



Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social*

Relationship between Women in the Pregnancy, Labor and Postpartum Period and the Health Services based on their Social Class

Relacionamento das mulheres na gravidez, parto e pós-parto (EPP) com os serviços de saúde de acordo com a classe social

Fecha de recepción: 23 de febrero de 2018. **Fecha de aprobación:** 30 de mayo de 2018. **Fecha de publicación:** 27 de mayo de 2019

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.rnep>

Libia Amparo Bedoya Ruiz^a

Universidad CES, Colombia
ORCID: 0000-0002-9529-2952

Andrés A. Agudelo-Suárez

Universidad CES, Universidad de Antioquia, Colombia
ORCID: 0000-0002-8079-807X

Cómo citar este artículo: Bedoya Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019;18(36). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.rnep>

* Artículo de investigación

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: bedoya.libia@uces.edu.co, bedoyalibia@hotmail.com



Resumen

El objetivo de esta revisión narrativa de la literatura es comprender los aspectos teóricos y los antecedentes que dan cuenta de la relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto con los servicios de salud, según la clase social. Esta relación se delimitará en los siguientes cuatro aspectos: clase social y mujeres, acceso que tienen las mujeres a los servicios de salud, prácticas de salud que se realizan en el proceso de atención institucional, y relaciones que tienen las mujeres con el personal de salud. En los resultados se encontraron las siguientes necesidades en salud pública: desarrollar modelos teóricos sobre el acceso a los servicios de salud basados en el derecho a la salud (comprendido este como un derecho fundamental), tener en cuenta aspectos relacionados con la calidad en la prestación de los servicios de salud y desarrollar investigaciones con posturas crítico-reflexivas relacionadas con los cuatro temas anteriormente descritos.

Palabras clave: clase social, embarazo, parto, periodo posparto, relaciones interpersonales, servicios de salud, medicalización

Abstract

The objective with this narrative review of the literature is to understand the background and theoretical aspects accounting for the relationship between women in the pregnancy, labor and postpartum period and the health services based on their social class. This relation will be defined according to the following four items: social class and women; access of women to the health services; health care practices performed under the institutional service; and relation between women and the health-working personnel. The results showed the following needs in public health: to develop theoretical models of access to the health services based on the right to health (understood as a fundamental right); to consider aspects related to the quality in the provision of health care; and to develop researches under critical reflective perspectives related to the four items described above.

Keywords: social class, pregnancy, labor, postpartum period, interpersonal relationships, health services, to medicate

Resumo

O objetivo desta revisão narrativa da literatura é compreender os aspectos teóricos e fundo para perceber a relação das mulheres na gravidez, parto e pós-parto com os serviços de saúde, de acordo com a classe social. Esta relação é delimitada nos seguintes quatro aspectos: classe social e mulheres, acesso das mulheres aos serviços de saúde, práticas de saúde realizadas no processo de atendimento institucional, e relações que as mulheres têm com o pessoal de saúde. Nos resultados encontraram-se as seguintes necessidades em saúde pública: desenvolver modelos teóricos sobre o acesso aos serviços de saúde baseados no direito à saúde (compreendido este como direito fundamental), levar em conta aspectos relacionados com a qualidade na prestação dos serviços de saúde e desenvolver pesquisas com posturas crítico-reflexivas relacionadas com os quatro tópicos anteriormente descritos.

Palavras chave: camada social, gravidez, parto, período pós-parto, relações interpessoais, serviços de saúde, medicalização



Introducción

La salud materna se considera en las políticas nacionales e internacionales como un derecho de las mujeres y, adicionalmente, es fundamental para la supervivencia del recién nacido. Por eso, es necesario investigar las causas de mortalidad materna, las cuales están relacionadas con las complicaciones de tipo biológico durante el embarazo, parto y postparto (1-3). Aunque varias de estas complicaciones no pueden ser previsibles, se han desarrollado estrategias en salud pública a nivel mundial para mejorar la problemática. Estas estrategias son: atención del parto por personal capacitado e idóneo, incluidas las parteras, asistencia regular al control prenatal, prestación integral y continuada de atención en salud antes, durante y después del parto, elección de métodos seguros para el parto, acceso a atención obstétrica y neonatal de emergencia con atención oportuna para madre y recién nacido, y fortalecimiento de vínculos entre las comunidades y las instituciones de salud (1-4).

Desde el punto de vista social, existen factores relacionados con la falta de servicios de salud para las maternas y sus hijos. Entre estos se encuentran: falta de infraestructura en zonas remotas, lo que impide a las maternas tener acceso a servicios de salud; falta de profesionales que trabajen en dichas zonas; falta de recursos económicos por parte de las familias para desplazarse a los centros de salud; falta de calidad de los sistemas de salud; y creencias culturales que les impiden obtener asistencia sanitaria de calidad. Por ello, la mortalidad materna es mayor en áreas donde hay bajo desarrollo social (1,3-9).

La desigualdad social también es un problema de salud pública que podría afectar a las mujeres en EPP. Al respecto, Colombia es el séptimo país con mayor desigualdad social en el mundo, según el coeficiente de Gini, lo cual se ve representado en las diferencias que existen en los ingresos económicos al comparar los diferentes sectores de la población (10). Esto implica que la riqueza se concentra en la minoría de la población y aumenta la brecha entre pobres y ricos, lo cual es problemático para la salud pública pues el deterioro de las condiciones de vida afecta la salud de las personas (11,12).

Las desigualdades en salud son un reflejo de las desigualdades sociales y económicas, siendo estos aspectos desarrollados, de manera relevante, por la teoría de clase social. En ese sentido, “La educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y diversos aspectos relacionados con la cohesión social” (12) son factores sociales importantes para explicar las desigualdades en salud.

Si se tiene en cuenta el anterior contexto, se deduce que aspectos incluidos en el proceso de relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud, son determinantes de la salud materna. Según la OMS (13), el sistema de salud que determina el funcionamiento de los servicios de salud es un determinante intermedio de la salud, y la posición socioeconómica relacionada con la categoría clase social, es un determinante estructural de los procesos de salud y enfermedad de los seres humanos.

Por lo tanto, se plantea la necesidad de investigar la relación de las mujeres en EPP con los servicios de salud. Esta relación se delimitará en cuatro temas: el primero se refiere al acceso que tienen las mujeres a los servicios de salud, el segundo a las prácticas de salud que se realizan en el proceso de atención institucional durante el EPP, el tercero se refiere a las relaciones que tienen las mujeres con los trabajadores de la salud, y el cuarto busca investigar las desigualdades existentes en los anteriores tres aspectos según la clase social de las mujeres. De acuerdo con lo anterior, *el objetivo de esta revisión es comprender los aspectos teóricos y los antecedentes relacionados con los cuatro temas descritos previamente.*

Método

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. Las fuentes de información utilizadas fueron: bases de datos multidisciplinarias (PubMed, Scielo, Lilacs, Ebsco y Jstor), literatura gris y revisión de referencias bibliográficas de los artículos encontrados. Las palabras claves utilizadas fueron: Social Class, acceptability of health care, Maternal Welfare, Interpersonal Relations, Health Services, Medicalization, delivery, pregnancy, Postpartum Period, Health Services Accessibility y sus correspondientes términos en español.

Adicionalmente a la búsqueda por tesauros, la revisión se enriqueció con material documental acopiado en la trayectoria académica acumulada de los autores. Se incluyeron todas las referencias bibliográficas que respondían al objetivo planteado en este documento y que se ajustaban al contexto colombiano, pues en la actualidad esta revisión hace parte de un proyecto de investigación de tipo cualitativo que se realiza en Bogotá, denominado “Configuración de la relación de las mujeres en embarazo parto y postparto con los servicios de salud en diferentes niveles de atención según la clase social en Bogotá Colombia”, el cual se construye desde una perspectiva hermenéutica crítica. Teniendo en cuenta lo anterior, se priorizaron los



aspectos teóricos que dialoguen con dicha perspectiva (14) enfocada al área de la salud.

Los resultados encontrados fueron agrupados en los temas planteados en el objetivo de la revisión, los cuales son: (1) acceso que tienen las mujeres a los servicios de salud; (2) prácticas de salud que se realizan en el proceso de atención institucional durante el EPP; (3) relaciones que tienen las mujeres con los trabajadores de la salud; y (4) clase social y mujeres en EPP.

Resultados

A continuación se presentan algunos aspectos teóricos y antecedentes relacionados con los temas anteriormente descritos.

Acceso que tienen las mujeres en EPP a los servicios de salud

Tanahashi propone un “modelo de cobertura efectiva”, en el que la cobertura se define como la proporción de la población que recibe atención eficaz (15). Este concepto se relaciona con la capacidad que tiene el servicio de resolver problemas de salud teniendo en cuenta la población a la cual se dirigen dichos servicios. Este proceso incluye la habilidad de los servicios para interactuar con las personas y busca transformar los aspectos deficientes con el fin de lograr una atención exitosa para la salud (16).

Una revisión sistemática de literatura (17) muestra que el modelo teórico de Tanahashi se enfoca en la lógica del mercado, de acuerdo con la cual la oferta y la demanda son los ejes explicativos y la noción de equidad en el modelo original no se discute. Este modelo no tiene en cuenta la determinación social del acceso y la vinculación con los modos de vida. Así mismo, los análisis de costoefectividad propuestos se ubican en el debate de la justicia social (11,18) como una posición utilitarista de la distribución de los recursos que argumenta que frente a cantidad limitada de recursos se debe ofrecer la máxima satisfacción de deseos para el mayor número de individuos y al menor costo posible.

Por lo tanto, Arrivillaga y Borrero (17) plantean la necesidad de desarrollar modelos teóricos en salud pública basados en el derecho a la salud y la justicia social, donde se incluyan elementos como los propuestos por Ruger, Braveman y Gruskin, dándole importancia al rol activo de la sociedad que debería convertir los recursos en salud en un verdadero funcionamiento de la salud.

Braveman y Gruskin argumentan que el marco referencial de los derechos humanos es importante para abordar los problemas de pobreza y equidad, los cuales se relacionan conceptual y operacionalmente con el proceso de salud de las personas. Por ello, las instituciones de salud deben incluir en la atención el enfoque de derechos humanos que tenga en cuenta las condiciones de vida y los procesos de salud y enfermedad de las personas más pobres. Así mismo, es relevante promover iniciativas de financiación equitativa de la asistencia sanitaria para mejorar el acceso de esta población a los servicios de salud (19).

Ruger promueve la reflexión sobre el concepto de acceso desde un punto de vista ético, para lo cual retoma la teoría de las capacidades de Sen, donde se especifica que es importante trascender las teorías igualitarias de Rawls referentes a la redistribución de bienes primarios, y en ese sentido se requiere evaluar el impacto de la calidad de la asistencia sanitaria sobre las habilidades de los individuos para poder funcionar y lograr la salud que se quiera tener. En esta aproximación se busca ir más allá con respecto al tema de los derechos y reflexionar sobre las desigualdades injustas en la prestación de servicios de salud de calidad, las cuales podrían generar inequidades en las capacidades que tienen las personas de poder obtener la salud. Por lo tanto, es importante en esta visión de acceso comprender qué pueden hacer los individuos realmente con los recursos que tienen (20).

Desde una perspectiva crítica de acceso, Abadía realiza un estudio de tipo cualitativo en Colombia (21), el cual muestra cómo el sistema de salud basado en el aseguramiento genera el desarrollo de itinerarios, donde existen barreras administrativas y económicas para acceder a los servicios de salud, los cuales presentan deficiencias institucionales, cobertura limitada, y donde se le niega a las personas determinadas valoraciones médicas, pruebas de laboratorio y tratamientos requeridos. Todos estos problemas obligan a la población a recurrir a mecanismos legales como la tutela para garantizar su derecho a la salud. Los resultados de la investigación mostraron que las barreras burocráticas impuestas a los pacientes prolongaban el sufrimiento y generaban complicaciones médicas, daño, discapacidad y muerte.

Con referencia a las mujeres en EPP, se encontraron estudios que si bien no se estructuran a partir de una postura crítica, muestran una parte de la problemática relacionada con el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Un ejemplo de lo anterior es una revisión de la literatura realizada a escala mundial, la cual mostró que existen diferentes factores que determinan



el uso de los servicios de salud en el momento del parto (4). Entre estos factores se encuentran varios que están relacionados con la clase social de las mujeres, como por ejemplo, el nivel educativo, la autonomía que tienen las mujeres en el grupo social al cual pertenecen, la ocupación laboral de la madre y el bajo ingreso económico. En ese sentido, las mujeres menos educadas y con bajo ingreso económico usan menos los servicios de salud en el momento del parto. Estos resultados son similares a los encontrados en Colombia en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (22).

Otros estudios de investigación de tipo cuantitativo, realizados en el año 2014, mostraron igualmente la existencia de factores que determinan el acceso de las mujeres en EPP a los servicios de salud en Colombia, entre los cuales se encuentran: la situación socioeconómica de las madres, el nivel de autonomía de la mujer en la comunidad, la distancia a los servicios de salud, los costos de dichos servicios y la falta de confianza en los médicos (7,8).

Prácticas de salud que se realizan en el proceso de atención institucional durante el EPP

Según Sara Fernández, las prácticas institucionales en salud se definen como un “conjunto de estructuras organizativas” que integran varios elementos como el “acceso, atención y educación en salud, implican la disposición de saberes, equipos y técnicas, y materializan la formación del recurso humano en salud” (23). Las prácticas de salud están jerarquizadas en los servicios de salud donde la biomedicina es un saber hegemónico en estos espacios (23). La construcción de estos saberes se fundamenta en protocolos médicos estructurados desde los currículos universitarios (24) que se traducen en intervenciones sobre el cuerpo de las mujeres (25,26).

Investigaciones realizadas por la OMS explican que existen intervenciones medicalizadas que no muestran evidencia científica y que pueden generar un malestar innecesario en la mujer, como el tacto vaginal frecuente, enemas, la posición horizontal tradicional obstétrica, uso de procedimientos médicos para acelerar el trabajo de parto cuando no son necesarios, así como la imposibilidad de tener compañía de alguien cercano durante el trabajo de parto (27,28).

Como antecedentes se evidencian algunas investigaciones en México y Colombia que muestran que varias de las anteriores prácticas medicalizadas se continúan realizando en los servicios de salud, lo cual afecta los derechos

sexuales y reproductivos de varias mujeres en EPP e impide que su proceso se desarrolle como una experiencia natural y positiva (23,24,29-31).

Una de las teorías que permiten comprender las prácticas en salud es la medicalización. Foucault la define como la lógica médica dentro de las estructuras de poder del Estado, que influye como una red varios aspectos de la vida cotidiana. Y explica cómo la medicina después del capitalismo se convierte en la verdadera medicina social, pues a pesar del individualismo, incluido en este modelo económico, el Estado da importancia a la salud de la población, la cual es relevante para generar desarrollo económico en las naciones (32).

De acuerdo con las consideraciones precedentes, el Estado adjudica poder a la medicina para controlar los procesos de salud de la población, emprendiendo acciones de vigilancia para intervenir las costumbres, los hábitos, los espíritus y sobre todo los cuerpos de los seres humanos, dentro de una política denominada a favor de la preservación de la vida (biopolítica). El problema con este proceso es que no se respeten los derechos y la dignidad de las personas (33).

Según Salles y Tuirán, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en EPP incluyen elementos como: la autodeterminación sobre sus procesos de salud y enfermedad, embarazos y partos seguros (donde se garantice la supervivencia en este proceso) y equidad de clase social y de género. Estos autores explican que la medicalización del proceso de EPP incluye actividades del sector salud relacionadas con: el control prenatal, el seguimiento de las maternas con instrumentos tecnológicos (ecografía y la amniocentesis), la institucionalización del parto (incluye procedimientos quirúrgicos como la cesárea, lo cual implica que este episodio de la vida de la mujer se convierte en un acontecimiento médico y no familiar), y los controles postnatales relacionados con el proceso anticonceptivo en la etapa del postparto (colocación del dispositivo intra uterino (DIU) y la realización de procedimientos quirúrgicos como el Pomeroy) (34).

Libia Restrepo, historiadora e investigadora colombiana, retomando a Foucault, analiza la instauración de la obstetricia en Medellín en el periodo de 1870-1920 (35). En esta investigación se evidencia que la medicalización de la reproducción incluye aspectos como: la institucionalización del parto, legitimación de los saberes médicos y desplazamiento de los saberes populares (parteras). Estas acciones tienen como fin controlar los comportamientos



de las mujeres y vigilar la morbilidad materna, lo cual se traduce en políticas influenciadas por el contexto internacional, que busca el desarrollo económico de las poblaciones.

La medicalización de la reproducción es problemática cuando se convierte a las mujeres en enfermas y su salud reproductiva no es resignificada por el sector biomédico. Adicionalmente, reglamentar las conductas reproductivas e intervenir en la vida privada afecta la autonomía, la dignidad y los derechos de las mujeres (34). Al respecto, Montse explica que la medicalización ejerce “control social, ejercicio del poder y dependencia de las mujeres de la tecnología, que se estructura como una herramienta de uso exclusivo médico donde las mujeres son receptáculos vacíos de lo que se les quiera imponer bajo una situación de poder” (36).

Relaciones que tienen las mujeres en EPP con los trabajadores de la salud

Las investigaciones con perspectiva cualitativa realizadas dentro de los servicios de salud han utilizado el marco referencial de la antropología médica clínica, pues permite reconocer culturalmente la enfermedad, la cual se construye a partir de diferentes significados. Así mismo, este constructo teórico elabora explicaciones de los orígenes de la enfermedad y del sufrimiento físico o mental. Para lograr lo anterior, se validan las construcciones de la enfermedad en el ámbito popular y se tiene en cuenta la organización simbólica y cotidiana de las personas que pudiera estar suprimida en los servicios de salud (37).

Por eso, la antropología médica clínica, desde una perspectiva hermenéutica, tiene en cuenta las subjetividades de las personas y genera una biografía del enfermo que permita visualizar su voz para comprender los significados de su discurso. De igual forma, comprende las representaciones culturales y el sentido que se le da al proceso de salud y enfermedad por parte de los pacientes y el personal de salud. En esta propuesta se enfatiza que la enfermedad no solo existe desde el punto de vista objetivo del modelo biomédico, sino que también se comprende en la manifestación subjetiva personal e íntima (38).

Relacionado con las mujeres en EPP, un estudio de tipo cualitativo realizado con algunas mujeres indígenas de Chungará en Chile (39) mostró que estas mujeres rechazaban las prácticas medicalizadas durante el EPP, porque el

personal de salud no tenía en cuenta el contexto cultural y las aislaban de su proceso familiar.

Por otro lado, frente a la propuesta de la antropología médica clínica, han surgido perspectivas antropológicas críticas que explican que el concepto de interculturalidad y el diálogo de saberes debe superar el problema de la diferencia cultural, que genera barreras en la comunicación entre pacientes y personal de salud (6). En este sentido, el problema con la antropología médica clínica es que se alimenta del contexto económico neoliberal, y no se interesa por las condiciones estructurales como las desigualdades sociales y la pobreza que también afectan las relaciones de los trabajadores de la salud con los pacientes (40).

Desde la perspectiva crítica, Menéndez desarrolla la categoría de *modelo médico hegemónico*, donde no solo es problemática la exclusión ideológica de los saberes populares por parte del sistema biomédico, sino que también este modelo excluye poblaciones marginadas como los pobres y los grupos étnicos minoritarios (41). Al respecto, una investigación de tipo cualitativo realizada en Bolivia (6) mostró que la aplicación de las políticas interculturales a las mujeres en EPP no tuvo los resultados esperados en materia de morbilidad, pues algunas zonas de este país presentan importantes desigualdades sociales, donde la pobreza continúa siendo un problema de salud pública, sobre todo para la población indígena.

Clase social y mujeres en EPP

En salud pública se han diferenciado dos corrientes teóricas sobre la conceptualización de clase social: la neomarxista y la weberiana (42-47). La primera ha adquirido especial interés por varios salubristas a nivel nacional e internacional (12,42-44,46,48-51), pues en esta perspectiva la categoría clase social tiene un carácter analítico y crítico que da cuenta de las relaciones de poder que convergen en el proceso de trabajo y que explican las desigualdades en salud que podrían ser prevenibles, contrariamente a lo que sucede con la corriente teórica weberiana.

Breilh, desde la postura neomarxista, define clase social como “el conjunto de sujetos organizados alrededor de intereses comunes” (52) que “se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción



(relaciones que las leyes fijan y consagran), por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y, por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen”(53).

Breilh operacionalizó la categoría clase social, con lo cual se obtuvieron diferentes variables relacionadas con este concepto (53). Lo anterior permitió desarrollar en Colombia un estudio donde se identificaron diferentes fracciones sociales según el proceso de trabajo de la población. De esta manera, fueron definidos once grupos poblacionales entre los cuales están: obrero, desempleado y sub-asalariado (en este último grupo se encuentran las/los ayudantes familiares sin remuneración, aspectos importantes relacionados con las actividades domésticas de las mujeres). En estas fracciones sociales mencionadas previamente se identificaron las enfermedades orales más prevalentes y se evidenciaron desigualdades en salud al comparar con la fracción social del empresario u otras fracciones con mayores privilegios en su proceso de trabajo (54).

Laurell desarrolla también el proceso de trabajo de los obreros mexicanos, desde la corriente neomarxista, en el contexto histórico previo a la industrialización y posterior a esta. Ello permite diferenciar dos conceptos: plusvalía absoluta y relativa. La primera se refiere a una forma de explotación primitiva de los obreros que genera ganancias económicas, al disminuir el salario de los trabajadores, aumentar su jornada laboral y reducir el tiempo de descanso, lo cual ocasiona enfermedades como la desnutrición del trabajador y de su familia. La plusvalía relativa se refiere a la forma predominante del capitalismo donde a través de la tecnología se busca intensificar el trabajo, lo cual genera enfermedades relacionadas con el estrés laboral (49).

El Instituto Nacional de Salud (INS) colombiano realizó un estudio de clase social y salud de tipo cuantitativo que mezcla algunas aproximaciones teóricas tanto de la corriente neomarxista como de la weberiana. Este estudio visibiliza nueve grupos poblacionales según el proceso de trabajo (47), lo cual se relaciona con la investigación realizada por Breilh enunciada previamente (54).

En la revisión sistemática llevada a cabo por el INS se visibiliza que en Colombia ha existido poco desarrollo investigativo que incluya la categoría clase social como categoría analítica (47), lo cual coincide con otra revisión sistemática realizada en la Universidad Nacional de Colombia (55). Adicionalmente, en

ninguna de las anteriores revisiones se encontraron estudios de clase social aplicados al proceso de EPP (47,55).

El trabajo empírico desarrollado por INS muestra que en Colombia existen desigualdades en salud en relación con el proceso de trabajo de la población, y, aunque el estudio no explica la manera como se reproducen estas desigualdades, sí muestra cómo las condiciones de vida y de salud son peores en las clases sociales menos aventajadas (trabajadores domésticos, campesinos y obreros agropecuarios) con respecto a los directivos y profesionales. Las mujeres en todas las clases sociales tuvieron una peor salud autopercebida (47).

En el EPP se encontraron estudios con enfoque empírico analítico que no desarrollan la categoría clase social (56,57), pero muestran que el trabajo es un factor de riesgo para el embarazo cuando se comparan mujeres que trabajan con respecto a las que no trabajan (57), y si el trabajo es estresante, está relacionado con complicaciones del embarazo y bajo peso al nacer del recién nacido (56).

Desde el punto de vista cualitativo, se encontraron estudios que podrían dar cuenta de los elementos que incluye la conceptualización de clase social (58-60). Un ejemplo de lo anterior son dos estudios realizados en áreas rurales de México (58,59) con mujeres indígenas en EPP expuestas a contextos civilizatorios occidentales. Estas investigaciones mostraron que el acceso a la educación y al mercado laboral determinaba la relación de las mujeres en EPP con los servicios de salud. Por ejemplo, las mujeres que tenían trayectorias familiares y comunitarias donde no se permitió el acceso a la educación y al mercado laboral tenían trayectorias reproductivas específicas en las que no se acudía a los servicios de salud, y la relación con el personal de salud era inadecuada. Según las mujeres, el personal solo se enfocaba en la parte física (tacto vaginal), no explicaba cómo estaba el bebé ni tenía en cuenta las emociones de las pacientes (lo que sí hacían las parteras en el domicilio), y por lo tanto, existía rechazo de parte de estas mujeres a las prácticas tecnificadas (episiotomía y cesárea) (59).

Sin embargo, las mujeres que tenían acceso a la educación y al mercado laboral, tenían trayectorias reproductivas diferentes donde se rechazaban las prácticas médicas populares por considerarlas insalubres (58). Incluso se evidenciaba aceptación de los servicios de salud, pero en ciertos casos



de una manera indiscriminada, pues se presentaba ambigüedad con las prácticas como la cesárea y el pomeroy postparto, pues no era claro si la mujer era autónoma en la toma de dichas decisiones (59).

En Colombia, el régimen de afiliación en salud se relaciona con el proceso de trabajo, el cual es un elemento importante en la conceptualización de clase social (61). Teniendo en cuenta lo señalado previamente, son relevantes las desigualdades en salud que sufren las mujeres en las instituciones de salud públicas con respecto a las del sector privado. Un ejemplo de lo anterior es un estudio realizado en los servicios de maternidad de tres hospitales de Río de Janeiro (Brasil), el cual mostró que las mujeres en EPP del sector privado tienen más privilegios pues lograron tener una relación más humana con el personal de salud (62).

Discusión y conclusiones

La mayoría de los estudios relacionados con servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres en EPP se han enfocado, principalmente, en la utilización de los servicios de salud, desde estudios las más de las veces cuantitativos (1,4,5,7-9); o en los factores relacionados con la comunicación que se establece entre el personal de salud y las mujeres (7,8,63-65). No obstante, se requiere un abordaje integral que permita comprender ese proceso que establecen las mujeres con los servicios de salud. En este sentido, la investigación en salud pública ha venido incorporando la utilización de metodologías cualitativas, las cuales permiten integrar diferentes herramientas desde el análisis de las vivencias de los directamente implicados en los fenómenos sociales. Esto es posible a través de conceptualizaciones crítico-reflexivas para comprender la realidad (6,39,58-60,66-68).

En términos generales, aunque se encontraron investigaciones que incluyen elementos importantes relacionados con variables que de alguna manera abordan aspectos de clase y posición social, no se hallaron estudios realizados en Colombia que investigaran la relación de las mujeres en EPP con los servicios de salud, comprendida esta relación a partir de la clase social como un elemento diferenciador en esta relación. Tampoco se encontraron estudios que visibilicen las desigualdades en salud, desde la clase social, en los temas propuestos en los resultados de la revisión (acceso, prácticas y relaciones). Por lo tanto, es una necesidad en salud pública desarrollar investigaciones originales, con posturas crítico-reflexivas relacionadas con

los temas anteriormente descritos, para comprender la manera como estas desigualdades se reproducen en contextos económicos estructurales.

Se concluye que la clase social donde se insertan las mujeres en EPP podría ser una categoría útil que permitiría comprender los elementos diferenciadores en la relación que ellas establecen con los servicios de salud. Así mismo, la clase social permitiría develar desigualdades en los temas desarrollados en la revisión.

Es importante comprender la perspectiva de las mujeres según el entorno que las rodea cuando se relacionan con los servicios de salud. En la medida que se reconozca y se visibilice el problema, se generarán acciones que van a permitir fortalecer las prácticas de prevención según el contexto social. Esto trasciende hacia el concepto del embarazo como un derecho reproductivo, más que como un problema que debe ser eliminado, donde se le garantice a las mujeres mejorar sus condiciones de vida y su autonomía (67). Por eso, es importante que el personal de salud logre detectar en las usuarias su visión sobre el proceso de salud y enfermedad, el cual se construye teniendo en cuenta el entorno en el cual viven (69).

Por último, se recomienda realizar revisiones sistemáticas de la literatura, lo cual permitirá complementar los hallazgos encontrados en esta revisión narrativa y presentar los criterios de exclusión de los artículos teniendo en cuenta su calidad.

Agradecimientos

Colciencias y formación doctoral salud pública, Universidad CES Medellín, Colombia.

Referencias

1. Exavery A, Kante AM, Njozi M, Tani K, Doctor HV, Hingora A, et al. Access to institutional delivery care and reasons for home delivery in three districts of Tanzania. *Int J Equity Health*. 2014;13:48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4069087/>
2. Unicef. Salud materna y neonatal. Nueva York: Unicef; 2016 [citado 2016 sep. 12]. Disponible en: https://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html.



3. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente Ginebra OMS; 2016 [citado 2016 sep. 12]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
4. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy and Childbirth. 2009;9(1):1-18. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-9-34>
5. Chomat AM, Solomons NW, Montenegro G, Crowley C, Bermudez OI. Maternal health and health-seeking behaviors among indigenous mothers from Quetzaltenango, Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública. 2014;35(2):113-20. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Ramírez HS. Calidad de la atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del antiplano boliviano. La Paz: OPS; 2010.
7. Osorio AM, Tovar LM, Rathmann K. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30:1079-92. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000501079&lng=en&nrm=iso&tlng=en
8. Corchuelo-Ojeda J, Pérez GJG. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30:2209-18. doi: [10.1590/0102-311X00152413](https://doi.org/10.1590/0102-311X00152413).
9. Aguado Quintero LF, Girón Cruz LE, Osorio Mejía AM, Tovar Cuevas LM, Ahumada Castro JR. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el litoral pacífico colombiano. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2007;5(1):1-36. Disponible en: <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/3513>
10. World Bank. World development indicators: distribution of income or consumption. Washington D. C.: The World Bank; 2013 [citado 2016 ago. 25]. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.9>.
11. Borrero YE. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2011;29:299-307. Disponible en: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3542/Derecho_salud_justicia_sanitaria.pdf?sequence=2&isAllowed=y
12. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gaceta Sanitaria. 1997;11(6):255-8. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911197713049>
13. OMS. Determinantes e inequidades en salud. Ginebra: OMS; 2012 [citado 2016 ago. 25]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es

14. Kincheloe J, McLaren P. Replanteo de la teoría crítica y de la investigación cualitativa. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. Manual de investigación cualitativa, volumen II: Paradigmas y perspectivas en disputa. Barcelona: Gedisa; 2012.p. 241-91.
15. Hirmas Aduy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhuesa X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013;33:223-9. Disponible en: http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20et%20al_Barreras%20y%20facilitadores_2013.pdf?sequence=1
16. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
17. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cadernos de Saúde Pública. 2016;32(5). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf>
18. Hernández-Álvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Revista de Salud Pública. 2008;10:72-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>
19. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bulletin of the World Health Organization. 2003;81(7):539-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572503/pdf/12973647.pdf>
20. Ruger JP. Rethinking equal access: agency, quality, and norms. Global Public Health. 2007;2(1):78-96. doi: [10.1080/17441690600911480](https://doi.org/10.1080/17441690600911480).
21. Abadía Barrero CE, Oviedo Manrique DG. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2010;9:86-102. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2650-Texto%20del%20art%C3%ADculo-9300-1-10-20120626.pdf>
22. Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia, Profamilia. Resumen Ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia; 2015. p. 59-64.
23. Fernández S. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2007;6(12):52-76.
24. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología. 2014;76(2):167-97. Disponible en: <http://mexicanadesociologia.unam.mx/docs/vol76/num2/v76n2a1.pdf>



25. Foucault M. Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. En: Varela J, Álvarez-Uría F, editores. *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta; 1980. p. 153-62.
26. Foucault M. Poder-cuerpo. En: Varela J, Álvarez-Uría F, editores. *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta; 1980. p. 103-10.
27. OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: OMS; 2015.
28. Organización Mundial de la salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra Suiza: OMS; 2018.
29. Valdez Santiago R, Salazar Altamirano Y, Rojas Carmona A, Arenas Monreal L. El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. *Revista Conamed*. 2016;21(1Sup.):42-7. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161e.pdf>
30. Briceno Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qualitative Health Research*. 2018;28(8):1308-19. doi: [10.1177/1049732318763351](https://doi.org/10.1177/1049732318763351).
31. Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L, Molina Berrio DP, Arango Urrea JD. Dehumanization during delivery: meanings and experiences of women cared for in the Medellín public network. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2018;36 (1):e03. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100003.
32. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*. 1977;11(1):2-25. Disponible en: <http://terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>
33. Bert J-F. Securite, dangerosite, biopolitique: trois versants d'une nouvelle pratique de pouvoir sur les individus. *Psicologia & Sociedade*. 2012;24:2-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24nspe/02.pdf>
34. Salles V, Tuirán R. Dentro del laberinto: salud reproductiva y sociedad. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 1997;12(1/2 (34/35)):11-68. Disponible en: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/987/980>
35. Restrepo LJ. Parteras, comadronas y médicos : la instauración de la obstetricia en Medellín 1870-1920. *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*. 2015;44(140):10. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/upb/article/view/4670/4231>
36. Montse J. Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. *Reis*. 1991;(53):29-51. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_053_05.pdf

37. Deslandes SF, Gomes R. La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas. En: Magalhães Bosi ML, Mercado FJ, editores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
38. Martínez HA. Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. *Anthropos*; 2008.
39. Alarcón AM, Nahuelcheo SY. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungará (Arica)*. 2008;40:193-202. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562008000200007
40. Menéndez EL. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*. 1985;24(96):593-604. doi: 10.2307/3466923.
41. Menéndez EL. El modelo medico hegemónico. Estructura función y crisis. En: Menéndez EL, editor. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Mexico D. F.: Alianza Editorial Mexicana; 1990. p. 83-117.
42. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31:166-75. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n2/166-175/>
43. Estrada MJ H. Vigencia de las categorías de clase social y lucha de clases en el mundo de hoy. En: Estrada MJH, editor. *Teoría crítica de la sociedad y salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia; 2011. p. 109-20.
44. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18:16-23. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-las-clases-sociales-pobreza-articulo-13062246>
45. Valencia AM. Reflexión en torno al artículo: "The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population". En: Estrada MJH, editor. *Teoría crítica de la sociedad y salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia; 2011. p. 124-30.
46. Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernández E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*. 2003;32(6):950-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14681254>
47. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de Colombia. *Clase social y salud*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2016.



48. Rocha KB, Muntaner C, Solar O, Borrell C, Bernales P, González MJ, et al. Clase social, factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su asociación con la salud autopercibida y mental en Chile. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:2219-34. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014001102219&script=sci_arttext
49. Laurell AC. *Proceso de trabajo y salud*. México D. F.: Cuadernos Políticos, Editorial Era; 1978.
50. Breilh J. Las categorías causalidad y clase social como elementos de la ideología epidemiológica. En: Breilh J, editor. *Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología. Un ensayo de desmitificación del proceso de salud y enfermedad*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1977. pp. 78-89.
51. Ministerio de Salud de Colombia. *Situación de la salud bucal*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2012.
52. Breilh J. Replanteo del método epidemiológico. En: Breilh J, editor. *Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología. Un ensayo de desmitificación del proceso de salud y enfermedad*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1977. p. 90-118.
53. Breilh J. Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. En: Centro de estudios y asesoría en salud (CEAS), editor. *Quito: CEAS; 1989*. p. 1-12.
54. Ministerio de Salud de Colombia. *IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV. Metodología y determinación social de la salud bucal*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2012.
55. Téllez PM, Tobón GD, Ramírez GA. Aplicación de la propuesta metodológica de Asa Crisitina Laurell para el abordaje de la salud y la enfermedad laboral en los estudios mexicanos. En: Morales C, Eslava JC, editores. *Tras las huellas de la determinación*. Bogotá: Universidad Nacional; 2015. p. 179-202.
56. Marrero Santos M, Román Hernández JJ, Salomón Avich N. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39:864-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500006
57. Taboada Aguirre E, Manzanera Balderas E, Dávalos Torres MM. Condición laboral asociada a complicaciones en el embarazo en noreste de México. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2014;60:612-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000400002
58. Castro R, Bronfman M, Loya M. Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco. *Estudios Sociológicos*. 1991;9(27):583-606.

59. Lerner S, Quesnel A, Yanes M. La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 1994;9(3):543-78. Disponible en: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/924/917>
60. Concha-Sánchez SC. El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante: una visión de las mujeres con base en la determinación social de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2013;61:275-91. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n3/v61n3a08.pdf>
61. Restrepo DA. Vigencia de la categoría clase social en salud pública. En: Estrada MJH, editor. *Teoría crítica de la sociedad y salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia; 2011. p. 134-44.
62. Gama Ade S, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Women's representations and experiences with vaginal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals. *Cadernos de Saude Publica*. 2009;25(11):2480-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
63. Lindquist A, Kurinczuk JJ, Redshaw M, Knight M. Experiences, utilisation and outcomes of maternity care in England among women from different socio-economic groups: findings from the 2010 National Maternity Survey. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;122(12):1610-7. doi: [10.1111/1471-0528.13059](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13059).
64. Bryant AS, Norton ME, Nakagawa S, Bishop JT, Pena S, Gregorich SE, et al. Variation in women's understanding of prenatal testing. *Obstetrics and gynecology*. 2015;125(6):1306-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4509625/>
65. Ghoma-Linguissi LS, Ebourombi DF, Sidibe A, Kivouele TS, Vouvongui JC, Poulain P, et al. Factors influencing acceptability of voluntary HIV testing among pregnant women in Gamboma, Republic of Congo. *BMC Research Notes*. 2015;8:652. Disponible en: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1651-5>
66. Chamorro PA, Tocornal MC. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños*. 2005(30):117-34. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432005000200007
67. Gómez-Sotelo Á, Gutiérrez-Malaver ME, Izzedin-Bouquet R, Sánchez-Martínez LM, Herrera-Medina NE, Ballesteros-Cabrera M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Pública*. 2012;14:189-99. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n2/189-199/es>



68. Müller FS, Silva IA. Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17:651-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500009
69. Aguirre del Busto R, Macías LME. Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. *Rev Hum Med [Internet]*. 2002 [citado 2014 ago. 10];2(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100001&lng=es.