



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Investigación científica y tecnológica

Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia



Vanessa Giraldo-Gartner^{a,e,*}, Catalina Muñoz-Rondón^{b,e},
María Teresa Buitrago-Echverri^{c,e} y César Ernesto Abadía-Barrero^{d,e}

^a Estudiante de Doctorado, University of Massachusetts, Amherst, Estados Unidos

^b Estudiante de Doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, Ciudad de México, México

^c Salud Pública, Profesora Asistente, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C., Colombia

^d Profesor Asistente, University of Connecticut, Mansfield, Estados Unidos

^e Investigador, Grupo Antropología Médica Crítica

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de octubre de 2015

Aceptado el 14 de abril de 2016

On-line el 15 de junio de 2016

Palabras clave:

Género y salud

Medicina familiar y comunitaria

Embarazo abdominal

Cultura

Prestación de atención de salud

RESUMEN

Introducción: Este estudio aborda la salud materna desde el enfoque del proceso de cuidado a fin de entender cómo los determinantes de la salud se expresan en la experiencia cotidiana de las mujeres.

Objetivo: Describir y analizar la interacción entre el cuidado doméstico y el cuidado hospitalario durante la gestación y el puerperio en mujeres gestantes que viven en condiciones socioeconómicas adversas.

Material y métodos: Estudio cualitativo basado en entrevistas, observación participante y análisis de fuentes secundarias. Participaron 20 mujeres que asistieron a una clínica de maternidad en la ciudad de Cartagena en 2013. Las participantes tenían una edad media de 25 años, vivían en condiciones socioeconómicas desfavorables y contaban con uno o más de los siguientes riesgos obstétricos: amenaza de parto prematuro, antecedentes de aborto y/o preeclampsia leve. Se realizaron observaciones en el hospital y en la residencia de 4 mujeres. Adicionalmente se entrevistaron 6 profesionales de salud de la clínica.

* Autor para correspondencia. Department of Anthropology, University of Massachusetts, Amherst, MA 01003, USA.

Correo electrónico: vgiraldo@umass.edu (V. Giraldo-Gartner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.04.009>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Resultados: Las condiciones socioeconómicas adversas que reportaron las mujeres y las dinámicas familiares de su contexto determinan sus vivencias de maternidad. Los familiares son los principales agentes de cuidado. Los cuidados más importantes están relacionados con actividades físicas, transporte, alimentación y exposición al ambiente. Los cuidados domésticos se trasladan al ambiente hospitalario.

Conclusión: Los modelos de atención hospitalarios deben reconocer el rol de las redes de apoyo de las mujeres como guías del proceso de cuidado y entender las condiciones de vida de las mujeres para adaptar los servicios a las necesidades de las pacientes y evitar reproducir situaciones de desigualdad.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Interactions between home care and hospital care during pregnancy and postpartum among low-income women in a maternity clinic in Cartagena, Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Gender and health
Family practice
Pregnancy, abdominal
Delivery of health care
Culture

Introduction: This paper proposes an approach to maternal health from the care process perspective to understand how determinants of health manifest in the daily experience of women.

Objective: To describe and analyze the interaction between the domestic and clinical care during pregnancy and post-partum among women who live in adverse socio-economic conditions.

Material and methods: Qualitative study based on semi-structured and in-depth interviews, participant observation, and analysis of secondary sources. Twenty women who received care at a maternity clinic in the city of Cartagena, Colombia, were interviewed. Participants had an average age of 25, lived in adverse socio-economic conditions and had at least one of the following obstetric risks: preterm labor symptoms, previous abortions, or mild preeclampsia. Participant observation took place at the clinic and at the residence of 4 patients. In addition, 6 in-depth interviews were conducted with health workers of the clinic.

Results: The socio-economic conditions of women and their family dynamics determine their experiences of maternity. Relatives, usually other women, are the main agents of care. The most important care activities revolve around physical activities, transportation, nutrition, and exposure to the environment. The characteristics of domestic care play an important role in the clinical environment.

Conclusion: Family-centered care requires acknowledging the role of relatives and other members of the women's social networks as guides in the healthcare process. Likewise, recognizing the socio-economic conditions of women requires adapting health services to the needs of women and their families in order to avoid reproducing social inequalities.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud materna es una de las mayores preocupaciones sobre la salud femenina a nivel global y un indicio del desarrollo de las sociedades en cuanto a calidad de servicios de salud, condiciones de vida y equidad de género. La mayoría de modelos recientes de análisis de morbilidad materna reconocen que la salud materna es multidimensional y requiere abordajes interdisciplinarios¹. Dichos modelos identifican 3 tipos de determinantes: directos (riesgos obstétricos, enfermedades y régimen alimentario), subyacentes (educación, acceso a servicios de maternidad, prácticas de salud y búsqueda de

atención, acceso a alimentos, servicios de agua, saneamiento y servicios básicos de salud) y básicos (sistemas políticos, económicos, culturales, religiosos, sociales y de salud)².

Este estudio aborda la salud materna desde el enfoque del proceso de cuidado, en un esfuerzo por entender cómo estos determinantes se expresan en la experiencia cotidiana de las mujeres. Se parte de la idea de cuidado como un proceso intersubjetivo que se inscribe en un contexto socioeconómico particular y se moldea en la interacción de múltiples esferas de cuidado (doméstica, biomédica, medicinas tradicionales, entre otros). Desde las ciencias de la salud, diferentes autores han estudiado los cuidados y saberes no biomédicos alrededor de la gestación mediante enfoques como el de conocimientos,

actitudes y prácticas³ y el de cuidados culturales⁴. Desde las ciencias sociales, la salud reproductiva ha sido un tema privilegiado para entender ejercicios de medicalización sobre los cuerpos de las mujeres⁵⁻⁶ y las relaciones de poder y género en los escenarios comunitarios y los espacios clínicos⁷⁻¹⁰.

Todos estos análisis han sido ampliamente iluminadores, a pesar de que la gran mayoría suelen enfocarse en una sola de las esferas de cuidado. Analizar la interacción entre diferentes relaciones de cuidado conduce a un entendimiento integral de la salud materna, permite identificar debilidades y fortalezas en la atención y ofrece claves para el desarrollo de modelos de atención que reconozcan el rol de las diferentes esferas y agentes de cuidado en las dinámicas cotidianas del espacio hospitalario. El objetivo de este estudio, por tanto, fue describir y analizar la interacción entre el cuidado doméstico y el cuidado hospitalario durante la gestación y el puerperio en mujeres gestantes que viven en condiciones socioeconómicas adversas y son atendidas en una clínica de maternidad de la ciudad de Cartagena, Colombia. Este estudio describe la experiencia de gestación como un proceso moldeado por las condiciones sociales de las mujeres y sus familias que se construye en relación con otras y otros que participan del cuidado. Este proceso está relacionado con estructuras de ordenamiento social que tienen que ver con dinámicas de género, raza/etnia, orden laboral y territorio que imprimen a cada experiencia especificidades y recorridos particulares.

El hospital en el que se llevó a cabo este estudio atiende mujeres provenientes de Cartagena y de las zonas rurales aledañas. Cartagena, con una población estimada de 1.001.755 habitantes para el 2015, ha sido catalogada como una de las ciudades más desiguales del país¹¹. El 26,6% de su población vive bajo la línea de pobreza y el 4,3% bajo la línea de indigencia¹¹. Pese a ser una de las ciudades más turísticas del país, las tasas de desempleo, empleo informal, violencia y prostitución son de las más altas del país¹².

Materiales y métodos

Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo¹³ asentado en la experiencia de los sujetos¹⁴. La recolección y análisis de la información buscó caracterizar la perspectiva y la cotidianidad de quienes participaron mediante una lógica abductiva-iterativa-recursiva¹⁵, que se refiere a la posibilidad de reevaluar conceptos en la interacción con los sujetos, estando alerta a las señales y caminos de interpretación, y adoptar elementos de diferentes fuentes para reconstruir sus realidades.

Participantes

Se seleccionaron 20 mujeres mediante muestreo intencional no probabilístico con características que representaran la población atendida en la clínica. Fueron entrevistadas 10 gestantes en el tercer trimestre de embarazo y 10 durante la primera semana posparto. La edad promedio fue de 25 años. Todas las mujeres habían sido clasificadas como población en condiciones de pobreza, 12 vivían en barrios marginales o zonas rurales y 8 en municipios aledaños. Todas presentaban uno o más de los siguientes riesgos obstétricos: amenaza

de parto prematuro, antecedentes de aborto y/o preeclampsia leve. Dichos factores de riesgo fueron sugeridos por los profesionales de salud de la clínica, dado que dichas pacientes tienen una interacción frecuente con la clínica y existen mayores probabilidades de ubicarlas. Se excluyeron mujeres menores de 18 años, no clasificadas como población en condición de pobreza, que no estuvieran interesadas en participar en el estudio y/o que no aceptaran firmar el consentimiento informado.

Adicionalmente se realizaron entrevistas en profundidad a 6 profesionales de la clínica: 3 de enfermería, 2 de medicina y uno de odontología. La participación de dichos profesionales enriqueció los relatos de las pacientes y el entendimiento sobre las interacciones en el espacio clínico.

Instrumentos

La información se recolectó a través de entrevistas en profundidad y semiestructuradas, registros en el diario de campo de jornadas de observación participante en la clínica y en las viviendas de 4 de las pacientes, y análisis de fuentes secundarias. Las categorías centrales de todos los instrumentos de recolección de información fueron: condiciones de vida, cuidados en la esfera doméstica y experiencia durante la estancia hospitalaria.

El empleo de múltiples métodos y fuentes de investigación, así como la revisión de información por parte de 4 investigadores, permitieron validar la recolección y el análisis de los datos mediante triangulación¹⁶. El número de participantes se definió de acuerdo al punto de saturación; es decir, en el momento en que dejan de aportar información significativamente nueva a las categorías ya encontradas.

La información se clasificó en categorías temáticas y emergentes con la herramienta de análisis cualitativo NVivo 10. Los investigadores contrastaron categorías emergentes con las categorías teóricas iniciales y se establecieron ejes analíticos que permitieron construir el hilo narrativo de los resultados.

Resultados

Caracterización de las realidades de las mujeres

Aun cuando cada mujer tiene una trayectoria de vida particular, quienes participaron en este estudio coincidieron en: una escolarización corta; escasas oportunidades de empleos formales y ninguna posibilidad de empleo durante el embarazo, y condiciones precarias de vivienda. La mayoría de ellas tenían acceso limitado a transporte y escasa disponibilidad de servicios sanitarios, particularmente agua potable. Cuatro reportaron violencia de género en sus familias de origen y/o con sus parejas. Otra característica esencial de la realidad de las mujeres es la multiparidad y la multiparentalidad. Todas consideraron que 3 era el número mínimo de hijos, «menos de tres no es familia», y con solo una excepción, quienes tenían más de 3 hijos los habían concebido con diferentes compañeros.

«Hay gente que ya tomó la decisión de hacerse la ligadura de trompas... Y después... quieren que se las suelten porque ahora viven con un muchacho que no tiene hijos... Y

que [...] le tienen que dar un hijo porque si no él se va a buscar otra». (Profesional 2.)

Los hombres buscan demostrar su heterosexualidad activa mediante la procreación y afianzar su virilidad al asumir la responsabilidad del sustento de su compañera y de los hijos con ella. No obstante, este rol como proveedor termina cuando él o ella finalizan la relación sentimental. En el caso de las mujeres, concebir varios hijos está relacionado con un imperativo social de la maternidad y con una salida paliativa a la vulnerabilidad económica que permanentemente enfrentan. Las familias se constituyen y reconstituyen, perturbando los imaginarios de familia nuclear y estable. El desconocimiento de estas configuraciones familiares diversas es necesario para evitar una actitud pasiva frente a las violencias estructurales que viven las mujeres y una reproducción de estereotipos sexistas que las juzguen por vivir una sexualidad activa.

Cambios en las actividades cotidianas

Pese a que las mujeres reportaron que la cotidianidad de la familia no se reorganiza radicalmente ante cada nuevo embarazo, existen algunas consideraciones especiales con respecto a la movilidad, la actividad física y la exposición al ambiente que afectan el cuidado tanto doméstico como hospitalario. En cuanto a la movilidad, las mujeres evitan utilizar los medios de transporte disponibles tales como la motocicleta y el bus debido a la incomodidad de los vehículos y la precariedad de las vías. Dicha restricción se agrava para las mujeres que viven en zonas rurales o barrios apartados de la clínica. Estas dificultades afectan la asistencia a los controles prenatales, así como la posibilidad de llegar oportunamente a un centro de salud en caso de una emergencia.

«Para ir a los controles la buseta me queda muy retiradito del puesto de salud y en el moto-taxi no me aceptaban embarazada y con el bebé... no me llevaban así». (M152013)

Cuando es posible, las mujeres buscan disminuir las actividades físicas cotidianas con la ayuda de la madre, la suegra, una hermana y, en contadas ocasiones, el compañero. Las jornadas de observación participante evidenciaron que la asistencia que reciben las mujeres en sus unidades domésticas es similar a la que reciben en el ámbito hospitalario por parte de sus acompañantes, quienes las alertan sobre ciertas posturas, evitan que levanten objetos pesados y previenen riesgos de caídas.

Otra prevención importante es la exposición al ambiente: no salir tarde y no exponerse a la luna ni al sol. Esto está relacionado con una precaución alrededor de lo «frío», asociado con dolores y malestares corporales, y lo «caliente», que podría actuar como expulsivo del bebé. Estas nociones no están únicamente relacionadas con la temperatura ambiental sino con ciertos alimentos y actividades, así como con propiedades de la luna, el sol, el viento y las plantas. En Cartagena, a diferencia del interior del país¹⁷, hay una particular aversión por lo que se considera «caliente».

«Yo siempre cociné... Pero había veces que no dejaban que me calentara mucho en la cocina... me decían... «¡No! ¡Quítate de la cocina! Mi mamá me cocinaba... en

la mañana sí... un poco cocinaba yo... Y al medio día iba la mamá de mi esposo a la casa...» (M012013)

«Mi abuela no me deja salir con el sol caliente. El sol tan caliente es malo». (M022013)

El respeto por este tipo de concepciones sobre el cuerpo y el bienestar mostró ser un elemento esencial para las mujeres a la hora de aceptar las recomendaciones de los profesionales de la salud.

Alimentación

Las maternas escasamente cambian su dieta para incluir recomendaciones como las frutas y verduras, no porque desconozcan sus propiedades, sino porque no son alimentos usuales en sus hogares y, debido a la falta de recursos, es difícil que estos se reorganicen en función de los requisitos nutricionales de un solo miembro de la familia.

«...sí me tocaba bajarle un poquito a la sal... a la grasa... y eso... Más frutas... más verduras... Sí se podía... porque también depende del dinero...» (M082013)

«Nosotros comemos a lo pobre, no nos podemos poner a mirar qué comemos y qué no. Lo que hay; eso se come». (M032013)

«En la vereda... desayunamos cosas que siembran por ahí... como yuca, plátano... eso es lo que como». (M022013)

Sin embargo, hay algunos alimentos que las mujeres incluyen o restringen por recomendaciones de sus familiares. Se incluyen o se aumentan las vísceras, el hígado, la pajarilla y los granos; jugos de frutas rojas como la mora, la remolacha y particularmente el agraz porque se consideran útiles para aumentar la hemoglobina y combatir la anemia; y coladas y sorbetes hechos con semillas como la cañafístola y el ajonjolí.

«Me ponían a tomar dizque jugo de remolacha... [...] Porque la hemoglobina mía es bajita... Entonces eso hace subir la sangre... Me decían que era por el bien del bebé...» (M012013)

«Mi mamá me ponía a tomar leche con panela, avena... con ajonjolí para la anemia... lentejas... que tomara pimentón con mora... hígado, pajarilla. Ella me decía todo eso... Bofe... Y [...] que comiera mucho hígado... que hiciera jugo [...] pero a mí nunca me gustó... Eso ayuda a subir la hemoglobina. [...] Tiene un olor desagradable... pero me lo tomé y me subió la hemoglobina. Tomo jugo de mora y agraz... plátano cocinado que tiene mucha proteína... con un huevo... Como fríjoles, como lentejas...» (M102013)

Entre los alimentos que se restringen están el huevo, la gaseosa, el banano y el plátano. Las bebidas calientes fueron reportadas de manera unánime como nocivas; por la misma razón se rechazan todos aquellos elementos, plantas o actividades que puedan llevar «calor» al vientre de la madre.

«Uno no se puede poner a tomar aromáticas, por ejemplo una de toronjil o una de canela... porque eso para el bebé es un veneno». (M102013)

«No debo tomar cosas calientes... O sea, con la barriga, no me gusta tomarlas... Pero sí me gusta tomarlas cuando no estoy en embarazo. En embarazo no, nada caliente... Porque yo hasta el café con leche lo enfrió... Cosas caliente no porque puedo perder el bebé». (M052013)

Las mujeres manifestaron mayor adherencia a las recomendaciones alimentarias de los profesionales de salud que entendían y respetaban sus hábitos, conocimientos y posibilidades alimenticias. Asimismo, los alimentos considerados necesarios para las gestantes y púrpas tienen un rol central en la alimentación durante la estancia hospitalaria, dado que los familiares suelen proveer a las mujeres de estos alimentos durante las visitas.

Interacción en el ámbito hospitalario

Durante la estancia hospitalaria los familiares están presentes permanentemente para aconsejar a las maternas sobre la ingesta o no de alimentos que les sirven en la institución; les traen alimentos que consideran benéficos para ellas; les ayudan en actividades como caminar o bañarse; escuchan las instrucciones de los profesionales de salud y luego les sugieren cuáles seguir y cuáles no, y les enseñan cómo cuidar de sus hijos. Los familiares y las pacientes generan redes de solidaridad en las habitaciones que generalmente son compartidas por 3 o más maternas, y se convierten en un soporte emocional para las pacientes que están solas. Los familiares, por tanto, conectan la unidad doméstica con el hospital y son mediadores entre el discurso de los profesionales y las prácticas de cuidado de las maternas.

Discusión

Los resultados presentados ilustran cómo las dinámicas socioeconómicas de las mujeres y las pautas del cuidado doméstico determinan las características de la gestación y el puerperio, inclusive en el espacio hospitalario. Algunos estudios sobre clínicas de maternidad en Latinoamérica muestran que las estructuras sociales de clase, género y raza se manifiestan en la relación entre pacientes y proveedores de salud^{9,18}. Similar a lo observado en esta investigación, cuando las pacientes ocupan una posición social marginalizada los saberes de sus familias tienden a ser invalidados por los proveedores de salud⁸, quienes pueden ser percibidos como figuras autoritarias y agresivas¹⁹.

El análisis del cuidado materno en los espacios clínico se ha enfocado principalmente en la calidad de la atención que reciben las pacientes por parte de los profesionales de salud. La atención centrada en el paciente enfatiza principios humanísticos, una perspectiva bio-psico-social, y el derecho de pacientes y sus grupos familiares de definir sus expectativas frente al cuidado hospitalario^{20,21}. Los estudios sobre cuidados maternos también han propuesto modelos de atención centrados en la paciente²² y la familia²³, con resultados muy positivos en los procesos de contracepción y preconcepción²⁴, cuidado prenatal²⁵ y parto^{26,27}. Si bien se argumenta que la colaboración, el respeto, la integralidad y el consenso son características fundamentales de modelos de atención centrados en la mujer o la familia, nuestros datos apuntan

a 2 carencias importantes. Primero, el saber biomédico se entiende como hegemónico y los familiares son reducidos al rol de acompañantes a quienes se les informa sobre las decisiones ya tomadas sobre el cuidado de la paciente. Segundo, insisten en la separación de las dimensiones del cuidado.

Esta investigación hizo evidente que el cuidado es un sistema de relaciones en el que circulan diferentes conocimientos, se reinterpretan y negocian patrones de bienestar y se definen el comportamiento, las expectativas y las preferencias de la atención. Autores clásicos²⁸⁻³⁰ describen 3 esferas generales del cuidado (doméstico, institucional y alternativo) que pudieron evidenciarse en las narrativas de las mujeres. Nuestros datos, no obstante, evidencian que la unidad doméstica, que abarca las redes de familiares, amigos y vecinos, es el primer y principal ámbito del cuidado que articula a las demás esferas. Allí se toma la decisión sobre cuándo y a quién consultar, si aceptar o no el tratamiento, si el tratamiento es efectivo o no, y cuándo cambiarlo o cómo combinarlos. Las actividades de cuidado en esta esfera incluyen la prevención y la curación de enfermedades, así como prácticas sobre alimentación, higiene, educación, recreación, etc. Las narrativas presentadas señalan que todo el proceso de cuidado de la maternidad es un asunto doméstico y femenino que se construye en constante interacción con diferentes agentes de cuidado.

La gestación, el parto y el puerperio están determinados por los conocimientos y representaciones sobre bienestar y cuidado de quienes constituyen la red social más cercana de las mujeres (familiares, amigas, vecinas). Estas nociones son receptivas al discurso de los profesionales de salud, pero no lo involucran como una afirmación única y absoluta, sino como un elemento más de un universo de cuidado compuesto por múltiples lógicas y legados. En repetidas ocasiones los investigadores observaron cómo familiares explicaban, reinterpretaban o contradecían las recomendaciones de los profesionales de la salud una vez estos abandonaban las habitaciones. Es decir, los familiares intervienen activamente en todas las esferas de atención y son mediadores por excelencia entre el conocimiento médico y las prácticas de las mujeres.

Conclusión

El análisis de las experiencias de las mujeres permite integrar las dimensiones económicas, sociales y culturales que determinan la salud materna así como el rol de los diferentes agentes de cuidado. La escucha y la observación cuidadosa de estas experiencias permitieron reconocer que un enfoque de cuidado centrado en la familia no solo significa informar a los familiares sobre los procesos biomédicos e incluirlos dentro de las lógicas burocráticas de las visitas, sino reconocer su rol como guías del proceso de cuidado. Para desarrollar estrategias de educación en salud acertadas, los profesionales de salud deben aceptar que la comunicación con las gestantes y sus familiares es una negociación de significados sobre el bienestar. Un obstáculo en este diálogo es invalidar los saberes de las gestantes y sus familias, quienes perciben en ello una imposición en contra de los conocimientos y las experiencias que han recibido de otras generaciones y de sus redes sociales. Asimismo, el reconocimiento de las condiciones de vida de las mujeres y

sus familias, evita reproducir en los ambientes hospitalarios situaciones de desigualdad que se viven por fuera de estos y adaptar los servicios a las necesidades de ellas y sus familias.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Esta investigación fue financiada por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Conflicto de intereses

La autora Vanesa Giraldo-Gartner trabajó durante el desarrollo del proyecto en la Subgerencia de Asesoría Médica Especializada de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

REFERENCIAS

- Vasco M. Estrategias de manejo mediante competencias no técnicas para la disminución de la morbilidad materna y perinatal. *Rev Colomb Anestesiología*. 2013;41:20-3.
- Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. Buenos Aires. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, CEDES, CREP, IIE/ANM; 2010. Octubre. 8 pp. Reporte No. 3.
- Pastor M, Herrera L, Vásquez I. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. *Rev Fac Cienc Med*. 2014;3:13-8.
- Vásquez CL, Lozano MIP. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Rev Cubana Enferm*. 2011;27:88-97.
- Montes Muñoz MJ. Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index de Enfermería*. 2008;17:25-9.
- Sadler M. «Así me nacieron a mi hija.» Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario [tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2003. p. 175.
- García-Jordá D, Díaz Bernal Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010;36:330-6.
- Dixon LZ. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q*. 2014;29:1-30.
- Smith-Oka V. Bodies of risk: Constructing motherhood in a Mexican public hospital. *Soc Sci Med*. 2012;75:2275-82.
- Beninguisse G, de Brouwere V. Tradition and modernity in Cameroon: The confrontation between social demand and biomedical logics of health services. *Afr J Reprod Health*. 2004;8:152-75.
- Cartagena Cómo Vamos. Evaluación de Calidad de Vida 2014. Cartagena de Indias. Red de Ciudades Cómo Vamos. 2015 Sep. 175 pp. Reporte No. 10.
- Rucks S. Bolívar y Cartagena frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2012. p. 146.
- Vasilachis de Gialdino I. La investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino I, editor. Las estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 23-64.
- Marshall C, Rossman G. Designing qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 1999. p. 344.
- Agar M. An ethnography by any other name. *Forum Qual Soc Res*. 2006;7:36.
- Sandoval CA. Investigación cualitativa. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior; 2002. p. 313.
- Giraldo V. De fríos y calores maternos: apuntes de un replanteamiento de la investigación. *Red Posgrados CLACSO*. 2012;20:14.
- Smith-Oka V. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. *Soc Sci Med*. 2015;143:9-16.
- Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México DF: CRIM-UNAM; 2000. p. 541.
- Frampton S, Guastello S, Brady C. Patient-Centered Care Improvement Guide. Derby: Planetree Inc & Picker Institute; 2008. p. 247.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087-110.
- Pope R, Graham L, Patel S. Woman-centred care. *Int J Nurs Stud*. 2001;38:227-38.
- Zwelling E, Phillips CR. Family-centered maternity care in the new millennium: Is it real or is it imagined? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2001;15:1-12.
- Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer J. A qualitative analysis of approaches to contraceptive counseling. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46:233-40.
- Farrell RM, Nutter B, Agatisa PK. Patient-centered prenatal counseling: Aligning obstetric healthcare professionals with needs of pregnant women. *Women Health*. 2015;55:280-96.
- Kaimal AJ, Kuppermann M. Decision making for primary Cesarean delivery: The role of patient and provider preferences. *Semin Perinatol*. 2012;36:384-9.
- Ali M, Qazi MS, Seuc A. Seeking what matters: Determinants of clients' satisfaction in obstetric care services in Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2014;26:481-7.
- Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press; 1981. p. 427.
- Zolla C, Carrillo A. Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En: Figueroa J, editor. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México DF: El Colegio de México; 1998. p. 160-88.
- Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Rev Antropol Soc*. 2005;14:33-69.