

CREENCIAS POPULARES EN TORNO A LA SALUD MATERNA Y EL MODELO ASISTENCIAL PREDOMINANTE

Popular beliefs on maternal health and the main healthcare model

Dra. Graciela Sofía
Castellano Bentancur¹
Br. Jimena Heinzen
Cesio²
Soc. María Soledad
Nión Celio³

1 Doctora en Medicina,
Estudiante de Posgrado de
Epidemiología (F. Medicina),
Asistente del Depto. Medicina
Preventiva y Social, Facultad de
Medicina, UdelaR

2 Estudiante de Medicina.
Ayudante del Depto. Medicina
Preventiva y Social, Facultad de
Medicina, UdelaR

3 Lic. en Sociología, Aspirante
a Magister en Sociología
(FCS), Asistente de la Unidad
de Sociología de la Salud del
Depto. Medicina Preventiva y
Social, Facultad de Medicina,
UdelaR

Resumen

El trabajo se inscribe en el marco de la investigación “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad”, Depto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

El presente artículo pretende ser un marco de referencia previo y una reflexión sobre el contexto en que se enmarca la investigación más general, relativa al sistema de salud como un todo y sus concepciones hegemónicas, en particular sobre las políticas de cuidado de la salud materna, y cómo las mismas contemplan o no las creencias y prácticas extendidas por las usuarias. En este caso específico, la discusión se centra en la definición y pertinencia de un abordaje sobre creencias y prácticas de salud de mujeres gestantes, la caracterización del modelo de atención en Uruguay y la relación del mismo con las creencias de esta población de usuarias.

Palabras clave: creencias – salud materna - modelo asistencial

Abstract

“Popular beliefs and practices about pregnancy and childbirth: a focus on health-disease process”, is a research developed at Preventive and Social Medicine Department, Faculty of Medicine, Universidad de la República.

Trabajo recibido:
30 de setiembre 2010

Aprobado:
20 de octubre 2010

This article is a preliminary framework and a discussion about healthcare system as a whole and its hegemonic conceptions, in particular about maternal healthcare policies, and how it take in account beliefs and practices of female users. In this specific case, the discussion focuses on the definition and relevance of an approach on health beliefs and practices of pregnant women, characterization of the healthcare model in Uruguay and the relationship of it with the beliefs of this population.

Key words: beliefs - maternal health – helathcare model

Introducción

En el marco de la investigación “Exposición a subproductos de la desinfección del agua durante el embarazo y el bajo peso al nacer en Montevideo en el bienio 2009-2010”, proyecto desarrollado por el Departamento de Medicina Preventiva y Social (Facultad de Medicina) con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), de la Universidad de la República, (UdelaR), se ha desarrollado en el 2010 un Programa de Educación para la Salud orientado a mujeres gestantes de la ciudad de Montevideo. El mismo se ha consolidado como un proyecto el extensión “Educación para un embarazo saludable” (CSEAM 2009-2010), y cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, de las autoridades del Área Salud Del Banco de Previsión Social, y la Intendencia Municipal de Montevideo.

Dentro de las actividades educativas de dicho programa, surge la necesidad de elaborar un marco teórico y una conceptualización de la salud que tenga en cuenta el universo cultural de las participantes, es por ello que el presente equipo de investigación se ha propuesto profundizar en el conocimiento sobre las concepciones, creencias y prácticas populares vinculados a la salud materna, que sirva de sustento teórico para el mejoramiento de programas de educación para la salud en el embarazo, tanto el que se menciona anteriormente, como otros posibles. En este sentido, desde abril de 2010 las autoras se encuentran trabajando en el Proyecto “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad”, partiendo de la estructura ya montada en las policlínicas por los proyectos descritos.

Estos proyectos contemplan mujeres de 17 policlínicas (ASSE y BPS) de Montevideo y permiten acceder a datos relevados por una encuesta sobre salud y agua de una cohorte de 2200 mujeres.

La población objetivo, entonces, sería en primer lugar, aquella que actualmente participa del Programa de Educación para la Salud, que lleva a cabo el equipo investigador en el marco del Proyecto.

Específicamente se está ante mujeres gestantes de la zona noreste y noroeste de la capital del Uruguay, distribuida en barrios que si bien representan una cierta heterogeneidad en términos de su situación socioeconómica, corresponden (salvo en el caso de Buceo) a zonas de la sociedad poco aliviadas en este sentido. Según las fuentes consultadas (1) se trata de una población que concentra un importante número de personas, que en una proporción significativa tiene y ha crecido en un contexto histórico de inserción laboral precaria e inestable, clima educativo (formal) bajo, con déficits de salud (porcentajes de retraso de talla grave), y padece de exclusiones sociales múltiples. Por tanto, es una población para la cual el diseño de programas de prevención y promoción si bien está difundido, demanda de un abordaje específico, que se sitúe a partir del marco de referencia socio-cultural (de creencias, de prácticas), y necesariamente sea acercado a profesionales y tomadores de decisiones en tema de salud (sea trabajen directamente con la población o no).

El enfoque general desde el cual se parte es aquel que entiende que “Salud y enfermedad expresan una relación que atraviesa el cuerpo individual y social, confrontándose con turbulencias del ser humano en cuanto ser total. Son fenómenos clínicos y sociológicos

vivididos culturalmente.” (2). Por tanto, la premisa que guía el trabajo es la necesidad de ampliar las bases conceptuales de las ciencias de la salud, de modo de lograr una más amplia y real aproximación a la complejidad de los fenómenos de salud – enfermedad, que sean acordes a las poblaciones con las cuales se está trabajando.

Actualmente no caben dudas de que tanto la salud como la enfermedad son categorías socioculturales incrustadas en el sistema de creencias y valores de la sociedad (y matizadas particularmente según grupos dentro de ella), y por tanto pueden variar de cultura en cultura y de un momento histórico a otro (3: pág.142), de ahí la pertinencia de aproximarse al sistema de creencias y valores de la población, incorporando éstas a las actividades educativas y preventivas así como a la práctica clínica.

El presente artículo pretende ser un marco de referencia previo y una reflexión sobre el contexto en que se enmarca la investigación más general, relativa al sistema de salud como un todo y sus concepciones hegemónicas, en particular sobre las políticas de cuidado de la salud materna, y cómo las mismas contemplan o no las creencias y prácticas extendidas por las usuarias. En este caso específico, entonces, la discusión se centrará en la definición y pertinencia de un abordaje sobre creencias y prácticas de salud de mujeres gestantes, la caracterización del modelo de atención en Uruguay (histórico y actual) y la relación del mismo con las creencias / prácticas de esta población de usuarias.

Creencias y prácticas de salud

La construcción social de la salud y de la enfermedad: existencia de múltiples realidades

A un nivel general, autores como Berger y Luckmann (2003) advierten de las diversas realidades que coexisten en una misma sociedad y en el mundo: *“Lo que es real para un monje del Tíbet puede no ser real para un hombre de negocios norteamericano. El conocimiento que tiene un criminal difiere del que posee un criminalista. Se sigue de esto que las acumulaciones específicas de realidad y conocimiento pertenecen a contextos sociales específicos...”* (4: pág. 15) Analizar la realidad del mundo de vida de una población de interés, nos aproxima a los fundamentos del conocimiento que orienta la conducta en la vida cotidiana de ese grupo, a las objetivaciones de los procesos (y significados) subjetivos por medio de los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común.

Desde este punto de vista, el conocimiento de la vida cotidiana se comporta como un saber práctico fundado en normas y valores, por tanto indagar en él implica acercarse al *“...fundamento incuestionado de todo lo dado en mi experiencia, el marco presupuesto por así decir, en el cual se colocan todos los problemas que debo resolver”*. (5: pág. 25) Mundo éste que es compartido intersubjetivamente, socialmente articulado, y que contiene un marco común de interpretación y -por tanto- de acción.

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

“Actualmente existen suficientes argumentos científicos como para sostener que tanto la salud como la enfermedad no existen en si mismas en la naturaleza: ambas son construcciones sociales. (...) los propios estados físicos y mentales del ser humano, las formas de interpretarlos y las respuestas terapéuticas que reciben están fuertemente condicionados por factores de naturaleza social.”(6: pág. 506).

De esta forma, las situaciones bio psíquicas que se perciben e interpretan como problemas de salud (incluso las enfermedades microbianas) tienen -en distintos grados- una raíz sociocultural. (6: pág. 506) Esto muestra claramente la necesidad por parte de todos los actores involucrados a la prevención, la promoción y la atención de la salud de

comprender la estructura y los procesos sociales por detrás de la producción, interpretación y actitudes frente a la salud y la enfermedad. En este sentido, se afirma que la *experiencia* de la enfermedad y de la salud son fenómenos que como tal ha existido siempre, pero que cobran distintas características según el contexto socio histórico que se estén observando. (6: pág. 507) Las creencias y prácticas de salud variarán según las etapas de la historia, las culturas y sociedades, grupos, etc.

En el plano de los comportamientos preventivos, por ejemplo, distintos estudios muestran que dichos comportamientos no están explicados por un conjunto único de razones, sino que dependen significativamente de la percepción que ellas tienen de la “amenaza” de una enfermedad o conducta, y de la eficacia que la acción preventiva tiene sobre la reducción de dicha amenaza. En este sentido, las creencias juegan un papel muy importante en materia de salud y de conductas preventivas. Asimismo, la adopción de acciones preventivas también se encuentra determinada por la evaluación de viabilidad y eficacia que la persona realiza de dicha acción (una estimación subjetiva de los beneficios potenciales en función de los costos físicos, sociales, económicos que le implica). (Ver Lostao; 2000, por ejemplo) (7).

Esta aproximación toma como base la experiencia del *modelo de creencias de salud*, aplicado en diversos estudios desde la década de 1950, y fuertemente inspirado en la tradición de la psicología cognitiva “...que considera dichos comportamientos [de salud y preventivos de la enfermedad] como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.”(8: pág. 91). Sin embargo, dicho modelo no está exento –como todo constructo analítico- de limitaciones y críticas. Dentro de las mismas, se sitúan la existencia de estudios que han arrojado resultados discordantes entre las *creencias en salud* y los *comportamientos* (en nuestro caso *prácticas en salud*). Bajo esta divergencia, el análisis funcionalista cobra relevancia y trata de trascender la misma, planteando la necesidad de considerar las creencias en salud como conducta verbal articulada y no directamente como una variable explicativa de la conducta manifiesta de los sujetos. (8)

En todo caso, desde la perspectiva de las autoras aquí, no necesariamente las limitaciones y aportes de una y otra corrientes analíticas deben ser tomadas como contrapuestas. Los individuos viven en una continua movilización y actualización de creencias y valoraciones que pueden o no llevar a la práctica dependiendo de las habilitaciones y limitaciones que les brinda el contexto en el cual están insertos. Es decir, dichas creencias y prácticas se entrecruzan en un tiempo y espacio determinado, en una red de relaciones socio-económicas y culturales determinadas que fomentan la actualización de dichas creencias pero que así mismo las limitan. Puede que esas limitaciones sean plasmadas en prácticas divergentes. En todo caso, el modelo de creencias de salud cognitivo adolece en su análisis de la inclusión de dimensiones intermedias (como ser nivel socio económico de las personas/grupos, redes sociales de pertenencia, características de la medicalización y atención sanitaria, características del sistema de salud, entre otras) en la relación entre creencias y prácticas, y de ahí deriva la “disociación” entre ambas.

Las creencias moldean las actitudes con respecto a la salud pero no necesariamente se traducen en comportamientos acordes a dichas creencias. Como señalan Aguinaga *et al* (1983) existen factores condicionantes de las *actitudes* con respecto a las diferentes opciones sanitario-asistenciales (concepto de enfermedad, tipificación del rol de enfermo, conocimiento de los distintos sistemas sanitario-asistenciales, idea de muerte y su codificación cultural en relación con la enfermedad, la ideología, especialmente, las creencias religiosas), y factores constitutivos de los *comportamientos*, los cuales tienen que ver con “... la actuación que un individuo realiza en una situación concreta, como respuesta a la misma.” (3: pág.153) Siguiendo a Mary Douglas (9), este es un *conflicto cultural* que se puede reconocer –además de en campos como la religión- en aspectos referidos al tratamiento del cuerpo, de la salud.

Papel de la medicina en la construcción de las experiencias de salud – enfermedad

En esta construcción social del proceso salud- enfermedad cabe preguntarse, *¿cuál es el papel de la medicina como institución -y de los profesionales de la salud en particular- en dichas construcción y experiencias?*

La variación histórica y sociocultural de lo que se considera salud y/o enfermedad se aplica tanto en lo que refiere al conocimiento popular como al conocimiento científico. La legitimidad que posee la medicina, como señalan Mitjavila y Fernández, ha redundado en una naturalización de la manera médica de ver y actuar frente a la salud y la enfermedad. Esto último advierte que

“En condiciones de incertidumbre, el médico clínico suele recurrir a conocimientos de carácter general, a la experiencia propia y a la experiencia sistematizada por su comunidad de pares, pero también a sus propios esquemas de percepción de la realidad, y en estos últimos se incluye la categorización de pacientes en base a estereotipos que son usados como puntos de referencia.” (6) .

Desde el punto de vista de la construcción social de la salud y la enfermedad, este concepto reviste importancia entre otras cosas porque la categorización realizada por médicos y profesionales relacionados a la salud involucra por lo general la utilización de estereotipos como punto de referencia para la elaboración de diagnósticos y determinar las acciones preventivas. Los profesionales de la salud, entonces, al igual que sucede con el resto de los individuos, utilizan sus esquemas de referencia socio-culturales como marco para la interacción y definición de las situaciones, dada la *propensión ilimitada a la acción* que caracteriza a la profesión médica (10: pág. 39). A saber *“...a lo largo de la práctica sanitaria, los médicos construyen activa y selectivamente durante los primeros años de ejercicio, unos sistemas de categorías y de nociones mediante los cuales aprehenden las enfermedades y a los enfermos con los que tienen relación, y organizan sus intervenciones diagnósticas y terapéuticas.”*(11: pág. 83)

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

Concomitantemente, los profesionales de la salud legitiman los valores dominantes en la sociedad, el rol de *desviado* del enfermo y cuándo éste vuelve a su estado de *normalidad*. (12) El saber médico, en este sentido, posee una *función normalizadora* (10)¹. La medicina se presenta como una autoridad cultural, como una *institución de control social*², siendo la legitimidad de la medicina un *fundamento más de los procesos de medicalización del espacio social*. (10)

1 “...para que alguna cosa pueda ser medicalizada es necesario que sea clasificada, evaluada, caracterizada en términos de normalidad-anormalidad.” (10: pág. 4)

2 Por control social se entiende “...toda instancia de regulación respecto de los cuerpos desde una situación de poder, o en concordancia con él, en beneficio del orden instituido.” (13: pág. 34)

En relación a la construcción social de la salud y la enfermedad, el control social refiere a cómo los ideales culturales sobre la salud y la enfermedad determinan la organización sanitaria de una sociedad. En dicha organización, la medicina en general y el médico en particular, son quienes representan dichos valores y *los objetivan* mediante la asignación de los individuos de “la normalidad” y/o “la desviación” (12). Ese *control social* es ejercido (sin intencionalidad y/o conciencia necesariamente) a través de los mecanismos de *medicalización* y de *asistencia sanitaria*.

La *medicalización* refiere a la intervención por parte de la medicina en la vida de las personas. Como define Mitjavila son

“...los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios (Menéndez, 1985)” (10: pág. 2), donde “...el enunciado médico nos acompaña en la mesa (...), nos rellena estratégicamente los ratos libres (...), nos dice cuánto trabajar, cómo descansar (...) El mito de la privacidad es una ensoñación burguesa que la medicina (y no sólo ella) hace añicos.” (13: pág. 189)

La asistencia sanitaria (más concretamente su alcance y su calidad) consiste en la distribución de los distintos recursos del sistema de salud en una sociedad. Es un mecanismo de control mediante el cual se reproducen tanto las desigualdades socio-económicas como los valores ideológicos dominantes. (12) Las formas actuales de asistencia sanitaria abarcan –además– un número importante de políticas y programas de salud formales (estatales, con participación significativa de universidad y organizaciones de la sociedad civil) muchos de ellos focalizados específicamente a los sectores que viven en contextos críticos.

El consultorio es un pequeño modelo en escala de las relaciones de dominación existentes en la sociedad, entre saberes. El “saber reificado” opera como una cortina ideológica que media en dichas relaciones de dominación, de violencia. En dicho saber experto se basa la confianza absoluta y ciega en la medicina, mediante el cual el paciente es confiscado del control de su cuerpo, en lo que Nievas (13) llama un “ritual de expropiación”. En esta misma línea, Devillard (1990) plantea que la posición de poder que ocupa la medicina científica tiene que ver con la relación que se establece entre saber y poder, y más específicamente a las *condiciones sociales de clase* que permiten obtener dicho conocimiento. (11) A su vez, el médico consigue su poder gracias a ser él mismo la representación de las tendencias “racionales” en la sociedad. (14) En el caso específico de la salud femenina, Nievas señala que en estos procesos de medicalización

“La ginecologización es la operatoria específica de intervención sobre la mujer, la forma en que el saber médico la significa atrapándola en su función reproductora, con lo que le confiere un status que trasciende las fronteras técnicas de la medicina y se instala en lo social, definiéndola integralmente, reinventándola socialmente como sujeto reproductor tutelado. Medicalización que es, de este modo, intervención política sobre el cuerpo femenino, razón de Estado metamorfoseada en razón médica.” (13: pág. 187)

El papel de la medicina tradicional –entonces– es preponderante en sociedades como la uruguaya donde el “saber experto” no sólo se impone al “saber profano”, sino que también lo limita y permea constantemente.³ Creencias y prácticas populares entran en puja con el saber médico legitimado.

Creencias y prácticas de salud materna

Como ya se ha mencionado, la decodificación cultural del estado de salud-enfermedad del organismo se basa en los signos y síntomas que se consideran indicadores de la situación de bienestar o malestar bio-psíquico, como así también, la intensidad y frecuencia de los síntomas llevarán a considerar la mayor o menor urgencia de esa condición. Estos elementos en su conjunto construyen una tipología de enfermedades-síntomas-situaciones definida socio culturalmente por los individuos, teniendo en cuenta causas, sintomatologías y afectaciones de las mismas. De igual modo, “*El modo de valorar la situación se verá también modificado en función del tipo de relaciones que exista entre el sujeto activo y el sujeto paciente...*” (3: pág. 145) La tipificación del rol de enfermo (o de la condición de salud particular) en el colectivo social determina para el individuo afectado un *status* específico.

Etapas del ciclo vital -como puede ser el embarazo- determinan transformaciones en dicha evaluación sobre el estado de salud (“vulnerabilidad”) y las actitudes y comportamientos a tomar de acuerdo a la misma. Dentro del estudio de las creencias y las prácticas populares en relación a la salud materna y el parto aparece como dimensión fundamental, entonces, la valoración

3 Y –a nuestro entender– no sucede de igual modo necesariamente a la inversa.

específica de la situación de embarazo dentro del conjunto de valoraciones en torno a la salud de las mujeres en general, en el entendido que surgen creencias y se propician prácticas específicas que –aunque no necesariamente asimilen embarazo = enfermedad– sí sitúan dicho estado como de mayor vulnerabilidad, cambiando de esta forma el patrón de referencia y momentáneamente, en definitiva, el estatus asociado a esa persona dentro del colectivo social.

Estudios recientes (por ejemplo Lartigue Becerra, T. 2001; Hecker, A. et al 2006; entre otros) señalan cómo para algunos individuos el embarazo es visto como una situación de vulnerabilidad y “amenaza” en relación a la salud de la mujer, que le impone límites y moderaciones para atender esa situación de “riesgo”. En otras sociedades y grupos, el embarazo es visto como un evento natural en la vida de la mujer, sin acarrear mayores problemas de salud y por tanto no se concibe como necesario un sistema de prohibiciones estricto, aunque sí es considerado un *estado particular dentro de la condición de salud*. (15) (16)

Un estudio realizado en Méjico (17), por ejemplo, aborda la importancia que adquiere la consideración de prácticas populares arraigadas en países como Méjico donde aún existe una alta mortalidad infantil, y una alta tasa de muertes maternas, ya que estas prácticas populares ayudan a la mujer y su familia a enfrentar los diversos riesgos del periodo perinatal, marcando la importancia de instrumentar estrategias de diagnóstico e intervención sensibles a la cultura. En el trabajo de Pelcastre *et al* (2005) se puede apreciar que en regiones de Méjico donde los saberes indígenas constituyen el marco de referencia para la solución de problemas de salud, estas prácticas se mostraron útiles y benéficas para los cuidados perinatales, teniendo en cuenta que son lugares sin servicios de salud. (18)

Por su parte, en un estudio realizado por la Universidad del Valle del Rio de los Sinos los investigadores (19) analizan los mitos y tabúes relativos al cuidado después del parto en una población de usuarias de servicios de salud pública en el Estado de Rio Grande del Sur. En este caso, los mitos atraviesan las vidas de las participantes, y refieren al equilibrio salud / enfermedad, a la higiene posparto, a la protección de la integridad del recién nacido y proveen alternativas para la solución de problemas de salud.

En el trabajo de Perovic et al (2006) queda demostrada la importancia de algunas creencias de la comunidad indígena toba relativos a la alimentación durante la gestación, ya que los mismos condicionan la nutrición de la madre: en algunos casos de manera benéfica y en otros operan en detrimento de otros nutrientes como el pescado, que se asocia con anomalías en el futuro bebé. (20)

En nuestro país, los estudios del Programa de Antropología y Salud (Dpto. de Antropología Social - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación - UdelAR), reafirman la importancia de lo sociocultural en la problemática global de la salud *reconociendo definitivamente la especificidad ontológica de ese dominio que puede ser también abordado profesionalmente y responsablemente por la antropología*. (21).

Complementariamente, desde la Cátedra Libre en Salud Sexual y Reproductiva, Sexualidad y Género (Facultad de Psicología de la Universidad de la República), se aporta la necesidad de trascender en Uruguay la concepción de la salud como la ausencia de enfermedad y la superación del paradigma médico hegemónico tradicional por un concepto de salud entendido como un proceso al mismo tiempo singular que colectivo, entretejido por diferentes factores, entre ellos el género (22). Desde la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo que se realizó en el Cairo en 1995, se puso sobre la mesa la necesidad de construir políticas públicas de salud desde una perspectiva de derechos y de género, superando así el paradigma de la atención materno infantil por un paradigma de Salud Sexual y Reproductiva; incluyendo las relaciones de género como relaciones de inequidad entre mujeres y varones que juegan un rol en el proceso salud enfermedad a través de los Determinantes Sociales propuestos por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en 2005. (22)

Más allá de estos estudios, en Uruguay es necesario profundizar en investigación específica en el tema. Sobre todo si tenemos en cuenta que ligada a la propia construcción cultural de la salud y la enfermedad, en el caso de la salud materna confluye el hecho de que la maternidad, siendo un fenómeno social, también se configura a través de significaciones socio-culturales del imaginario social que no necesariamente tienen relación directa con la maternidad en términos biológicos, sino que son el producto de una operación simbólica que le da significado a la dimensión materna de la feminidad y por ello, son portadoras de sentido.(23: pág. 148) Por tanto, así como la salud y la maternidad son vivenciadas de manera diferencial entre e intra sociedades, la salud materna constituye un fenómeno socio-cultural específico en sí mismo, que contempla estas valoraciones, creencias y construcciones sociales subyacentes a procesos de índole macro.

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

Dicha especificidad dificulta las posibles extrapolaciones al universo de las mujeres embarazadas que se atienden en el primer nivel del sub sector público en Montevideo, que será la población objeto de la presente propuesta. Esto conlleva la ausencia de esta mirada en la práctica asistencial, en los programas de promoción y educación para la salud, en la enseñanza de pre y posgrado, así como en el diseño de políticas públicas integrales e inclusivas, que incorporen la perspectiva de las usuarias, en clave de derechos humanos, género, y participación efectiva. Cabe preguntarse entonces, *cómo sin ese conocimiento es posible integrar dichas creencias en un modelo asistencial de salud acorde a los marcos de referencia de las usuarias, en comunión con el saber de los profesionales de la salud.*

El modelo asistencial de salud uruguayo

Continuidades y ¿cambios?

“A partir de 1900 la sociedad uruguaya convirtió a la salud en el valor supremo.

De él derivó un poder opaco pero absoluto, el del médico, y un sometimiento inconfesado pero total, el del paciente” (J. P. Barrán, 1992).

El modelo asistencial y la atención médica se ven profundamente influidos por el contexto histórico y sobre todo, por la concepción que la cultura ofrece respecto a la salud y la enfermedad. El Uruguay se enfrenta actualmente a un cambio en el paradigma biomédico, marcado sobretodo por un fuerte cuestionamiento social al modelo hegemónico. (9)

La medicalización de la sociedad uruguaya ocurrida en el 1900, según Barrán (1992), ocurrió a tres niveles: el primer nivel, la consideración de la salud como valor supremo de la sociedad; en el nivel de la atención, con una creciente participación del médico en el tratamiento de la enfermedad (a diferencia del siglo anterior, donde, barberos, curanderos y curanderas, así como cirujanos de bajo prestigio, soldados rasos en algunos casos, eran los depositarios de la capacidad de curar, sin contar la enorme participación de las mujeres en la vida familiar, la automedicación y auto cura). Y finalmente, en un tercer nivel, la asunción por parte de la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes derivados directamente del saber médico (24). El campo de la salud en el Uruguay no ha sido una excepción y ha estado hegemonizado por el saber y la institución médica. Como lo demuestra la reconstrucción histórica realizada por este autor, el poder médico se afianzó en el siglo pasado, ligado al modelo patriarcal, al rol de autoridad ejercido por el padre, el Estado y las Instituciones. (24)

En los últimos años, han ocurrido cambios que muestran una cierta fractura en este modelo hegemónico, los cuales comienzan por la masificación de la profesión médica, la feminización de la misma, la integración más democrática, así como médicos cada vez más

jóvenes, cambios todos que desestabilizan la base de la autoridad y ponen en cuestión su tradicional poder.

Por un lado, parte de los cambios refieren al impacto de la divulgación masiva de temas de salud, que genera actitudes menos pasivas por parte de los pacientes, así como la creciente denuncia de errores médicos, iatrogenias, todo en su conjunto genera una nueva actitud por parte de la población que sumado a la disminución del estatus médico, configura una verdadera “revolución cultural” en el campo de la salud (9). El *saber profano* se ve permeado por la popularización del *saber experto*. Las personas reclaman una atención cualitativamente diferente. Es así que vemos crecer en los últimos años a las medicinas denominadas “alternativas”: “*los médicos que dictaron normas de vida para el cuerpo social y los cuerpos de todos y cada uno, no solo deben ahora compartir espacios y pacientes, sino, también, adaptar conocimientos y discurso, en definitiva, cambiar para poder permanecer*” (9).

Sin embargo, tal como manifiesta Romero, S. (2009), en el caso concreto del Uruguay la autoridad médica se mantiene vigente diferencialmente según la población usuaria “... la modalidad autoritaria predomina y perdura como *habitus asistencial en las relaciones médico paciente, sobre todo en el marco de la asistencia gratuita o de la Salud Pública*. (S. Romero, 2003).” (9: pág. 51). Esta posición jerárquica del médico –que establece la existencia de un *habitus asistencial autoritario*- en la situación “personal” con el paciente se encuentra predeterminada por la valorización social de su rol, mediante la cual se lo habilita a ejercer ese poder, esa autoridad. Una de las consecuencias de dicho *habitus*, es el “retraimiento” –término acuñado por Douglas, M.-, y la consecuente búsqueda de soluciones alternativas al mismo. Pero esta posibilidad de “resistirse” a las formas preponderantes en el sistema de atención de salud es desigual según los distintos sectores en la sociedad: se logra con mayor efectividad en los sectores medios y altos (en términos de poder adquisitivo). (9) (Ver también Moreira, N. 2006) (25).

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

“A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones. E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista...I) La participación social de trabajadores y usuarios. J) La solidaridad en el financiamiento...” (26)

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

fortalecimiento de ASSE⁴ como prestador integral, del MSP⁵ en su rol de rector y definidor de políticas de atención a la salud, y la inserción de distintos servicios de la Universidad de la República a nivel territorial.

Para cumplir con el objetivo central del nuevo SNIS se

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

han propuesto, entonces, cambios en tres niveles fundamentales. El *cambio en el modelo de atención*, el cual privilegia la atención integral y continua en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, con un fuerte fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. El *cambio en el modelo de gestión*, parte de esta estrategia incluye la descentralización de ASSE y que el MSP asuma el rol de rector y regulador del sistema. Se prevé además la participación de usuarios y funcionarios del sistema en la gestión tanto a nivel de la Junta Nacional de Salud (máximo órgano de conducción del sistema) como de la gestión local de servicios. El *cambio en el modelo de financiamiento*, basado en el principio de justicia distributiva y buscando disminuir las inequidades preexistentes en cuanto a inversión en salud, creándose para ello el Fondo Nacional de Salud que luego será remplazado por el Seguro Nacional de Salud (27).

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

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

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

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho de participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación” (26).

No se puede ser ajeno al hecho de que se ha avanzado en este aspecto, ya que se han incorporado representantes de los usuarios en los órganos de conducción generales del SNIS y a nivel local en muchos servicios, fundamentalmente en el sub sector público. Sin embargo, queda mucho por avanzar en lo que hace a la construcción colectiva de esta participación y sus significaciones para los distintos actores del sistema para que la misma sea realmente un ámbito democratizador y no otra estructura jerárquica y burocratizada alejada de las perspectivas y expectativas a nivel local. Más aún, en la inclusión no sólo de su voz si no también de los fundamentos que guían sus creencias y prácticas cotidianas, lo que implica la legitimación del saber popular como complementario al saber científico-profesional. Con respecto a las construcciones sociales en torno a la participación social Iñiguez concluye: *“El significado social de la atención sanitaria no es el mismo para todos los agentes implicados. Una amplia gama de elementos configuran las diferentes posiciones que miran y significan qué es, cómo se hace, y qué expectativas se crean en relación a la sanidad y al sistema sanitario” (28: pág. 2).* Futuras investigaciones e intervenciones a nivel comunitario deberán indagar y acompañar procesos de construcción colectiva en torno a conceptos como salud y participación social de los distintos actores involucrados en vistas a favorecer ámbitos dialógicos que promuevan un mayor control de su salud por parte de las comunidades, y garanticen un mayor éxito de las estrategias de prevención y promoción de salud.

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

En consonancia con el perfil del egresado aprobado por la Asamblea del Claustro (1995), se aprueba el Nuevo Plan de Estudios (NPE) en su sesión del día 27 de diciembre de 2007. El mismo es ratificado por el Consejo de Facultad de medicina el 26 de marzo de 2008 y por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República en diciembre del mismo año. (29). El NPE se encuentra en proceso de implementación; siendo un proceso con dificultades entre otras cosas por las resistencias que provoca la necesaria incorporación de otras miradas y otras prioridades a la formación médica.

En relación al caso uruguayo, en términos generales y tal como señala Romero, podemos pensar que “...*la medicina* [a la luz de estas transformaciones mencionadas] *produce igualmente sus propias vías de transformación en valores y alternativas, aunque no todas con la misma profundidad. Mantenemos la convicción de que la diversidad cultural llegó para quedarse en el campo de la salud, no es un cambio menor.*” (30: pág. 56)

La salud de la mujer en Uruguay

Con respecto a Salud Sexual y Reproductiva, en los últimos 5 años en el marco de la Reforma del Sistema Sanitario se han dado algunos avances importantes. Abracinskas & López Gómez en su estudio “Monitoreo de Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva” para el periodo marzo 2005 – febrero 2006, manifiestan “...*la constatación de un avance lento pero progresivo del estado de las políticas de salud sexual y reproductiva en nuestro país.*” (31: pág. 239) En dicho estudio se plantea la existencia de tres niveles: los programas, las normativas sanitarias y guías clínicas, y los mecanismos o ámbitos creados para la consecución de los objetivos planteados. Como aspecto positivo, las investigadoras destacan la creación del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, incluyendo en la agenda temáticas no tradicionales como violencia de género, salud del varón, entre otros.

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

- la normativa de Atención Sanitaria y Guías de práctica clínica de la ordenanza 396/04 del MSP, “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”;⁶

- el Decreto N°47/2006, que retoma y reglamenta la Ley N° 17.386 del año 2001 que disponía el derecho de toda gestante al acompañamiento en el parto por una persona de su elección; y

- el Decreto N° 271/2005 que establece la “*exoneración del pago de la tasa moderadora a todas las mujeres embarazadas, de los estudios paraclínicos que se recomiendan en el protocolo para un adecuado control del embarazo de bajo riesgo.*”

Posteriormente al período analizado por Abracinskas & López Gómez, se han sucedido otros decretos y ordenanzas ministeriales orientadas a la mejora en la atención a mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en julio del año 2006 se exoneraron los costos de la Colpocitología Oncológica y Mamografías (Ordenanza número 402/006 del MSP). En diciembre de 2008 -previo debate a nivel social y legislativo- se promulga la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva; la que representa un avance importante en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos. (32).

Asimismo, en el marco de la implementación del SINS se llevó adelante un Plan de seguimiento y auditoría de la Reforma a través de la selección de indicadores vinculados a Programas de Salud, donde se dispone la evaluación del cumplimiento de determinadas Metas Asistenciales, en las

6 Si bien fue aprobada en el 2004 su implementación corresponde al período estudiado (33: pág.35).

que se incluyen indicadores referentes a la Salud del Niño y de la Mujer. En particular, en el caso de la salud de la mujer se evaluaron los niveles de cumplimiento en el control del embarazo, la atención al puerperio y la prevención del cáncer genito- mamario. Esta estrategia redundó en un énfasis significativo de los distintos prestadores en la atención a este grupo de usuarias a través de un mayor seguimiento y control de las mismas; según los informes de la Junta Nacional de Salud la gran mayoría de los prestadores lograron cumplir con las metas propuestas para el año 2009.

Se han publicado además Guías en Salud Sexual y Reproductiva. En el período analizado por Abracinskas & López Gómez se elaboró el Capítulo de Anticoncepción y las Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico. Infecciones de Transmisión Sexual. Posteriormente en el año 2007 y 2008 se publica el Capítulo Normas de Atención a la Mujer Embarazada y Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio, respectivamente. En dicho capítulo se hace referencia específica, por un lado que en la formulación del concepto de riesgo se tenga en cuenta no solo las causas médicas, sino también las diferentes situaciones sociales y culturales de las mujeres; y, por otro que en la educación de la mujer embarazada, se aborden “*fantasías, mitos y creencias, miedo al parto, a la muerte, al dolor*”. (31: pág.13).

A pesar de la intencionalidad política de abordar la salud sexual y reproductiva de forma integral, en las conclusiones del trabajo Abracinskas & López Gómez destacan: “*Esta voluntad no siempre se correlaciona en la práctica, debido a que muchas veces prevalece la inercia de una tradición institucional caracterizada por la formulación de políticas sectoriales y temáticas, que resisten la transversalización de la perspectiva de género en programas, muchas veces enunciada pero no siempre traducida en objetivos y acciones*” (31: pág. 240)

Con respecto a la inclusión de la perspectiva de los usuarios y usuarias específicamente, se destaca una gran tradición de organizaciones sociales organizaciones de mujeres y feministas y de derechos humanos. Sin embargo, estas no han sido integradas de manera directa en el diseño e implementación de las reformas planteadas. Las investigadoras refieren en este tema, el hecho de que “*Un asunto que merece reflexión es cómo superar la retórica y operacionalizar efectivamente la participación ciudadana*” (31: pág. 218). Si bien la presente administración se ha planteado como objetivos principales profundizar en la participación social y en las políticas de género desde una perspectiva de derechos, no se cuenta aún con elementos para evaluar su impacto real, más allá de la real transformación en el plano normativo y discursivo en materia de políticas de salud y del modelo de asistencia. Esto último, en vistas de los resultados de algunos estudios anteriores, que planteaban la existencia de costos políticos en materia de reformas del sistema de salud, que redundaron en cambios leves del sistema pero no en transformaciones sustantivas. (34)

Reflexiones finales

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

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

El Uruguay se encuentra frente a lo que varios autores/as consideran una “*revolución de la salud*”. Como respuestas a dicha revolución es posible identificar tres grandes procesos: 1) la respuesta institucional estatal, representada por la Reforma del Sistema de Salud,

con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud; 2) el esfuerzo por parte de la Facultad de Medicina de adaptar su plan de estudios a una nueva concepción de atención a la salud, con mayor énfasis en un modelo de prevención y promoción. Y por último, 3) el incremento del uso de medicinas alternativas que como vimos, son opciones a las que accede un sector particular de la población, de mayores recursos tanto culturales como económicos, y que refleja la búsqueda no institucionalizada de soluciones, una suerte de “resistencia” al modelo predominante.

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

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

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

En su conjunto, entonces, la sociedad busca modos de enfrentar la complejidad de este proceso, donde se contraponen el gran desarrollo tecnológico de la medicina biomédica, con la necesidad de una medicina más humanizada e integral. Pero este esfuerzo no es susceptible de ser aprovechado por todos los grupos sociales, en la medida que el diseño de las estrategias de participación sigan basándose en la concepción técnico hegemónica de la salud y de las políticas sociales en general. Futuras investigaciones e intervenciones a nivel comunitario deberán indagar y acompañar procesos de construcción colectiva en torno a conceptos como salud y participación social de los distintos actores involucrados, en vistas a favorecer ámbitos dialógicos que promuevan un mayor control de su salud por parte de las comunidades. Asimismo, la integración del conocimiento sobre las creencias y prácticas de las usuarias en materia de salud materna serán un pilar fundamental para el éxito de las políticas orientadas a la promoción de las conductas preventivas en este tema, sin el cual los indicadores podrán brindar resultados cuantitativos significativos pero cualitativamente alejados de los marcos de referencia de la población objetivo.

Bibliografía

1. Abracinskas, L; - López Gómez, A. Monitoreo de Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva. 2º Encuentro Universitario “Salud, Género, Derechos Sexuales y Reproductivos. Avances en investigación nacional.” Montevideo, 2006. Udelar, Facultad de Psicología, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.
2. Ackerkhecht, E. Medicina y Antropología Social. 1985. Págs. 139-140. Ed. Akal Universitaria, Madrid.

3. Aguinaga Roustan, J.; Comas, D.; Díaz, M. A.; López, A. E.; Manrique, A.; Ochoal, J.M. Evaluación de la percepción de la problemática de la salud. REIS 1983. N° 23. NOTAS DE INVESTIGACIÓN. :141-158.
4. Amorín, D.- Carril, E. - Varela, C. Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En: LÓPEZ GÓMEZ, A. (Coord.) Proyecto Género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo. 2006. Ed. Trilce, Montevideo.
5. Asamblea del Claustro. Facultad de Medicina. Perfil del Egresado, 1995. http://www.fmed.edu.uy/Documentos/PERFIL_DEL_MEDICO.pdf & Asamblea del Claustro. Facultad de Medicina. Plan de Estudios de la Carrera Doctor en Medicina, 2007. Disponible en: <http://www.claustro.fmed.edu.uy/menu2.html> -agosto 2010-
6. Barrán, Bayce, Cheroni, De Mattos. La medicalización de la sociedad. Cap. 8: Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. 1992. Ed. Nordan/Goethe-Institute, Montevideo.
7. Barrán, Bayce, Romero, S. La medicalización de la sociedad . Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural. Cap.7 .1993. Nordan/Goethe-Institute. Montevideo.
8. Benedet, L. - Ramos, V. Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud. 2009. CSIC, Montevideo
9. Berger, P. – Luckman, T. La construcción social de la realidad. 2003 Amorrortu Editores. Madrid.
10. Briozzo, L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Cap. 1, Págs. 31 -39. Editorial Arena. Montevideo Uruguay 2007
11. Devillard, M. J. La construcción de la salud y de la enfermedad. REIS. 1990. Julio-Septiembre. Num.51:79-88.
12. Hecker, A. – de Olivera, N. – Selli, L. “Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença.” REBEN. Brasilia 2007 jan-fev: 60(16);42-48
13. Iñiguez, L. *et al.* Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya. Revista Forum: qualitative social research. 2009. Volumen 10, No. 2, Art. 34. Mayo.
14. Luz, Anna Maria Hecker, Berni, Neiva Iolanda de Oliveira and Selli, Lucilda Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. *Rev. bras. enferm.*, Fev 2007, vol.60, no.1, p.42-48. ISSN 0034-7167
15. Lartigue, T. Myths and taboos of motherhood: focusing on the health-disease process. *Perinatol.Reprod. Hum.* 2001 Num. 15:75-88.
16. Ley 18.211. 2007. <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=-> agosto 2010-
17. Tomasina, F. – León, I. Capitulo 7 Sistema de salud en Uruguay. Temas de Salud Pública. 2008 Depto. MPyS. Oficina del Libro. FEFMUR, Montevideo.
18. Ley 18.426 DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 2008. <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426> – agosto 2010-
19. Lostao, L. Factores predictores de la participación en un programa de «screening» de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. REIS. 2000. N° 92. Octubre- Diciembre :169 -188.
20. Minayo, MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saude. 2004. 7ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec.
21. Mitjavila, M. – Fernandez, J. Factores sociales, salud y enfermedad. DIBARBOURE, H. & MACEDO, J. Introducción a la medicina familiar. 1998. Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República, Montevideo: 506-519.
22. Mitjavila El saber médico y la medicalización del espacio social. 1998. DT n° 33 DS FCS Udelar Montevideo

23. Mitjavila, M.- Moreira, C.-Fernandez, J. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State? 2002. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):1103-1120, jul-ago.

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

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

26. Nieves, F El control social de los cuerpos. Pag. 189 . 1999. Editorial Eudeba, Buenos Aires.

27. Observatorio de la Intendencia Municipal de Montevideo <http://intgis.montevideo.gub.uy/sit/aplicaciones/urbal10/index.php> - junio 2010- e Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.gub.uy/microdatos/microdatosnew2008.asp> -junio 2010-.

28. Pelcastre, B.- Villegas, N.; De León, V. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. En Rev. Esc. Enferm. 2005. USP;39(4):375-382, dez.

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

30. Perovic, N.; Cristaldo, P.; Barragán, B.; Lagranja, E. Representaciones contemporáneas de mujeres embarazadas tobas entorno al consumo de alimentos durante el proceso de gestación. Dieta (B. Aires);2006. abril - junio. 24(115):15-21.

31. Romero, S. Dossier Veinte años de estudios en antropología de la salud. Cuadernos del CES. 2009. Num. 5. Diciembre. Montevideo : 31-33.

32. Romero, S. Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. Cuadernos del CES. 2009. Num. 5. Diciembre. Montevideo. : 38-45.

33. Rodriguez, J. Salud y Sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español. 1987. Editorial Tecnos, Madrid.

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