cumplir las citas, porque es un proceso que no solamente yo lo necesito sino el bebé también, todos los exámenes que me mandan, los medicamentos que me mandan a tomar también” (EG1C80).

Así mismo, las embarazadas y sus familias reconocen como mayor beneficio recibido por parte del programa la obtención de un hijo sano. De tal manera, que es responsabilidad de la gestante asistir y cumplir con las indicaciones dadas en él.

“Pues para mí, yo diría que esa importancia de pronto en este momento no la estamos viendo durante el embarazo, pero al momento de que el niño nazca, que sea un niño sano, de que sea un niño con todos sus deditos, sus manitas, que sea un niño completamente sano” (EG1C53)

“Él siempre es muy ansioso, él siempre va con muchas ansias de que la doctora nos diga cómo está la bebé, su ansiedad va respecto al bebé, porque como papá siempre quiere que le digan que su hijo va bien, que todo va marchando bien” (EG1C76).

“Porque a través del control, este, sabemos cómo va nuestro bebé, ¿cómo se llama eso? De la, cuando le hacen... ay, para mirar cómo está el bebe. El Doppler, sabemos cómo está, qué vitaminas, qué calcio, cómo va evolucionando el bebé, los exámenes que nos mandan” (EG2C68)

Los resultados de la investigación develan que el cuidado de la salud materna está transversalizado por relaciones jerárquicas y distantes entre la madre, la familia y los servicios de salud. En esta relación la gestante toma el papel de destinataria de información y el compromiso de obedecer y cumplir a cabalidad con las órdenes y recomendaciones hechas desde los servicios de salud (control prenatal) y sus familias. En este sentido, es responsabilidad de la gestante acatar todas las indicaciones dadas por ellos.

“Pues hasta ahora mi control ha sido solo citas” (EG3C76).

“Estuve en el control tantas veces, me piden los exámenes, los revisan, me dicen todo salió bien, que si ven algo alterado me mandan cosas para arreglarlo, pero no me dicen nada más y yo hago lo que me dicen” (EG8C74).

“Me han mandado a hacer exámenes, ecografía, y... también me mandaron cita odontológica, cita con psicología, cita con nutrición, y cita con ginecólogo, todo lo que me mandan a hacer yo lo hago” (EG3C80)

“Estoy muy pendiente y hago todo lo que me dicen en el control. Estoy pendiente a los signos de alarma como me dicen en los controles, de por ejemplo si algún dolor que yo siento que no es normal, si alguna calentura o algo estoy muy pendiente de eso”, yo hago lo que me dicen. (EG1C42)

La embarazada no tiene una adecuada interacción con el personal responsable de la atención en salud dentro del programa de control prenatal, en consecuencia, ella no les expresa sus experiencias y percepciones relacionadas con su proceso de gestación. Esta relación distante entre la gestante y los servicios de salud no favorecen el diálogo de saberes que establece la política pública nacional.

“Pues sí, incluso la doctora de control me regañó la semana pasada, porque a mí se me pasó, se me pasó de decirle al ginecólogo mi problema del azúcar, porque pensé que él había visto los exámenes, como él me los pidió, ósea que él no los revisó y no me preguntó nada en la consulta” (EG465)

“Me atendió la doctora; la doctora me entregó ese poco de cosas que yo no entendía qué era, hasta los gestos, los nombres son diferentes. Ella no me explicó nada yo quede mal confundida” (EG5C21)

“Bueno, qué le digo, este sin necesidad de que ellos me pregunten yo misma de lisa les comento cómo me siento, ellos nunca me preguntan cómo me siento, me toca a mi decirles sin que me pregunten, pero tampoco me dicen nada”. (EG5C71)

“El médico dice una cosa que de pronto ya uno como que, es un shock con un médico a veces, en vez de darle ánimos a las personas, a las mujeres, a veces salen con groserías” (EF2C63)

Del mismo modo, la relación establecida por la gestante con su familia alrededor del cuidado de la salud materna se basa principalmente en el seguimiento por parte de ella de las recomendaciones dadas por su familia, lo que le garantiza una gestación adecuada y el nacimiento de un hijo sano. Así mismo la familia se encarga de

supervisar que la embarazada acuda y cumpla con las indicaciones hechas en cada uno de los controles prenatales.

“Ella solamente debe ir a las citas médicas y estar en la casa, y ella en su cuarto, ya, descansando, tomándose sus respectivas pastillas, es lo que hacemos, ese es el cuidado de nosotros y es lo que recomendamos y ella lo hace” (EF1C14).

“La preñada debe controlar la comida, hasta el momento no ha habido tanto exceso de comidas para ella poca grasa, eh, bajito de sal, eh, una frutita y poquito para que no suba de peso y ponerse obesa” (EF2C14).

“Y siempre mi mamá, mis hermanos me han dicho “está pendiente, mira que no se te hinchen mucho los pies”, que, porque eso no es normal que se te hinchen tan temprano, siempre estoy pendiente a esas cositas y ellos me dan esas recomendaciones, yo siempre estoy pendiente y hago lo que ellos me dicen” (EG1C43).

“Pues mi papá me cuida en el sentido que me dice que tengo que comer mucho quiere que pase comiendo a cada momento, pá que el nieto no le vaya a salir desnutrido. O sea, cuando llegan las 12, 12:30, yo como tengo la costumbre que siempre sirvo y me quedo de últimas, me dice ajá y la tuya, ¿no vas a comer? Siempre están pendientes a que yo coma” (EG3C35)

La familia de la gestante es la principal ordenadora y proveedora de cuidado a la futura madre y a su hijo. Es en la familia donde se sostiene la salud materna; esta apoya y supervisa a la embarazada en las prácticas de cuidado que deben aplicarse durante todo el proceso de gestación. La familia asume la responsabilidad de la alimentación de la madre, así como de brindarle el afecto y la protección necesarios, también se encarga de supervisar la asistencia a la cita de atención prenatal. Los cuidados y el apoyo de la familiar garantizan buen trato, buena interacción y buenas relaciones, así como un embarazo saludable.

“Pues creo que el acompañamiento de la familia, pienso que es muy importante porque durante el embarazo a veces nos sentimos como... como que no podemos hacer ciertas cosas, nos restringimos de hacer ciertas cosas, pero con ese apoyo de la familia ahí constante” (EG1C51).

“Y pues no, respecto a que mi familia me está ayudando pues sí, porque a pesar de que ya he tenido otros niños, con la bebé están súper contentos mi tía me cuida mucho, eh, mis hermanas, mi esposo, y la verdad es que he tenido mucho apoyo con ellos” (EG7C42).

“A nivel familiar también tengo el apoyo de mi esposo, yo vivo con mi esposo y mi hija, ahí mismo cerca viven mis hermanos mi demás familia está en Venezuela, pero están mis hermanos ahí que es un apoyo, sí me apoyan, están ahí pendientes” (EG5C38).

“Mi familia si me cuidan con el embarazo, sí, están pendientes de mí, si se me antoja algo me lo dan, que, si quiero esto, que qué quieres comer y están

pendientes de mi comida que sea una buena comida, mi esposo está muy pendiente de tener siempre mi comida” (EG4C47).

“Primero que todo no hacerla coger rabias, no pelear con ella, tratarla lo mejor para que ella se sienta bien en ese embarazo, y no sea un embarazo riesgoso.

Para que de pronto, como hay tantas, hoy en día a veces el maltrato de la mujer embarazada de pronto ella se impresiona, se le puede subir la presión, de pronto coge rabia y el bebé se le puede salir” (EF2C31)

En este sentido, las familias y las gestantes consideran a la alimentación como el cuidado de mayor importancia durante el embarazo y como factor determinante para la salud del hijo por nacer sin otorgarle la misma importancia como generadora de salud para la madre. Para los participantes el principal beneficio de la alimentación durante la gestación es conseguir un recién nacido saludable y con buen peso al nacer. Por su parte la embarazada tiene la responsabilidad de consumir los alimentos necesarios para tal fin.

“Pues principalmente estoy cuidándome mucho de la alimentación. Pues durante el embarazo he tenido que dejar varios alimentos que solía consumir mucho, como las azúcares, las gaseosas, los dulces, todo eso he tenido que dejarlo un poco, mermarlo, las grasas... porque necesito llevar una comida balanceada por el bien de la niña” (EG1C7).

“Pues para mí, yo diría que esa importancia de pronto en este momento no la estamos viendo durante el embarazo, pero al momento de que el niño nazca, que sea un niño sano, de que sea un niño con todos sus deditos, sus manitas, que sea un niño completamente sano” (EG1C53)

“Porque yo digo que, si yo me alimento, si yo tengo una buena alimentación mi bebé recibe del líquido amniótico, recibe una buena alimentación, si yo me alimento mal el bebé no se nutre bien, no puede ser un niño que no sea sano sino enfermito” (EG2C63)

“Y ese embarazo lo está haciendo ella hasta con hambre porque todo eso le provoca para la salud del bebé, para que no nazca desnutrido. Por eso siempre le digo a ella, Arcelys no dejes de comer, si le provoca algo cómaselo que eso es para el niño o la niña, eso lo va a recibir él” (EF3C55)

A su vez, la sociedad y la cultura también juegan un papel muy importante en el cuidado de la salud materna, estableciendo gran parte de las prácticas de cuidado realizadas por la embarazada y su familia en el embarazo. Las creencias familiares y las prácticas culturales de cuidado son reconocidas como vitales para lograr una adecuada gestación. Para los participantes la aplicación de estas prácticas garantiza que la madre transite por un embarazo sin complicaciones y que su hijo nazca sano y bien nutrido. Al ser la madre de la mujer embarazada la persona con más experiencia en la familia en el cuidado de del embarazo, es sobre ellas que recae la responsabilidad del cuidado de la salud materna. Los resultados revelan que estas dimensiones (social y cultural) que rodean a la mujer embarazada no interactúan con el contexto político encargado de garantizar la salud materna.

“Yo Le digo no te bañes muy de tarde, tan siquiera a las 2 de la tarde se puede bañar, de ahí pá delante no, el baño le hace daño porque coge frío, el baño tarde es malo por el frío” (EF3C13).

“Porque demora más tiempo para alumbrar, para tener el bebé, entonces para ese frío tiene ella que meterse en baños de soda, o utilizar agua de coco y le echa soda, con una cucharita, pa que bote más el frío. Tiene que hacerse baños, echarse agua tibia de aquí para abajo pero que nunca le de ese frío porque muchas no le prestan atención a uno, dicen que son cosas de viejos” (EF6C21).

Sí, su mamá, o sea mi suegra porque vivimos en casa de sus papás es la encargada de ese tema, ella se me ofreció automáticamente primero porque sabe cómo es el tema, le digo, ella fue mamá 3 veces y sabe cómo es la cosa con la barriga y lo que ella necesita” (EF1C36).

“Mi mamá me prepara las comidas y me cuida mucho me dice que hacer, toda mi familia me ha ayudado a llevar una vida sana durante el embarazo” (EG1C31).

“En el control no me dicen nada de eso que me dice mi familia, allá solo me mandan las pastillas y los exámenes que tengo que hacerme y las citas que tengo que sacar” (EG6C28)

“La doctora que me atiende nunca me ha preguntado sobre eso, ella no sabe cómo yo me cuida como me cuida mi mamá y mi suegra” (EG8C25)

DISCUSIÓN

En cuanto al objetivo del estudio los resultados reflejan las las interacciones que tienen las mujeres gestantes con sus familias y con el programa de control prenatal. Con respecto a la categoría central los relatos de los participantes describen el establecimiento de una relación jerárquica entre los servicios de salud y la mujer embarazada; estos resultados van en contravía de las recomendaciones internacionales y nacionales sobre la atención prenatal. La OMS afirma que la experiencia de la mujer embarazada con la prestación de los servicios de salud y el tipo de relación instaurada con los profesionales puede transformar la atención prenatal tradicional, involucrando de manera activa a la gestante, la familia y la comunidad ⁽¹⁴⁾.

Por lo anterior, la comunicación y el tipo relaciones construidas entre los profesionales de la salud y la embarazada deben constituirse en un componente de construcción de valor compartido; con lo que a partir de ellas y del reconocimiento mutuo se pueda progresar en la atención prenatal hacia mejores condiciones de vida de la gestante, más allá de la mera transmisión de información y conocimientos. La comunicación hace parte de los elementos primordiales de la educación para la salud en pro de promover la promoción de la salud, así como un componente característico de la vida social que nos lleva a entendernos, resolver diferencias y trabajar en conjunto para un fin común ^(15,16).

De igual modo, los resultados de la investigación develan la deficiencia de los servicios de salud (control prenatal) en la realización de actividades y orientación que

genere empoderamiento, aumento de la autonomía y de la capacidad de tomar decisiones de las mujeres gestantes, en busca de ayudarlas a ejercer su libertad personal en su proceso reproductivo. Para esto es fundamental realizar un esfuerzo continuo de formación a lo largo del embarazo, permitiendo que cada mujer, en conjunto con los profesionales de la salud que la asisten, tome decisiones informadas y autónomas entre las opciones disponibles en cada situación ⁽¹⁷⁾.

Por su parte, la estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes busca transformar la atención sanitaria, incluidos los servicios de maternidad, en un modelo que promueva el empoderamiento femenino y favorezca resultados positivos en el parto, tanto a nivel físico como emocional para las mujeres, los bebés y sus familias ⁽¹⁸⁾. Para ello, el diseño y la prestación de servicios de cuidado prenatal de calidad deben ir más allá de garantizar la supervivencia durante el embarazo y el parto, permitiendo que las mujeres participen activamente en su propio cuidado, un aspecto clave para su empoderamiento ⁽¹⁹⁾.

En este sentido y con base en estas premisas la política en Salud Pública de Colombia estableció la ruta integral de atención en salud materno perinatal como una herramienta de obligatorio cumplimiento en todo el territorio, y establece las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para la salud materna. La ruta propone la construcción de una relación igualitaria intercultural y un cuidado prenatal sustentado en un diálogo de saberes fluido entre la gestante, su familia y los profesionales de la salud responsables de la atención, de tal forma que se fortalezcan y potencien las capacidades de la embarazada para alcanzar y mantener una adecuada salud materna y perinatal. De tal modo que, con esta política se determinan las condiciones en las que se debe brindar la atención prenatal a las mujeres gestantes en todo el país sin distinción de contextos y/o particularidades que rodean a cada embarazada ⁽¹¹⁾.

Sin embargo, en los servicios de salud, la atención prenatal sigue siendo denominada "control prenatal" con la connotación de "control, seguimiento y vigilancia de las mujeres embarazadas". En este sentido, la investigación revela una relación entre el servicio de salud (control prenatal) y la paciente, caracterizada por una gestante a la que no se le reconoce autonomía en la toma de decisiones sobre el cuidado de su embarazo y su salud, con una función limitada a recibir y seguir las órdenes emitidas por los profesionales de la salud. Estas relaciones jerárquicas en la atención prenatal anulan la posibilidad de un diálogo de saberes como se recomienda, ya que a las mujeres no se les da la oportunidad de aportar sus percepciones en la experiencia y en la construcción de significados. Igualmente les restringe la libertad y la autonomía en la toma de decisiones, así como la posibilidad de empoderarse del cuidado de su embarazo y su salud.

Contrario a los hallazgos, el dialogo de saberes permite explorar las creencias y practicas socioculturales en el embarazo, parto y posparto a nivel individual, colectivo y familiar, dándole sentido al pensamiento comunitario – colectivo ⁽²⁰⁾. El dialogo de saberes es usado en el contexto de la interculturalidad (en la prestación de los servicios de salud) y a través de este lograr relaciones servicios de salud – mujeres embarazadas caracterizadas por vínculos cálidos y con trato humanizado.

En concordancia con los resultados, Yepes y colaboradores, afirman que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) de Colombia el derecho fundamental de la salud está disminuido a la afiliación al mismo con una serie de beneficios que dependen del mercado donde confluye la competencia entre los diferentes aseguradores y el estado ⁽²¹⁾. En éste la atención en salud y la participación de los usuarios se establece desde el orden nacional a través de normas, leyes y protocolos presentándose de manera fraccionada en los diferentes niveles de atención, con una jerarquía y burocracia taxativa que permea el ejercicio del derecho a la salud ^(22,23).

Así mismo el SGSSS está formado por una serie de instituciones de diferente orden administrativo donde la información es igualmente fraccionada impregnado las relaciones entre los diferentes actores del sistema, donde las decisiones de la atención en salud no están sujetas a las necesidades de los pacientes y/o usuarios, por el contrario, se rigen por los matices personales, profesionales e institucionales de los actores del sistema ⁽²²⁾, lo que ha llevado de manera taxativa a instaurar este tipo relaciones jerárquicas y de poder que impiden una adecuada interacción entre el servicio de salud, los profesionales y los usuarios.

Con respecto a las categorías interpretativas, los resultados revelan el significado construido por los participantes con respecto a la atención prenatal. En este sentido se percibe a esta solo como un medio de las mujeres pobres para obtener citas médicas y exámenes que le permitan gestar un hijo sano, mas no como el contexto que les permita fortalecer su educación prenatal y poder de decisión como mujer, respetando sus experiencias y creencias, concertando las creencias culturales y la evidencia científica sobre el embarazo y el parto ⁽⁶⁾.

Por su parte, la interacción entre la embarazada y su familia en torno al cuidado de la salud durante el embarazo y la del hijo por nacer está determinada por su cultura y creencias. Es la familia quien decide las actividades de cuidado que la gestante debe realizar y las actividades de riesgo que debe evitar. Este cuidado se configura dentro de la cosmovisión, tradiciones y normas relacionadas con el cuidado de la salud adquiridas por la familia y convertidas en prácticas de cuidado ⁽²⁴⁾. Estos matices culturales hacen única, significativa y trascendente la experiencia del embarazo. La influencia de madres, abuelas, suegras y en general de las mujeres de la familia ha transmitido y preservado estas prácticas durante el embarazo, convirtiendo a la familia en la primera red de apoyo de la mujer gestante ⁽²⁵⁾. En este sentido, Ulloa y Muñoz destacan la labor de las mujeres de la familia, especialmente de las madres como cuidadoras, transmisoras de conocimientos, creencias, prácticas y consejos, que la mujer pone en práctica durante el periodo de gestación ⁽⁴⁾.

Por su parte, Miranda y Castillo encontraron que la embarazadas son influenciadas de forma positiva por sus madres, parejas y familias en general para asistir a las consultas del control prenatal. Lo que podría ser aprovechado por los profesionales de la salud para reforzar las prácticas de cuidado del embarazo desde la familia, especialmente de las mujeres que rodean a la embarazada y que pueden significar una red de cuidado para ella y para el hijo por nacer ⁽²⁶⁾.

Es imperativo mejorar la interacción entre los profesionales de la salud y las mujeres gestantes durante la prestación de los servicios de cuidado prenatal. Si bien la investigación, al ser cualitativa y enfocarse en una muestra específica, presenta

limitaciones que impiden generalizar sus hallazgos a toda la población, los resultados obtenidos ofrecen perspectivas valiosas sobre dinámicas similares en otros contextos de atención prenatal. Por consiguiente, es crucial llevar a cabo futuras investigaciones en diversos entornos geográficos y culturales para lograr una comprensión más completa de las realidades del cuidado prenatal tanto a nivel nacional como en América Latina.

CONCLUSIONES

Las interacciones con la atención prenatal y la construcción de significados de las gestantes y sus familias sobre la salud materna en el contexto de las relaciones surgidas en la prestación de los servicios de salud están definidas por el rol asumido por la gestante como receptora de información y cumplidora de ordenes emanadas por estos. Las gestantes y sus familias en su interacción con los prestadores del servicio de salud (control prenatal) no tienen la oportunidad de expresar sus opiniones acerca del cuidado de la salud durante el embarazo. De tal forma que se ha configurado una relación jerárquica y distante para el cuidado de la salud materna, ubicándose en la cima de esa relación las instituciones de salud y la base la mujer gestante y su familia; cada uno de los actores realiza por su cuenta actividades encaminadas a la protección de la salud de la embarazada.

A pesar de que la política pública colombiana contempla una atención prenatal basada en el diálogo de saberes entre los servicios de salud, las gestantes y las familias fortaleciendo la autonomía y el empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones en beneficio de su salud, el cuidado prenatal se sigue prestando de la manera biomédica tradicional y no centrado en la mujer como protagonista del proceso prenatal y sus necesidades; lo que deja en evidencia la falta de preparación del personal que presta servicios de salud en cuanto a la atención holística de la gestante así como las fallas en la implementación de la política. El Dialogo de saberes propuesto permitiría encontrar una armonía entre el saber medico de los servicios de salud y los saberes populares sobre el cuidado de la salud materna; con lo cual se tendría una aproximación real de la situación de las gestantes y sus familias, así como la puesta en contexto de las representaciones sociales y las prácticas de cuidado de la salud, involucrando no solo el saber de los expertos, si no legitimando el saber y la experiencia de la mujer y su contexto.

REFERENCIAS

1. Barrantes Valverde K, Cubero Cubero MF. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. WL [Internet]. 28 de junio de 2014 [citado 26 de febrero de 2024];9(1):29-42. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/15248>
2. Solís Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Horiz Med [Internet]. 25 de junio de 2012 [citado 12 de junio de 2023]; 12(2):49-52. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/105>.
3. Fernández y Fernández-Arroyo Matilde. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Index Enferm [Internet]. 2013 jun [citado 2023 Jun 12]; 22(1-2): 40-44. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100009&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100009>.

4. Cruz-León A,, Luna-Victoria Morí F. M. Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal. Salud en Tabasco [Internet]. 2014;20(2):63-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48735406007>
5. Rodrigues G de O, Jardimino D da S, Maciel N de S, Ferreira D da S, Chaves AFL, da Costa CC. Conocimiento, actitud y práctica de gestantes antes y después de una intervención grupal. Enf Global [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 12 de junio de 2023];21(2):235-73. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/478911>.
6. Jimeno Orozco JA, Prieto Rojas S, Lafaurie Villamil MM. Atención prenatal humanizada en américa latina: un estado del arte [Humanized prenatal care in Latin America: a stat of the art]. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2022 Jun 6;79(2):205-209. Spanish. doi: 10.31053/1853.0605.v79.n2.32720. PMID: 35700468; PMCID: PMC9426328.
7. Cáceres-Manrique F. D, El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2009;60(2):165-170. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214328007>
8. Tumas Natalia, Godoy Ana Carolina, Peresini Virginia, Peisino María Eugenia, Boldrini Gisela, Vaggione Gaetano et al. El cuidado prenatal y los determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. PSM [Internet]. Junio de 2022 [consultado el 28 de febrero de 2024]; 19(2): 224-244. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012022000100224&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i19.47439>.
9. Nunes G de P, Negreira AS, Costa MG, Sena FG, Amorim CB, Kerber NP da C. Grupo de mujeres embarazadas como herramienta para la instrumentalización y mejora de la atención. Ciudad en acción. Rdo. ext. Culto. [Internet]. 14 de enero de 2021 [citado el 12 de junio de 2023];1(1):77-90. Disponible en: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/1092>.
10. Alcántara de Jesús O, Solano Solano G, Ramírez González TB, Ramírez González MJ, Latorre Cervantes S, Ruvalcaba Ledezma JC. Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. JONNPR. 2018;3(11):875-886. DOI: 10.19230/jonnpr.2621.
11. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Resolución 3280 de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf.
12. Dias EG, Anjos GB, Alves L, Pereira SN, Campos LM. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. Rev Sustinere [Internet]. 2018;6(1):52–62. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722>.
13. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter; 1967.
14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. Hernández-Rincón Erwin Hernando, Lamus-Lemus Francisco, Carratalá-Munuera Concepción, Orozco-Beltrán Domingo. Diálogo de saberes: propuesta para

- identificar, comprender y abordar temas críticos de la salud de la población. Salud, Barranquilla [Internet]. Agosto de 2017 [consultado el 29 de febrero de 2024]; 33(2): 242-251. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000200242&lng=en.
16. Díaz HA. La Comunicación en la Educación para la Salud = Communication in Health Education. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 9 de noviembre de 2016 [citado 29 de febrero de 2024];00:8-13. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3348>.
 17. Martín-Bellido M Carmen. La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica. Temperamentvm [Internet]. 2020 [citado 2025 Feb 28]; Epub 06-Jun-2022. 16: e13206. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112020000100023&lng=es
 18. Consejo Ejecutivo, 140. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/273363>
 19. Nieuwenhuijze M, Leahy-Warren P. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. Midwifery. 2019; 78:1-7. doi: 10.1016/j.midw.2019.07.015. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613819301925>.
 20. Astaiza Bravo NX, Rodríguez Guarín S, Guerrero Pepinosa NY, Portela Guarín H. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. Rev. virtual univ. catol. norte [Internet]. 24 de octubre de 2012 [citado 29 de febrero de 2024];1(37):180-211. Disponible en: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/393>
 21. Yepes CE., Giraldo AJ., Botero N., Guevara JC. En busca de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencia. Hacia Promoc. Salud. 2018; 23 (1): 88-105. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.7
 22. Miranda C, Castillo IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1345-51. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>
 23. Abadía Barrero CE., Oviedo Manrique DG. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2010; 9 (18): 86- 102.
 24. Echeverry ME. Derecho a la salud, estado y globalización. Rev Fac Nal Salud Pública. 2006; 24 (número especial): 81-96.
 25. Ulloa Sabogal I. M, Muñoz de Rodríguez L. Care from the Cultural Perspective in Women with Physiological Pregnancy: a Meta-Ethnography. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2019;37(1): Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105260023003>
 26. Miranda C, Castillo IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1345-51. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>