

**Vida vivida:
Experiencias tejidas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de mujeres
sobrevivientes y cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016**

**Life lived:
Experiences woven of Maternal Near Miss. Stories of women survivors and
caregivers. Subregion of the Urabá Antioqueño, 2016**

**Belibeth Valencia Flórez
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2017**

**Vida vivida:
Experiencias tejidas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de mujeres
sobrevivientes y cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016**

Belibeth Valencia Flórez

**Trabajo de investigación para optar el título de
Magister en Salud Pública**

**Directora de trabajo de grado
Martha Beatriz Gaviria Londoño. Médica, Magister en Epidemiología, Doctora
en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud
Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2017**

Dedicatoria

*Al Dios de la vida, por ser mi guía en todo momento y lugar, por llenarme de
fuerzas y motivos cada día.*

*A mi familia y amigos, por el gran apoyo, las risas, la comprensión y el inmenso
amor.*

*A mi padre, por haber inculcado en mi la semilla de inquietarme siempre por el
conocimiento, por darme un amor tan genuino que me durará para toda la vida.*

*A Karen, Manuela, Angélica, Marisol, Cristina, Juliana y Gloria, por abrirme las
puertas de su vida, narrarse y contribuir con su conocimiento a la Salud Pública.*

*A todas aquellas personas que directa o indirectamente me ayudaron y/o
acompañaron en este camino -yo también necesité y tuve un “salvavidas”-
A mí, por haber navegado por la inmensidad de las adversidades y salir airosa con
un amor que brilla...#YellowLove y por permitirme seguir creyendo en la bondad,
la honestidad y el amor.*

Tabla de contenido

Listado de tablas.....	7
Listado de cuadros.....	8
Listado de figuras.....	9
Listado de anexos.....	10
Resumen	11
Abstract.....	12
Introducción	13
1. Planteamiento del problema	14
2. Objetivos.....	18
2.1. Objetivo general	18
2.2. Objetivos específicos.....	18
3. Marco referencial.....	19
3.1. Contexto de desarrollo de la investigación: Subregión de Urabá – Antioquia	19
3.1.1. Ubicación.....	19
3.1.2. Generalidades	20
3.1.3. Aseguramiento en salud.....	21
3.1.4. Instituciones de salud de la región	22
3.1.5. Morbilidad materna extrema en Urabá	22
3.2. Marco conceptual y enfoques teóricos	23
3.2.1. Morbilidad materna extrema.....	23
3.2.2. Avances de la investigación de la MME	24
3.2.3. Vigilancia epidemiológica de la MME en Colombia	26
3.2.4. Padecimiento-cuidado de la MME como experiencia subjetiva	26
3.2.5. El enfoque de capacidades humanas hacia una lectura “enriquecida” de la vulnerabilidad.....	28
3.2.6. La determinación social de la MME.....	32
4. Estrategia metodológica	35
4.1. Abordaje epistemológico: Fenomenología-Hermenéutica	35
4.2. Enfoque investigativo: Biográfico narrativo.....	36
4.3. Método de investigación: Investigación Narrativa de tipo Autobiográfica o Relatos de vida.....	37
4.4. Selección e invitación de las participantes	37
4.5. Criterios de inclusión de los cuidadores	38
4.6. Criterios de inclusión de las mujeres MME.....	39
4.7. Construcción oral de las narrativas	39
4.8. Construcción del texto escrito de las narrativas	40
4.9. Proceso interpretativo de los relatos autobiográficos	41
4.9.1. Mimesis I. Prefiguración	41
4.9.2. Mimesis II. Configuración	41
4.9.3. Mimesis III. Refiguración:	41

4.10.	Preparación del texto (entrevista conversacional) para el proceso interpretativo.....	42
4.10.1.	Construcción de fragmentos del texto	42
4.10.2.	Análisis estructural	43
4.11.	Análisis del texto	47
4.11.1.	Mimesis I. Prefiguración: pre-comprensión de las acciones narradas	47
4.11.1.1.	¿Cómo llegan los personajes a la historia?.....	47
4.11.1.2.	Red conceptual de la acción: Semántica de la acción	48
4.11.1.3.	Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo.	50
4.11.1.4.	Caracteres temporales de la acción	54
4.11.1.5.	Nivel de dramatismo de los momentos vividos, referidos en la conversación.....	56
4.11.2.	Mimesis II. Configuración:	56
4.11.2.1.	Estructura de la trama	56
4.11.2.2.	Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos	58
4.11.2.3.	Temática de los fragmentos en la historia	59
4.11.2.4.	Disposición de la Trama	59
4.11.2.5.	Disposición configurativa de la intensidad dramática al narrar..	60
4.11.2.6.	Sentido de la trama	61
4.11.3.	Mimesis III. Refiguración:	61
4.12.	Otros aspectos de la metodología.....	62
5.	Resultados.....	63
5.1.	Mimesis I. Prefiguración: pre-comprensión de las acciones narradas.....	63
5.1.1.	Situaciones mundanas en la experiencia de sobrevivir a una MME	63
5.1.2.	Cómo llegan los personajes a la historia	64
5.1.3.	Red conceptual de la acción	67
5.1.3.1.	Unidades, núcleos y cadenas de acción	67
5.1.4.	Papel de los agentes en la acción, tipo y fuerza del vínculo	68
5.1.5.	Recursos simbólicos del campo práctico.....	71
5.1.5.1.	Discursos y justificaciones de la acción	71
5.2.	Mimesis II: Configuración. Análisis intratextual.....	72
5.2.1.	Estructura y disposición, configuración de los relatos	72
5.2.1.1.	El relato de Manuela	76
5.2.1.2.	El relato de Angélica	79
5.2.1.3.	El relato de Marisol.....	81
5.2.1.4.	El relato de Cristina	83
5.2.1.5.	El relato de Juliana.....	85
5.2.1.6.	El relato de Gloria.....	87
6.	Discusión	89
6.1.	Mimesis III. Refiguración: Análisis intertextual.....	89
6.1.1.	Lectura intertextual: de qué hablan, que mundo proyectan.....	89
6.1.1.1.	El cuidado humano, determinante en el proceso de sobrevivir a una MME	89

6.1.1.2.	Las mujeres que sobreviven a una MME, potencian y despliegan capacidades humanas	96
6.1.1.3.	Los mundos familiar, social, cultural e histórico en que viven las mujeres que sobreviven a una MME limitan las posibilidades que tienen para ser, actuar y decidir	98
7.	Conclusiones	101
8.	Recomendaciones	102
9.	Fortalezas y limitaciones del estudio	103
11.	Agradecimientos	106
10.	Bibliografía.....	108
11.	Anexos.....	115

Listado de tablas

Tabla 1. Distribución de la población, según municipio y zona de residencia. Subregión de Urabá, Antioquia. 2016(20).....	20
Tabla 2. Casos MME según subregión de residencia. Urabá, 2013- 2015	23
Tabla 3. Reconstrucción de fechas, edades y hechos. Ejemplo Manuela	55
Tabla 4. Papel de los fragmentos en la configuración de la trama. (Ejemplo historia de Manuela).....	57
Tabla 5. Orden y segmentación de los relatos. (Ejemplo historia de Manuela)	58
Tabla 6. Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos. (Ejemplo: historia de Manuela).	58
Tabla 7. Temática de los fragmentos de la historia. (Ejemplo: historia de Manuela)	59
Tabla 8. Narrador, número de relatos que conforman la historia, nombre de los relatos, nombre asignado a la historia	68
Tabla 9. Extensión de las entrevistas conversacionales: Número de palabras y fragmentos que las conforman. Antes del análisis estructural	72
Tabla 10. Extensión de las entrevistas conversacionales: Número de palabras y fragmentos que las conforman. Después del análisis estructural	73
Tabla 11. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Manuela.....	77
Tabla 12. Orden, segmentación y extensión del relato de Manuela	77
Tabla 13. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Manuela.....	78
Tabla 14. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Angélica.....	79
Tabla 15. Orden, segmentación y extensión del relato de Angélica	80
Tabla 16. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Angélica.....	80
Tabla 17. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Marisol.....	81
Tabla 18. Orden, segmentación y extensión del relato de Marisol.....	82
Tabla 19. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Marisol	82
Tabla 20. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Cristina	83
Tabla 21. Orden, segmentación y extensión del relato de Cristina	84
Tabla 22. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Cristina	84
Tabla 23. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Juliana	85
Tabla 24. Orden, segmentación y extensión del relato de Juliana.....	86
Tabla 25. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Juliana	86
Tabla 26. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Gloria.....	87
Tabla 27. Orden, segmentación y extensión del relato de Gloria.....	87
Tabla 28. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Gloria	88

Listado de cuadros

Cuadro 1. Zonas y municipios de la subregión de Urabá, Antioquia.....	20
Cuadro 2. Matriz para el análisis estructural de los fragmentos de las entrevistas	43
Cuadro 3. Criterios para definir si un fragmento hace parte del relato.....	56
Cuadro 4. Relatos configurados a partir de las cadenas de acción identificadas. (Ejemplo: relato Manuela).....	57
Cuadro 5. Características de las entrevistas conversacionales, mujeres sobrevivientes a una MME residentes en la zona de Urabá, Antioquia 2016 .	63
Cuadro 6. Características de las entrevistas conversacionales, cuidadores de los servicios de salud, Antioquia 2016	64

Listado de figuras

Figura 1. Mapa de Antioquia, según subregiones y límites (19).	19
Figura 2. Porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- en la subregión de Urabá. Antioquia, 2010 – 2014.	22
Figura 3. Construcción de fragmentos conversacionales del texto. (Ejemplo: Entrevista de Manuela).....	42
Figura 4. Base de datos análisis estructural - entrevistas INA. Ejemplo entrevista Manuela	47
Figura 5. Red conceptual de la acción: Unidades, núcleos y cadenas de acción según la relación entre fragmentos. (Ejemplo entrevista Manuela)	50
Figura 6. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 1. “Noche en que llega al hospital con la complicación”. (Ejemplo: entrevista de Manuela).....	51
Figura 7. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 2. “La experiencia con su pareja durante el embarazo”. (Ejemplo: entrevista de Manuela).....	52
Figura 8. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 3. “Yo pienso a veces que la salud es tan mal”. (Ejemplo: entrevista de Manuela)	53
Figura 9. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 4. “Quedé con un sustico”. (Ejemplo: entrevista de Manuela)	53
Figura 10. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Manuela	60
Figura 11. Dramatismo o perturbación al narrar. (Ejemplo: Autobiografía de Manuela).....	61
Figura 12. Fases y camino recorrido en el proceso investigativo.	62
Figura 13. “Vida vivida”, relato escrito realizado por Karen, una de las narradoras de 16 años, parte 1 de 2.	74
Figura 14. “Vida vivida”, relato escrito realizado por Karen, una de las narradoras de 16 años, parte 2 de 2.	75
Figura 15. El tejido de la experiencia de afrontar un evento de MME. Autobiografías y relatos	76
Figura 16. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Manuela	79
Figura 17. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Manuela	79
Figura 18. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Angélica	81
Figura 19. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Angélica.....	81
Figura 20. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Marisol.....	83
Figura 21. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Marisol	83
Figura 22. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Cristina	85
Figura 23. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Cristina	85
Figura 24. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Juliana.....	87
Figura 25. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Juliana	87
Figura 26. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Gloria	88
Figura 27. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Gloria.....	88

Listado de anexos

Anexo 1. Criterios de inclusión de MME	115
Anexo 2. Consideraciones éticas de la investigación	117
Anexo 3. Carta de invitación a las IPS de Urabá	120
Anexo 4. Consentimiento informado para la mujer	123
Anexo 5. Consentimiento informado para él o la cuidador (a)	127
Anexo 6. Carta al Comité de Ética para la solicitud ajuste en los criterios de selección del trabajo de investigación	131
Anexo 7. Respuesta del Comité de Ética - aprobación ajuste en los criterios de inclusión.....	134
Anexo 8. Acuerdo de confidencialidad para el profesional de psicología	135
Anexo 9. Acuerdo de confidencialidad para el apoyo de transcripción de las entrevistas	137
Anexo 10. Carta de apoyo a la investigación por parte del Centro Nacer Salud Sexual y Reproductiva de la UdeA	139
Anexo 11. Aprobación del trabajo de investigación por parte del Comité de Maestría en Salud Pública	140
Anexo 12. Aprobación del trabajo de investigación por parte del Comité de Ética de la FNSP	141
Anexo 13. Seminario de "Crear capacidades" con Martha Nussbaum - Para el fortalecimiento teórico del trabajo de investigación	142
Anexo 14. Certificación curso "Enfoques emergentes para la intervención en Salud Pública" realizado en la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí - México	143
Anexo 15. Asistencia al Seminario "Ética en investigación para jóvenes investigadores"	144
Anexo 16. Presentación de resultados preliminares de la investigación en el "II Congreso de Administración en Salud: "Perspectivas de la administración en Salud en Colombia, en un escenario global y complejo""	145
Anexo 17. Presentación de resultados preliminares en el "XXVIII Congreso Nacional de Medicina General y Social" realizado por la Asociación de Médicos de Antioquia – ASMEDAS	146

Resumen

El propósito de este estudio fue interpretar los significados tejidos, por mujeres sobrevivientes y cuidadores, acerca de la experiencia del afrontar un evento de Morbilidad Materna Extrema –MME-.

Se realizó una investigación narrativa autobiográfica –INA-(1), buscando reconstruir la experiencia de mujeres sobrevivientes y cuidadores, mediante un proceso reflexivo, en la cual los narradores le dieron significado a lo sucedido o vivido, a través de la construcción de relatos.

La historia de sobrevivir a una MME, contada por mujeres y cuidadores está configurada por los relatos autobiográficos de 6 protagonistas. La historia tejida de sobrevivir a una MME en Urabá, da sentido a la resignificación del cuidado humano y al reconocimiento de capacidades humanas. La lectura de esta experiencia, desde el **enfoque de las capacidades** de Nussbaum -como parte de una teoría de justicia social-, posibilita valorar la calidad de vida de las sobrevivientes, así como, las limitaciones para desplegarlas, por la dificultad de controlar condiciones adversas en su propio entorno.

La reconstrucción de la experiencia de la MME a través de relatos de las mujeres, capta la riqueza de asuntos humanos (motivaciones, sentimientos, deseos o propósitos); sitúa la **calidad humana del cuidado**, como elemento trazador en la recuperación de la complicación y posibilitador del despliegue y potenciación posterior de sus capacidades humanas.

Palabras claves: Morbilidad materna extrema, Investigación Narrativa Autobiográfica, Investigación cualitativa, Urabá, Antioquia, Capacidades humanas, Cuidado.

Abstract

The purpose of this study was to interpret the meanings weaving by surviving women and caregivers about the narrated experiences of Maternal Near Miss-MNM- events.

The autobiographical stories of six protagonists shape the story of surviving an MME, told by women and caregivers.

The stories of surviving an MME in Urabá, the meaning of the redefinition of human care and the recognition of human capabilities. The reading of this experience, from Nussbaum's capacity-based approach - as part of a theory of social justice -, the possibility of assessing survivors' quality of life, as well as the limitations to deploy them, due to the difficulty of control your own environment

The reconstruction of the MME experience through women's stories captures the richness of human affairs (motivations, feelings, desires of purpose); it places the human quality of care, as a tracer element in the recovery of the complication; it is an enabler of the deployment and later empowerment of human capacities.

Key words: Extreme Maternal Morbidity, MME, INA, Autobiographical Narrative, Qualitative Research, Urabá, Antioquia, Human Capacities, Care

Introducción

Esta investigación fue realizada en el marco de la Maestría en salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Se llevó a cabo en la subregión de Urabá durante el año 2016.

A continuación, se presentan los temas que el lector encontrará en este informe de investigación. En primer lugar, se encuentra el panorama actual de la morbilidad materna extrema, frente a la ausencia de investigaciones cualitativas que den cuenta de la situación de las mujeres y cuidadores, luego se encuentra el marco teórico y conceptual que soporta la investigación y los objetivos de la misma. En la siguiente sección se ubica la descripción del abordaje epistemológico y el detalle de la metodología utilizada. A continuación, se presentan los resultados, la discusión y conclusiones. Se presenta una última sección con las fortalezas y limitaciones, consentimiento informado y anexos.

Con el desarrollo de esta investigación, se pretendió brindar conocimientos adicionales de la MME vista la experiencia de mujeres que padecieron este evento de salud y sus cuidadores. Dado que tiene un alcance de la Subregión de Urabá, los resultados pueden ser usados como apoyo en la planeación y gestión de acciones en salud a nivel de subregión, municipios e instituciones, con el fin de orientar las diferentes estrategias tendientes a mejorar la salud de las mujeres en la Subregión.

Así mismo, los resultados del análisis aportarán elementos para la comprensión de la salud materna y en general, del sistema de salud. Dado que la vigilancia de la MME fue adoptada a nivel de país, este estudio puede aportar herramientas a otros departamentos, municipios e instituciones que así deseen desarrollar esta misma metodología de análisis desde la voz de las mujeres y sus cuidadores.

1. Planteamiento del problema

En las últimas décadas, la mortalidad materna ha sido el principal indicador para el estudio de la calidad de la atención en salud brindada a las gestantes, no obstante, se ha evidenciado que las muertes maternas son la punta del “Iceberg” del problema, pues por cada una de las mujeres que se muere durante el embarazo, parto o puerperio, aproximadamente 20 sufren algún tipo de lesión, infección, enfermedad o discapacidad (2–4).

Dado lo anterior y ante el incumplimiento de la Meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2–6), la motivación de los investigadores y de los diferentes entes internacionales se ha redireccionado en la búsqueda de un nuevo indicador que permita evaluar la calidad de la atención y mejorar la salud materna, por lo cual, sugieren complementar el análisis de las muertes maternas y fortalecer las acciones, en el marco del estudio de la Morbilidad Materna Extrema – MME- (“Maternal Near Miss” en inglés), la cual es definida por el Instituto Nacional de Salud –INS- de Colombia como *“Aquella complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto o los primeros 42 días postparto, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”*, dicho en otras palabras, son aquellos casos en que las mujeres se complican gravemente y casi pierden la vida (2,3,7–9).

Estas mujeres, pese a que sobreviven, presentan lesiones que dejan consecuencias que afectan las dimensiones física, social, psicológica y económica de la vida en la mujer y su hogar. La MME, genera para la mujer, altos costos de salud, que en muchas ocasiones debido a las dificultades en las coberturas de afiliación, no tiene respaldo de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios –EAPB- y a su vez, cuando las lesiones son exacerbantemente graves que requieren de tiempo para que la mujer se recupere, puede hasta tener pérdida de productividad, problemas en su entorno familiar y conducen a agregar una condición más de vulnerabilidad (10,11).

Sin embargo, no se cuenta con suficiente información cualitativa sobre el problema, que dé cuenta de las situaciones anteriormente descritas; son pocos los estudios de MME que estén centrados en el sujeto -en este caso la mujer que presenta la MME y el cuidador del servicio de salud quién atiende o hace parte de los análisis de la MME- donde se explore el problema desde las subjetividades (o apropiaciones biográficas) que permita comprender esas dimensiones familiares, sociales y/o psicológicas de la mujer que sobrevive a una MME. Es por lo anterior, que surgió el interés por estudiar, por un lado, las experiencias de las mujeres que sobreviven respecto a las afectaciones de orden psicológico, social, económico y emocional que deja el sobrevivir a una complicación; el interés se complementó con conocer, cuáles son las posibilidades que tienen para ser, actuar y decidir en el mundo en el que viven las mujeres que sobrevivieron a una MME, dicho en

otras palabras, cuáles capacidades desplegaron las mujeres ante dicha situación y por otro lado, la experiencia del cuidador, entendido como el médico, enfermera o el auxiliar de enfermería que hace parte de las atenciones o análisis de los casos de MME.

En cuanto a estudios que revelen la percepción de la mujer o exploren la experiencia de sobrevivir a una MME, se tiene que la Universidad de Oxford publicó un estudio sobre la experiencia de mujeres que ingresaron a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante una complicación de MME, revelando la distancia que existe entre lo que las mujeres esperaban fuera el parto y el desenlace desbastador que realmente se dio con la complicación; Algunas mujeres relataron sentir desconcierto y tristeza al despertar en una UCI, esto puesto que no sabían dónde se despertaban y segundo por estar rodeadas de aparatos médicos, por otro lado, una de las más duras situaciones para las mujeres, fue ser una nueva madre y no poder ver, cargar o amamantar al recién nacido (12).

De igual forma, dos investigadores de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins de Estados Unidos y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Ghana, exploraron la percepción que tuvieron las mujeres que presentaron MME frente a la atención recibida. Se encontró, que las mujeres entrevistadas manifestaron algún tipo de emoción negativa, como el miedo, la tristeza, la desesperanza, el desaliento y la frustración. Y evidenciaron algunas falencias en la actitud del personal de salud, recursos físicos y demoras en tratamientos(13).

Finalmente, la Universidad de Makerere de Kampala Uganda, a través de dos estudios cualitativos mostró, por un lado, que los eventos traumáticos, generan ansiedad y sentimientos de temor en el cónyuge de la mujer que presentan la complicación. Es así, que mientras que para los servicios de salud representa una gratulación por haber salvado la vida de la mujer, para ella y su familia se constituye, de acuerdo al estudio, como una situación negativa (10). Por otro lado, evidenció cómo la MME podría afectar la vida y los medios de vida de la mujer, encontrando que el fatalismo, las expectativas y la inseguridad social contribuyeron notablemente a la vulnerabilidad. Los hallazgos de este último estudio, son compatibles con los resultados mencionados anteriormente dado que muestran la relación entre presentar MME y presentar afectaciones físicas, emocionales y psicológicas; la mujer tiene pérdidas económicas y reduce su capacidad de productividad económica; sumado a esto, revela como la MME provoca en la mujer la pérdida de la imagen corporal, la autoestima y la identidad. Por último, el sentimiento de fracaso sale a relucir, más cuando la mujer tiene constructos culturales y sociales antes del parto con relación al sentido de la maternidad, en relación a que la mayoría de las mujeres entrevistadas querían un parto normal como símbolo de una mujer normal (14).

En Colombia, se realizó un estudio a partir de relatos de vida de mujeres que presentaron MME, en el cual se obtuvo, que estas mujeres están sumidas en condiciones precarias a nivel económico y el más evidente y grande hallazgo fue la vulneración de derechos y la falta de acceso a los servicios de la salud (15).

En el departamento de Antioquia, especialmente en Urabá, no se han evidenciado estudios que daten de la experiencia de la mujer y las circunstancias que precedieron y sucedieron después de sobrevivir a una MME. En cuanto a las acciones desarrolladas por entidades públicas se tiene que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia – SSSA-, mediante el convenio establecido con el Centro Nacer- Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia, ha avanzado en la investigación del comportamiento y manejo clínico de la MME en el departamento. En los resultados se encontró que Medellín, Urabá, Bajo Cauca, Valle de Aburrá y Oriente, aportaron el 88.3% de los casos de MME para el 2014, siendo Urabá la región de mayor preocupación por la tendencia al aumento de los casos de muertes maternas en los últimos tres años, donde incluso ha duplicado la razón de mortalidad materna en comparación con la razón departamental (16).

Con todo y lo anterior, cabe resaltar que los avances en las investigaciones de MME para el mundo y para el país, son notablemente basadas en el modelo predominante empírico-analítico, lo cual, sin desconocer la tendencia en la reducción de la mortalidad materna, los resultados de las metas de los ODM (6), demuestran que no son suficientes para avanzar eficazmente en la tarea de mejorar la salud materna (17). En este modelo, se apropia una mirada epidemiológica morbi-céntrica de la MME y la voz expresa proviene del saber técnico-científico, la fuente de conocimiento proviene de “los datos” haciendo notable la ausencia del estudio de los sujetos. Para este estudio, la voz de las mujeres (que son las que padecen la MME) y del personal de salud (que atienden los casos de MME), se constituyen como una fuente de saber muy importante frente a la experiencia. Para avanzar en el mejoramiento de los servicios de salud materna, se requieren estudios que permitan comprender los diferentes mundos social, cultural e histórico de los sujetos, para develar situaciones de desigualdad y desconocimiento de derechos, con una clara orientación política y de justicia social.

Por lo anterior, en esta investigación se plantea explorar la experiencia de las mujeres y los cuidadores en su mundo, a través de narrativas o historias valorativas, entendiendo que cada persona es única, en su personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, capacidades, valores, creencias, estilo de vida y la visión que tiene del mundo que les rodea (18). Esto comprende que, desde una perspectiva ética, la construcción de historias cuenta el valor de la dignidad humana del sujeto, de quien se ve enfrentado a una situación, como la MME, que además de ser vital, es compleja y puede afectar no solo a la mujer que sufre la complicación, sino sus familiares y el personal de salud que la atiende.

De acuerdo a los planteamientos anteriores, se identifica la necesidad de estudiar a la luz del enfoque de capacidades, cómo fue la experiencia de las mujeres que presentaron una MME y de los cuidadores en la subregión de Urabá. Es por esto, que se considera pertinente indagar, *¿Qué significa la experiencia de sobrevivir a una morbilidad materna extrema, para mujeres sobrevivientes y cuidadores de la subregión del Urabá antioqueño, 2016?*

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Interpretar la experiencia tejida, por mujeres sobrevivientes y cuidadores, acerca del afrontar un evento de MME en la subregión del Urabá antioqueño, 2016.

2.2. Objetivos específicos

- Describir los mundos familiar y social, cultural e histórico que rodean la experiencia narrada de supervivencia de las mujeres participantes.
- Reconocer en las experiencias narradas, las capacidades humanas desplegadas por las mujeres sobrevivientes.
- Aportar a la comprensión de la determinación de la MME y de la vulnerabilidad social a partir de las singularidades de las experiencias narradas acerca de la supervivencia a un evento de MME.

3. Marco referencial

3.1. Contexto de desarrollo de la investigación: Subregión de Urabá –

Antioquia

3.1.1. Ubicación

Urabá es una de las 9 subregiones en las que se divide el departamento de Antioquia. En lengua “Katia” significa “La tierra prometida”. Para el departamento, se constituye como la salida al mar y limita al norte con el mar Caribe, al oriente con Córdoba y al occidente con el departamento del Chocó (Figura 1)(19).



Figura 1. Mapa de Antioquia, según subregiones y límites (19).

Ocupa una extensión de 11.664 km², la cual se distribuye en 3 zonas que cuentan con 11 municipios (Cuadro 1):

Cuadro 1. Zonas y municipios de la subregión de Urabá, Antioquia

Subregión	Zona	Municipio
Urabá	Norte	Arboletes, Necoclí, San Juan de Urabá y San Pedro de Urabá
	Centro	Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutatá y Turbo
	Atrato medio	Murindó y Vigía del Fuerte

3.1.2. Generalidades

La subregión de Urabá, cuenta con un total de 676.356 habitantes, de los cuales el 59% reside en zona urbana, la población restante (41%) reside en zona rural y rural disperso. Apartadó es el municipio que cuenta con el mayor porcentaje de población con respecto al total de la zona (27,2%), seguido de Turbo con un 24% (20) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población, según municipio y zona de residencia. Subregión de Urabá, Antioquia. 2016(20)

Municipio	Total	Cabecera	Resto
Apartadó	183716	159174	24542
Turbo	163525	65307	98218
Chigorodó	78148	68385	9763
Necoclí	63991	15846	48145
Carepa	57220	44210	13010
Arboletes	41209	17374	23835
San Pedro de Urabá	31539	14327	17212
San Juan de Urabá	25652	8219	17433
Mutatá	21077	5654	15423
Vigía del Fuerte	5587	2093	3494
Murindó	4692	959	3733
Total Urabá	676356	401548	274808

Para el año 2015, en cuanto a la natalidad, Urabá es la segunda subregión con la Tasa de natalidad más alta del departamento, con 14,5 (la primera es Bajo Cauca con 15,7). De acuerdo al grupo específico de edad, las mujeres de 25 a 29 años tienen una tasa de fecundidad de 29,1 seguido de las mujeres de 15 a 19 años con una tasa de 28,3, lo que refleja el problema de embarazos en adolescentes que tiene la zona. Después de Valle de Aburrá, Urabá fue la segunda subregión con la mayor cantidad de embarazos, en total 10562, de los cuales el 28,7% fueron en mujeres de 20 a 24 años y el 27,7% en mujeres de 15 a 19 años. Urabá presenta la tasa general de fecundidad más alta del departamento con una tasa de 60,7 nacimientos vivos por cada 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 años y la tasa global de fecundidad con 2,0. (18)

La subregión, se caracteriza por tener una riqueza de diversidad cultural y étnica (afrodescendientes, indígenas y mestizos). Esta variada conformación étnica y regional de la sociedad de Urabá ha creado uno de los más ricos escenarios de vida y cultura en el territorio nacional. Sumando a las riquezas de la región, el clima y las condiciones geográficas favorecen la actividad comercial, principalmente el cultivo del banano como principal producto de exportación, cultivo de la palma africana, así como pesca, la ganadería, la agroindustria, la explotación maderera, la agricultura y el turismo (22,23).

Es una región reconocida por tener una posición geográfica estratégica, debido a que está asentada en el Golfo de Urabá, que está ubicado sobre el Mar Caribe, lo cual genera una actividad económica importante (22,23).

En la región de Urabá, se observa que uno de los mayores problemas está asociado con las pocas posibilidades de laborales y económicas de sus habitantes, con muchas inequidades y pobreza. Para analizar el nivel de desarrollo económico, social y cultural que tiene la región, basta con mirar atrás, y encontrar en la historia de la región, la reseña de la usurpación de tierras, explotación de recursos y violencia contra sus habitantes (inicialmente indígenas y posteriormente afros) desde la época de la colonización. La época de esclavitud, estuvo marcada por violación de derechos humanos desde la privación de la libertad, hasta tratos indignos y sometimiento para lograr la manutención. Se gestó en la época los primeros aspectos de discriminación racial, entre los que se encuentra la privación de acceso a la educación, con grandes repercusiones en aspectos de la vida social y económica hoy, como la limitación para tener un título profesional, acceder a un empleo digno, cargos laborales administrativos, entre otros. De igual forma, se gestó un lenguaje no incluyente donde históricamente se consideró a la población negra de menor estatus, valor y honor (22,23).

Lo anterior, ha traído marcas a través de la historia que hoy son reflejo de situaciones problemáticas en la región, sin desconocer que esto se suma a los malos manejos políticos y de corrupción en la zona. La situación de pobreza en que viven sus habitantes e inhumanidad en las condiciones de vidas familiares, el racismo en las relaciones con las comunidades mestizas, la discriminación racial en la cotidianidad y la ciudadanía incompleta, ciudadanía "recortada" por la violación de sus derechos humanos(22,23).

3.1.3. Aseguramiento en salud

Según las proyecciones del DANE (24), la afiliación al Sistema General de Seguridad Social-SGSS-, de la población de la subregión de Urabá, no tiene una cobertura óptima de acuerdo a lo que se establece a nivel nacional que indica que debe superar el 95% (25). En el 2014, más de la mitad de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado (57,94), siendo este un comportamiento similar para los años anteriores (25) (Figura 2).

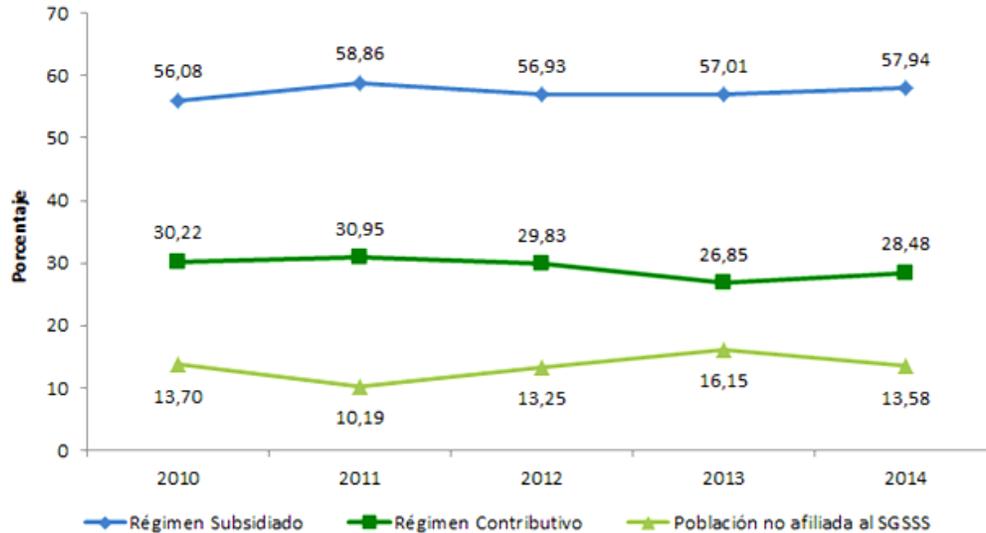


Figura 2. Porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- en la subregión de Urabá. Antioquia, 2010 – 2014.

3.1.4. Instituciones de salud de la región

La red de servicios de salud está conformada principalmente por hospitales de primer nivel; solo dos municipios tuvieron hospitales de segundo nivel: La ESE Hospital Francisco Luis Valderrama de Turbo, el cual fue intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud –Supersalud- por 4 años (2010-2014) y el Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó que fue liquidado en 2013 y su administración fue asumida por la IPS Universitaria Clínica León XXIII de la Universidad de Antioquia.

Actualmente se cuenta con dos instituciones privadas de mayor complejidad: Apartadó con la Clínica Panamericana y Chigorodó con la Fundación Soma (institución de atención materno-infantil, la única en la subregión). Esto se suma a la complejidad geográfica de la región y la lejanía en que algunos habitantes viven, lo que implica un problema en el acceso y la calidad en la atención que hace que algunos usuarios deben recurrir a departamentos limítrofes por estar más cercanos (26).

3.1.5. Morbilidad materna extrema en Urabá

Según el informe de Maternidad Segura del departamento de Antioquia, se identificaron 1005 casos de MME notificados en el Sivigila para el año 2015 (Tabla 2). Al agrupar por región se encuentra que Medellín, Valle de Aburrá, Oriente y Urabá acumularon el mayor porcentaje aportando el 85% (854) de los casos de MME (16). En Urabá, al revisar los datos de los últimos 3 años, se tiene que

Apartadó, Turbo y Chigorodó presentan el mayor número de casos reportados (16).

Tabla 2. Casos MME según subregión de residencia. Urabá, 2013- 2015

Municipio	Año			Total
	2013	2014	2015	
Apartadó	13	22	32	67
Turbo	13	18	16	47
Chigorodó	3	15	14	32
Carepa	9	9	9	27
Necoclí	7	11	5	23
Árboletes	1	2	20	23
Mutatá	5	6	7	18
San Pedro de Urabá	3	4	7	14
San Juan de Urabá		1	3	4
Vigía del Fuerte	2	2	0	4
Murindó	0	4	0	4
Total	56	94	113	263

3.2. Marco conceptual y enfoques teóricos

3.2.1. Morbilidad materna extrema

En el año de 1991, el término de “near miss” (cercana a la muerte) fue usado por W.Stones en el Reino Unido, quien argumentó que ante las bajas tasas de mortalidad en el país, la morbilidad materna representaba un indicador con mayor información para la evaluación de la atención materna (27). En este estudio, Stones identificó un grupo delimitado de mujeres que se enfermaban gravemente y que presentaban episodios que amenazaban potencialmente la vida de la mujer en gestación. De ahí, que fue el primero en proponer la inclusión del término “near miss” en el análisis de la salud materna (27). A partir de los planteamientos de Stones, las investigaciones han incorporado al grupo de mujeres clasificadas como “near miss”, vistas como una posibilidad de estudiar el tema de la calidad de los servicios brindados a las mujeres durante la gestación (28).

En consecuencia, con lo que planteó Stones, 9 años después, diversos organismos internacionales integraron esfuerzos con el fin de implementar acciones tendientes a mejorar la salud materna y del niño (7). En el año 2000, Las Naciones Unidas estableció como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), reducir en tres cuartas partes la razón de muertes maternas y lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (1,3). Lo anterior, comprendía la reorientación de las agendas de planeación de políticas en salud en cada uno de los países, estableciendo como prioridad la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente frente al cuidado en el embarazo, parto y al puerperio, y así mismo en la atención obstétrica de emergencia.

3.2.2. Avances de la investigación de la MME

A propósito de los resultados de las metas de los ODM, los informes de avances en el tema de salud materna concluyeron que para lograr reducir la mortalidad materna se requiere de una comunidad fuerte, donde las mujeres tengan acceso a la información y a los servicios de salud de forma equitativa y con calidad (17). Como resultado de la reunión se diseñó el “Manifiesto por la salud materna”, en la cual reconocen el papel tan importante y decisivo que juegan las mujeres al momento de planeación, reconociendo la Salud Sexual Reproductiva como un derecho y señalan: “La atención respetuosa de la salud materna para todas las mujeres es un imperativo ético, no una opción” (17).

Esto implica que, de manera progresiva, se debe avanzar en el fortalecimiento de los derechos de las mujeres, (entre los cuales están derechos políticos, económicos y sociales), definiendo como un factor prioritario mejorar la calidad de la atención de forma general, para cubrir las necesidades de las mujeres en el sector salud (17).

Los avances en las investigaciones han brindado elementos para definir criterios claves para la identificación, seguimiento y análisis de los casos de MME. Tal es el caso de Escocia, que incluyó un sistema para identificación y evaluación de casos de MME dentro del Servicio Nacional de Salud (National Health Service NHS) (29). Así mismo, El Reino Unido desarrolló el “UK Obstetric Surveillance System (UKOSS)”, incluyó el tema en el sistema de vigilancia y se pretende mejorar la salud materna a partir de la experiencia de la MME. Por otro lado, en América del Norte, Canadá implementó el “Stakeholders to improve maternal morbidity and mortality surveillance nation wide”, el cual involucra a todas las personas del proceso de atención a maternas enfocado en la respuesta inmediata de los casos con complicaciones y que requieren cuidados intensivos (29).

Un estudio realizado en África, entre 2009 y 2011, describió la calidad de los servicios maternos en hospitales del área rural de Tanzania. En este periodo, se presentaron 216 MME, 32 muertes maternas y una tasa de incidencia de MME de 23.6% por cada 1000 nacidos vivos (30). De igual forma, en 2011 la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos (ESOG) de Etiopia desarrollaron una investigación sobre los determinantes de morbilidad y mortalidad materna, se encontró que por cada 9 mujeres que se enferman gravemente, muere 1 (31). Las principales causas de morbilidad y mortalidad encontradas fueron la preeclampsia/eclampsia con un 29%, la hemorragia obstétrica con 16% y la ruptura uterina con el 1% (31).

Un estudio realizado en China en 2013, referenció en primera instancia, que el uso de los datos para realizar investigación sobre MME y evaluar la calidad de la

atención obstétrica ha sido poca, y como segundo, determinó los factores asociados con la morbilidad y la mortalidad materna (32). Encontraron que 69 mujeres se clasificaron como casos MME, de las cuales 3 fallecieron, esto indica que por cada 23 casos de MME, una mujer falleció (32). El factor más relevante asociado a la MME fue la falta de control prenatal o atención regular del personal médico y el hecho de que la consulta de controles prenatales no fuera obligatoria ni gratuita, fue la razón principal que explicaba los bajos niveles de acceso a estas consultas (32).

En India en 2014, se realizó una investigación de casos de MME ocurridos en el “Medical College Hospital” del occidente de Rajasthan. De acuerdo a los resultados, los criterios de inclusión más comunes, fueron el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivo (UCI) y la realización de cirugías adicionales. La hemorragia se presentó para un 56% de los casos siendo la complicación más frecuente (33).

En América Latina, los datos de MME han sido pocos, sin embargo, países como Brasil y Cuba, sobresalen por trabajos de investigación realizados en el tema (34). En 2014, Brasil investigó la incidencia de la morbilidad materna extrema en hospitales de atención del embarazo, parto y postparto. Los resultados mostraron una incidencia de 10.21 por cada 1.000 nacidos vivos y se asoció la MME a factores como que la gestante tuviese una edad de 35 años o mayor, historia previa de cesárea y alto riesgo en el embarazo (35).

En el año 2006, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), promovió la implementación de la vigilancia de la MME en la Región Latinoamericana (34). Se estableció el término de “Morbilidad materna extrema” y se definió los criterios de inclusión para el evento (Anexo 1), los cuales son: relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica, relacionados con falla o disfunción orgánica, relacionados con el manejo específico, lesiones de causa externa u otros eventos de interés en salud pública” (34). Además, determinaron que para el análisis se utilizará la metodología del “camino para la supervivencia”, basándose en los registros de las atenciones institucionales, la entrevista a la superviviente (o a los familiares) para identificar los retrasos que hubo en la atención y que favorecieron la ocurrencia de la MME (34).

En el 2014, los resultados de un estudio de casos y controles realizado en Medellín donde se tuvieron en cuenta 600 gestantes para establecer la asociación de la MME con relación a algunas características de acceso y la utilización de los servicios de obstetricia mostró que un 57,6% el embarazo fue no planeado y hubo retraso en la decisión de buscar atención en un 32,0%. Se encontró asociación entre la MME y variables como la etnia y el retraso marcado por la atención con problemas de calidad (36).

3.2.3. Vigilancia epidemiológica de la MME en Colombia

En respuesta a esta tendencia mundial, en Colombia también se ha despertado el interés por integrar el análisis de muerte materna con la MME (37). Después de adoptar la definición de MME, se aunaron esfuerzos entre el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud-INS- y acordaron iniciar con la vigilancia del evento (29). En primera instancia se desarrolló una prueba piloto en el año 2011 con los departamentos de Huila, Cartagena, Bogotá, Caldas, Meta, Nariño, Santander y Valle (29). La vigilancia se extendió a la totalidad del país, con la inclusión de un protocolo, formato de notificación, formato de tamizaje y formato de entrevista, con el propósito de realizar la vigilancia en salud pública de la MME (29).

En cuanto a desarrollos investigativos, en Cali a través de un estudio retrospectivo de casos de MME que ingresaron a la UCI de una clínica de la ciudad, se estableció que las principales causas fueron Preemclapsia severa, que se presentó en 24 casos y Hemorragia severa en 11 casos. (38) Este fue el primer acercamiento investigativo de la MME en el país (39).

3.2.4. Padecimiento-cuidado de la MME como experiencia subjetiva

Históricamente, la salud ha sido definida y entendida como un ideal de vida, es decir vivir sin enfermedad (40). Al hacer referencia a George Canguilhem encontramos que lo que se ha concebido como conocimientos sobre el cuerpo normal, es decir saludable, se ha basado en una imagen especular, dado que la definición del mismo depende de la comprensión de su contraparte patológica (la salud existe en ausencia de enfermedad) (40). No obstante, cuando entendemos el concepto de salud como un fenómeno que no podemos contar o condicionar y que no está medido por instrumentos o maquinas, deja de ser objeto de los especialistas en el campo de la salud, la enfermedad tiene un significado, y la forma como se interpreta ese significado es entender avanzar en el significado de la enfermedad, el cuidado y la propia vida (41).

El concepto subjetivo se introduce al de salud, cuando se hace referencia al dolor o al placer. Es inevitable, entonces, dejar de hablar en primera persona, justo donde el discurso médico persiste en totalizar y hablar tercera persona (42). Dicho en otras palabras, la salud puede ser pensada como la posibilidad de caer enfermo y de poder recuperarse (“cuerpo subjetivo”) (42). Por otro lado, la enfermedad se entiende como entramados socioculturales que explican y se articulan con un todo, esto ha sido posible determinarlo a través del análisis de experiencias e interacciones entre diferentes actores sociales y culturales (sujetos enfermos, sujetos tratantes, instituciones -familia, las redes de salud, o la escuela-) (40).

Según Kleinman, la experiencia de enfermedad es cultural, debido a que cuando alguien se enferma, su vivencia, su historia y sus narrativas son reflejos de un entorno social concreto, es decir que las vidas con enfermedades se re-significan en el plano social (40). Desde esta postura, Kleinman diferencia entre los conceptos de enfermedad (*disease*), referida al proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva, padecimiento (*illness*) como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo y disfunción social (*sickness*) que apunta a las acciones y comportamientos individuales del enfermo en la sociedad. Kleinman propone integrar la noción de malestar (*sickness*) como la suma de dos conceptos: enfermedad (*disease*) propio del modelo biológico de alteración o disfunción de órganos o sistemas y padecimiento (*illness*) que incorpora la percepción y la experiencia propia del modelo sociocultural, enfatizando este último componente como producto de constructos sociales (43). En este sentido, el padecimiento es entendido como la manera por la que el hombre enfermo percibe, expresa y afronta el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar, pues éste último requiere de la participación del discurso médico para su construcción. Es en el encuentro médico-paciente que se produce una reconstrucción técnica del discurso profesional dentro de la comunicación del lenguaje culturalmente compartido (44). Almeida-Filho, citando a Kleinman y a Good & Good, reafirma que el proceso de enfermedad se correlaciona con, o es causado por, alteraciones psicológicas y/o biológicas mientras que el padecimiento está situado en el dominio del lenguaje y los significados, y por lo tanto constituye una experiencia humana. En este sentido, el padecimiento es un asunto fenomenológico que se construye simbólicamente a partir del lenguaje en todas sus dimensiones (verbales, gestuales, corporales). En palabras de estos autores, “[...] el padecimiento es fundamentalmente semántico, y su transformación en enfermedad, como experiencia humana y objeto de atención médica, ocurre por medio de un proceso de atribución de significados” (44).

Sin embargo, desde una postura crítica a esta concepción de padecimiento, Almeida-Filho presenta un modelo alternativo de comprensión (44). Su construcción parte de tres componentes: del “Complejo enfermedad-padecimiento-malestar” propuesto por Young en la década de los 90’; del planteamiento de Good (quien en esta misma década consideró a este “Complejo” como una narrativa, tanto natural como cultural, resultado de un proceso concreto, parcialmente indeterminado y enmarcado en las relaciones de poder evidenciadas en los discursos y prácticas médicas; y de la mirada crítica de Bibeau & Corin, quienes propusieron a finales del siglo XX “el sistema de signos, significados y prácticas en salud”. De este modo, el modelo propuesto por Almeida-Filho plantea la necesidad de establecer conexiones epistemológicas, teóricas y metodológicas que articulen el estudio de las experiencias subjetivas de enfermar y la reificación de las narrativas de la enfermedad, con un enfoque macrosocial e histórico que supere la mirada dual del binomio salud-enfermedad, propia del modelo biomédico. Los objetos de salud, son polisémicos, plurales, multifacéticos, transdisciplinarios y para abordarlos se requieren modelos simultáneamente

ontológicos y heurísticos capaces de atravesar (y de ser atravesados por) esferas y ámbitos correspondientes a diferentes niveles de complejidad, lo que implica entonces trascender los bordes disciplinares entre las llamadas ciencias “naturales” y las ciencias “humanas” en salud.

Mercado-Martínez en sus estudios en enfermedades crónicas, adoptando la posición de otros autores anglosajones como Scheper-Hughes & Lock, Singer y latinoamericanos como Castro en México y Alves en Brasil, ha prestado atención a los fenómenos micro como la experiencia de vivir con un padecimiento que remite a fenómenos subjetivos y existenciales, fenomenológicos, en el marco de los procesos en donde se producen y se reproducen los sujetos enfermos. A partir de dichos estudios ha construido la siguiente noción de padecimiento: “aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean” (45).

Se considera entonces que acercarse a la experiencia de padecimiento, en tanto experiencia mediada por el lenguaje, es posible a través de un abordaje narrativo. El cual permite develar en lo micro -a través de las voces no escuchadas, de quienes viven esta experiencia en su cotidianidad-, las contradicciones, las encrucijadas, la injusticia, los obstáculos, pero también las posibilidades de acción, creatividad, flexibilidad que atraviesan y complejizan sus propias tramas. Como fenómeno subjetivo, estas constricciones y aperturas del “orden macrosocial” sobre la experiencia de padecimiento, se expresan no desde afuera, sino desde adentro, desde la experiencia misma que es enunciada por quien la vive.

3.2.5. El enfoque de capacidades humanas hacia una lectura “enriquecida” de la vulnerabilidad.

La vulnerabilidad ha sido definida de diversas formas, situación que evidencia la no universalidad del concepto y en algunos casos, la polémica que se presenta desde diferentes perspectivas al explicarla como fenómeno social. Para Feito, la vulnerabilidad debido a la complejidad que implica definirla, a causa de que su significado se puede aplicar a diversos ámbitos, intenta delimitarla en dos tipos: La vulnerabilidad antropológica y la vulnerabilidad social (46). La primera hace referencia a la precariedad de la vida, a la posibilidad de sufrir, tiene que ver con la enfermedad, el dolor, con la fragilidad, con la finitud, es decir con todo aquello que remite a la posibilidad de perecer, de morir. Esta situación enfrenta al hombre con lo escaso de su poder y lo pone en una situación de amenaza constante, es decir, el ser humano es víctima de su propia condición mortal (46). Por otra parte, la vulnerabilidad social hace referencia a las condiciones de fragilidad que se

encuentran las personas en relación a ciertos ambientes o situaciones socioeconómicas, como por ejemplo, las situaciones de marginalidad y delincuencia, la discriminación racial o de género, la exclusión social, los problemas de salud mental, entre otros (46). Lo cual remite a unas condiciones desfavorables que exponen a las personas a la desprotección debido a la falta de control que proporciona la incapacidad de cambiar la situación de riesgo (46).

Ahora bien, desde una mirada de la vulnerabilidad como condición social, Luna propone que la vulnerabilidad debería ser pensada mediante la idea de capas, las cuales pueden ser removidas una por una. Es así como no hay una única vulnerabilidad sino diferentes vulnerabilidades (11). La metáfora de las capas ofrece flexibilidad en la concepción de la vulnerabilidad, debido a que ésta se relaciona a las circunstancias, y al contexto y no a un rótulo permanente que está presente durante toda la existencia. Es decir, cuando se presenta un evento adverso, se adquiere una capa de vulnerabilidad, es decir, se está siendo vulnerable, frente a un aspecto particular (11).

Luna (11), debate las concepciones clásicas de vulnerabilidad, entendida como una condición que es permanente en el tiempo o que se remite a ser meramente categórica por cumplir una condición especial. Pensar la vulnerabilidad metafóricamente en “capas” que pueden irse poniendo a persona o grupo específico, da la idea de ser dinámica y flexible.

La vulnerabilidad, según lo anterior, puede provenir de una situación específica que en determinado momento puede convenir o hacer vulnerable a una persona o grupo en particular y lo interesante es, que en la medida en que se resuelvan esas situaciones particulares se van modificando, alterando o retirando la o las capas que convirtieron o hicieron a esa persona vulnerable en un momento indicado. La propuesta para acercarse a la vulnerabilidad en el caso de la experiencia subjetiva de la MME para este trabajo, es desde el análisis de las capacidades humanas como condición clave del desarrollo, como lo propone Martha Nussbaum en “Crear capacidades” (47).

Desde una dimensión antropológica, se comprende que la vulnerabilidad es una característica del ser humano, por su condición de fragilidad propia, es decir, esta perspectiva afirma la condición de vulnerabilidad del ser humano como tal (el ser humano es un ser vulnerable), sin embargo, esta condición ha sido relegada por el conjunto de valores culturales de la sociedad. La vulnerabilidad entendida como la posibilidad de daño hace énfasis en la protección y cuidado, sin embargo, esta postura la ubica como la posibilidad de reclamación de derechos (46).

Entender el concepto de vulnerabilidad como algo complejo, implica hacer referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y en últimas a reconocer que el ser humano es mortal.

Desde la dimensión social, se asocia con aspectos del ambiente, lo social, entre otros; es decir, la vulnerabilidad es generada por las condiciones en que se desarrolla la vida, esto implica que para entender la noción de vulnerabilidad no solo basta con mirar al individuo, sino que implica incluir la parte sociocultural para lograr una comprensión del concepto. Esta dimensión, da lugar a conceptos como “poblaciones vulnerables” o “grupos vulnerables” (11,46).

Desde una perspectiva de antropología filosófica, Nussbaum en su enfoque de “capacidades humanas”, nos ofrece abordar una teoría en cuanto a las dimensiones que son consideradas de suma importancia para el ser humano, que de ser desarrolladas mejoraran la calidad de vida o en caso de ser carentes la vida humana resultará no buena. Esto trae consigo implicaciones de orden político, moral y social, donde se hace una exigencia moral en la garantía de oportunidades que desarrollen las capacidades y más allá hace un reclamo a la garantía de justicia y derechos humanos de los individuos y comunidades, en especial, ante la evidencia de fallas u omisiones de capacidades argumentadas ante la presencia de discriminación o marginación (47).

El enfoque de las capacidades, puede establecerse como la aproximación particular que se realiza a la evaluación de la calidad de vida y en especial, a la teorización sobre la justicia social básica (47). Este enfoque se basa, en la pregunta *¿qué es capaz de hacer y de ser cada persona?*; se centra en la noción de libertad, entendiendo el conjunto de oportunidades que las personas tienen para hacerlas factibles. Enfatiza en que las capacidades permiten no solo medir cuantitativamente sino cualitativamente en cuanto a la comprensión y producción de la naturaleza específica de cada una de ellas (47).

El papel que juega el Estado en este enfoque es imperioso, pues le asigna la tarea concreta de mejorar la calidad de vida para todas las personas, bajo el concepto de capacidades (47).

Las capacidades, como un conjunto de oportunidades (habitualmente interrelacionadas) que tiene cada persona para elegir y actuar, no son simples habilidades que tiene una persona en su interior, sino que están inmersas las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico (47). Capacidad significa «oportunidad de seleccionar» (47). La noción de libertad de elección está, pues, inscrita en el concepto mismo de capacidad (47).

Nussbaum, define en el enfoque, 10 capacidades a considerar:

1. Vida: Excluye la muerte prematura, por el contrario, vivir lo que se pueda en una vida humana normal.
2. Salud física: Esto es, propender por una buena salud, tener una alimentación adecuada y poder vivir en un lugar apropiado.

3. Integridad física. Poder desplazarse libremente de un lugar a otro; estar protegidos de los ataques violentos, incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo «verdaderamente humano», un modo formado y cultivado por una educación adecuada que incluya (aunque ni mucho menos esté limitada a) la alfabetización y la formación matemática y científica básica. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y actos religiosos, literarios, musicales o de índole parecida, según la propia elección. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa. Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso.
5. Emociones. Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotras y nosotros mismos; poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, y sentir duelo por su ausencia; en general, poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad. (Defender esta capacidad significa defender, a su vez, ciertas formas de asociación humana que pueden demostrarse cruciales en el desarrollo de aquella.)
6. Razón práctica. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida. (Esta capacidad entraña la protección de la libertad de conciencia y de observancia religiosa.)
7. Afiliación.
 - a. Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. (Proteger esta capacidad implica proteger instituciones que constituyen y nutren tales formas de afiliación, así como proteger la libertad de reunión y de expresión política.)
 - b. Disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos; que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás. Esto supone introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.
8. Otras especies. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.
9. Juego. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.
10. Control sobre el propio entorno.
 - Político. Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida; tener derecho a la

participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación.

- **Material.** Poder poseer propiedades (tanto muebles como inmuebles) y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás; estar protegidos legalmente frente a registros y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, ser capaces de trabajar como seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores y trabajadoras (47).

Martha Nussbaum, en el contexto de su reflexión acerca de la calidad de vida, afirma que cada vez más los filósofos morales contemporáneos expresan su desagrado con las teorías éticas apartadas de la actuación humana concreta, -tal vez como consecuencia de un interés utilitarista de determinar con precisión las satisfacciones a las necesidades humanas o por la preeminencia de los principios universales (con gran influencia kantiana)-; han impedido considerar la historia, el contexto, las personas y situaciones particulares (48). Así mismo, Nussbaum nos habla del valor que tendría para construir autobiografías o historias valorativas completas de personas, en el camino de la comprensión de un asunto ético, como es el valor de la dignidad humana (49) de un sujeto expuesto a una situación vital y compleja como es el de enfrentar y sobrevivir a un evento de MME.

3.2.6. La determinación social de la MME

Hasta ahora, se ha demostrado la conexión que existe entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud enfermedad. La forma como se estudien y se aborden las problemáticas, depende la corriente a la cual se suscribe el actor académico o institucional. Ante el incumplimiento de los ODM, las graves problemáticas de salud y la persistencia de las inequidades en el tema de salud, en el año 2005, y con el fin de recuperar su papel protagónico, la OMS propone el análisis de las inequidades en salud, y pretendió dar algunas recomendaciones a través de la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (50).

La Comisión propone un modelo dentro de su marco conceptual, que agrupa los determinantes sociales, categorizados en dos niveles jerárquicos: estructurales e intermediarios. Es así como la posición socioeconómica, el género y la etnia, categorías que son de interés para la morbilidad materna extrema, están determinados por los elementos estructurales del modelo; los determinantes intermediarios implican los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud y los sistemas de salud. El papel que juegan los determinantes estructurales, está dado por el impacto que generan en las condiciones de

equidad en salud y esto a través de la interacción sobre los determinantes intermediarios.

Previa a la conformación de la CDSS, ya se gestaba en los años 70's en América Latina, la corriente latinoamericana, la cual surge en el nido del movimiento de la medicina social y salud colectiva (51).

Existía para la época un interés en ir más a fondo de lo que para ese tiempo se consideraba en la relación social del proceso salud-enfermedad; este movimiento plantea que el proceso salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialectico, determinado por un contexto social y político (52). Por lo cual, esta corriente propuso una nueva forma ver y afrontar la salud pública, dejando muy en claro la relación entre la estructura social y los procesos de salud enfermedad en que se desenvuelve la sociedad. Es por ello, que para dar explicación al PSE se hizo uso de categorías ya trabajadas en las ciencias sociales críticas tales como sistema económico, trabajo, clase social y relaciones sociales de producción, las cuales no habían sido tenidas en cuenta en las explicaciones sobre salud (53).

La salud colectiva latinoamericana propendió por la cimentación del objeto de la salud, desde una perspectiva integral, basándose en prácticas de transformación alejadas de los conceptos reduccionistas de “riesgos” o “factores determinantes”, más bien, siendo muy acorde con los hechos sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales (53).

La noción de determinación, se construyó con cuestionamientos al causalismo como principio de reducción del estudio científico y a la explicación causal y relacional de factores que se le da a realidad. Es la determinación entonces, un proceso o “modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades” (53). Estas definiciones y planteamientos suponen una diferencia en conceptos y en los modos como se práctica la Salud Pública.

El modelo de la OMS, ha marcado un camino, el cual ha maximizado las formas de pensar la Salud Pública, pero sigue dándose bajo un sistema de neocausalismo donde los “determinantes sociales” se asumen como aquellos factores que se conectan externamente. Esto importante, en tanto que permite entender que las respuestas en Salud Pública se dan principalmente los “factores”, y no se impacta realmente en procesos estructurales. La corriente latinoamericana, es explícita en cuestionar el modelo de los determinantes porque según la revisión va en la vía de los planteamientos de la hegemonía, esto es soportado porque “denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante” (53).

Estas corrientes latinoamericanas (Medicina Social y la Salud Colectiva), reconocen la intensión de la OMS, no obstante reprochan que la posición que enmarca a la Comisión se da por aspectos de búsqueda de las causas de los problemas, sin generar alternativas de solución efectivas, por lo cual, su refutación se centra en varios ejes: conceptual, ético y de acción política, con los cuales, proponen que además de buscar las causas por las cuales se presentan las inequidades, buscan también los caminos para llegar a las soluciones, esto es determinación social (52).

Para el presente estudio, se asume una postura crítica con carácter dialéctico, postura que incluye una matriz disciplinar que va a determinar la naturaleza de la realidad que se investigará, la forma en que se pretende adquirir los conocimientos del problema de investigación y la relación sujeto/investigador, la cual desde la teoría crítica y el materialismo histórico busca transformar las realidades en que hoy viven las mujeres que presentan complicaciones de MME e incluso aquellas que aún no han presentado.

4. Estrategia metodológica

A continuación se presenta la postura epistemológica de la investigación, el método y se detallan, las diferentes actividades desarrolladas para la invitación de los participantes, recolección y análisis de la información.

4.1. Abordaje epistemológico: Fenomenología-Hermenéutica

La MME representa un punto en un continuo, donde en un extremo están las mujeres que durante la gestión o el parto no presentan complicaciones, y en el otro las mujeres que se enferman gravemente o que mueren (54). Dentro de este continuum, toma relevancia la mirada y el análisis integral de la MME anidada a la mortalidad, esto permite que haya mejor respuesta a las acciones para corregir los factores que influyen en la muerte (37).

El interés en este estudio, se centró en la perspectiva del sujeto (la mujer que sobrevive y los cuidadores). Es decir, por un lado fueron las mismas mujeres que sobreviven quienes hablaron acerca de las situaciones vivieron antes, durante y después de la complicación y de las capacidades que pudieron desplegar en el proceso de recuperación, así mismo, desde la significación de lo sucedido, hablando de la calidad del servicio, la posibilidad de una nueva gestación, la relación con su mundo cotidiano, su pareja, familia y comunidad, entre otros y por el otro, los cuidadores hablaron sobre lo que se siente atender una complicación de MME, sus miedos, sus temores, como enfrentaron la complicación y como se sintieron después que la mujer sobrevive.

Esta investigación, tuvo el interés por acercarse a la experiencia de sobrevivir a una MME, buscando trascender lo que hasta ahora se ha evidenciado a través de los registros clínicos, esto como una posibilidad estudiar al sujeto en su mundo y poder acercarnos a interpretar los fenómenos complejos de la sociedad. (55,56).

El paradigma de Investigación guio el proceso, se apoya en la creciente reivindicación y aceptación de los paradigmas interpretativos como un modo alternativo de acercamiento y de conocimiento de la realidad y como la posibilidad de superación del método como criterio de validez, la separación del sujeto del objeto y la generalización a través de leyes (55–57).

Epistemológicamente, se identificaron en el trabajo de investigación, las diferencias en cuanto su ontología (naturaleza de la realidad investigada), epistemología (la forma en que se adquieren los conocimientos; relación sujeto/investigador) y la metodología (modos en que se obtienen los conocimientos de la realidad). (58)

Es por ello, que esta investigación, buscó hacer un abordaje desde la subjetividad entendiendo la importancia que tiene realzar la voz de los individuos y como su historia está relacionada con las personas que conviven a su alrededor. El Constructivismo propone que podemos conocer las realidades construidas localmente (ontología), es una realidad que puede ser subjetiva, los hallazgos son obras creadas (epistemología) y su metodología es dialéctica/hermenéutica (58).

Es así, como el interés del análisis se enmarcó desde una perspectiva fenomenológica-hermenéutica, comprender el significado de la experiencia de las mujeres que sobreviven a una complicación durante su gestación, parto y puerperio y del cuidador, narrado por ellos mismos. Se pretende tomar con relevancia la voz de las mujeres, para comprender otra perspectiva de la realidad, basada en la experiencia vivida, esto es, dar una mira diferente a aquello que es considerado en el desarrollo clásico de la epidemiología como “los datos” y generar ese espacio donde se puede escuchar la voz de los sujetos.

4.2. Enfoque investigativo: Biográfico narrativo

A través de la investigación biográfica, se pueden manifestar los procesos de socialización, los principales apoyos de su identidad, los impactos que recibe y percibe, los incidentes críticos en su historia, la evolución de sus demandas y expectativas, así como los factores que condicionan su actitud hacia la vida y hacia el futuro (59). También, se puede mostrar la "voz" de los protagonistas cotidianos, sus relatos de vida y experiencia hacen públicas aquellas percepciones, intereses, dudas, orientaciones, hitos y circunstancias que – desde su perspectiva – han influido significativamente en ser quienes son y en actuar como lo hacen. Para construir una historia de vida, se deben integrar situaciones del pasado que el sujeto considera relevantes para describir, entender o representar, la situación actual y enfrentarse prospectivamente al futuro (59).

El ideal positivista fue establecer una distancia entre investigador y objeto investigado, correlacionando mayor despersonalización con incremento de objetividad. El enfoque biográfico, contrapone esta posición y sustenta que son los informantes quienes hablan de ellos mismos, resaltando su subjetividad.

En esta se trata de otorgar toda su relevancia a la dimensión discursiva de la individualidad, a los modos como los humanos vivencian y dan significado al mundo de la vida y todo esto, a través del lenguaje (59) . La investigación biográfico-narrativa, surge como una herramienta de gran importancia para acceder a las posibilidades individuales de los significados y del saber popular. Permite dar voz a los investigados y se constituye como posibilidad de aproximarse a un acontecimiento vital o una situación social desde la singularidad del mundo de quien lo narra (59).

A pesar de la multiplicidad de formas de entender la investigación narrativa, lo cual es producto de la diversidad de enfoques, aplicaciones y perspectivas disciplinares

(antropología, sociología, psicología), en esta investigación se optó por el enfoque **narrativo-autobiográfico**, como aquel que pretende explorar los significados profundos de la experiencia narrada y que de ninguna manera se limita a una metodología de recogida y análisis de datos.

4.3. Método de investigación: Investigación Narrativa de tipo Autobiográfica o Relatos de vida

Se realizó una investigación narrativa de tipo autobiográfica (1), buscando reconstruir la experiencia de mujeres sobrevivientes y cuidadores, mediante un proceso reflexivo, en la cual los narradores le dieron significado a lo sucedido o vivido, a través de la construcción de relatos. Para el desarrollo de esto, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas establecidas para la investigación (Anexo 2).

Se define como relato de la vida de una persona, aquella narración que es compuesta por la persona misma, bien sea solicitada o no (59). Los relatos, dan cuenta de aspectos tan esenciales sobre la vida personal, en el mundo social, dan cuenta de lo sucedido, de las causas, las consecuencias que ha tenido una acción, y un elemento que la hace particular y especial, es que siempre están contextualmente situados en relación con otros; no desde un yo solitario o imparcial, puesto que las historias son el resultado de una trama compleja de significados entrelazados con las vidas de los otros (antecedentes, contemporáneos y sucesores) (59). En el relato, la unidad narrativa de la historia expresa la dimensión emotiva de la experiencia, la complejidad, relaciones y singularidad de cada acción; constituye una alternativa, al modo atomista y formalista de descomponer las acciones en un conjunto de atributos o cualidades que rompen la unidad de la historia, mediante procesos de análisis de contenido, codificación y categorización de fragmentos, propio de aproximaciones positivas de investigación social cualitativa (59).

En cuanto a producción de conocimiento, el relato obtiene aquello que no puede ser expresado en verdades absolutas, como la riqueza y detalles de los significados en los asuntos humanos, aquello que motiva, mueve, cuales son los deseos o sentimientos de cada persona. Se puede decir en un sentido concreto que el objeto de la narrativa, son los acontecimientos de las intenciones humanas (59).

4.4. Selección e invitación de los participantes

Se propuso trabajar con las instituciones de referencia de los 11 municipios de Urabá, a las cuales se les envió una carta donde se planteó el objetivo de la investigación y se les invitó a participar en esta (Anexo 3), sin embargo, finalmente

se obtuvo el aval de 5, cuyos nombres fueron omitidos para garantizar la confidencialidad y respetar los acuerdos pactados con los participantes.

Las personas que laboran en el proceso Vigilancia Epidemiológica de las instituciones de salud fueron los encargados de realizar el contacto de las mujeres sobrevivientes a la MME. Esto debido, a que están de forma permanente en la institución y apoyan el proceso de identificación y de notificación obligatoria de los casos de MME al sistema de vigilancia (Sivigila), lo cual facilitó la identificación y contacto de las mujeres. De igual forma, ayudaron a identificar los cuidadores (médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería) que trabajan en los servicios de ginecobstetricia o de vigilancia epidemiológica en el análisis de los casos de MME.

Se esperaba contar con la participación de al menos de 6 a 8 narradores de los diferentes municipios, después de terminar el trabajo de campo se obtuvo la participación de 12 personas.

Se inició el contacto con aquellas mujeres con MME y cuidadores que podían participar, a cada uno de ellos se les presentó la información de la investigación con mayor detalle, claridad y simplicidad (con el fin de que pudieran valorar riesgos y beneficios). Se les solicitó participar de manera voluntaria y con su previo consentimiento para lo cual se realizó la firma del consentimiento informado (Anexo 4 y Anexo 5). Esto ayudó a la factibilidad, porque se requirió construir confianza para que las personas decidieran a compartir su vida al narrar su propia biografía. Se realizó contacto con dos menores de edad de 16 años que habían tenido una MME y debido a que la investigación inicialmente contemplaba mujeres mayores de edad, se gestionó ante el Comité de ética el aval para incluir a estas dos mujeres menores de edad (Anexo 6), el cual fue otorgado (Anexo 7).

4.5. Criterios de inclusión de los cuidadores

En cuanto a los cuidadores, se invitó al personal de salud (médico, enfermera y auxiliar de enfermería) que labora en el área de Ginecobstetricia (maternidad o partos) y de vigilancia epidemiológica de las instituciones de salud de la subregión. Un criterio de inclusión para los cuidadores fue que hubiesen participado en la atención de al menos un caso de MME.

Se tuvo en cuenta, que los cuidadores no fueran aquellos quienes atendieron alguna de las mujeres que participaron en el estudio, esto como una observación recibida por del Comité de Ética al momento de la aprobación del trabajo de campo dadas las implicaciones éticas que implicaba. Para ayudar a esta situación, en las instituciones donde no se logró contactar a las mujeres se procuró tener participación de cuidadores; no obstante, no se identificaron coincidencias entre cuidadores y mujeres sobrevivientes a MME.

4.6. Criterios de inclusión de las mujeres MME

Se procuró que participaran mujeres del área urbana y rural. Se incluyeron mujeres con diferencias en cuanto a la edad, número de hijos y estado civil. Un criterio de selección fue que no tuvieran limitaciones para la comunicación oral (otra lengua o alguna discapacidad). Se procuró tener un tiempo de mínimo de un mes entre el momento de la complicación y la realización de la entrevista.

4.7. Construcción oral de las narrativas

La construcción de las narrativas autobiográficas fue de forma oral, a través de entrevistas conversacionales a profundidad. No se contó con una estructura temática, sino que fue la mujer y el cuidador quienes elaboraron libremente sus relatos a partir de un primer enunciado generador, algo como el siguiente “cuénteme su historia” (1).

La narración oral de tipo conversacional, permite a quien narra una mayor espontaneidad, fluidez y empezar por donde quiera, que cuente lo que ha vivido sin tener en cuenta el orden en el tiempo, puede resaltar aquellas situaciones que son importantes para su vida. Esto facilita identificar las experiencias más significativas, y es así como el o la narradora teje sus relatos a manera de un entramado. El papel como investigadora en la conversación fue ayudar a profundizar en sus significados, tal vez recogiendo algunos hilos que iban siendo dejados a un lado, sin tejer o compartiendo la apreciación sobre algunos detalles del tejido. Otra razón más de orden práctico, fue la posibilidad de encontrar dificultades para la lectoescritura en alguno de los participantes, y esto no fue obstáculo para la comunicación (1).

Las entrevistas fueron realizadas personalmente por la investigadora, quien por ser oriunda de la región se le facilitaba el entendimiento de modismos y acentos propios de la región. La investigadora realizó 4 desplazamientos a la zona de Urabá y tuvo una sesión con cada participante, las cuales fueron grabadas (previa autorización del participante). Además, se contó con la participación de un profesional de psicología, esto como alternativa que ante la eventualidad de que la mujer requiriera alguna asistencia psicológica, fuera este profesional quien realizaría el manejo durante la sesión de entrevista. Al profesional, se le brindó y firmó un acuerdo de confidencialidad (Anexo 8) que garantiza los términos de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información y de las entrevistas; en ningún caso tuvo acceso a la información de las entrevistas durante o posterior a la investigación. Este proceso fue explicado a todas mujeres, recalcando en que era un requerimiento del Comité de Ética para poder realizar la entrevista, y que si no estaban de acuerdo de realizar la entrevista o pararla en cualquier momento por esto, lo podían hacer; no obstante ninguna mujer manifestó oposición por el acompañamiento del profesional de psicología y además, pese a que algunas mujeres tuvieron momentos de tristeza o llanto, fueron momentos que generaron

espacios que posteriormente generaron reflexibilidad entre la investigadora, el psicólogo y la mujer entrevistada. El acompañamiento del psicólogo, ayudo a la investigadora a realizar procesos de reflexión posterior a cada entrevista.

Las entrevistas duraron entre una a dos horas por cada relato. Con cada participante, se acordó previamente el lugar para el encuentro, buscando garantizar la seguridad, privacidad y comodidad necesarias para poderlos realizar y posibilitar las condiciones requeridas para que estas personas pudieran narrar de manera oral su experiencia. Así mismo, se garantizó el almacenamiento en memorias USB, las cuales solo fueron manipuladas por la investigadora. Estas serán conservadas por 10 años, para los efectos de ajuste en los diferentes informes que se requieran sobre el proceso investigativo.

4.8. Construcción del texto escrito de las narrativas

Las transcripciones de las entrevistas fueron contratadas con una persona externa a la investigación. La investigadora supervisó la fidelidad de la transcripción y aseguró el almacenamiento de las grabaciones y textos derivados, para garantizar confidencialidad. La persona que transcribió las entrevistas firmó un acuerdo de confidencialidad de la información (Anexo 9).

Se procuró que la transcripción fuera textual para cada entrevista registrando la totalidad del contenido, así como también el tono emotivo de la conversación (pausas, silencios, risas, llantos, exclamaciones, interrupciones...). El texto escrito fue entregado a su narrador, para que diera fe de lo transcrito. Se tenía previsto que en los casos de que el participante tuviera limitaciones para la lectura del texto, se le proveería la alternativa de hacerle en privado una lectura en voz alta, sin embargo, entre los participantes no hubo limitaciones de este tipo.

En la narración escrita se omitieron los detalles que puedan poner en evidencia la identificación de las personas (nombres, lugares y fechas específicas, instituciones de salud, nombres de personal asistencial); en su lugar, acordó con el participante como cambiarlas (por ejemplo, mediante el uso de pseudónimo). Para proteger la identidad de las instituciones y nombres de los municipios se utilizó como base los nombres de los ríos más representativos del continente de África, para cada río se ubicó una ciudad que tuviera límites territoriales con el río y, por último, se realizó la búsqueda de comunidades étnicas pertenecientes a estas ciudades. Esta nomenclatura fue decidida para la investigación, en tanto la comprensión histórica y territorial de la zona de Urabá en las épocas de la colonización. El nombre de cada una de las instituciones y municipio fueron cambiados acordes a lo anteriormente descrito y se conserva el mismo nombre transversalmente en todos los relatos. Los nombres de otras personas que el narrador menciona en las historias fueron cambiados de forma arbitraria procurando que no tuviesen relación con los nombres verdaderos (1).

4.9. Proceso interpretativo de los relatos autobiográficos

Para el proceso de análisis de los relatos, se llevó a cabo una interpretación de los textos narrados realizado por Marta Gaviria en su tesis doctoral sobre el destierro (60). Este proceso, se desarrolla bajo la propuesta de Paul Ricoeur (61,62) sobre el arco hermenéutico que permite realizar una interpretación de un texto a través de tres momentos miméticos:

4.9.1. Mimesis I. Prefiguración

En este primer momento, se centra la observación hacia el mundo vivido por los personajes. Cuáles son las acciones del personaje que allí se plasman en el relato. Posteriormente se unirán las acciones que aparecen en el relato, para mirar que relación guardan unas con otras.

Así mismo, en cada relato se analizará cual es el rol que asume el narrador en la acción (destinador, destinatario, ayudante, oponente), el tipo de discurso que utiliza y las justificaciones que le da a las acciones que realiza, además, se reconocerán los lugares recorridos y escenarios donde ocurre el relato; todo lo anterior con el fin de aproximarme a descubrir rasgos característicos de los personajes (1).

4.9.2. Mimesis II. Configuración

En éste momento, en cada historia se analizará lo siguiente:

- Temática en la historia
- Lectura intratextual, para interpretar el significado de cada relato desde la subjetividad del personaje, a partir de las experiencias vividas
- Por último, cuáles son las decisiones que tomaron los personajes en cada historia, frente a una situación específica, ya sea agradable o desagradable, las cuales darán cuenta del estar siendo de las sobrevivientes y cuidadores entrevistados.

4.9.3. Mimesis III. Refiguración:

Este momento se analizará a través de una lectura intertextual, es decir, que mundo proyectan los narradores, a dónde apuntan estas historias, qué podemos aprender con relación a la determinación de la vulnerabilidad social de las mujeres frente a la experiencia de afrontar un evento de MME. Para esto se compararán todas las historias con el fin de descubrir que puntos en común surgen en estas y cuáles son los puntos diferenciadores.

Todo lo anterior, dará una interpretación tejida de las experiencias de las mujeres y cuidadores frente al afrontar una MME.

4.10. Preparación del texto (entrevista conversacional) para el proceso

interpretativo

4.10.1. Construcción de fragmentos del texto

Una vez transcritas las entrevistas, se hizo una revisión del texto y se limpió. Entendiendo limpiar, como la acción de borrar la voz de la investigadora (preguntas, intervenciones y/o comentarios) y se dejó el texto solo con la voz del personaje que es el interés de la entrevista. Con el texto en limpio, se realizó la partición del texto en cuadros o fragmentos (episodios o micro-relatos) en el orden en que aparece en la conversación. Cada uno de los fragmentos se numeró en orden consecutivo de acuerdo a la secuencia conversacional -fragmento 1 (F1), fragmento 2 (F2) y siguientes-.

A continuación, se muestra un ejemplo de fragmentación (Figura 3). Los fragmentos permitirán identificar una acción narrada por la mujer en los relatos; los fragmentos siempre indican que algo paso, algo sucedió, hubo una acción y refleja el mundo vivido por parte del personaje.

Entrevista 1, Manuela

F1 Yo pienso que lo que me paso a mi fue porque tuve un embarazo muy triste, mantenía muy deprimida... entonces yo pienso que fue a raíz de eso que se me desprendió la placenta aquí en la casa en la mañana muy temprano desperté sin dolor y sin nada estaba programada para cesárea porque me faltaba poquito y de un momento a otro vi un sangrado y me fui al hospital, cuando llegué se demoraron un rato para atenderme porque habían otras primero. Cuando llegué la bebé ya se había ahogado con tanta hemorragia que tuve, dicen que el desprendimiento de placenta -me explicaban- que se desprende la placenta y de una vez el cordón como que presiona el cuello del bebé y se ahoga, fue muy duro para mí porque esperaba la niña que tengo son diez años y yo esperaba esa bebé bastante con ansiedad. Tuve muchos problemas con el papa de la niña porque tomaba mucho y tú sabes que uno en el embarazo se deprime demasiado. Ya estando allí, hasta el punto en que llegué yo le echo la culpa al hospital porque después que ellos me sacan la bebé vieron que yo tenía hemorragia y todo el día pase con la hemorragia de las 8 - 9 de la mañana que me la sacaron... pase todo el día con hemorragia y ellos "Tiene una hemorragia y no le para no le para" cuando a las once de la noche empecé a convulsionar y estaba sin sangre me mandaron para Nilo y como no tenía sangre se me llenaron los pulmones de líquido y ese fue el riesgo que tuve! **F2** En la UCI de Sudán del Sur estuvieron muy pendientes pero no sé qué le paso al médico como que le dio miedo porque la familia mía peleaba mucho "Que me mandaran para otro lado" y al médico como que le dio miedo y tomo la decisión de devolvérme para Níger, cuando en Níger me vieron tampoco me querían recibir, una muchacha que gestiona ahí, me colaboro y nos fuimos para Bosquimania, allá en Bosquimania sí me hicieron lo que me tenían que hacer y allá me fue mejor, porque en los dos hospitales anteriores no me parece... **F3** Yo pienso que en el hospital de Níger la gente es muy tranquila porque digo yo que si uno llega y una hemorragia había que poner sangre de una vez y pase todo el día hasta que no me vieron convulsionando que ya no tenía sangre, porque en Nilo cuando llegué el médico que estaba de turno sí me dijo que venía sin sangre e incluso para sacarme un poquito de sangre tuvieron que llegar a la yugular para poder hacerme los exámenes. Entonces pienso que en Níger son demasiado tranquilos porque si ellos te dicen si quiera a mi familia "No hay sangre o miran como hacen para conseguir el tipo de sangre de ella..." no hubiera llegado hasta esos extremos. Eso fue el 6 de enero y yo llegué al hospital, a las 8 de la mañana. A las 9 más o menos me la sacaron y de ahí todo el resto fue sangre sangre sangre... Eso fue lo que me dijeron, que se había desprendido la placenta y que de pronto había sido porque había tenido presiones altas como estaba deprimida mantenía la presión bastante... me molestaba mucho en todo el embarazo **F4** Yo fui a los controles, todos normal en 8. Estuve en todos los controles lo que siempre salía era la presión alta porque me molestaba mucho la presión. **F5** En mi embarazo anterior tuve preclamsia y también me molesto la presión, pero ya me faltaba poquito, de pronto fue porque en el primer embarazo tuve un embarazo bonito, no tuve esos problemas y esas dificultades que me pasaron ahora **F6** Yo le echo la culpa es a eso, la gravedad que tuve se la echo al hospital porque yo pienso que si ellos hacen algo a tiempo yo no hubiese llegado hasta allá, porque hubo días que casi... al otro encontraban una mala noticia. Yo estuve consciente gracias a dios. Solo hubo un día que iban dízque a entubar que no podía respirar porque tenía los pulmones así y la respiración no era buena entonces eso me hacía subir la más presión. En Nilo estuve tres días y en la UCI de Bosquimania duré tres días. El médico me dio tres meses de incapacidad. **F7** Hay mucha gente que me dice que no tenga más hijos, pero yo no pierdo la esperanza porque yo no quiero quedarme con una sola hija, hay gente que no, que no e incluso mi familia dice que no pero después que dios me la de yo la tengo. No me ha dado como susto, que un impedimento para no

Entrevista 1, Manuela

F8 volverlo a intentar...no. **F9** Quedé con un sustico porque ya me enteré aquí en la casa que me empezaron a contar lo que me paso, la hermanita mía que se quedó cuidándome y me cuenta lo que decían los médicos, y me provocó como un sustico de pensar que tuve la muerte ahí tan cerquita y pase como nerviosa unos días, pero ya se me paso. En el hospital no estuve tan consciente de que estaba tan cerca de la muerte. Porque nadie me decía, simplemente sentía que me ahogaba y todo el mundo entraba y eso pero nadie llorando ni nada, nadie me demostró eso. ¡Ellos ahora es que me cuentan y yo "¡Caramba! yo estuve así tan mal"!... tuve como nervios pero ya se me paso. A mí me dio miedo como haber sentido que iba a dejar a Lina sola porque que Pablo se murió y eso es lo que me dicen "Tú te vas a poner a tener más hijos a dejar a Lina sola" ¡Ay! Pero yo si quiero tener otra, son mis deseos de tener una familia. **F10** Si yo llego a quedar embarazada yo me iría, yo soy educadora, pero si me toca quedarme un año sin sueldo pidiendo una licencia yo lo hago y me iría para Zimbabue, de pronto porque uno sabe que allá la gente es más pendiente de uno y me iría. Yo casi nunca me enfermo ni nada. No había tenido esa necesidad de ir al médico solo con este suceso. **F11** Yo pienso a veces que la salud es tan mala...Acá en Níger es mala mala, porque los médicos son demasiados frescos y ya lo ven a uno al bordectivo y ahí es que se pellican y corren, cuando fui volviendo en sí, que vela a todos los médicos alrededor de mi cama y que corría el uno y corría el otro, entonces yo ahí digo que esperan que a uno le de lo que sea para ellos reaccionar, y como mi familia se enfresco en el momento que la bebé y todo el mundo me dejo solo, después todos se vinieron que al entierro que a organizarla y no sé qué... entonces todo ese tiempo estuve sola allá y no hubo quien moviera que la sangre y nada. Entonces yo también les digo a ellos "Ustedes también se durmieron" yo si escuchaba que la hemorragia que la hemorragia, pero estaba tan deprimida con la muerte de la bebé que no paraba como bolas, pero si había una persona más consiente era para que dijeran "Tiene una hemorragia y no le para desde las ocho de la mañana, ¿Qué podemos hacer nosotros como familia?" pero nadie les decía a ellos para que se movieran, yo digo que son demasiado de frescos. **F12** A mí no me decían nada. Y si yo me hacía mis controles, me hacía mis ecografías y todo salió bien, el único detallito era la presión, pero en los controles y cuando iba al ginecólogo bien. **F13** Yo pase como una noche así para tener bebé, el sueño, la orinadera... pase una noche como malauquita. En la mañana me levanté y fui al baño a orinar y cuando me seque vi que había sangrecita, pero era como un agua rosada no era totalmente sangre, cuando vi llame al marido mío y me dice "Pero veté rápido!" de ahí me metí al baño y me estaba secando cuando sentí que se me vino una cantidad de sangre, pero eran unos coágulos grandísimos allá en el baño, entonces yo llame a la trabajadora y lo único que hice fue ponerme una lina y meterme un trapo grandote porque estaba votando... ahí mismo me monte en una monto y me fui. Pero el rato que me toco esperar ahí vote y vote, no fue que ellos me atendieron porque me vieron mal sino porque le pedi el favor a una enfermera que ella me conoce. Yo llegue y ellas me anotaron y dijeron "Te toca esperar", entonces en una de esas vino una muchacha que yo conozco yo la llame y le dije "Mira que yo ya tengo ocho meses y estoy votando un poco de sangre" ella me dijo "¿sangre?" y yo le dije "Si y es en cantidad no es poquita" cuando yo le dije así entro y le dijo a la ginecóloga "La pelada que esta allá me dice que está votando sangre y no es poquito, es una cantidad bastante" y la ginecóloga le dijo "Éntrela para yo mirarla" cuando me entro y me baje el interior y me baje todo ella me dijo "Acuéstate en la camilla" ni se paró y dijo "Acuéstate yo mando a buscar un ginecólogo para que te hagan un monitoreo" y ahí empezaron a buscar el sonido del bebé. Él dijo normal, el vino me miro...primero trajeron una muchacha y ella me hacía con la costita dízque "No lo encuentro, no lo encuentro" y no faltaba como la esperanza, pero cuando vino el con ese aparato ahí dijo el

Figura 3. Construcción de fragmentos conversacionales del texto. (Ejemplo: Entrevista de Manuela)

4.10.2. Análisis estructural

Para realizar el análisis estructural a cada texto, es importante tener en cuenta los elementos que fueron sujetos de investigación. Para esta investigación en particular, interesaba conocer la historia de mujeres que sufrieron un evento de MME y de los cuidadores (personal asistencial y administrativo) de los servicios de salud de las instituciones de Urabá. Para esto, se tomó como base el análisis estructural propuesto y realizado por la Martha Gaviria en sus tesis doctoral sobre el destierro (60). Se mantuvieron algunos criterios que son comunes a todas las historias de vida, como la descripción del fragmento, el tamaño, la cronología, la edad, entre otros. Pero hay otros que se refieren específicamente al problema de investigación como lo es en este caso la MME. Por lo anterior, se establecieron algunos criterios de lectura de los fragmentos para analizar la experiencia en torno a la MME, por ejemplo: "Fase o momento con relación a la complicación de la MME", donde se describe si el fragmento sucede antes del embarazo, durante el embarazo, durante la complicación de la MME o posterior a la complicación.

Luego se construyó una base de datos con ayuda de una hoja de cálculo electrónica, en la cual, en cada columna se registraron los elementos a valorar mediante el análisis estructural.

Con el propósito de mantener homogeneidad en la revisión de los criterios a cada fragmento, se diseñó un diccionario del análisis estructural, en el que se describen los criterios a revisar de cada fragmento. A continuación, se muestra el diccionario, en cada columna de la base de datos se disponen los campos a analizar y se describen: consecutivo columna, nombre del campo, descripción del campo (Cuadro 2).

Cuadro 2. Matriz para el análisis estructural de los fragmentos de las entrevistas

Columna	Campo	Descripción del campo
A	Orden	Número consecutivo que indica la secuencia de aparición del fragmento en la entrevista.
B	Fragmento	Indico para cada fragmento número de la entrevista, la página, la línea de inicio y la línea final del texto: E: número de entrevista P: Página L: Línea de inicio y final dentro del texto.
C	Tamaño	Número de palabras del fragmento.
D	Qué ocurrió	Hecho descrito con sus propias palabras (se transcriben las primeras líneas del fragmento).
E	Cuándo (específico)	Cuándo ocurrió. Año, mes, día u hora (si lo especificó en la entrevista o si lo interpele a partir de otros datos).
F	Cuándo E/I	Cuándo. Explícito o implícito (indico si el personaje especificó en la entrevista o no el "cuándo"). i: Implícito e: explícito
G	Cronología	Se establece una única fecha (año) para poder hacer un ordenamiento episódico de los fragmentos (se resalta la fecha,

Columna	Campo	Descripción del campo
		si fue especificada en la entrevista, en el caso contrario, se deducirá con otros datos).
H	Orden cronológico	Ordeno las filas al terminar, según fecha de ocurrencia del hecho.
I	A qué edad (especifico)	Se indica la edad en años a la cual hace referencia el fragmento. Esto aplica para los fragmentos vividos por el personaje, si no hace referencia a su propia trama (no fue vivido por él/ella) se debe poner "N/A: No aplica". Se resalta los que si especificó. Si no especificó, debo deducirlo de otros datos.
J	Edad E/I	Edad en años. Explícito o implícito (indico si el personaje especificó en la entrevista o no la "edad"). I: Implícito e: explícito
K	Fase o momento con relación a la complicación de la MME	N/A: No aplica cuando no hace referencia a su propia trama. Para la mujer con MME 1. Antes del embarazo 2. En el embarazo antes de la MME 3. Embarazo con la MME 4. Después de la MME 5. Otro momento vivido Para los cuidadores: 1. Antes del trabajar en el área de la salud 2. En la institución, pero no relacionado con MME 3. Relacionado con la MME 4. Otro momento vivido
L	Ciclo vital	Se indica a qué momento del ciclo vital corresponde el fragmento: 1. Niñez (0 a 11 años) 2. Adolescencia (12 a 17 años) 3. Juventud (18 a 24 años) 4. Adulta joven (25 a 39 años) 5. Adulta media (40 a 59 años) 6. Adulta mayor (60 y más)
M	Vivido por él/ella	En esta se indica si el fragmento fue vivido por el personaje o si no hace referencia a su propia trama (no fue vivido por él/ella) Si: Se refiere a su propia trama No: No se refiere a su propia trama/No fue vivido por él/ella
N	Quiénes nombra	Cómo nombra o se refiere e él/ella/ellos. NA: No aplica si no se refiere a su propia trama.
O	Quiénes vínculo	Tipo de vínculo tiene con él/ella (Conyugue, Familiar, amigo/vecino/cercano, Actor institucional, Laboral, desconocido).
P	Quiénes fuerza	Tipo de fuerza con quién menciona: F: Fuerte D: Débil I: Indiferente
Q	Quiénes relación	N/A: No aplica si no se refiere a su propia trama. Qué relación tiene con el protagonista de la acción: Ayudante: Es quien posibilita una acción. Da la mano, brinda información/consejo/, advirtió sobre algo, acompaña. Oponente: Imposibilita la acción. No permite algo (estudiar, salir, amar), no explico, ocasiona un obstáculo, desconfianza. Calla u omite algo. Destinatario: Receptor, el que recibe la ayuda Recibe apoyo del protagonista. Destinador: Entrega algo para la acción (dinero, pasaje, regalo, pago de estudios, proporciona un lugar para vivir) No relación

Columna	Campo	Descripción del campo
		N/A: No aplica si no se refiere a su propia trama.
R	Dónde (específico)	Cómo lo nombra o refiere ese espacio vital. Geográfico Institución de salud Otra institución Vivienda Establecimiento. NA: No aplica si no se refiere a su propia trama.
S	Dónde E/I	Dónde. Explícito o implícito (indico si el personaje especificó en la entrevista o no el lugar). I: Implícito e: explícito NA: No aplica cuando no hace referencia a su propia trama.
T	Qué espacio vital	Cómo lo nombra o se refiere a él. NA: No aplica si no se refiere a su propia trama.
U	Donde lugar	Detallar el lugar referido por el narrador
V	Vínculo afectivo con el espacio	Si se refiere a él con indiferencia, o expresa emociones con relación a ser positivo o negativo con sentimiento de: nostalgia, alegría, tristeza, miedo, inseguridad, injusticia, gratitud, desengaño, esperanza, angustia Recuerdo positivo Recuerdo negativo Indiferente
W	Detalla	Nivel de menor a mayor 0 a 4. (Por ejemplo: 0= apenas nombró o hizo referencia a lo sucedido; 1 y 2 hizo una breve descripción; 3 y 4= Hizo una amplia descripción de lo sucedido (hechos, espacios, personas, lugares, sentimientos, reflexiones)
X	Conmueve	Nivel de menor a mayor 0 a 4. 0= No hay intensidad dramática se limita a dar cuenta de lo sucedido, 1 y 2 = poca intensidad dramática, 3, y 4, = alta intensidad dramática, su tono afectivo indica que se refiere a algo muy perturbador, hay gran angustia o emoción.
Y	Anuda	1= sí, 0 = no. Un fragmento anuda, si es un núcleo de la acción, es decir, es un suceso del que se hizo referencia en la narración en al menos 5 ocasiones. Se identificó después de haber construido las cadenas de acción.
Z	Complementa	Un fragmento complementa, si no cumplió los criterios anteriores, pero pudo ser necesario para completar descripciones o explicaciones de los hechos narrados. El narrador amplió o brindó mayor información, se apoyó en él para justificar o comparar situaciones vividas por él/ella en distintos momentos de su vida, o hizo parte de otras tramas.
AA	Cadenas de acción	Un fragmento hizo parte de un relato, si cumplió uno o más de las funciones (anuda, conmueve, detalla, complementa) en la configuración del mismo. En tal caso, se anotó el número del relato al que pertenece, esto se identificó al construir las cadenas de acción (cadena de acción 1, 2, y siguientes). 0: Si el fragmento no cumplió alguna función configurativa, por lo tanto,

Columna	Campo	Descripción del campo
		no hará parte de la narración. Cada relato tiene cadenas de acción distintas
AB	Intensidad del momento vivido	Clima dramático. Se estableció una escala de Menor a mayor de 0 a 4. 0: es un momento de su vida narra con indiferencia, no hay dramatismo 1: Hay dramatismo, pero se cuenta sin emoción e inexpressivamente 2: Hay dramatismo y se cuenta con un poco de emoción pero se pasa rápidamente 3: hay gran angustia o emoción 4: podría ser de vida o muerte N/A: No aplica si no se refiere a su propia trama.
AC	Importancia del momento vivido	Importancia para la historia. Menor a mayor 0 a 4. (Por ejemplo: 0 es un momento que parece ser insignificante -apenas se menciona una vez, no profundiza en él, no tiene conexiones con otros-; 4 es un momento crucial para su vida). NA: No aplica si no se refiere a su propia trama.
AD	Relación con otros fragmentos	Relación o articulación con otros fragmentos. Se debe registrar el número del fragmento con el cual se conecta. 0: Desconectado. (?): Indicar el número de fragmento con el cual se conecta según el orden narrado. N/A: No aplica si no se refiere a su propia trama. Esta relación permitirá identificar los núcleos de acción. Aquellos fragmentos mayormente citados. Son núcleo cuando el fragmento fue citado 5 veces o más.
AE	Relato	Para ser un relato debe cumplir con las características de una cadena de acción. Un relato está conformado por una o dos cadenas de acción. (Relato 1, 2,3, y siguientes). Las cadenas de acción están conformadas por núcleos de acción, una vez identificados los núcleos, construyó el mapa de relaciones. Para ellos tengo presente la pregunta ¿cómo se articulan los fragmentos entre sí? ¿Se conforman cadenas de acción?

A continuación, se presenta un ejemplo de la base de datos diligenciada con los fragmentos de la entrevista de Manuela (Figura 4):

Orden	Fragmento	Tamaño	Qué ocurrió	Cuándo (específico)	Cuándo E/I	Cronología	Orden cronológico	A qué edad (específico)	Edad E/I	Fase o momento con relación a la complicación de la MME	De qué mundo habla:	Ciclo vital	Vivido por él/ella
										1. Antes del embarazo 2. En el embarazo antes de la MME 3. Embarazo con la MME 4. Después de la MME 5. Otro momento viv	1: Familiar 2: Social 3: Cultural 4: Histórico	1. Niñez (0 a 11 años) 2. Adolescencia (12 a 17 años) 3. Juventud (18 a 24 años) 4. Adulta joven (25 a 39 años) 5. Adulta media (40 a 59 años) 6. Adulta mayor (60 y más)	
1	E1-P1: 1-15	273	Lo que me paso a mí fue porque tuve un embarazo muy triste	Enero de 2016	I	2016		36	I	3	1	4	Si
2	E1-P1: 15-21	86	Al médico como que le dio miedo porque la familia mía peleaba mucho	Enero de 2016	I	2016		36	I	3	2	4	Si
3	E1-P1: 21-32	194	En el hospital de Níger la gente es muy tranquila	06/01/2016	E	2016		36	I	3	2	4	Si
4	E1-P1: 32-33	72	Yo fui a los controles	2015	I	2015		36	I	2	1	4	Si
5	E1-P1: 33-36	78	En mi embarazo anterior tuve preclampsia	2005	I	2005		26	I	1	1	4	Si
6	E1-P1: 36-41	104	Yo le echo la culpa es a eso, la gravedad que tuve se le echo al hospital	2016	I	2015		36	I	3	2	4	Si
7	E1-P1: 42-44, P2: 1	42	Hay mucha gente que me dice que no tenga más hijos, pero yo no pierdo la esperanza	2016	I	2016		37	I	4	1	4	Si
8	E1-P2: 1-10	179	Quedé con un sustico	2016	I	2016		37	I	4	1	4	Si
9	E1-P2: 10-14	49	Si yo llego a quedar embarazada yo me iría	2016	I	2016		37	I	4	2	4	Si

Figura 4. Base de datos análisis estructural - entrevistas INA. Ejemplo entrevista Manuela

4.11. Análisis del texto

4.11.1. Mimesis I. Prefiguración: pre-comprensión de las acciones narradas

En este primer momento, se centró la observación hacia el mundo vivido por los personajes. Cuáles fueron las acciones del personaje que se plasmaron en el relato. Posteriormente se unieron las acciones que aparecen en el relato, para mirar que relación guardaban unas con otras. Así mismo, en cada relato se analizó cual fue el rol que asume el narrador en la acción (destinador, destinatario, ayudante, oponente), el tipo de discurso que utilizó y las justificaciones que le dio a las acciones que realizó, todo lo anterior con el fin de aproximarme a descubrir rasgos característicos de los personajes (60).

4.11.1.1. ¿Cómo llegan los personajes a la historia?

Unidad de análisis: El agente de la acción.

En este ejemplo el agente de la acción es “Manuela”, la protagonista de la historia. Tomo la información de la entrevista de Manuela.

Manuela es una mujer de 37 años, nace en Níger, estudia y se profesionaliza como Docente. Después de 10 años, concibe su segundo hijo. Manifiesta haber tenido un embarazo difícil, mantenía muy triste por los problemas que tenía con su marido, él salía mucho a tomar y a bailar, situación que según Manuela hacía que se le subiera la presión. Esta situación la pone en contraste con su primer embarazo que fue muy bonito porque el primer compañero fue un muy buen hombre. Manuela, con su actual embarazo, despierta una noche y se da cuenta que sangra en abundancia. Ante la emergencia, recurre a los servicios de salud, donde considera no recibió la atención oportuna y pierde al bebé. Posterior a esto, le practican una cesárea para extraer el feto, momento en el cual sufre una

complicación debido a la abundancia del sangrado. Esta complicación la lleva a pasar por tres instituciones donde en cada una relata tener una experiencia diferente frente al cuidado. De Manuela se obtiene un relato con descripciones de la condición cultural que vivió en la gestación en Níger, así como de la experiencia de calidad de los servicios de salud en la región. Manuela, quiere volver a tener otro hijo, es su anhelo, sin embargo, no pasaría su gestación en Nilo.

4.11.1.2. Red conceptual de la acción: Semántica de la acción

Unidad de análisis: cadena de acción

Núcleos y cadenas de acción

Con la red conceptual de la acción, se pretendió identificar la acción en general y los rasgos estructurales que esta tiene, Los núcleos son las unidades más citadas por otros fragmentos dentro de la historia. El rasgo diferencial de los núcleos es que existe una mayor conexión entre los fragmentos por citan a otros fragmentos o son más citados por otros.

Los núcleos de acción se identifican a partir de la matriz del análisis estructural, usando la opción “Anuda”. Cuando el fragmento es citado 4 o veces o más, es un fragmento que anuda, por lo cual se convierte en un núcleo de acción.

Al identificar los núcleos de acción, construyo el mapa de relaciones que el mismo entrevistado hace en los fragmentos al irlos mencionando durante la narración. Para la construcción del mapa me oriento con las siguientes preguntas ¿cómo se articulan los fragmentos entre sí? ¿Se conforman cadenas de acción?

En el ejemplo de Manuela (Figura 5), aparecen 4 núcleos de acción que conformaron las cadenas de acción. El fragmento 10 (cadena 3), hace referencia a la pasividad del personal de Salud del Hospital de Níger “Yo pienso a veces que la salud es tan mala...Acá en Níger es mala mala, porque los médicos son demasiados frescos y ya lo ven a uno al bordecito y ahí es que se pellizcan y corren, cuando fui volviendo en sí, que veía a todos los médicos alrededor de mi cama y que corría el uno y corría el otro, entonces yo ahí digo que esperan que a uno le de lo que sea para ellos reaccionar” [Manuela, 37 años – SN19-FC10] y en relación con la calidad del servicio que manifiesta Manuela, están los fragmentos donde cuenta cómo fue su experiencia en el Hospital de Bosquimanía, que contrario a lo sucedido en Níger el médico se interesó por conversar con ella y entender que le pasaba, así mismo otro fragmento que se relaciona, es la enfermera que ella encuentra en la UCI de Sudan del Sur, quien se convierte en un “salvavidas”, lo refiere así: “En cada sitio uno encuentra una personita. En la UCI de Sudan del Sur de Nilo puedo decirlo fue una enfermera -la recuerdo mucho, era muy cariñosa, empezó a decirme “Mira tienes que ayudarte, no te pongas nerviosa, respira más con pausa que eso es lo que no te ha dejado

normalizar” y se sentaba y me decía “Habla así, respira así”, la recuerdo mucho porque ella me ayudo bastante... [Manuela, 37 años – SN23-FC20]

Los otros fragmentos que identifique como núcleos de acción fue el 6 que conforma la cadena 1, en esta cuenta todo el proceso de la urgencia, cómo llego al hospital y como su situación se empeoro estando en el hospital de Níger: “Yo le echo la culpa es a eso, la gravedad que tuve se la echo al hospital porque yo pienso que si ellos hacen algo a tiempo yo no hubiese llegado hasta allá, [Manuela, 37 años – SN5-FC6]. Así mismo el fragmento 14 que inicia “Mi marido sabe que tiene su culpa como le dije yo, está bastante arrepentido incluso desde que la niña se murió no ha vuelto a tomar, ha dejado un poquito la calle y se ha dedicado más a la casa” [Manuela, 37 años – SN15-FC14], da lugar a la cadena 2 una cadena que envuelve todo su contexto conyugal, la relación con su primera pareja y su primera hija, que expresa que ese primer embarazo fue una experiencia muy bonita porque el papá de la hija era una buena persona y marido, pero contrario a esto refiere como la situación de machismo que vivió durante el segundo embarazo (el de la complicación), fue una experiencia muy difícil, mantenía deprimida por no tener el acompañamiento y apoyo del marido. Refleja la situación social y cultural que se vive en Níger, en el cual los hombres le restan importancia a la mujer en el embarazo y se envuelven en el mundo del baile y el licor, para esto evoca la situación que vivió con su papá y mamá que fue muy similar a la que vivió con su marido durante el embarazo de la complicación. Por último, el fragmento 8 se convierte en la cadena 4, y se refiere a los sentimientos de temor y miedo al saber que estuvo a punto de morir, después del suceso piensa mucho en la muerte y en el futuro de su hija puesto que el padre de esta murió hace 8 años, también narra cómo algunas cosas han cambiado para bien, cómo la actitud y el comportamiento del marido quien ya no sale a rumbar ni toma, y así cómo la relación con la hijastra que no había sido muy buena en los últimos años.

En la Figura 5 se muestra como quedo la red conceptual de las acciones narradas por Manuela.

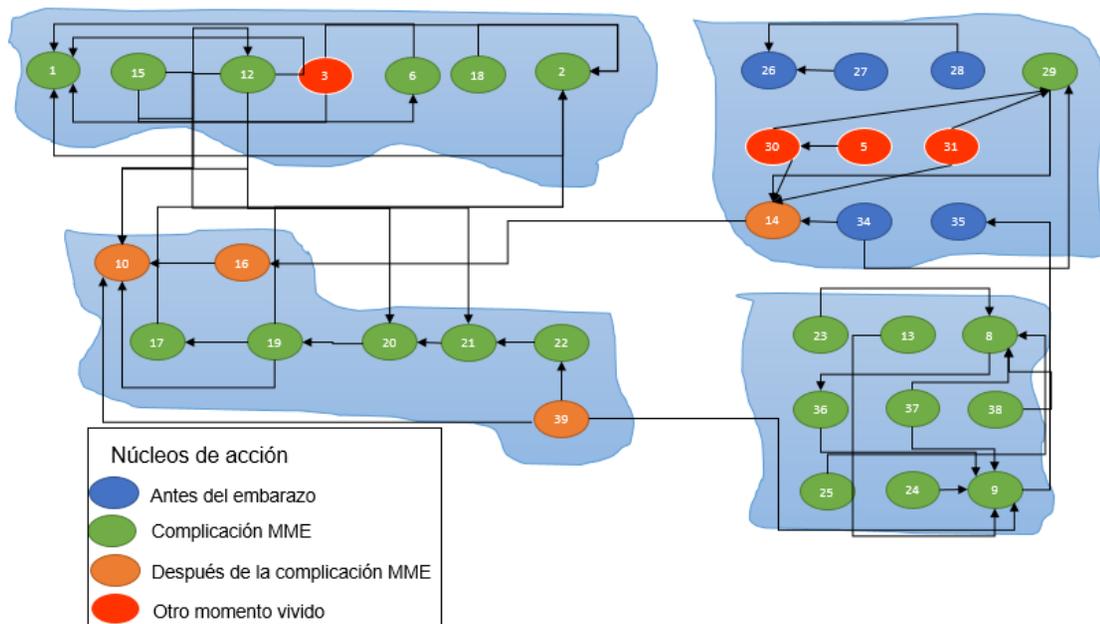


Figura 5. Red conceptual de la acción: Unidades, núcleos y cadenas de acción según la relación entre fragmentos. (Ejemplo entrevista Manuela)

Las cadenas de acción identificadas, las nombre así:

- Cadena 1: Noche en que llega al hospital con la complicación
- Cadena 2: La experiencia con su pareja durante el embarazo
- Cadena 3: La calidad del servicio de salud
- Cadena 4: Sentimientos y pensamientos después de la complicación

4.11.1.3. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo.

Identifiqué en cada una de las cadenas, qué acción realiza el agente con relación al protagonista:

- Ayudante: Es quien posibilita una acción. Da la mano, brinda información/consejo/, advirtió sobre algo, acompañó.
- Oponente: Imposibilita la acción. No permite algo (estudiar, salir, amar), no explico, ocasiona un obstáculo, desconfianza. Calla u omite algo.
- Destinatario: Receptor, el que recibe la ayuda. Recibe apoyo del protagonista.
- Destinador: Entrega algo para la acción (dinero, pasaje, regalo, pago de estudios, proporciona un lugar para vivir)

Una vez establecidos los agentes, identifiqué el tipo de vínculo: Conyugue, Amigo/cercano/conocido, Actor institucional, Un extraño.

Luego los clasifico por el tipo de acción que realizan con el protagonista y la fuerza del vínculo. Para la fuerza del vínculo, uso diferentes grosores de la línea, la gruesa para distinguir aquellas relaciones que tienen un vínculo fuerte con el protagonista y utilizó líneas más delgadas para las relaciones que son débiles o indiferentes.

En la cadena 1 (Figura 6) se identifica que actores de las instituciones de salud (son los mayores oponentes de Manuela, por un lado, las enfermeras de Niger no le tomaron como una urgencia y la hicieron esperar, pese a que sangraba y los médicos posterior a la cesárea, no le muestran a la bebé. Para ella hubiese sido muy importante poder ver a su bebé, aunque hubiese fallecido; así mismo, manifiesta que el médico tenía conocimiento que ella necesitaba sangre y que la única disponibilidad que había era en Nilo, entonces siente que la remisión no fue oportuna y llevo a que se complicara. Por otro lado, el médico de la UCI de Sudan del Sur, tenía una actitud evasiva, lo cual Manuela encuentra extraño y lo aduce a que era porque estaba muy mal o por la “presión” que ejerció la familia para que la atendieran. En esta cadena, se evidencia que Manuela manifiesta que los dolores y la alteración de la presión anterior se debía a los problemas que tenía con el marido: “Tuve muchos problemas con el papá de la niña porque tomaba mucho y tú sabes que uno en el embarazo se deprime demasiado” [Manuela, 37 años - SN1-FC1]. Encuentra como ayudantes a la enfermera conocida del hospital de Niger quien le ayuda a que la ingresen por urgencias y la puedan atender (Figura 6).

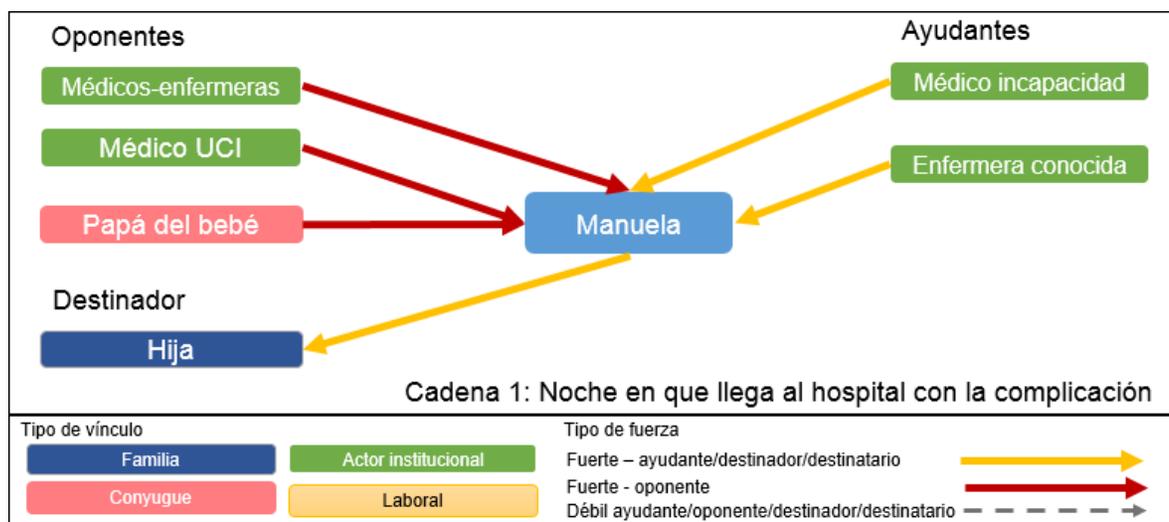


Figura 6. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 1. “Noche en que llega al hospital con la complicación”. (Ejemplo: entrevista de Manuela)

En la cadena 2, Manuela se siente apoyada por las profesoras con las que trabaja quienes hacían cadenas de oración. Una de ellas la visita cuando está hospitalizada y le hace oraciones que la hacen sentir mejor. Ella considera que

Dios la ayudo y dice: “Yo siento que dios me ayudó mucho, el día que dicen que el médico no me daba vida yo le cuento a mis amigas todo, que no se si era el mismo desespero de tanto llorar en esa cama... yo sentía que algo...alguien una persona lleo y me había puesto la mano en la cosa esa que le ponen a uno para la presión me puso la mano, me agarro la mano y me había dicho que ya estaba sana. [Manuela, 37 años – SN11-FC33]. Así mismo, siente que su primer compañero Pablo, era un hombre juicioso que no salía y que eso ayudó a que su primer embarazo fuera bonito. Al papá y al marido los ve como fuertes oponentes, el primero porque evoca la situación familiar, donde la mamá tuvo que “aguantar” muchas situaciones para sostener el hogar y al segundo porque siente que está repitiendo la historia del papá y que muchos problemas de salud que tuvo durante el embarazo eran provocados por su comportamiento: “desde que él se quedaba en la calle yo sentía el dolor de cabeza e iba al hospital y la presión bien alta, entonces yo digo que en parte él tuvo la culpa. [Manuela, 37 años – SN15-FC14] (Figura 7)

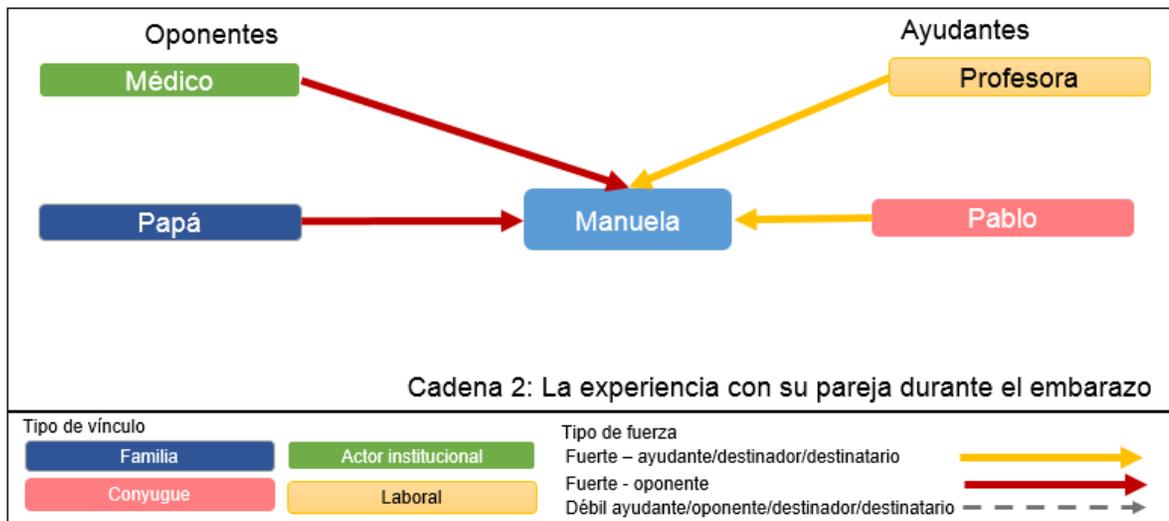


Figura 7. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 2. “La experiencia con su pareja durante el embarazo”. (Ejemplo: entrevista de Manuela)

Una ayudante con un vínculo muy fuerte y que recuerda mucho, es la enfermera de la UCI de Sudan del Sur, quien le brinda un cuidado humano, la acompaña, le enseña y esto la hace sentir mejor. De igual forma, resalta la forma en que la atendió el médico de Bosquimanía, quien no se limitó a leer la historia clínica, sino que la escucha: “me pareció muy agradable el médico, porque llega y me dice: “Cuéntame tu misma que te paso”. [Manuela, 37 años – SN22-FC19]

El médico de Níger aparece nuevamente como oponente, porque no actuó de manera oportuna (Figura 8).

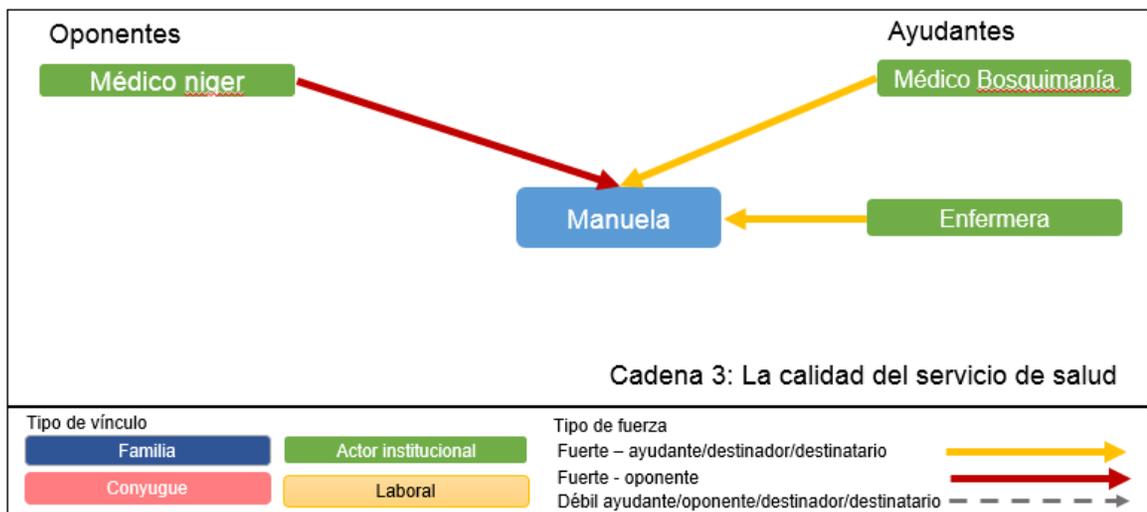


Figura 8. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 3. “Yo pienso a veces que la salud es tan mal”. (Ejemplo: entrevista de Manuela)

En la cadena 4, Manuela narra sobre como algunas cosas cambiaron después de que sobrevivió a la complicación, una de ellas es la mejoría con la relación de la hijastra (Hija de Pablo el primer marido), quien ha tenido manifestaciones de cariño que no esperaba. La actitud del marido, quien ha cambiado los comportamientos que tenía durante el embarazo y manifiesta un sentimiento de arrepentimiento. La familia ha sido un apoyo en el proceso de recuperación (Figura 9).

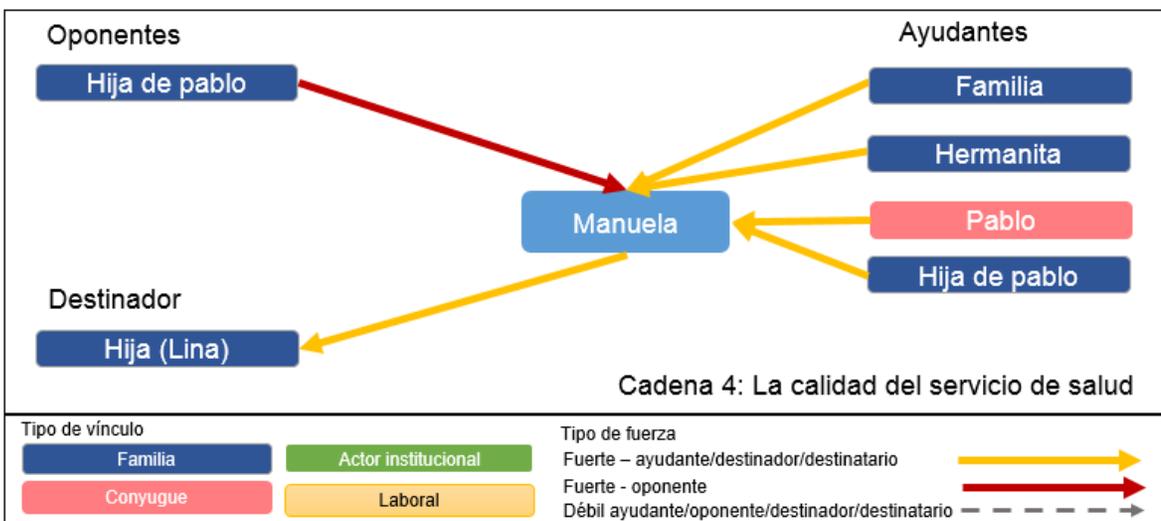


Figura 9. Papel de los agentes de la acción, tipo y fuerza del vínculo. Cadena 4. “Quedé con un sustico”. (Ejemplo: entrevista de Manuela)

Recursos simbólicos del campo práctico

Unidad de análisis: Las cadenas de acción

Se pretende dar respuesta a qué clase de vocabulario y recursos retóricos emplea, esto con el fin de poder describir al lector aquellas palabras o frases usadas por el narrador con un significado exclusivo, de acuerdo al momento y contexto de la narración. Para Manuela se identificaron: Achilada: estar mal en cuanto al aspecto físico; Llorando como una magdalena: llorando en abundancia.

4.11.1.4. Caracteres temporales de la acción

Unidad de análisis: Las cadenas de acción

Para identificar los caracteres temporales, se tomaron todos los fragmentos y se construyó una cronología de la conversación y para cada uno establecer el nivel del dramatismo. Manuela inicia su narración hablando del momento actual, no obstante, mientras avanza empezó a referirse a otras épocas, aunque no menciona años y edades específicas para algunas vivencias, estas las infiero con algún año indicado previamente y con eso empiezo a establecer la cronología (Tabla 3).

Tabla 3. Reconstrucción de fechas, edades y hechos. Ejemplo Manuela

Manuela					
Fecha	Edad	Evento	Escuela	Ciclo universitario	Trabajo como docente (años experiencia)
1979	0	Nacimiento			
1980	1				
1981	2				
1982	3				
1983	4				
1984	5				
1985	6				
1986	7	Entré a la escuela	1		
1987	8		2		
1988	9		3		
1989	10		4		
1990	11		5		
1991	12		6		
1992	13		7		
1993	14		8		
1994	15		9		
1995	16		10		
1996	17		10		
1997	18	Termina bachillerato	11		
1998	19	Empieza Ciclo universitario		12	1
1999	20	Termina Ciclo universitario		13	2
2000	21	Empieza a trabajar en Vereda Zinder			3
2001	22	Cambia de Vereda, empieza en Maradi			4
2002	23				5
2003	24				6
2004	25				7
2005	26	Nace Lina, primera hija			8
2006	27				9
2007	28	Muere Pablo, primer compañero - padre de lina			10
2008	29				11
2009	30				12
2010	31				13
2011	32				14
2012	33				15
2013	34				16
2014	35				17
2015	36	Asistió a controles prenatales del embarazo			18
2016	36	Evento MME			19
2016	37	Entrevista			20

4.11.1.5. Nivel de dramatismo de los momentos vividos, referidos en la conversación.

El nivel de dramatismo, permite identificar la intensidad con la cual el narrador cuenta algún suceso vivido. Para ello uso una escala arbitraria:

- 1: Hay dramatismo, pero se cuenta sin emoción e inexpresivamente
- 2: Hay dramatismo y se cuenta con un poco de emoción, pero se pasa rápidamente
- 3: Hay gran angustia o emoción
- 4: Podría ser de vida o muerte

4.11.2. Mimesis II. Configuración:

Unidad de análisis: Relato

4.11.2.1. Estructura de la trama

¿Qué relatos conforman su historia? Papel de los fragmentos en la configuración de los relatos.

Los relatos se construyeron con los fragmentos de la entrevista. Para decidir si el fragmento se incluía en el relato, se determinó si el fragmento aportaba a la configuración de la trama, es decir, si cumplió con uno o más de los siguientes criterios (Cuadro 3).

Cuadro 3. Criterios para definir si un fragmento hace parte del relato

Detalla	La descripción del momento es detallada. Nivel de menor a mayor 0 a 4. (Por ejemplo: 0= apenas nombró o hizo referencia a lo sucedido; 1 y 2 hizo una breve descripción; 3 y 4= Hizo una amplia descripción de lo sucedido (hechos, espacios, personas, lugares, sentimientos, reflexiones)
Conmueve	Se refiere a la intensidad dramática. Nivel de menor a mayor 0 a 4. 0= No hay intensidad dramática se limita a dar cuenta de lo sucedido, 1 y 2 = poca intensidad dramática 3, y 4, = alta intensidad dramática, su tono afectivo indica que se refiere a algo muy perturbador, hay gran angustia o emoción.
Anuda	Un fragmento anuda, si es un núcleo de la acción, es decir, es un suceso del que se hizo referencia en la narración en al menos 5 ocasiones. Se identificó después de haber construido las cadenas de acción: 1= si, 0 = no.
Complementa	Un fragmento complementa, si no cumplió los criterios anteriores, pero pudo ser necesario para completar descripciones o explicaciones de los hechos narrados. El narrador amplió o brindó mayor información, se apoyó en él para justificar o comparar situaciones vividas por él/ella en distintos momentos de su vida, o hizo parte de otras tramas.

Los fragmentos conversacionales que no cumplieron con ningún criterio, se omitieron de los relatos y por ende no hacen parte de la historia.

Tomé las cadenas de acción y establecí los relatos. Un relato puede estar conformado por una o dos cadenas de acción, sin embargo, en la entrevista de Manuela, conforme 4 relatos a partir de 4 cadenas de acción identificadas en la narración (Cuadro 4).

Cuadro 4. Relatos configurados a partir de las cadenas de acción identificadas. (Ejemplo: relato Manuela)

Cadenas de acción identificadas en la entrevista		Relatos configurados con los fragmentos seleccionados	
N°	A que se refieren los núcleos de acción	N°	Nombre que recibe el relato
1	Cadena 1: Noche en que llega al hospital con la complicación	I	La gravedad que tuve se la echo al hospital
2	Cadena 2: La experiencia con su pareja durante el embarazo	II	Mi marido sabe que tiene su culpa
3	Cadena 3: La calidad del servicio de salud	III	Yo pienso a veces que la salud es tan mala...
4	Cadena 4: Sentimientos y pensamientos después de la complicación	IV	Quedé con un sustico

Nombre que recibe la historia de Manuela: **La gravedad que tuve se la echo al hospital**

En cuanto al papel que cumplen los fragmentos en la configuración de cada uno de los relatos que conforman la historia, se especificó el total y el porcentaje de fragmentos que cumplen con cada uno de criterios que se revisaron previamente (anuda, detalla, conmueve y/o complementa) (Tabla 4).

Tabla 4. Papel de los fragmentos en la configuración de la trama. (Ejemplo historia de Manuela)

Configuración de la trama		Relatos								Historia	
		I. La gravedad que tuve se la echo al hospital		II. Mi marido sabe que tiene su culpa		III. Yo pienso a veces que la salud es tan mala...		IV. Quedé con un sustico			
Número de fragmentos		7		11		8		9		35	
En la configuración de la trama, el fragmento:	Anuda	3	43%	0	0%	1	13%	1	11%	5	14%
	Detalla	6	86%	7	64%	4	50%	4	44%	21	60%
	Conmueve	5	71%	8	73%	4	50%	5	56%	22	63%
	Complementa	6	86%	11	100%	8	100%	7	78%	32	91%
Total		7	100%	11	100%	8	100%	9	100%	35	100%

4.11.2.2. Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos

Al establecer los fragmentos que configuran cada relato, se determinó el orden que los fragmentos tendrán dentro de cada relato (secuencia conversacional), esto para darle coherencia a la historia. En el primer relato de Manuela “La gravedad que tuve se la echo al hospital”, se identificaron 7 fragmentos, conversacionales, la historia inicia con el primer fragmento conversacional y se le asigna la secuencia narrativa 1 (SC: 1 – FC1), continúa con el fragmento 15 al cual se le asigna la secuencia narrativa 2 (SC2 – FC15)-. La disposición configurativa de la historia de Manuela inicia con la complicación, en la cual tenía 36 años y termina refiriéndose a su vida después de la complicación, cuando ya había pasado su cumpleaños (Tabla 5).

Tabla 5. Orden y segmentación de los relatos. (Ejemplo historia de Manuela)

Relatos*											
<i>I. La gravedad que tuve se la echo al hospital</i>			<i>II. Mi marido sabe que tiene su culpa</i>			<i>III. Yo pienso a veces que la salud es tan mala...</i>			<i>IV. Quedé con un sustico</i>		
SC	FC	ER	SC	FC	ER	SC	FC	ER	SC	FC	ER
1	1	36	8	26	0	19	10	37	27	8	37
2	15	36	9	27	18	20	16	36	28	9	37
3	12	36	10	28	20	21	17	36	29	13	36
4	3	36	11	33	36	22	19	36	30	23	36
5	6	36	12	30	26	23	20	36	31	24	36
6	18	36	13	5	26	24	21	36	32	25	36
7	2	36	14	31	26	25	22	36	33	36	37
			15	14	36	26	39	37	34	37	37
			16	29	36				35	38	37
			17	35	18						
			18	34	37						

*SC: Secuencia narrativa FC: Fragmento conversacional ER: Edad referida

En la narración de Manuela, se tenían inicialmente 40 fragmentos, se omitieron 5 fragmentos que no cumplieron con los criterios para incluirse en los relatos, por lo cual, la historia de Manuela queda configurada con 4 relatos y 35 fragmentos, un total de 6494 palabras (Tabla 6).

Tabla 6. Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos. (Ejemplo: historia de Manuela).

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato				Toda la narrativa
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	
Orden: 1° Cuartil del Fragmento Conversacional	3	23	16	9	
N° de fragmentos	7	11	8	9	35
N° de palabras	1.866	2.073	1.076	1.479	6.494
Fragmentos que dan nombre al relato: 6, 8, 10, 14,					
Fragmentos omitidos de la narración: 4, 7, 11, 32, 40					

4.11.2.3. Temática de los fragmentos en la historia

Se determinó a que tema hace referencia los fragmentos que configuran la historia. Esto permite saber cuáles temas tienen mayor importancia o son mayormente mencionados en la narración. Manuela, tiene que el 40% de los fragmentos de su historia se relacionan con el embarazo en el momento de la complicación; en el primer relato el tema se concentra en el momento de la complicación, el segundo habla un poco más acerca de su vida antes y después del embarazo de la complicación (Tabla 7).

Tabla 7. Temática de los fragmentos de la historia. (Ejemplo: historia de Manuela)

Estructura narrativa		Relatos								Toda la narrativa	
		I. La gravedad que tuve se la echo al hospital		II. Mi marido sabe que tiene su culpa		III. Yo pienso a veces que la salud es tan mala...		IV. Quedé con un sustico			
Número de fragmentos		7		11		8		9		35	
El fragmento hace referencia a:	Antes del embarazo	0	0%	3	27%	0	0%	0	0%	3	9%
	En el embarazo antes de la MME	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Embarazo con la MME	7	100%	2	18%	5	63%	0	0%	14	40%
	Después del embarazo con la MME	0	0%	1	9%	3	38%	9	100%	13	37%
	Otro momento vivido	0	0%	5	45%	0	0%	0	0%	5	14%

4.11.2.4. Disposición de la Trama

Unidad de análisis: la historia

Tiempo vivido (disposición episódica o cronológica) vs tiempo narrado (disposición configurativa o narrativa)

Con la información de la Tabla 4. Papel de los fragmentos en la configuración de la trama. (Ejemplo historia de Manuela), Tomo los datos de las columnas: secuencia narrativa y edad referida de cada fragmento que conforman la historia y con ellos construyo una gráfica de línea que correlaciona “el tiempo vivido” (edad referida al narrar) y el “tiempo narrado” (secuencia narrativa).

Este dramatismo se diligencia para cada fragmento y al finalizar establezco aquellos con mayor dramatismo según cada relato (en orden cronológico) y con

estos datos genero la gráfica “curva dramática” (intensidad vs secuencia narrativa).

Manuela empieza con mucha intensidad dramática contando como fue la noche de la complicación y su llegada a la institución de salud. A lo largo de su relato maneja una intensidad en los fragmentos 6, 10, 16, 26 y del 32 al 36; estos fragmentos hablan sobre el momento en que llego a Bosquimanía, los momentos difíciles con el marido durante el embarazo y de los sentimientos de temor después de la complicación. En el momento de la complicación tiene varios momentos dramáticos como el hecho de que no le muestren él bebé, saber que casi se muere y la situación con el esposo. (Figura 10)

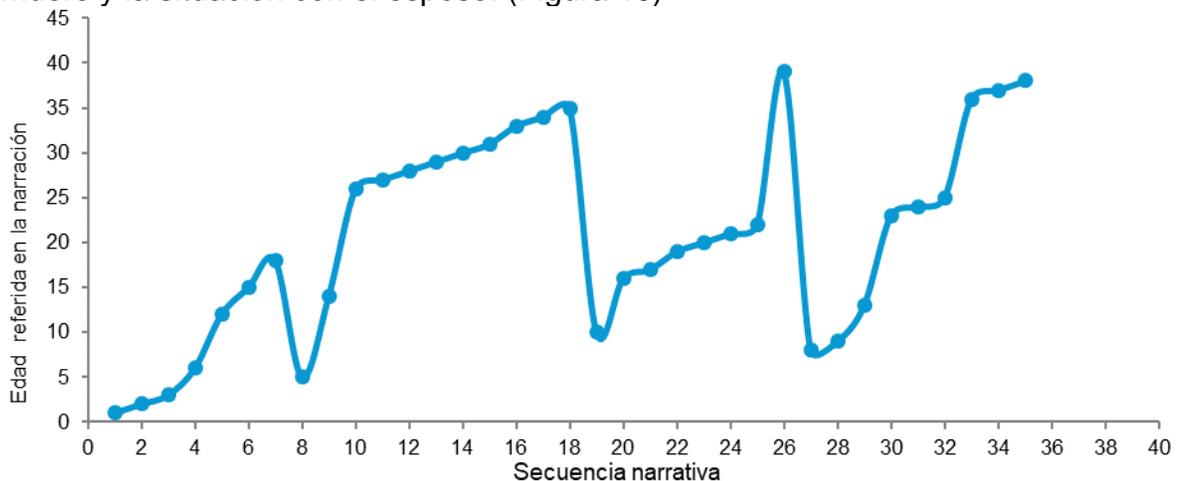


Figura 10. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Manuela

4.11.2.5. Disposición configurativa de la intensidad dramática al narrar

La intensidad al narrar se construye con el dramatismo de cada fragmento (el cual se estableció con una escala de 0 a 4) ubicados en el eje vertical y la secuencia narrativa en el eje horizontal. Esto permite ver la relación entre el nivel de dramatismo de cada fragmento de acuerdo a la secuencia en que el protagonista narra la historia (Figura 11).

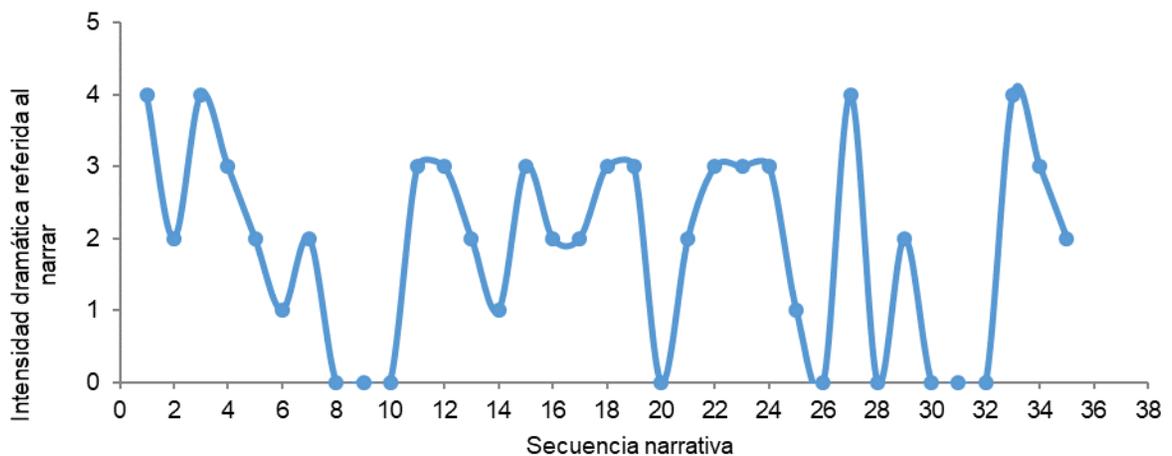


Figura 11. Dramatismo o perturbación al narrar. (Ejemplo: Autobiografía de Manuela)

4.11.2.6. Sentido de la trama

Unidad de análisis: Autobiografías

Lectura intratextual: ¿Qué dice?, ¿cuál es su significado?

Se hizo una lectura de las 6 autobiografías como un texto completo, buscando resolver las siguientes preguntas:

- ¿Qué hace la experiencia de cada mujer particular? ¿Cómo son sus mundos: familiar, cultural y/o histórico?
- ¿Qué hace la experiencia de cada cuidador particular?
- En cuanto a la experiencia de la complicación: ¿qué sucedió? ¿Qué rompió? ¿Qué inauguró?
- Después de sufrir la complicación: ¿cuáles capacidades desplegaron las mujeres ante dicha situación?
- ¿Se develan situaciones de desigualdad y desconocimiento de derechos?

4.11.3. Mimesis III. Refiguración:

Unidad de análisis: La historia como un todo

Lectura intertextual: ¿De qué hablan? ¿Qué mundo proyectan?

Este momento se analizó a través de una lectura intertextual, es decir, se tomaron las autobiografías como un texto completo y se determinó qué mundo proyectaban los narradores, a dónde apuntaron estas historias, qué podemos aprender con relación a la determinación de la MME y de la vulnerabilidad social de las mujeres frente a la experiencia de afrontar un evento de MME, que nuevos significados podrían surgir de estas narraciones. Para esto se compararon todas las historias

con el fin de descubrir que puntos en común surgen en estas y cuáles son los puntos diferenciadores.

Todo lo anterior, busca dar un sentido tejido a las experiencias de mujeres y cuidadores frente al sobrevivir a una MME.

4.12. Otros aspectos de la metodología

Considere incluir esta sección como una muestra del camino recorrido para hacer posible todo este trabajo investigativo. Durante dos años, hubo un camino que como investigadora tuve que recorrer para mostrar a través de este informe lo obtenido. El siguiente esquema (Figura 12), reconstruye las etapas o momentos significativos que hicieron parte de este trabajo y que posibilitaron contar hoy con la experiencia de mujeres sobrevivientes y cuidadores (Anexo 10 al 17):

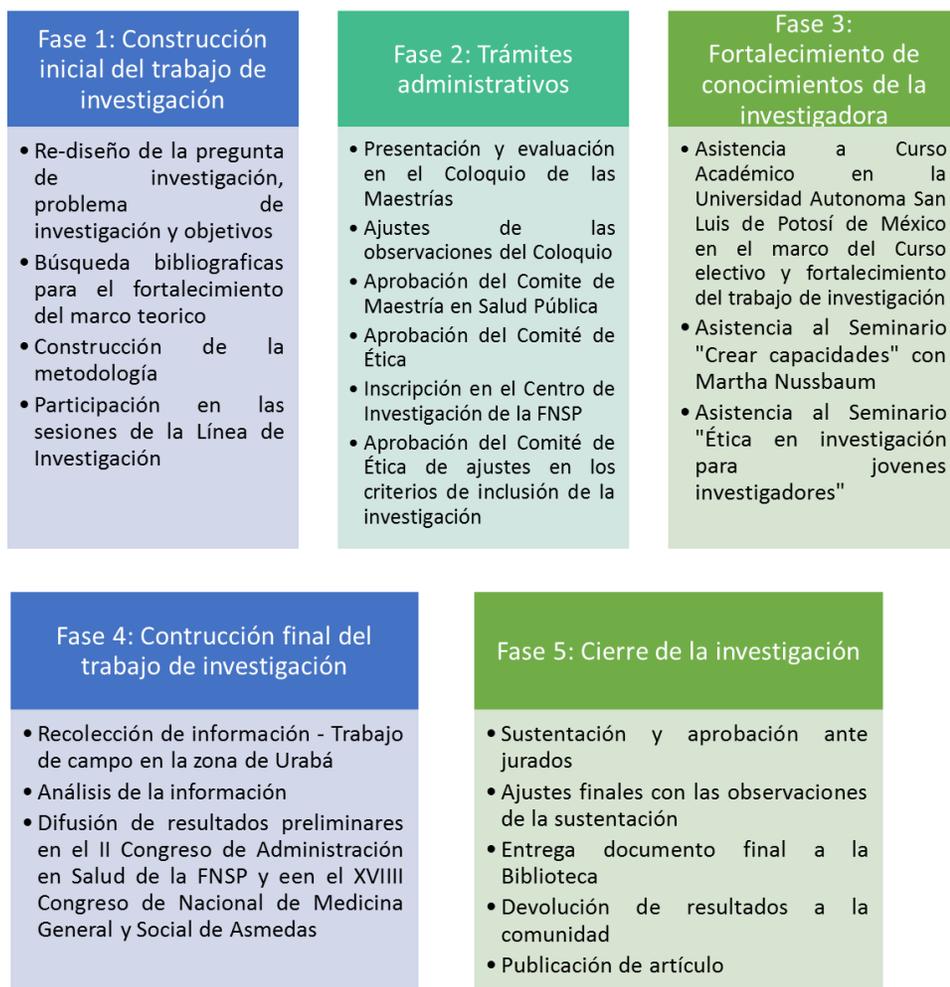


Figura 12. Fases y camino recorrido en el proceso investigativo.

5. Resultados

5.1. Mimesis I. Prefiguración: pre-comprensión de las acciones narradas

5.1.1. Situaciones mundanas en la experiencia de sobrevivir a una MME

Las entrevistas fueron realizadas en la zona de Urabá, entre el mes de mayo y agosto de 2016. Se realizaron en total 12 entrevistas.

En las entrevistas conversacionales, se contactaron y participaron 5 mujeres que habían tenido una MME. No obstante, se logró trabajar la metodología completa de INA en 3 de ellas. Las otras dos son las menores de 16 años, una de ellas quiso elaborar un breve texto de cómo fue para ella el proceso vivido en la complicación obstétrica, la otra menor solo posibilita una entrevista breve (5 minutos), en ese momento estaba con su madre presente en la casa y no se sentía cómoda, se buscó retomar la entrevista en dos ocasiones, pero no aceptó hacerlo. Lo anterior no permitió trabajar la metodología propuesta en estos dos casos (Cuadro 5).

Cuadro 5. Características de las entrevistas conversacionales, mujeres sobrevivientes a una MME residentes en la zona de Urabá, Antioquia 2016

Entrevista	Narradora	Edad	Número de embarazos	Causa complicación	Municipio	Zona
Entrevista_1	Manuela	39	2	MME_Complicación hemorrágica	Niger	Urbana
Entrevista_2	Angélica	25	4	MME_Complicación hemorrágica	Congo	Rural disperso
Entrevista_3	Marisol	25	2	MME_Preeclampsia	Niger	Rural
Entrevista_4	Laura	16	1	MME_Preeclampsia	Niger	Rural
Entrevista_5	Karen	16	1	MME_Preeclampsia	Niger	Urbana
Total entrevistas				5		

En cuanto a los cuidadores, se obtuvieron 7 encuentros en total, donde desde otra perspectiva de vivencia de la MME cuentan cómo fue su llegada a trabajar a los servicios de salud, relatan momentos específicos en atenciones con mujeres a punto de morir por complicaciones en su embarazo, parto o postparto, así mismo la experiencia de análisis de estos casos ocurridos en la zona (Cuadro 6). No obstante, solo 3 cuidadoras se narran. Los otros pasan someramente por algunos aspectos vivenciales personales, por lo cual no se desarrolló la metodología con estos textos conversacionales.

Cuadro 6. Características de las entrevistas conversacionales, cuidadores de los servicios de salud, Antioquia 2016

Consecutivo	Narrador (a)	Número de entrevistas	Tipo de institución	Nivel	Municipio	Actor	Rol
Entrevista_1	Cristina	2	Privada	Institucional	Orange	Auxiliar de Enfermería de vigilancia epidemiológica	Cuidadora
Entrevista_2	Juliana	2	Pública	Institucional	Niger	Enfermera de vigilancia epidemiológica	Cuidadora
Entrevista_3	Gloria	1	Pública	Departamental	Zambeze	Médica Ginecobstetra	Cuidadora
Entrevista_4	Andrea	1	Privada	Institucional	Orange	Enfermera de vigilancia epidemiológica	Cuidadora
Entrevista_5	Luisa	1	Privada	Institucional	Orange	Médica general	Cuidadora
Entrevista_6	Sofía	1	Pública	Departamental	Zambeze	Enfermera epidemióloga	Cuidadora
Entrevista_7	Antonio	2	Privada	Institucional	Nilo	Médico auditor	Cuidador
Total entrevistas		10					

Dado lo anterior, la historia de los significados tejidos acerca de la experiencia de afrontar o hacer parte de la vigilancia de un evento de MME en la subregión del Urabá, está contada por 3 mujeres que sobrevivieron a una MME y 3 cuidadores de instituciones de salud de la zona.

Para mayor practicidad y comprensión del lector, las historias de vida se encuentran en un documento anexo a este trabajo titulado “**Historia de MME – Urabá**”.

5.1.2. Cómo llegan los personajes a la historia

Narradora 1, Manuela

Representación de color

Manuela es una mujer de 37 años, nace en Níger, estudia y se profesionaliza como Docente. Después de 10 años, concibe su segundo hijo. Manifiesta haber tenido un embarazo difícil, mantenía muy triste por los problemas que tenía con su marido, el salía mucho a tomar y a bailar, situación que según Manuela hacía que se le subiera la presión. Esta situación la pone en contraste con su primer embarazo que fue muy bonito porque el primer compañero fue un muy buen hombre. Manuela, con su actual embarazo, despierta una noche y se da cuenta que sangra en abundancia. Ante la emergencia, recurre a los servicios de salud, donde considera no recibió la atención oportuna y pierde al bebe. Posterior a esto, le practican una cesaría para extraer el feto, momento en el cual sufre una complicación debido a la abundancia del sangrado. Esta complicación la lleva a

pasar por tres instituciones donde en cada una relata tener una experiencia diferente frente al cuidado. De Manuela se obtiene un relato con descripciones de la condición cultural que vivió en la gestación en Níger, así como de la experiencia de calidad de los servicios de salud en la región. Manuela, quiere volver a tener otro hijo, es su anhelo, sin embargo, no pasaría su gestación en Nilo.

Narradora 2, Angélica

Representación de color

Es una mujer de 25 años, criada por sus abuelos residentes en zona rural de Nilo. Cuando tenía 10 años, su abuelo se suicida, situación que nunca entendió y que la marco negativamente. Cuando conoce a su primer novio, queda en embarazo, decide salirse de estudiar (llega hasta 10º) y la mamá no le acepta quedarse en la casa, por lo cual, se va a vivir con el muchacho. De este embarazo, tiene una niña la cual fallece de 4 meses por una neumonía y luego tiene otro hijo más. En ese momento decide que no quiere vivir con el marido, porque ese último embarazo fue difícil porque ella veía que el andaba con otras mujeres. Más adelante conoce otro muchacho con el cual se va a vivir y tiene un hijo más, no obstante, deciden buscar la niña. Deja de planificar y queda en embarazo de la niña, pero este fue el embarazo más difícil, no comía, se adelgazó y además tuvo la complicación por hemorragia. Angélica, narra con mucho detalle los días que estuvo hospitalizada, la angustia al saber que estuvo al punto de morir, la ansiedad de su familia y cómo finalmente asume la sobrevivencia frente a cosas que ahora le resta importancia, por ejemplo, el hecho de que le hicieran una histerectomía durante la complicación, no obstante, a ella no le acompleja, por el contrario, le muestra su cicatriz y dice: “gracias a Dios estoy viva”. Angélica quiere terminar el bachillerato y estudiar una técnica o tecnología, sus conuñadas la animan hacerlo y además está esperando recuperarse para ampliar (comprar más víveres) y ser la administradora de la tienda que tienen en la casa. Se describe a sí misma como una mujer calmada, por lo general solitaria y con anhelos y si tuviera la posibilidad quisiera irse a vivir cerca a su familia.

Narradora 3, Marisol

Representación de color

Es una mujer de 25 años, muy jovial y alegre. Desde muy niña recibió un trato fuerte de su madre, sobretodo en cuanto a los novios; cuando quedó en embarazo de la primera hija la mamá le dijo que tenía que irse a vivir con el marido, pese a que ella no quería. Sostiene una convivencia de 2 años, perpetuada por maltratos físicos. Finalmente, decide separarse y también decide que no quiere tener más hijos, sin embargo, la EPS le exige la firma del conyugue o de los papas, en este caso como era soltera, la mamá le dice que no le firma porque de pronto encuentra otro hombre que quiera tener un hijo. Marisol, conoce a Carlos quien la

convence de tener un nuevo hijo, gestación que es con la cual se complica, al despertar de la UCI se da cuenta de la gravedad que tuvo y además que le tuvieron que hacer una histerectomía para detener la complicación. Su experiencia con los servicios de salud ha sido siempre negativa, incluso en el momento de la complicación, donde después de tanto esperar la atienden.; así también lo es la médica que habla con ella el proceso que le viene posterior a la histerectomía, pues Marisol considera que no lo hizo adecuadamente. El temor por su hija y su familia es lo que piensa al saber que casi se muere. Después del suceso ha tenido sentimientos de miedo, soledad y episodios de llanto. Marisol tiene anhelos de estudiar y trabajar, sin embargo, su marido no quiere que ella trabaje.

Narradora 4, Cristina

Representación de color

Cristina, es una mujer oriunda de zona rural, de padre y madre campesinos, quinta de nueve hermanos y con muy pocas posibilidades de estudiar, solo sus hermanos hombres podían acceder a educación básica, no obstante, logró terminar el bachillerato.

Cristina, a los 20 años, queda embarazada y el padre del bebé la abandona, por lo cual ella decide probar suerte en la ciudad de Zimbabue. Al llegar a la ciudad, por un engaño termina en la cárcel y pasa 5 años excluida de la libertad. Esta experiencia se constituye como una de las mejores de su vida, porque recibió toda la atención, cuidado y cariño durante su gestación y en los años siguientes en el día a día de su situación.

Regresa a la región, donde contó con el apoyo de sus padres, estudia auxiliar de enfermería, profesión en la que desempeña actualmente.

Su experiencia en Medellín, la convierte en una cuidadora donde la principal razón de la atención es la mujer, por lo que siempre trata de ayudarla y garantizar que tengan acompañamiento de sus familias.

Narradora 4, Juliana

Representación de color

Juliana es una mujer de 28 años, ella y su familia fueron desplazadas de Níger, llegan al municipio de Limpopo, lugar donde pasa su infancia y la mayor parte de su juventud. Con muchos esfuerzos de sus padres y su dedicación académica, logra terminar el bachillerato y posteriormente gracias a una tía estudia enfermería.

En su labor, resalta que estaba destinada a trabajar como Enfermera, porque siente que ella hace eso más por el paciente que la enfermedad.

En las diferentes experiencias laborales, se evidencia el trabajo comunitario e intercultural, con grandes aprendizajes para su vida personal y profesional.

Resalta el vínculo que existe entre el paciente y su familia, sobretodo en momentos difíciles como una complicación.

Narradora 6, Gloria

Representación de color

Gloria es una mujer que, en ejercicio del servicio rural, la primera experiencia que tiene es una complicación la cual se le salió de las manos y gracias a un cirujano que estaba de servicio la mujer se salva. Esta situación, la hace reflexionar e interesarse por la especialidad de Obstetricia. En su carrera profesional, se ha dedicado principalmente al estudio de la Salud materna (mortalidad materna y morbilidad materna extrema), situación de la cual ha obtenido muchos aprendizajes. Considera que el país y el departamento han tenido avances sin embargo los retos están en la parte formativa del personal de salud, el reconocimiento de ellos como seres humanos (error en la práctica médica) y en el cuidado de las mujeres en su atención, lo cual requiere de unos mínimos para garantizarla. En cuanto a Urabá considera que el mayor reto es el empoderamiento de la mujer en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos, frente a la capacidad de decidir y ejercer control sobre su cuerpo y su salud. Plantea la importancia de explorar la experiencia de las mujeres, para encontrar otros factores no visibles y no físicos, que llevan a que las mujeres se compliquen. Así mismo, considera el cuidado como esencial en el proceso de recuperación, el acompañamiento que la mujer puede y debe tener por parte de las personas que considera más significativos.

5.1.3. Red conceptual de la acción

5.1.3.1. Unidades, núcleos y cadenas de acción

Realice una descripción de las 6 protagonistas de esta historia y como llegan a ella. Con esta sinopsis se pretende guiar al lector y dar una idea de quienes son y cuáles son los fragmentos que componen esta historia. A continuación, se presentan las protagonistas de acuerdo a los fragmentos que conformaron la historia, así mismo se asignan los nombres de las historias de cada una (Tabla 8).

Tabla 8. Narrador, número de relatos que conforman la historia, nombre de los relatos, nombre asignado a la historia

Narradora	Numero de los relatos de la historia	Fragmentos más citados*	Nombre de los relatos	Nombre de la historia
Manuela	Cuatro	1	La gravedad que tuve se la echo al hospital	La gravedad que tuve se la echo al hospital
		14	Mi marido sabe que tiene su culpa	
		10	Yo pienso a veces que la salud es tan mala...	
		8	Quedé con un sustico	
Angélica	Cuatro	5	Mi historia no es nada, demasiado tampoco	Yo no sé, pero soy otra
		10	Como tres palabritas <i>ta ta ta</i> y no explico nada	
		15	Esto no es de agüita, esto no es de nada de eso, yo me siento mal	
		25	Yo no sé, pero soy otra	
Marisol	Cuatro	1	Yo no quería coger marido, pero me toco	Yo no...pero la vida si
		7	Yo no quería tener más hijos	
		12	Yo no me quiero morir todavía	
		18	Yo no soy media mujer, yo soy mujer entera	
Cristina	Tres	1	Lo bueno fue que yo nunca pensé en deshacerme de mi hijo ¡jamás jamás!	Trabajar en la salud es durito, pero es muy satisfactorio...
		6	"Ve, la policía anda buscando un niño que está secuestrado"	
		22	Mi experiencia en la clínica Namibia... ha sido muy bonita con dificultades	
Juliana	Dos	6	El salvavidas fue... el trabajo y mi familia	La materna pare sola...si acaso uno le hablara
		8	Por lo menos acá la materna pare sola y eso es algo que no hemos podido	
Gloria	Dos	1	Eso de que la vida pende de un hilo...es así de cierto.	La vida pende de un hilo...es así de cierto.
		8	A esta vieja hay que tirarle un salvavidas, un salvavidas que no es ponerle sangre	

5.1.4. Papel de los agentes en la acción, tipo y fuerza del vínculo

En la historia de la experiencia de sobrevivir a una MME, se identifica que los principales agentes de la acción son la Familia, el conyugue y los actores institucionales. En algunos casos, una persona cercana o laboral entra a posibilitar una acción con una fuerza débil.

El conyugue:

Para las protagonistas sobrevivientes de MME, tenemos que los conyugues en su mayoría son agentes en la acción con una fuerza fuerte, pero como oponentes. El caso de Manuela, relata como su embarazo fue difícil, ella necesitaba tranquilidad

y descansar, pero el marido tomaba mucho y se quedaba en la calle, esto le provocaba dolores de cabeza y le subía la presión lo que la hacía ir al hospital. La misma situación de Manuela la tuvo Angélica, quien le toca ver a su primer marido con otras mujeres durante el segundo embarazo. En este mismo sentido, Marisol también relata que su primer embarazo fue difícil porque recibía maltrato físico de su compañero.

Ahora bien, el conyugue también se presentó como un agente que posibilita la acción, en el caso de Manuela, la situación con su marido cambia después de la MME, se muestra arrepentido, no sale, no toma y le propuso volver a tener otro hijo; para Angélica y Manuela, la situación cambia porque ambas deciden terminar la relación, consiguen un nuevo compañero quienes las acompañan en su proceso de la complicación, ambos son buenas personas con ella y les ayudan y acompañan para no pensar en lo que les paso (sobre todo la histerectomía que ambas tuvieron). En particular el marido de Angélica aparece como un oponente débil, en tanto que ella se siente muy sola viviendo en Tahona y le gustaría irse a vivir a Tillabery, lugar donde se crio y vive su familiar, no obstante, no puede tomar la decisión porque allá al marido le tocaría trabajar en fincas y no le gusta y además él se crio en Tahoma y ahí vive su familia. Así mismo, el marido de Marisol, es muy bueno con ella, le ayuda mucho económicamente, pero no quiere que ella trabaje.

En cuanto a las cuidadoras, la figura del conyugue se ve claramente en Cristina, quien cuenta de su primer marido que no le apoya cuando sale en embarazo, un sargento, que conoce estando en la cárcel y que, si bien en un principio la apoya, según lo sucedido es una persona “mala” y el último marido que no quiere que ella trabaje porque lo deja; en las tres situaciones los conyugues imposibilitaron la acción. Para las otras dos cuidadoras no se identifica el conyugue como agente de acción.

Actor institucional

Este agente también se identifica claramente en toda la historia, fuerte en ambos vínculos: como posibilitador de la acción y como oponente, siendo este último el más frecuente sobre todo en los relatos de las mujeres con MME.

Para Manuela y Marisol, los médicos y enfermeras de Nilo y Níger, brindan una “mala atención”, siendo pasivos, haciendo esperar a las pacientes situación que hace complicar el estado de salud, así mismo, el trato brindado juega un papel importante, resaltan que recibieron malas respuestas u omisiones de información. De igual forma, aunque puede salirse del ámbito del actor institucional, porque puede ser más administrativo, manifiestan que ellos no permiten el acompañamiento familiar en esos momentos tan cruciales.

En común para Manuela y Angélica, se encontró que les practicaron la cesárea y no les dejaron ver al bebe. Manuela, tuvo muerte perinatal, sin embargo, insistió en que se la dejaran conocer, pero el médico no permitió.

Por otro lado, las tres mujeres encontraron actores institucionales que posibilitaron la acción, en palabras de Manuela “en cada sitio uno encuentra una personita”; ella encontró en la UCI de Sudan del Sur una enfermera muy amable que le ayudo mucho debido a que le explicaba como respirar y acostarse. En esta misma institución Marisol, encontró algunas enfermeras que le subían el ánimo con comentarios cuando hacían la ronda y una ginecobstetra que le permitió quedarse con él bebe en la habitación, con lo cual dijo sentirse mucho mejor pues este fue su compañía durante los días de hospitalización. Manuela también presenta como posibilitadores de acción a la enfermera que le ayuda a ingresar en el hospital de Níger y al médico de Bosquimanía que no se limita al registro clínico, sino que conversa con ella sobre su situación.

Las otras tres protagonistas, son en sí actores institucionales, pero para esta historia las tres coinciden en el valor que representa el acompañamiento de la familia y seres cercanos a la mujer durante el momento de la complicación y en todo el proceso del parto.

Familia

En cuanto a la familia, los principales actores que aparecen son los papas, mamas e hijos de las protagonistas, eventualmente aparece otro tipo de familiar.

Para Manuela, el principal agente de familia oponente es el papá; ella recuerda durante su infancia el comportamiento del papa y el trato que le daba a la mama (similar a la del marido durante el embarazo), esto la hace temer pensando que se va a repetir la historia. Aparecen la hermana como ayudante en la complicación, organiza el entierro del bebe y está pendiente en el hospital, así mismo el hermano la acompaña a Zimbabue después de la compilación y le ofrece actividades para distraerse un poco.

Para Angélica y Marisol, sus mamás son un agente fuerte de oposición. Ellas quedan en embarazo a los 16-17 años, pero no quieren tener marido, sin embargo, sus mamas les dicen que tienen que irse a vivir con ellos. Para Marisol la mamá aparece nuevamente como agente fuerte de oposición cuando ella decide no tener más hijos, no obstante, la EPS le exige la firma de la mama por ser beneficiaria y estar soltera, ante lo cual la mamá se niega porque puede llegar un nuevo marido que quiera un hijo. Ambas mamás, se convierten en agentes ayudadoras en el momento de la complicación y en el apoyo y cariño con los hijos de ellas.

Las tres mujeres, durante y después de la complicación reflexionan y sienten miedo de dejar solos a sus hijos.

En cuanto a las protagonistas cuidadoras, el papá de Cristina aparece como oponente fuerte cuando ella estaba en segundo de escuela, él decide que como Cristina sabía estudiar, la podían sacar de estudiar, ante esto la mamá posibilita que ella siga estudiando (a escondidas del papá). Al pasar los años, el papá se convierte en un “Destinador” fuerte de Cristina, pues le da el dinero para estudiar auxiliar de enfermería, profesión en la que hoy se desempeña.

5.1.5. Recursos simbólicos del campo práctico

5.1.5.1. Discursos y justificaciones de la acción

Las entrevistas fueron realizadas a narradoras que se han criado en la subregión de Urabá (a excepción de una cuidadora). Como se explicó anteriormente, es una zona caracterizada por tener una gran variedad cultural y étnica. Los relatos fueron claros con terminología común, no obstante, en algunas narraciones se identificaron palabras con un significado exclusivo, de acuerdo al momento y contexto de la narración, por lo anterior, a continuación, se relacionan aquellos discursos y justificaciones de la acción para una mayor comprensión de la historia:

- La gallera: es un sitio informal, frecuentado para realizar enfrentamiento entre gallos, comúnmente se hace una apuesta en dinero a uno de los dos animales.
- Pickup: es un equipo de dimensiones muy grandes, usado para escuchar música en la calle. Esta tradición es muy común en ciudades del atlántico como Cartagena y Barranquilla, lo cual ha influenciado históricamente la cultura de la zona de Urabá.
- El Firú: es uno de los “Pickup” más común y con más acogida de Níger.
- Achilada: condición de estar enfermo.
- “Tenía que “enrazar”- “mejorar la raza”: es una expresión con una connotación histórica y cultural, en la que se creía que las personas negras esclavizadas, tenían que casarse con una persona de mestiza para hacer de mejor calidad la “raza”, pues ser negro era ser de una raza inferior.
- Preñada: en condición de gestación.
- Mugroso: palabra similar a “bobo”, “tonto”.
- “la recogí”: la insulté.
- “media mujer”: esto hace referencia cuando a la mujer le practican una histerectomía, porque se considera que pierde sensaciones y deseos sexuales.
- Guanteletero: es un tipo de trabajo en las bananeras, que consiste en que una persona le meta un papel fomi y una bolsa a los racimos de banano.
- Profeta: soldado profesional

- Era *mal de ojo*: creencia popular que un niño se enferma por la mirada o energía de una persona.
- Mija; abreviación de Hija
- Me tiraba los perros: cuando una persona coteja a otra.
- Soyos: locuras
- “nosotras”: *toallas higiénicas*
- Paran bolas: prestar atención
- Vuelto una garra: de mal aspecto físico por disminución de peso.
- A trabajar de interna: empleada domestica
- Yo no quería ir abrir mi boca por allá para que me la llenen de moscas; puede ser asesinado.
- Muy a la machota a la verraca: a las malas

5.2. Mimesis II: Configuración. Análisis intratextual

5.2.1. Estructura y disposición, configuración de los relatos

La experiencia de sobrevivir a una MME, está contada por la voz de 6 mujeres (3 cuidadoras del servicio de salud y 3 mujeres que sobrevivieron a una MME), quienes cada una dentro de su mundo nos relatan de vivencias personales, familiares y sociales que precedieron la experiencia, así como las situaciones que cada una vivió en el momento de la complicación y por último cuales son las aspiraciones a futuro. Después de preparar los textos, las entrevistas conversacionales, tenían inicialmente un total 48609 palabras, divididas en 182 fragmentos (Tabla 9)

Tabla 9. Extensión de las entrevistas conversacionales: Número de palabras y fragmentos que las conforman. Antes del análisis estructural

Entrevistas conversacional	Palabras		Fragmentos	
	Total	%	Total	%
Marisol	12684	26,1	54	29,7
Manuela	6704	13,8	40	22,0
Angélica	7406	15,2	35	19,2
Cristina	8924	18,4	28	15,4
Juliana	6441	13,3	15	8,2
Gloria	6450	13,3	10	5,5
Total	48609	100,0	182	100

Con el fin de configurar la historia, al realizar el análisis estructural, se modificaron los relatos y fragmentos de acuerdo a la disposición cronológica de la intensidad dramática al narrar, de los momentos vividos, el ordenamiento segmentación y extensión de los relatos, el papel de los fragmentos, así como la temática de los mismos. Finalmente, se obtuvo un total de 43602 palabras, 153 fragmentos y 19 relatos (Tabla 10).

Tabla 10. Extensión de las entrevistas conversacionales: Número de palabras y fragmentos que las conforman. Después del análisis estructural

Entrevista conversacional	Palabras		Fragmentos	
	Total	%	Total	%
Marisol	9906	22,7	36	23,5
Cristina	8492	19,5	25	16,3
Angélica	6839	15,7	35	22,9
Manuela	6494	14,9	35	22,9
Gloria	6445	14,8	10	6,54
Juliana	5426	12,4	12	7,84
Total	43602	100,0	153	100

El relato escrito realizado por Karen, una de las narradoras de 16 años, no pudo ser tenido en cuenta metodológicamente. Inicialmente se tenía planeada la entrevista con Karen, pero al momento de la entrevista ella prefiere no ser entrevista y en cambio escribir el relato. Al revisar el relato inicialmente, se identifica que tiene un título, un inicio, un desarrollo y un final; la mujer cambia los nombres de los personajes, a excepción del nombre de la institución; logra evidenciar aspectos esenciales frente al cuidado recibido y como potencia sus capacidades después de la complicación. Es por lo anterior, que el relato de Karen se constituye en un resumen de los principales hallazgos de la investigación. Es tan rica la historia, que al leerse se encuentra que Karen entrega la imagen de la historia que cuento a varias voces de mujeres que narraron la experiencia de sobrevivir a una MME. Nombra su relato como “Vida vivida”, por lo cual decido nombrar el título de la investigación así, es la narración de la vida vivida de mujeres que casi mueren en el acto de dar vida (Figura 13 y Figura 14).

Vida Vivida...

Hi me llamo Karen Serna Cuesta naci en Turbo Ant. tengo 16 años mis padres son Jesus Serna y fernanda cuesta nosotros viviamos en el barrio el pescador. despues nos mudamos hacia el barrio brisas del mar ahi fue que comence a estudiar. año tras año mi vida continuaba bien hasta que llego un dia y me enamore de una persona y desde alli mi vida empezo acambiar porque tome decisiones que no devia tomar me escape de casa sin ninguna razon solo por capricho hice sufrir a la persona que mas me queria lo siguiente esque sali embarazada asta los 5 meses no fue a control mi mamu mirando que yo no iba a control ella me apoyo para que iniciara a aserlos. cuando comence a los controles me faltaban algunos exámenes para presentarlos me fui para el choco y de alla me trajieron muy grave inconciente me llevaron para el hospital Francisco valdeirrama y de alli fui esportada a la clinica panamericana de apartado. no me di cuenta de nada ni cuando naci la niña porque estaba inconciente solo recaposite a los 2 dias que me vi en la clinica yo no sabia ni porque estaba alli. no me acordaba de nada y en algunas momentos no me acordaba que yo estaba embarazada. Los medicos de la clinica mantenian pendiente de mi me daban los cuidados muy bien me trataban con respeto y me explicaban el porque yo me encontraba alli en ese lugar.

Figura 13. "Vida vivida", relato escrito realizado por Karen, una de las narradoras de 16 años, parte 1 de 2.

Complido los 5 días le dieron de alta a la niña y yo quede hospitalizada, me desesperé mucho porque quería irme para mi casa y conocer a la niña, cuando tenia 10 días de hospitalizada me dieron de alta ya puede conocer a mi hija y estar relajada en mi casa, tuve tiempo de pensar y de recapasitar las cosas malas que cometi para iniciar de cero y pensar las cosas mejores para hacer un gran mañana ahora en día voy a seguir estudiando para alcanzar mis sueños de ser ginecóloga, ahora me preparo para alcanzar todas mis metas voy a estudiar, estoy en el de parte de nuevo y el fin.

mi historia me a dejado una reflexion, que aunque quieras mucho a una persona no hay que aceptar todas sus propuestas porque esas propuestas te puede dañar tus sueños, aunque lo puedas soñar a travez pero no va usar lo mismo porque tendras otras responsabilidades.

Ahora me siento mal con mis padres porque ellos no consiguen casi plata para comer y me dan a mi para comprarle cosas a la niña pero al final de todos nos sentimos felices de ella y con ella o sin ella seguire adelante para sacar a mi hija adelante.

Figura 14. "Vida vivida", relato escrito realizado por Karen, una de las narradoras de 16 años, parte 2 de 2.

La historia de sobrevivir a una MME, contada por mujeres y cuidadores está configurada por las autobiografías de 6 protagonistas (Figura 15). Cada segmento corresponde a una biografía y este a su vez se divide en recuadros que conforman un relato. La dimensión establecida a cada recuadro se asemeja proporcionalmente a la extensión de palabras y la posición según la disposición configurativa dentro de la historia. El tejido queda configurado de la siguiente forma:

Manuela	La gravedad que tuve se la echo al hospital	Mi marido sabe que tiene su culpa	Yo pienso a veces que la salud es tan mala...	Quedé con un sustico
Angélica	Mi historia no es nada demasiado tampoco	Como tres palabritas ta ta y no explico nada	Esto no es de agüita esto no es de nada yo me siento mal	Yo no sé, pero soy otra
Marisol	Yo no quería coger marido, pero me toco	Yo no quería tener más hijos	Yo no me quiero morir todavía	Yo no soy media mujer, yo soy mujer entera
Cristina	Lo bueno fue que yo nunca pensé en deshacerme de mi hijo ¡jamás jamás!	"Ve, la policía anda buscando un niño que está secuestrado"		Mi experiencia en la clínica Namibia... ha sido muy bonita con dificultades
Juliana	El salvavidas fue... el trabajo y mi familia	Por lo menos acá la materna pare sola y eso es algo que no hemos podido		
Gloria	Eso de que la vida pende de un hilo...es así de cierto.	A esta vieja hay que tirarle un salvavidas, un salvavidas que no es ponerle sangre		

Figura 15. El tejido de la experiencia de afrontar un evento de MME. Autobiografías y relatos

A continuación, se presenta una breve reseña de cada una de las historias mostrando como fueron tejidas con relación al tiempo y al dramatismo.

5.2.1.1. El relato de Manuela

Manuela comienza su narración, contando los detalles de la noche en que inicio a sangrar en la casa y como recurre al hospital para que la atiendan, pero en este no la ingresan de una vez (refiere ella que es porque no la ven sangrando), sino que es una enfermera conocida quien rato después le ayuda para que la ingresen. No obstante, ya él bebe había muerto, por lo cual le practican una cesárea y posteriormente se complica. Manuela le "echa la culpa" de ese progresivo deterioro al hospital. De acuerdo a la secuencia narrativa, 7 fragmentos configuraron ese primer relato que estuvo compuesto por 1866 palabras. Las secuencias narrativas siguientes que configuraron el relato II, cuentan la difícil

situación que vivió con su marido durante ese embarazo, esto debido a que el salía, tomaba y se quedaba en la calle; compara esta situación con su primera relación, en la cual vivió momentos bonitos y su embarazo fue una buena experiencia, así mismo, evoca épocas anteriores para referirse a la relación de sus padres, donde la mamá soportó muchas situaciones por sostener el hogar. Este es el relato más largo de la historia de Manuela, con un total de 2073 palabras. En el tercer relato de 8 fragmentos, detalla el proceso para ser atendida en las dos de las instituciones y compara esto con la última institución donde fue muy bien atendida; Asegura que los médicos de Níger son muy pasivos frente a la atención de los pacientes. El último relato, evidencia sus sentimientos frente a la muerte, la angustia de dejar a la hija sola (el primer marido murió a los dos años de haber nacido la hija) y de cómo muchas cosas han cambiado para bien después de la complicación, por ejemplo, el comportamiento de su marido y la actitud de la hijastra hacia ella; habla también de su anhelo de volver a gestar, aunque su familia no quiere que lo vuelva hacer (Tabla 11)

Tabla 11. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Manuela

Relatos*											
I. La gravedad que tuve se la echo al hospital			II. Mi marido sabe que tiene su culpa			III. Yo pienso a veces que la salud es tan mala...			IV. Quedé con un sustico		
SC	FC	ER	SC	FC	ER	SC	FC	ER	SC	FC	ER
1	1	36	8	26	0	19	10	37	27	8	37
2	15	36	9	27	18	20	16	36	28	9	37
3	12	36	10	28	20	21	17	36	29	13	36
4	3	36	11	33	36	22	19	36	30	23	36
5	6	36	12	30	26	23	20	36	31	24	36
6	18	36	13	5	26	24	21	36	32	25	36
7	2	36	14	31	26	25	22	36	33	36	37
			15	14	36	26	39	37	34	37	37
			16	29	36				35	38	37
			17	35	18						
			18	34	37						

*SC: secuencia narrativa FG: fragmento conversacional ER: edad referida

El total de fragmentos fueron 35 y se omitieron 4 que no cumplían los criterios de: anuda, conmueve, detalla o complementa los relatos. (Tabla 12).

Tabla 12. Orden, segmentación y extensión del relato de Manuela

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato				Toda la narrativa
	I	II	III	IV	
Orden: 1° Cuartil del Fragmento Conversacional	3	23	16	9	
N° de fragmentos	7	11	8	9	35
N° de palabras	1.866	2.073	1.076	1.479	6.494
Fragmentos que dan nombre al relato: 6, 8, 10, 14,					
Fragmentos omitidos de la narración: 4, 7, 11, 32, 40					

La historia de Manuela se compone principalmente por el momento de la complicación (40% de los fragmentos) y el proceso posterior a este (37%). El primer relato habla básicamente del periodo del embarazo con la complicación de MME y en este, detalla la situación vivida en 6 de los 7 fragmentos, en 5 de ellos conmueve, 6 complementan y 3 anudan. El segundo relato, hace referencia a momentos antes del embarazo, como la situación de los padres y su primer marido, así como el momento durante la complicación y después del embarazo; en un 73% de los fragmentos conmueve y en un 64% detalla. El tercer relato, está compuesto en un 63% por fragmentos que hablan del momento de la complicación, en un 50% de ellos detalla y en 50% conmueve. El último relato, habla de sentimientos y anhelos después de la complicación (Tabla 13).

Tabla 13. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Manuela

Manuela												
Estructura narrativa		Relatos								Toda la narrativa		
		I. La gravedad que tuve se la echo al hospital		II. Mi marido sabe que tiene su culpa		III. Yo pienso a veces que la salud es tan mala...		IV. Quedé con un sustico				
Número de fragmentos		7		11		8		5		35		
En la configuración de la trama, el fragmento:	El fragmento hace referencia a:	Antes del embarazo	0	0%	3	27%	0	0%	0	0%	3	9%
		En el embarazo antes de la MME	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
		Embarazo con la MME	7	100%	2	18%	5	63%	0	0%	14	40%
		Después del embarazo con la MME	0	0%	1	9%	3	38%	9	100%	13	37%
		Otro momento vivido	0	0%	5	45%	0	0%	0	0%	5	14%
	En la configuración de la trama, el fragmento:	Anuda	3	43%	0	0%	1	13%	1	20%	5	14%
		Detalla	6	86%	7	64%	4	50%	4	100%	21	60%
		Conmueve	5	71%	8	73%	4	50%	5	100%	22	63%
		Complementa	6	86%	11	100%	8	100%	7	140%	32	91%
			7	100%	11	100%	8	100%	9	100%	35	100%
		0%		0%		0%		0%		0%		

Manuela, tiene dramatismo al narra el relato 1, 3 y 4 (Figura 17 y Figura 16)

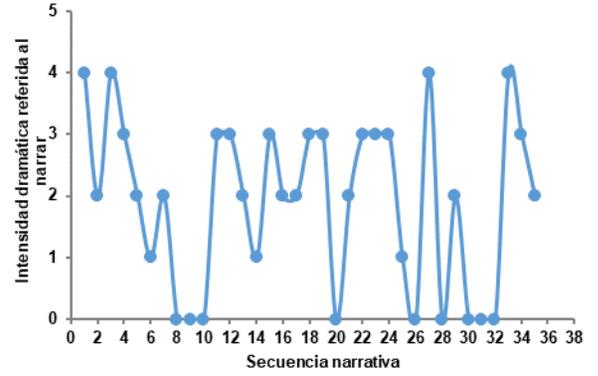
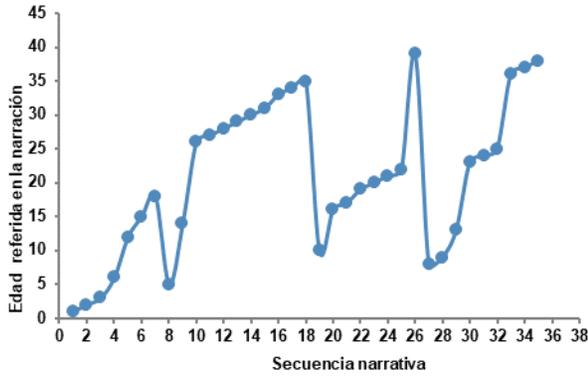


Figura 17. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Manuela

Figura 16. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Manuela

5.2.1.2. El relato de Angélica

La historia de Angélica, inicia contando que no es demasiado lo que ha vivido, no obstante, su historia se compone 4 relatos. El relato más largo es el cuarto, donde habla del cambio que ha tenido después de la complicación (Tabla 14).

Tabla 14. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Angélica

Relatos*												
<i>I. Mi historia no es nada demasiado tampoco</i>			<i>II. como tres palabritas ta ta y no explico nada</i>			<i>III. Esto no es de agüita esto no es de nada yo me siento mal</i>			<i>IV. Yo no sé, pero soy otra</i>			
SC	FC	ER	SC	FC	ER	SC	FC	ER	SC	FC	ER	
1	1	0	11	10	21	17	15	25	22	23	25	
2	3	0	12	11	22	18	16	25	23	20	25	
3	4	5	13	12	23	19	17	25	24	33	25	
4	2	10	14	13	25	20	18	25	25	27	25	
5	26	5	15	14	25	21	19	25	26	30	25	
6	5	14	16	34	25				27	31	25	
7	6	16							28	22	25	
8	7	17							29	21	25	
9	8	17							30	25	25	
10	9	19							31	24	25	
									32	29	25	
									33	35	25	
									34	28	25	
									35	32	25	

*SC: secuencia narrativa FG: fragmento conversacional ER: edad referida

No se omitieron fragmentos de la entrevista de Angélica (Tabla 15).

Tabla 15. Orden, segmentación y extensión del relato de Angélica

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato				Toda la narrativa
	I	II	III	IV	
Orden: 1° Cuartil del Fragmento Conversacional	3	11	16	23	
N° de fragmentos	10	6	5	14	35
N° de palabras	936	896	2.174	2.833	6.839
Fragmentos que dan nombre al relato: 1,14,15,25					
Fragmentos omitidos de la narración: Ninguno					

El 46% de los fragmentos de la historia Angélica son con relación a después de la complicación y de estos el 80% se ubican en el tercer relato. El 80% de los fragmentos conmueve y el 77% de detalla (Tabla 16).

Tabla 16. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Angélica

Angélica											
Estructura narrativa		Relatos								Toda la narrativa	
		I. Mi historia no es nada demasiado tampoco		II. como tres palabritas ta ta ta y no explico nada		III. Esto no es de agüita esto no es de nada yo me siento mal		IV. Yo no sé, pero soy otra			
Número de fragmentos		10	6	5	14	0					
El fragmento hace referencia a:	Antes del embarazo	10	100%	4	67%	0	0%	0	0%	14	40%
	En el embarazo antes de la MME	0	0%	1	17%	0	0%	0	0%	1	3%
	Embarazo con la MME	0	0%	0	0%	4	80%	0	0%	4	11%
	Después del embarazo con la MME	0	0%	1	17%	1	20%	14	100%	16	46%
	Otro momento vivido	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
En la configuración de la trama, el fragmento:	Anuda	2	20%	1	17%	2	40%	1	7%	6	17%
	Detalla	3	30%	6	100%	5	100%	13	93%	27	77%
	Conmueve	8	80%	3	50%	5	100%	12	86%	28	80%
	Complementa	10	100%	6	100%	5	100%	14	100%	35	100%
		10	100%	6	100%	5	100%	14	100%	35	100%
			0%		0%		0%		0%		0%

Angélica inicia hablando desde su nacimiento, la época en que vivía con los abuelos y termina en la edad actual. Tiene momentos de intensidad dramática al

narrar el suicidio del abuelo en el relato uno y en el momento que recuerda que estuvo a punto de morir en el relato tres sobre la complicación (Figura 19 y Figura 18).

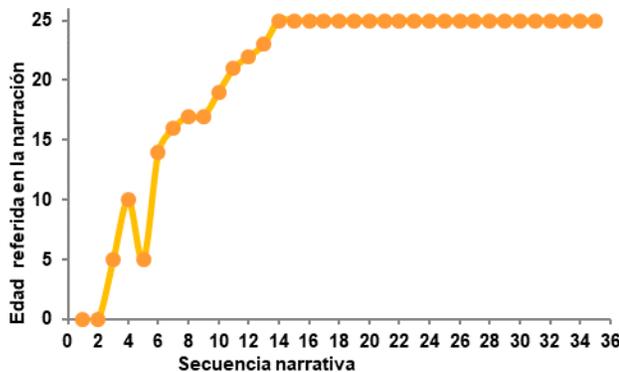


Figura 19. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Angélica.

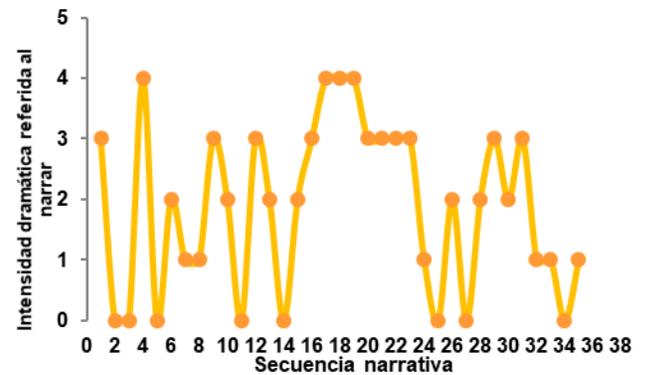


Figura 18. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Angélica

5.2.1.3. El relato de Marisol

La historia de Marisol se compone de 4 relatos, siendo el tercero el de la complicación el más largo (Tabla 17).

Tabla 17. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Marisol

Relatos*											
<i>I. Yo no quería coger marido pero me tocó</i>			<i>II. Yo decidí que no quería tener más hijos</i>			<i>III. Yo no me quiero morir todavía</i>			<i>IV. Yo no soy media mujer, yo soy mujer entera</i>		
SC	FC	ER	SC	FG	ER	SC	FC	ER	SC	FC	ER
1	1	0	7	3	23	11	9	24	26	30	25
2	2	19	8	7	22	12	10	24	27	18	25
3	35	0	9	8	23	13	11	25	28	40	25
4	6	15	10	47	25	14	12	25	29	44	25
5	4	20				15	14	25	30	31	25
6	5	18				16	15	25	31	20	25
						17	13	25	32	25	25
						18	16	25	33	32	25
						19	17	25	34	39	25
						20	23	25	35	34	19
						21	19	25	36	46	25
						22	24	25			
						23	26	25			
						24	28	25			
						25	25	25			

*SC: secuencia narrativa FG: fragmento conversacional ER: edad referida

El relato III que tiene el mayor número de fragmentos, representa el 44% de la historia. Marisol menciona otros momentos vividos que no tenían ninguna función configurativa en la historia por lo cual se excluyeron (Tabla 18)

Tabla 18. Orden, segmentación y extensión del relato de Marisol

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato				Toda la narrativa
	I	II	III	IV	
Orden: 1° Cuartil del Fragmento Conversacional	3	6	10	30	
N° de fragmentos	6	4	15	11	36
N° de palabras	2.093	1.478	4.357	1.978	9.906
Fragmentos que dan nombre al relato: 1, 7, 12, 18					
Fragmentos omitidos de la narración: 21, 22, 27, 33, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 48					

La historia de Marisol, tiene un 31% de fragmentos que hablan del momento después de la complicación. El 83% de los fragmentos detallan y el 83% complementan. El segundo relato, presenta sus vivencias antes de conocer a Carlos su segundo marido y por ende antes de la complicación (Tabla 19).

Tabla 19. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Marisol

Marisol											
Estructura narrativa		Relatos								Toda la narrativa	
		I. Yo no quería coger marido pero me tocó		II. Yo decidí que no quería tener más hijos		III. Yo no me quiero morir todavía		IV. Yo no soy media mujer, yo soy mujer entera			
Número de fragmentos		6		4		15		11		36	
En la configuración de la trama, el fragmento:	El fragmento hace referencia a:	5	83%	4	100%	0	0%	0	0%	9	25%
	Antes del embarazo										
	En el embarazo antes de la MME	0	0%	0	0%	7	47%	0	0%	7	19%
	Embarazo con la MME	0	0%	0	0%	8	53%	0	0%	8	22%
	Después del embarazo con la MME	0	0%	0	0%	0	0%	11	100%	11	31%
	Otro momento vivido	1	17%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
	Anuda	1	17%	2	50%	1	7%	1	9%	5	14%
	Detalla	5	83%	4	100%	12	80%	9	82%	30	83%
	Conmueve	2	33%	3	75%	11	73%	9	82%	25	69%
	Complementa	5	83%	4	100%	12	80%	9	82%	30	83%
		6	100%	4	100%	15	100%	11	100%	36	100%
			0%		0%		0%		0%		0%

Aunque Marisol inicia la narración en el momento de su nacimiento, la mayor cantidad de fragmentos son relacionados con los últimos años de su vida y la edad actual. Tiene momentos de intensidad, pero ninguno logra tener el mayor dramatismo de un fragmento (escala de 0 a 4) (Figura 21 y Figura 20).

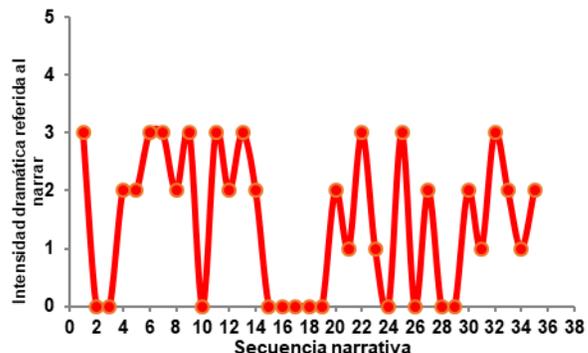
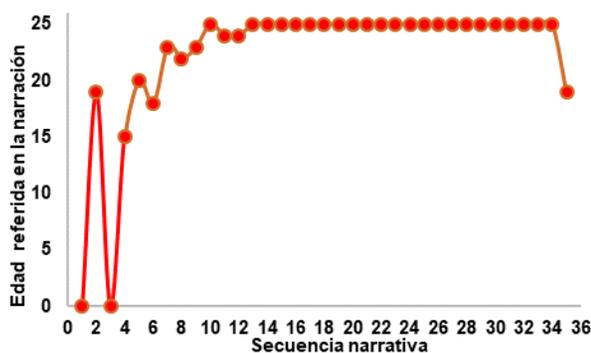


Figura 21. Tiempo vivido y tiempo narrado. Figura 20. Dramatismo o perturbación al Relato de Marisol

5.2.1.4. El relato de Cristina

De la narración de Cristina, se obtienen 3 relatos, que hablan de su vida en la infancia y las dificultades económicas que tenía su familia, como inicia el embarazo a muy temprana edad y sin posibilidades de nada, esto es el relato 1. El relato 2 cuenta su experiencia en Medellín, donde se va a trabajar como empleada doméstica para poder subsistir ella y su hijo e inocentemente es implicada en un secuestro, por lo cual pasa 5 años en la cárcel, este es el relato 2 y el más largo. Por último cuenta su experiencia como auxiliar de enfermería y habla sobre el valor del acompañamiento a las mujeres (Tabla 20).

Tabla 20. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Cristina

Relatos*								
<i>I. Lo bueno fue que yo nunca pensé en deshacerme de mi hijo ¡jamás jamás!</i>			<i>II. "Ve, la policía anda buscando un niño que está secuestrado"</i>			<i>III. Mi experiencia en la clínica Namibia... ha sido muy bonita con dificultades</i>		
SC	FG	ER	SC	FG	ER	SC	FG	ER
1	1	0	5	5	21	19	19	30
2	2	18	6	6	22	20	20	32
3	3	20	7	7	22	21	21	32
4	4	20	8	8	22	22	22	45
			9	9	22	23	23	45
			10	10	22	24	24	46
			11	11	22	25	25	46
			12	12	22			
			13	13	22			
			14	14	22			
			15	15	28			
			16	16	28			
			17	17	28			
			18	18	28			

*SC: secuencia narrativa FG: fragmento conversacional ER: edad referida

De la historia de Cristina no se omitieron relatos, todos cumplieron una función configurativa (Tabla 21).

Tabla 21. Orden, segmentación y extensión del relato de Cristina

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato			Toda la narrativa
	I	II	III	
Orden: 1° Cuartil del Fragmento Conversacional	2	8	21	
N° de fragmentos	4	14	7	25
N° de palabras	1.178	3.895	3.419	8.492
Fragmentos que dan nombre al relato: 1, 6, 22				
Fragmentos omitidos de la narración: Ninguno				

El 80% de los fragmentos se refieren a momentos vividos antes de trabajar en el área de la salud, en un 16% habla específicamente del tema de la MME. Cristina es muy buena narradora, logra conmovir y complementar a lo largo de la historia (Tabla 22)

Tabla 22. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Cristina

Cristina										
Estructura narrativa		Relatos						Toda la narrativa		
		<i>Lo bueno fue que yo nunca pensé en deshacerme de mi hijo ¡jamás jamás!</i>		<i>II. "Ve, la policía anda buscando un niño que está secuestrado"</i>		<i>Mi experiencia en la clínica Namibia... ha sido muy bonita con dificultades</i>				
Número de fragmentos		4		14		7		0		
En la configuración de la trama, el fragmento:	El fragmento hace referencia a:	Antes del trabajar en el área de la salud	4	100%	14	100%	2	29%	20	80%
		En la institución, pero no relacionado con MME	0	0%	0	0%	1	14%	1	4%
		Relacionado con la MME	0	0%	0	0%	4	57%	4	16%
		Otro momento vivido	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
		Anuda	1	25%	2	14%	1	14%	4	16%
		Detalla	2	50%	11	79%	5	71%	18	72%
		Conmueve	4	100%	14	100%	7	100%	25	100%
		Complementa	4	100%	14	100%	7	100%	25	100%
		4	100%	14	100%	7	100%	25	100%	
			0%		0%		0%		0%	

Cristina logra llevar una secuencia narrativa de la edad en los fragmentos. El momento de mayor intensidad es cuando se refiere al suceso de la cárcel (Figura 22 y Figura 23)

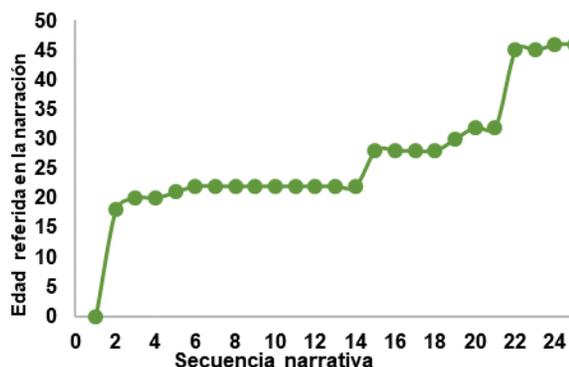


Figura 22. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Cristina

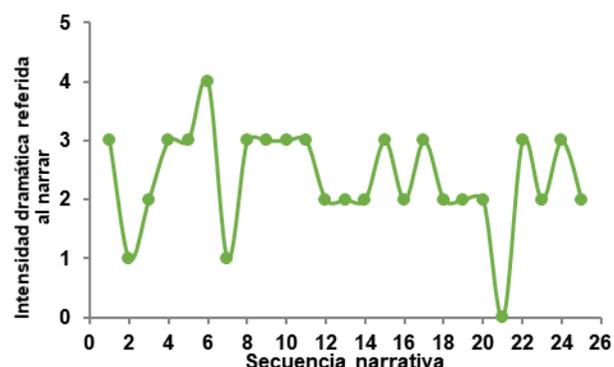


Figura 23. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Cristina

5.2.1.5. El relato de Juliana

La historia de Juliana se compone de dos relatos y 12 fragmentos (6 por cada relato). Inicia en el relato uno, contando el momento difícil de desplazamiento que vivió con su familia, ella tenía 5 años. A esa edad, inician de cero en el pueblo donde se asentaron. Su mamá fue muy trabajadora, su papá trabajador también y muy juicioso en la casa. Ella y su hermano, se esforzaron siempre en la escuela y colegio para no pagar matriculas. Cuando termina el colegio, una tía le ayuda a estudiar enfermería, carrera que ejerce hoy día. Cuenta sin detalles el proceso de separación que vivió con el esposo y la pérdida de un bebe, esto la llevo a una época de depresión en la cual su “salvavidas” fue el trabajo y la familia. Refiere en su relato todas las experiencias y aprendizajes que ha tenido en las instituciones de salud que ha trabajado (Tabla 23).

Tabla 23. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Juliana

Relatos*					
I. El salvavidas fue... el trabajo y mi familia			II. Por lo menos acá la materna pare sola y eso es algo que no hemos podido		
SC	FC	ER	SC	FC	ER
1	1	7	7	3	23
2	2	18	8	9	23
3	11	8	9	4	24
4	15	19	10	7	27
5	5	25	11	8	27
6	6	27	12	10	27

*SC: secuencia narrativa FG: fragmento conversacional ER: edad referida

Pese a que tienen el mismo número de fragmentos, el relato 2 de Juliana tiene un número mayor de palabras, incluso doblando el primer relato. Se excluyeron algunos relatos que no tenían ninguna función configurativa en la historia (Tabla 24)

Tabla 24. Orden, segmentación y extensión del relato de Juliana

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato		Toda la narrativa
	I	II	
Orden: 1° Cuartil del Fragmento Conversacional	3	5	
N° de fragmentos	6	6	12
N° de palabras	1.545	3.881	5.426
Fragmentos que dan nombre al relato: 6,8			
Fragmentos omitidos de la narración: 12, 13, 14			

El 50% de los fragmentos, hablan de momentos vividos antes de trabajar en una institución de salud y después de trabajar en ella, pero no relacionado con el tema de MME. Un 33% de los fragmentos se relacionan con el tema de MME. Juliana narra con intensidad en un 92% y detalla en un 92% (Tabla 25).

Tabla 25. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Juliana

Estructura narrativa		Juliana				Toda la narrativa	
		Relatos					
		I. El salvavidas fue... el trabajo y mi familia		II. Por lo menos acá la materna pare sola y eso es algo que no hemos podido			
Número de fragmentos		6		6		0	
En la configuración de la trama, el fragmento hace referencia a:	Antes del trabajar en el área de la salud	3	50%	0	0%	3	25%
	En la institución, pero no relacionado con MME	0	0%	3	50%	3	25%
	Relacionado con la MME	1	17%	3	50%	4	33%
	Otro momento vivido	2	33%	0	0%	2	17%
	Anuda	4	67%	1	17%	5	42%
	Detalla	5	83%	6	100%	11	92%
	Conmueve	5	83%	6	100%	11	92%
	Complementa	2	33%	6	100%	8	67%
		6	100%	6	100%	12	100%
			0%		0%		0%

Su historia inicia a los 5 años con el desplazamiento y continúa con diferentes momentos de su vida. Aunque el 92% de los fragmentos fueron conmovedores estos fueron con una baja intensidad (Figura 25 y Figura 24).

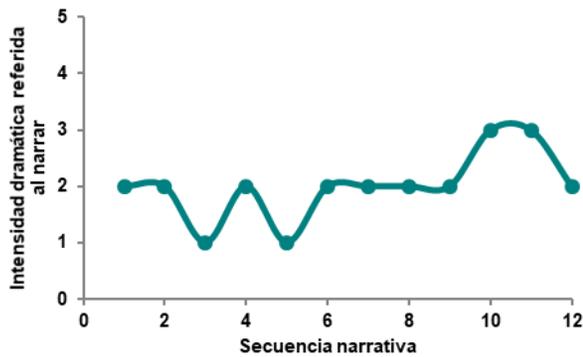


Figura 25. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Juliana

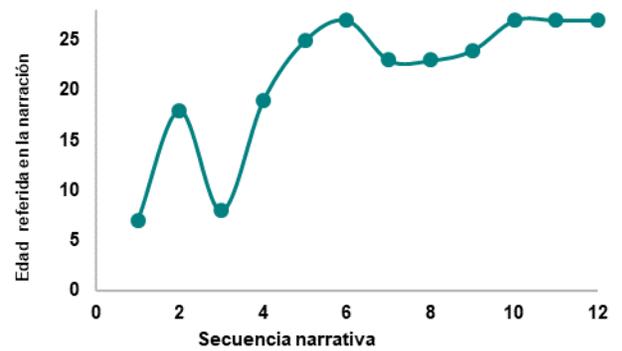


Figura 24. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Juliana

5.2.1.6. El relato de Gloria

El relato de Gloria sigue una coherencia similar entre el orden del fragmento conversacional y la secuencia narrativa. La historia está compuesta por dos relatos de 4 y 6 fragmentos (Tabla 26).

Tabla 26. Orden y segmentación de los relatos. Relato de Gloria

Relatos*					
I. Eso de que la vida pende de un hilo...es así de cierto.			II. A esta vieja hay que tirarle un salvavidas, un salvavidas que no es ponerle sangre		
SC	FC	ER	SC	FC	ER
1	10	16	5	4	29
2	1	22	6	5	30
3	2	22	7	6	35
4	3	23	8	7	48
			9	8	32
			10	9	48

*SC: secuencia narrativa FG: fragmento conversacional ER: edad referida

No se excluyeron fragmentos, todos cumplieron con alguna función configurativa. El segundo relato tiene una mayor cantidad de fragmentos y palabras que el primero (Tabla 27).

Tabla 27. Orden, segmentación y extensión del relato de Gloria

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato		Toda la narrativa
	I	II	
Orden: 1° Cuartil del Fragmento conversacional	2	5	
N° de fragmentos	4	6	10
N° de palabras	1.444	5.001	6.445
Fragmentos que dan nombre al relato: 1, 8			
Fragmentos omitidos de la narración: Ninguno			

El 80% de los fragmentos están relacionados con la experiencia de MME y el 100% de los fragmentos complementa y detalla (Tabla 28).

Tabla 28. Temática de los fragmentos de la historia y papel de los fragmentos en la configuración de la trama. Relato de Gloria

		Gloria					
		Relatos					
Estructura narrativa		I. Eso de que la vida pende de un hilo...es así de cierto.		II. A esta vieja hay que tirarle un salvavidas, un salvavidas que no es ponerle sangre		Toda la narrativa	
Número de fragmentos		4		6		0	
En la configuración de la trama, el fragmento a:	Antes del trabajar en el área de la salud	1	25%	0	0%	1	10%
	En la institución, pero no relacionado con MME	0	0%	1	17%	1	10%
	Relacionado con la MME	3	75%	5	83%	8	80%
	Otro momento vivido	0	0%	0	0%	0	0%
	Anuda	2	50%	6	100%	8	80%
	Detalla	4	100%	6	100%	10	100%
	Conmueve	1	25%	4	67%	5	50%
	Complementa	4	100%	6	100%	10	100%
		4	100%	6	100%	10	100%
				0%		0%	

Gloria hace mención al momento en que su padre fallece, es cuando decide estudiar medicina, motivada por entender cosas relativas a las causas de la muerte que en su momento no fueron muy claras. Cuenta su experiencia en el rural a los 20 años con un caso de MME y a los 31 con un caso de muerte materna. Ambos momentos logran la mayor intensidad dramática en la narración (Figura 26 y Figura 27).

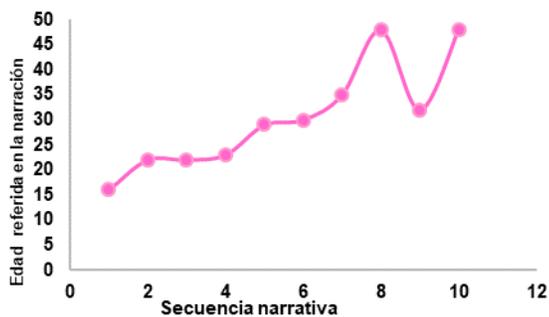


Figura 26. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de Gloria

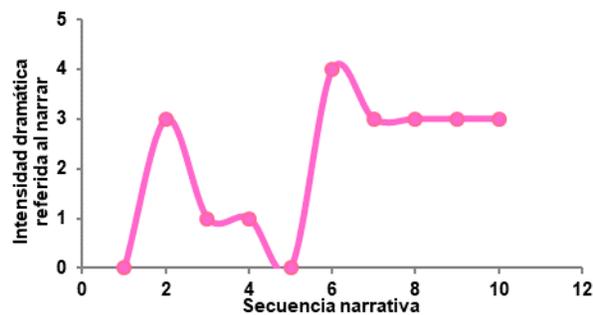


Figura 27. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de Gloria

6. Discusión

“...todos tenemos unas historias o una historia grande que está llena de muchas historiecitas y que todas esas historias se entrelazan y tienen que ver con lo que a uno le pasa” [Gloria, 28 años-Cuidadora – SN9-FC8]

6.1. Mimesis III. Refiguración: Análisis intertextual

6.1.1. Lectura intertextual: de qué hablan, que mundo proyectan

La historia tejida de sobrevivir a una MME en Urabá, da sentido a la resignificación del cuidado humano y al reconocimiento de capacidades humanas.

Para la presente investigación, la discusión se enmarca en el anterior enunciado, en tanto que permite dar respuesta a la pregunta de investigación: “¿Qué significa sobrevivir a una morbilidad materna extrema, para mujeres sobrevivientes y cuidadores de la subregión del Urabá antioqueño, 2016?”. Los relatos en su conjunto permiten plantear tres grandes puntos que evidencian lo que significó para las mujeres sobrevivientes el sobrevivir a una MME y para los cuidadores estar en el proceso de la vigilancia de la MME o atender un caso y que soportan el primer enunciado:

- Las mujeres que sobreviven a una MME y cuidadores, consideran que el cuidado es determinante en la MME.
- Las mujeres que sobreviven a una MME, potencian y despliegan capacidades humanas
- Los mundos familiar, social, cultural e histórico en que viven las mujeres que sobreviven a una MME limitan las posibilidades que tienen para ser, actuar y decidir

6.1.1.1. El cuidado humano, determinante en el proceso de sobrevivir a una MME

“En cada sitio uno encuentra una personita” [Manuela, 37 años-MujerMME – SN23-FC20]

Cada una de las protagonistas narro una historia de vida distinta, en cuanto a épocas, edad y/o decisiones. Por un lado, las protagonistas que sobrevivieron a una MME presentan cada una, diferencias frente a las situaciones vividas en la complicación y el haber sobrevivido. De igual forma, las cuidadoras narran su historia desde las diferencias en las profesiones (auxiliar de enfermería, enfermera, Ginecobotetra), áreas de desempeño laboral e institucional. Sin

embargo, la historia se teje desde las diferencias y habla centralmente del cuidado humano como elemento transversal desde cuatro ópticas:

- ***La familia como “salvavidas” de las mujeres***

Las cuidadoras, coinciden en la necesidad de que la mujer debe estar acompañada por un familiar, una persona cercana, alguien con quien se tenga un vínculo afectivo, en los momentos significativos (no solo en la complicación, sino en el parto):

Si el familiar se quiere quedar se puede quedar” entonces yo creo en lo de “tirar un salvavidas”, qué mejor salvavidas que este ahí tu marido, tu mamá, tu papá cogiéndote la mano. Yo creo tiene un efecto terapéutico, por lo menos si uno está como en ese trance entre que me muero y no me muero viendo ya la luz al final del túnel puede ser terapéutico o decisivo que esa persona significativa este ahí. [Gloria, 28 años-Cuidadora – SN9-FC8]

Por lo menos acá la materna pare sola y eso es algo que no hemos podido, y enfermería ha luchado... es que debe estar con un acompañante alguien que por lo menos le agarre la mano es que es un proceso... el trabajo de parto algunas se les deja ingresar el familiar para que las acompañe durante toda la labor pero ya como tal el parto dentro del quirófano las maternas paren solitas, usted en un proceso de esos usted le gustaría tener su pareja su mamá el que sea alguien ahí al lado, si es un dolor de cabeza y uno no quiere estar solo ahora imagínese un parto. [Juliana, 28 años-Cuidadora – SN11-F8]

Un paciente en trabajo de parto –una mamá en trabajo de parto- no puede entrar sino un solo familiar... pero resulta que la mamá quiere tener al esposo y quiere tener a la mamá, pero si la paciente quiere tener a la mamá y quiere tener al esposo que tenga la mamá y el esposo, siempre y cuando ellos dos colaboren, porque hay unos familiares que no apoyan mucho al paciente sino que se desesperan se llenan de nervios, entonces eso hacen que se trasmita al paciente... entonces me considero excelente porque...me importan mucho lo que realmente la paciente quiera, siempre y cuando eso le disminuya la ansiedad que esa paciente siente. [Cristina, 46 años-Cuidadora -SN25-F25]

Para Gloria, quien es cuidadora departamental, su experiencia de vida le ha permitido comprender que hay otras situaciones “intangibles” que contribuyen en la recuperación de la mujer, pero que esta parte ha sido difícil por el escaso acceso a las historias de vida de las mujeres:

Como hay situaciones en el personal de la salud, en ese entorno que favorece que se dé la morbilidad creo que hay situaciones -estoy convencida- de que hay situaciones en la mujer que la vayan a llevar a que se complique, ahí el problema es que difícilmente tenemos los espacios para que la mujer pueda identificar esas situaciones que se pueden convertir como amenazantes -desde su historia personal estoy hablando-. [Gloria, 28 años-Cuidadora – SN9-FC8]

Para complementar lo anterior, refiere haber atendido una materna, que en el momento de la complicación la señora no quiere seguir viviendo porque él bebé se le murió y era quien venía a salvar su matrimonio. Esta cuidadora, encuentra positivo el conversar con la paciente y lograr identificar eso, a lo cual le decide:

Yo no recuerdo la gente como me miraba si diría “esta vieja está loca” yo no me acuerdo de nada, solo que cuando yo escuche eso yo a esta vieja hay que tirarle un salvavidas un salvavidas que no es ponerle sangre -además de ponerle sangre- Entonces sentamos a la mamá ahí y estuvimos como dos horas ahí en el quirófano poniéndole sangre, se cuadro y dejo de sangrar milagrosamente. [Gloria, 28 años-Cuidadora – SN9-FC8]

Las mujeres, evidencian como ausente el acampamiento o el cuidado de sus familiares en ese proceso:

En Níger no encontré a nadie, nadie que le hable a uno ni le dé un apoyo. En lo personal que le den moral a uno nadie. Y tú sabes que uno cuando está en el hospital y es tan nervioso, ellos no permiten que la familia entre, pero uno quiere como tocar, como agarrar como que alguien este, yo quería tener a mi mama al lado, agarrarle la mano, porque ellos ni se dejan agarrar ni nada -digo yo- que, si tú quieres agarrar, si tú quieres morder tu familia se deja porque en el momento uno necesita apoyo, pero ellos no lo entienden, acá no me parece, no me gusto. [Manuela, 37 años-MujerMME – SN24-FC21]

De ahí de la UCI no me dieron de alta me pasaron para el hospital, y allá no me gustaba porque ni agua le daban a uno y yo me sentía sola porque no dejaban entrar a mi familia... por lo menos allá en la UCI ellos me veían, pero acá en el hospital no dejaban entrar a los que me fueran a ver, entonces por una hendidurita que había yo me asoma a ver si alguien venía a verme a traerme algo porque si ellos venían lo que traían me lo tenían que mandar. Después de ese cuarto me pasaron para otro cuarto y allá si los dejaban entrar, y cuando ellos se venían yo me ponía a llorar porque yo no me quería quedar sola y allá duré en total veinte dos días. [Marisol, 25 años-MujerMME-SN20-FC23]

- ***El trato humano en la práctica clínica***

Por otro lado, el cuidado desde el trato y/o la atención de salud, evidencian algunos comportamientos como no adecuados para la atención, otros que por el contrario se salen de la parte clínica y entran a generar acciones humanizada con relación al cuidado del otro y ayudan en el proceso de recuperación y también dan algunas recomendaciones:

Cuando yo parí el bebé y me metieron para cesárea yo veía por encima una lámpara y yo alcanzaba a ver a las enfermeras chateando, estaban en sala de cirugía y yo estaba dizque pariendo. [Marisol, 25 años-MujerMME-SN17-FC13]

Al rato me dieron esas ganas de vomitar y le dije a la enfermera que me pasara el tarro para yo vomitar para no pararme, y me dice: “Ay no parase usted misma” entonces al ver que ella no se paró ni me ayudó a correr el tarro yo hice para levantarme, cuando yo hice para levantarme ahí borró mi cuenta nueva. No supe más nada. Cuando me levanté me tenían allá en la UCI. [Marisol, 25 años-MujerMME-SN18-FC16]

En la UCI de Sudan del Sur de Nilo puedo decirlo fue una enfermera -la recuerdo mucho, era muy cariñosa, empezó a decirme “Mira tienes que ayudarte, no te pongas nerviosa, respira más con pausa que eso es lo que no te ha dejado normalizar” y se sentaba y me decía “Habla así, respira así”, la recuerdo mucho porque ella me ayudo bastante. Incluso no me daba las pastillas para la presión que me ponía el médico, a veces me decía “No te voy a poner, quédate quietecita” cuando veía que se subía o cuando me visitaban y se subía la presión, me decía: “Te voy a dar las pastillas antes que entre tu familia”. Me daba tanto ánimo esa muchacha ¡bastante! Y se sentaba y me hablaba “No respire así, hazlo así, las cesáreas duelen mucho y estar acostada más” “Voltéate” y eso como duele para uno voltearse solo, y ella decía “Cuando te voltees encoje esta pierna y con la otra pierna te ayudas” y verdad, me daba como esa explicación y como con esa paciencia, me ayudaba bastante... [Manuela, 37 años-MujerMME – SN23-FC20]

En Bosquimanía me pareció muy agradable el médico, porque llega “Cuéntame tu misma que te paso” no fue porque aquí trajeron esto, el llevo y “Cuéntame qué te paso, cuéntame tu misma” así como te estoy contando a ti “Médico me paso esto, estaba en mi casa me paso esto y esto” entonces no es que se sienta a mirar lo que el otro dijo sino a mirarlo a uno “¿qué te paso?” [Manuela, 37 años-MujerMME – SN25-FC22]

Yo nunca había estado hospitalizada, y yo pienso que uno cuando está enfermo necesita que le hablen que le digan o que te expliquen qué está pasando “Mira tú problema es de la respiración entonces trata de hacerlo bien” si se está uno ahogando y uno no sabe porque es que esta así, entonces ella me decía “Mira tienes los pulmones congestionados entonces ayúdate tú misma, no respire así tan fuerte” hasta cuando le tocaba turno a otro yo me acordaba de lo que ella me decía y yo trataba de hacerlo así; no fue el médico pero si hubo una enfermera. [Manuela, 37 años-MujerMME – SN25-FC22]

En la relación con el personal de salud, muestra la historia, que las protagonistas relacionan el cuidado con la calidad del servicio de salud y la formación de los profesionales:

Pienso que en Níger son demasiado tranquilos porque si ellos le dicen si quiera a mi familia “No hay sangre o miran como hacen para conseguir el tipo de sangre de ella...” no hubiera llegado hasta esos extremos. [Manuela, 37 años-MujerMME – SN4-FC3]

Yo pienso a veces que la salud es tan mala...Acá en Níger es mala mala, porque los médicos son demasiados frescos y ya lo ven a uno al bordecito y ahí es que se pellizcan y corren [Manuela, 37 años-MujerMME – SN19-FC10]

Yo pienso a veces que el problema no son las EPS son es como los médicos, a veces son los médicos que manejan demasiada tranquilidad, aunque claro a veces las EPS se demoran en autorizar, pero si tú ya llevas una complicación a un hospital ya ahí digo yo que son los médicos porque yo pienso que si en el momento uno no tiene una EPS ni una papelería ellos lo deben atender a uno y ya después uno mirara como hace si paga particular o muestra su carné entonces yo digo que son los médicos, las enfermeras ellos. No sé qué estrategia tendrán que buscar para atender a todo el mundo cuando lleguen. [Manuela, 37 años-MujerMME – SN20-FC16]

Ahorita te mando la otra ecografía, pero para que te la vayas hacer a Congo porque el médico particular en la ecografía que me mando escribió como tres palabritas ta ta ta y no explico nada”. Es decir toda la gente y muchos se han quejado de ese médico...ayer no más, estaba comentando una muchacha que también se fue hacer una ecografía extravaginal porque como tú sabes que eso hace los ginecólogos de toda ecografía, me estaba comentando que se estaban quejando de él, yo le dije que lo mismo que me paso a mi es decir, en la ecografía mía ya yo tenía como el problema de lo mío que tenía la placenta baja estaba primero que la niña y era un problema malo porque eso a veces así cuando esta la placenta abajo a veces se viene por hemorragias, se viene por cosas y él no me explicó nada de eso, ni le mando a explicar al médico es decir el no escribió nada de eso. [Angélica, 25 años-MujerMME – SN15-FC14]

Yo nunca había visto un ginecólogo así con una cara tan maluca que le pone a uno y lo único que te dice es: “Bájate hasta aquí” y ya... no te dice ¡nada! ni tú le puedes preguntar, una muchacha si me había dicho “Si vas a entrar ahí no le vayas hacer ninguna pregunta” cómo tan raro ese médico porque tú sabes que el médico siempre quiere como que uno le pregunte, que inquietud tienes que quieres saber o esto... el no... él es lo contrario tú no puedes hablar nada ni preguntar. No te digo que ayer estaba yo comentando eso con esta muchacha, estaba diciendo que se fue hacer una ecografía donde ese médico porque el médico de los controles le dijo: “No, págala particular pa’ que sea más rápido más urgente” porque la necesitaba de urgencia y se la hizo con ese médico particular, se la llevó a su médico y él tuvo que mandarle nuevamente otra acá en Congo, porque ahí eso no mostro nada, es decir, lo que mando escrito no dice nada, no se sabe nada, no se explica nada, ¿qué clase de ginecólogo es ese? Ninguna clase de ginecólogo la verdad. [Angélica, 25 años-MujerMME – SN16-FC34]

No quiero con ello decir que finalmente toda la responsabilidad es de los proveedores o de los prestadores -de ninguna manera- pero yo sí creo que el tema del recurso humano del talento humano de los proveedores -como los quieran llamar- es fundamental, porque es muy bonito cuando uno ve... cuando hacemos los análisis de casos y uno ve que hay una persona como decimos nosotros “que se le pega a la paciente” o sea hay un médico, hay una enfermera que se queda que se compromete con lo que a esa mujer le está pasando y esa señora se salva, las otras que van de mano en mano donde uno no ve que haya alguien que se la eche al hombro les

pueden hacer muchas cosas les ponen el gorro y... pero realmente no hubo alguien como que le tirara el salvavidas. [Gloria, 28 años-Cuidadora – SN8-FC7]

Uno de los problemas grandes es por un lado que son todas personas foráneas y que no todos logran vivir el tiempo suficiente para enamorarse de la región y de las personas, entonces a veces percibo yo -nadie me lo ha dicho- como casi que estoy haciendo un favor aquí por estar acá y poquitas veces siente uno eso -lo que yo te decía ahorita- que se identifiquen con la región, que se identifiquen con las personas y que en esa manera puedan estar en consonancia con ese ser humano que está sufriendo, que está en parto o algo, y poder tener como un evento de identificación y de acompañamiento más significativo. [Gloria, 28 años-Cuidadora – SN10-FC9]

Desde el punto de vista de la formación creo que en esa perspectiva nos hace falta - por lo menos en nuestro país- un proveedor de salud, un personal de salud que sea más sensible y este más en sintonía con esa visión de la maternidad como un continuo y como un evento natural, y probablemente no pueda ser el médico no va poder seguir siendo el médico quien acompañe a las mujeres en ese proceso sino una profesional o un profesional de la partería o las enfermeras obstetricas que hay en muchos sitios del mundo que realmente logran ser eso, ser acompañantes ser fortalecedoras de las capacidades de las mujeres y solamente intervenir cuando se necesita. [Gloria, 28 años-Cuidadora – SN10-FC9]

- ***La soberanía de la mujer frente a la gestación: “Es mi bebe, yo lo quiero cargar, lo quiero ver”:***

Para las mujeres el hecho de que no las dejaran ver o tocar a sus bebes (incluso así haya nacido muerto), genero sentimientos de tristeza y por el contrario, el estar con ellos, conocerlos les genero bienestar y sentimientos de recuperación:

Llego una médica yo le dije “Aquí no me dejan tener bebé” “¿Cómo que no la dejan tener bebé?” “No, aquí no me dejan tener bebé y mire yo me siento mal yo me siento con fiebre” Me dijo la médica: “Me siento no, usted tiene fiebre, y si usted sigue así aquí se queda otros diez días más” y yo dije “¿Qué? yo aquí no me voy a quedar” yo me sentía horrible en ese hospital, y ya al bebé me lo dejaron quedar me quedaba con el durmiendo y le daba el seno, los primeros días me ordeñaba y ya después yo le daba el seno al bebé. Al bebe le daban una lechita maluquita, el papá le compro de esa “Nan” y le cayó como mal en el estómago y el no quiso de eso, entonces yo decía “Si el bebé no chupa teta y el tetero todavía no se le va a dar” el bebé cogió su seno y dormía conmigo allá y yo lo bañaba lo vestía, él era el que me acompañaba porque allá no dejaban entrar a más nadie” [Marisol, 25 años-MujerMME-SN22-FC24]

De ahí me sentaron para colocarme la anestesia, para anestesiar me para hacerme la cesárea y sacarme la bebé, me sacaron la bebé y me dijeron: “Una niña nació” yo sabía que era niña y me dijeron: “Una niña” la bebé de ahí no me la mostraron...No, no la cargué...yo no la vi...no la vi...no la vi, [Angélica, 25 años-MujerMME – SN18-FC16]

La otra cosa que no me gustó mucho del hospital fue que no me la mostraron, y como en dos ocasiones les dije, pero bueno... ellos decían que tenían sus motivos que, porque se me subía la presión, en dos ocasiones le dije “Muéstrenme la bebé” “No está” al rato volví y les dije ‘Ah no, ya se la entregamos a tu familia y ellos ya se la llevaron” entonces no me dieron como esa oportunidad de verla. No la conocí. Se la llevaron, la trajeron para acá y la enterraron y no la vi. Entonces tampoco me gusto eso, así fuera muerta muéstrenmela un momentico, me la sacaron y yo ni cuenta me di cuando ya se la llevaron, no me gusto eso tampoco del hospital. [Manuela, 37 años-MujerMME – SN3-FC12]

Después que me llevaron al bebe, yo me sentía mejor, yo dije “Claro, ya no me muero ya no” al principio si cuando estaba allá metida si decía que me iba a morir porque no sabía ni donde estaba parada pero cuando ya me pasaron para allá y yo vi a mi hijo “Yo ya no me muero aquí fue” [Marisol, 25 años-MujerMME-SN22-FC24]

El 21 de abril fue que me dieron de alta, conocí a mi bebe, me llevaron allá a la sala donde ella estaba en la incubadora y fue conocí mi bebé (risas) y que la pude ver...Jumm... fue bonito desde que la vi me sentía como tan contenta porque ella estaba bien y ya yo me sentía bien también. Al salir del alta me vine para acá, solo me dieron de alta a mí, a la niña la dejaron hospitalizada. [Angélica, 25 años-MujerMME – SN21-FC19]

- ***El cuidado al egreso de la institución de salud: no se evidencio acompañamiento psicológico para las mujeres posterior a la complicación.***

Las mujeres al tener una experiencia de MME, experimentan sentimientos de temor, miedo, angustia, sobre todo al egresar de la institución de salud que llegan de nuevo a su contexto, no obstante, la historia no evidencia que para alguna de las tres protagonistas se les hubiese brindado acompañamiento psicológico:

Yo pienso mucho en la muerte, yo no sé... yo no le paraba como bolas a la muerte y a esas cosas, pero cuando me hablan que fui yo la que estuve así, me da nervios y no puedo dormir, pienso en que si me muero que le va a pasar a mi hija, piensa uno a quien le hubiera dolido... piensa uno en un poco de cosas. [Manuela, 37 años-MujerMME – SN33-FC36]

Había momentos que yo si pensaba y le daba gracias a mi diosito porque me va a permitir criar a mis hijos, me va a permitir estar con mi familia y estar con la persona que me quiere y yo quiero, pero había momentos en los que yo decía “¡Ay dios mío! Será que yo me iba a morir” y yo otra vez me deprimía y me ponía era a llorar y a llorar y a llorar porque bien llorona que si soy. Se me venía como todo otra vez a la mente y hay veces acá en la casa... a mí no me gusta quedarme sola la suegra mía cuando sale me dice: “Arréglate para que nos vamos” con tal de no estar sola porque me dejan sola y yo me pongo es a llorar. [Marisol, 25 años-MujerMME-SN32-FC25]

La suegra mía vende revistas y ella dice “me voy” y yo digo “¡Ah! Ya te vas y me vas a dejar sola” Y me dice “vístete y vámonos”, me arreglo y me voy con ella, no me

gusta quedarme sola porque yo me quedo sola y me pongo es a llorar, así tenga el bebé en la hamaca se me vienen a la cabeza cosas y me pongo es a llorar. [Marisol, 25 años-MujerMME-SN33-FC32]

6.1.1.2. Las mujeres que sobreviven a una MME, potencian y despliegan capacidades humanas

De acuerdo al planteamiento de Nussbaum, hay un listado de 10 capacidades que condicionan el desarrollo del ser humano, que, si bien son modificables, los plantea como centrales en término de evaluar la calidad de vida, más allá de las corrientes clásicas que asumen la calidad de vida en números. Ante la ausencia de una de esas capacidades se deteriora la calidad de vida. Ahora bien, anidando este planteamiento, a la teoría metafórica de Luna, encontramos que se puede tener tantas capacidades sean posibles o, dicho de otra manera, ante la ausencia de una capacidad es una capa de vulnerabilidad que se asume.

- **Capacidades humanas: una visión subjetiva de la Morbilidad Materna Extrema (MME)**

Explorar la Morbilidad Materna Extrema como una experiencia de vida y no como un “evento clínico”, permitió ir más allá de las causas clínicas para explicar el suceso, esto es, se pudo evidenciar situaciones de las condiciones en que cada mujer vive y cuales eran (son) las posibilidades que cada una tenía para ser y actuar.

En la historia de sobrevivir a una MME, la capacidad humana que atraviesa todos los relatos es el de la emoción, esto se ve reflejado en las curvas de intensidad dramática de cada uno de los relatos.

Emociones. Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotras y nosotros mismos; poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, y sentir duelo por su ausencia; en general, poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad. (Defender esta capacidad significa defender, a su vez, ciertas formas de asociación humana que pueden demostrarse cruciales en el desarrollo de aquella) (47).

Esta capacidad se ve como ausencia durante el evento de la MME, por las situaciones de falta de cuidado y calidez humana expuestas en el apartado anterior, ellas manifestaron indignación justificada, se malogro su desarrollo emocional y se generaron sentimientos de injusticia, así mismo los sentimientos de miedo, angustia y el pensar en la muerte después del suceso.

De igual manera, otra capacidad evidenciada en la historia como ausente, debido a que ninguna pudo evitar el dolor no beneficioso:

Sentidos, imaginación y pensamiento. Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo «verdaderamente humano», un modo formado y cultivado por una educación adecuada que incluya (aunque ni mucho menos esté limitada a) la alfabetización y la formación matemática y científica básica. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y actos religiosos, literarios, musicales o de índole parecida, según la propia elección. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa. Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso (47).

En este mismo sentido, la capacidad de afiliación en la parte que indica que tenemos derecho a que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás, se vio ausente en el momento de la complicación.

Para Angélica y Marisol, quienes vivieron situaciones similares de quedar embarazadas a temprana edad, que las mamás decidan que tienen que irse a vivir con el novio, de haber tomado decisiones de no tener más compañeros y/o no tener más hijos pero finalmente decidieron otros, de querer trabajar y que sus maridos no las dejen; Marisol vive en casa de sus suegros y Angélica cerca a suegros (anhelando vivir cerca a su familia), todas estas situaciones evidencian la ausencia de la capacidad de integridad física, juego, salud física y control de su propio entorno.

Integridad física. Poder desplazarse libremente de un lugar a otro; estar protegidos de los ataques violentos, incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.

Juego. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.

Salud física: Esto es, propender por una buena salud, tener una alimentación adecuada y poder vivir en un lugar apropiado.

Control sobre el propio entorno. b. Material. Poder poseer propiedades (tanto muebles como inmuebles) y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás; estar protegidos legalmente frente a registros y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, ser capaces de trabajar como seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores y trabajadoras (47).

Las anteriores no fueron evidentes en Manuela. Ella es docente y narra cómo desde que terminó el Ciclo universitario ha trabajado. Ante la complicación tuvo la posibilidad de irse a otro lugar para distraerse. Así mismo, decide que quiere volver a gestar (no tiene en cuenta la opinión de la familia). Ante estar en gestación nuevamente tiene decidido y además tiene los recursos económicos para irse a vivir a otro lugar que le puedan brindar mejor calidad en la atención.

No obstante, las sobrevivientes, no solo hablan del sufrimiento, miedo, la angustia y la incertidumbre frente a la complicación y a las dificultades de su vida familiar y social; sino acerca de las capacidades humanas que potencian y despliegan sobre todo después de la complicación.

Después de sentir que estuvo a punto de morir, las tres reflexionan críticamente acerca de la planificación de la propia vida, Marisol quiere trabajar, Angélica quiere terminar su bachillerato y agrandar la tienda que tiene en la casa, esto es que desplegaron la capacidad de “Razón práctica. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida. (Esta capacidad entraña la protección de la libertad de conciencia y de observancia religiosa.)”. Así mismo, el miedo por la muerte, a las 3 las hace reflexionar sobre los otros hijos anteriores a ese embarazo, que hubiese pasado con ellos si hubiesen fallecido, desplegaron la capacidad de afiliación:

Afiliación: a Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. (Proteger esta capacidad implica proteger instituciones que constituyen y nutren tales formas de afiliación, así como proteger la libertad de reunión y de expresión política.)

Gloria y Juliana, como cuidadoras e su ejercicio profesional han desplegado la capacidad de “Control Político”. La primera porque siendo cuidadora departamental tiene una participación política en el departamento y la segunda porque en su experiencia laboral relata cómo ha creado procesos nuevos en la institución para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en Urabá.

Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación.

No se evidencio ausencia o presencia de la capacidad de “Otras especies. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural”.

6.1.1.3. Los mundos familiar, social, cultural e histórico en que viven las mujeres que sobreviven a una MME limitan las posibilidades que tienen para ser, actuar y decidir

“... yo no quería coger marido pero me tocó” [Marisol, 25 años-MujerMME-SN1-FC1]

En el contexto de la Salud Pública, la morbilidad materna extrema se enmarca en un contexto atravesado por situaciones sociales, políticas, familiares, económicas, tecnologías, administrativas, lo cual, lo vuelve un problema complejo y que se interrelaciona con muchos aspectos desde lo social, económico y pretender

abordarlo desde una perspectiva instrumentalista racional no es suficiente porque reduce su campo de conocimiento. En este sentido, siendo un problema público que se da las desigualdades socioeconómicas y que además es complejo, la historia de la experiencia de MME, permito entender el problema desde una perspectiva crítica. La intención de explorar la experiencia de las mujeres que sobreviven a una morbilidad materna extrema es la comprensión de la propia mujer y del significado de la vida como objeto último.

El modelo de la OMS, ha marcado un camino, el cual ha maximizado las formas de pensar la Salud Pública, pero sigue funcionando bajo un sistema de neocausalismo donde los “determinantes sociales” se asumen como aquellos factores que se conectan externamente. Esto importante, en tanto que permite entender que desde esta mirada los problemas de Salud Pública se comprenden en una sociedad compuesta por la suma de individuos y lo subjetivo es entendido como el “individuo” separado de su mundo, de allí que los “factores de riesgo” sean sin historia, y por ende las respuestas a los problemas evidenciados no impactaran realmente en procesos estructurales(51).

La corriente latinoamericana, cuestiona claramente el modelo de los determinantes por sus planteamientos hegemónicos basados en un modelo predominante. Básicamente, la corriente latinoamericana soporta su crítica en que la CDSS: “denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante” (53).

La MME, representa un problema de Salud Pública, en tanto que permite evidenciar fallas en el Sistema de Salud, frente a situaciones como planificación familiar, control prenatal, acceso a los servicios de salud y calidad en los servicios de salud, conocimiento y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos. Por lo cual, puede ser vista como un objeto de estudio complejo, que puede ser explicada multidimensional y dialécticamente. Dicho en otras palabras, el sujeto debe ser no solo la determinación social de la salud sino la determinación social de la vida, cuando la vida se pone en primer lugar, trasciende cualquier matriz disciplinar que pretende explicar lo fenómenos desde el reduccionismo.

De acuerdo al modelo propuesto por la comisión, el objetivo no es eliminar todas las diferencias en salud sino de aminorar o reducir aquellas que son consideradas como evitables e injustas. Para que el modelo sea efectivo y pueda impactar sobre situaciones de inequidad, requiere de una transformación política y económica, que busque miradas alternas de desarrollo propuestas por el Neoliberalismo, en el cual la salud más que un derecho es considerada un negocio (52) .

No obstante, al revisar con detenimiento, la propuesta de determinantes sociales, se observa cómo, pese a que se incluye la multifactorialidad, como base para el

abordaje de las inequidades, no existe base de procesos estructurales dinámicos, que asuma los problemas, la vida y el mundo como complejos, ni multidimensionales entendiendo su carácter biológico, histórico y social. (52)

Lo anterior quedó evidenciado en el presente trabajo, donde 12 años después de la implementación del modelo, las mujeres que cuentan la experiencia de sobrevivir a una MME, las condiciones en que viven no le permiten desarrollar las capacidades desplegadas. En sus relatos las mujeres muestran que:

- No tienen condiciones de viviendas aptas para la recuperación después de una MME.
- Falta de autonomía en las decisiones.
- Desconocimiento de sus derechos de Salud Sexuales y Reproductivos
- Pocas posibilidades laborales y educativas

Lo anterior supone, que se requieren nuevas perspectivas, una nueva forma ver y afrontar no solo la Salud Pública, sino el entorno político y social de la sociedad. Tal es el caso, de corrientes y pensadores latinoamericanos que propenden por la cimentación del objeto de la salud, desde una perspectiva integral, basándose en prácticas de transformación alejadas de los conceptos reduccionistas de “riesgos” o “factores determinantes”, más bien, siendo muy acorde con los hechos sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales (53). Desde esta posición político-social, las mujeres de este estudio hacen un reconocimiento de una realidad social injusta, que requiere de acciones emancipadoras y transformación que modifiquen los elementos estructurales que mueven nuestra sociedad, como el sistema de educación, mercado laboral e instituciones (63).

7. Conclusiones

La MME entendida como un acontecimiento narrativo y no como un evento de enfermedad a cuantificar, permitió comprenderla de forma más holística, dado que en los relatos emergen sentimientos de razón práctica, de afiliación y emociones de las mujeres.

La lectura de esta experiencia, desde el **enfoque de las capacidades** de Nussbaum -como parte de una teoría justicia social-, posibilita valorar la calidad de vida de las sobrevivientes, así como, las limitaciones para desplegarlas, por la dificultad de controlar condiciones adversas en su propio entorno.

La reconstrucción de la experiencia de la MME a través de relatos de las mujeres, capta la riqueza de asuntos humanos (motivaciones, sentimientos, deseos o propósitos); sitúa la **calidad humana del cuidado**, como elemento trazador en la recuperación de la complicación; y posibilitador del despliegue y potenciación posterior de sus capacidades humanas.

La MME que has sido vista como un evento de vulnerabilidad, al ser narrada como experiencia por sobrevivientes y cuidadores, se **re-significa la recuperación** de la complicación, al ser atravesada por cada una de las experiencias que se configuran en el **pasado**.

Las mujeres requieren de un **acompañamiento familiar** que les genere sentimientos de fuerza, tranquilidad y esperanza, durante todo el proceso de gestación y parto; y no sólo durante la complicación.

Limitaciones de infraestructura física y de recurso humano en salud en Urabá, dificultan la atención adecuada de la MME. Desde su experiencia, algunas mujeres piensan que, en un próximo embarazo, en caso de tener posibilidades económicas, se trasladarían a una ciudad fuera de la zona en busca de mejores servicios.

Este estudio develo situaciones de ausencia de capacidades, desigualdad y desconocimiento de derechos, lo que plantea una línea de estudio de las historias de vida de MME con una mirada de orientación política y de justicia social.

8. Recomendaciones

Los resultados encontrados en esta investigación complementan los diferentes hallazgos evidenciados en los estudios que históricamente se vienen haciendo en el tema de salud materna. No obstante, indagan la experiencia con la mujer que fue quien vivió el suceso. Esta es una de las ventajas de la investigación de MME.

El conocimiento producido apoya la planeación de programas y estrategias dirigidos a mejorar la calidad de los servicios de salud, pero también aporta a los diferentes programas y procesos sociales encaminados a empoderar a la mujer y sus familias sobre el control de su propia salud.

Para la investigación, en el marco de las capacidades humanas es interesante, poder avanzar en la investigación en dos sentidos, 1: poder revisar tema de MME años después en las mismas mujeres ¿se teje la misma historia? ¿Qué capacidades se despliegan o se ausentan? ¿Se cumplieron los anhelos de esta historia? Y 2: trabajar con mujeres sobrevivientes el tema de Investigación Acción Participativa, con un enfoque más de construir el conocimiento desde las mujeres, pero también desarrollar acciones con ellas que ayuden a potenciar sus capacidades y lograr un mayor empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Como proceso complementario al conocimiento obtenido en este estudio, se pueden explorar estudios que indaguen la experiencia de otras personas que se relaciona con las mujeres en su proceso de gestación y parto, como son las parteras. Esta situación es muy común en la región de Urabá. En este mismo sentido, ahondar en otras condiciones más de tipo sociocultural frente a sobrevivir una MME, como los cuidados en casa, en algunos relatos someramente se expresó que tomaron “agua de canela” o “agüita de no sé qué”.

Relacionado con lo anterior, dadas las limitaciones del estudio que no se logró contactar a mujeres indígenas, se recomienda intencionar estudios para conocer las historias que se tejen alrededor de sobrevivir a una morbilidad materna extrema en comunidades indígenas. Esto como aporte al conocimiento y planeación de acciones con enfoque étnico-cultural. De igual forma, por ser un tema trabajado en mujeres, en el estudio se evidenciaron algunos temas de relación de machismo, que se pudieran ahondar en estudios posterior, donde se analicen las situaciones de poder y el empoderamiento de las mujeres en la región.

Un tema mencionado por una cuidadora fue el de la inclusión del error en la formación y práctica médica, el cual se debe revisar a mayor profundidad para encontrar otras situaciones de estudio no consideradas hasta el momento en el tema de calidad de los servicios de salud.

9. Fortalezas y limitaciones del estudio

Fortalezas:

A nivel mundial, las investigaciones de muertes maternas se constituyeron como herramienta para entender los problemas de acceso y calidad de los servicios de salud. Sin embargo, países donde hay poca ocurrencia de casos de muerte materna, se hace válida la inclusión en el estudio y análisis de los casos de MME, debido a que ocurren con mayor frecuencia y presentan puntos comunes de análisis con las muertes maternas en cuanto a la atención en salud brindada a la mujer (35).

Los casos de MME, se contemplan como un evento de emergencias en los servicios de salud asociadas con complicaciones clínicas, no obstante la literatura muestra que aquellos eventos que amenazan la vida, son tendenciosos a conducir a problemas psicológicos, incluso en los casos en que la respuesta por parte del personal médico es eficaz y oportuna (64). Estas mujeres, pese a que sobreviven, padecen las consecuencias debido las lesiones anteriormente descritas. Las consecuencias que deja para la mujer, incluyen desde afectaciones físicas como psicológicas. (10). Entender la MME desde la perspectiva de las mujeres, contribuyo a encontrar otros factores más sociales para complementar las investigaciones actuales sobre el tema en la subregión de Urabá. Un aspecto fundamental que favorece la formulación de acciones fue la posibilidad de poder entrevistar a la mujer que sobrevive a la MME, los datos para ahondar en los problemas de la salud materna desde la perspectiva de análisis de la MME y específicamente desde la voz de la mujer. ha sido poca (65) (32).

Algunos investigadores en Colombia, sugieren fortalecer el interés de estudiar los casos de MME como alternativa para aportar elementos a la mejora de la salud materna (37). Según Zuleta Tobón (37), luego de conocer el panorama de la MME, la tarea está en identificar elementos como factores determinantes y las acciones que impidieron que esas mujeres dentro del continuo de la gestación, parto y postparto terminaran en el otro extremo de la muerte y, poder así, aplicar estos hallazgos para evitar futuros eventos (37). No se trata solo de determinar números, sino identificar los puntos que convergen, los disímiles y poder así, transformar los resultados en información que soporte la toma de decisiones (66).

Para esta investigación, se realizó una amplia búsqueda de información, y de acuerdo a esto, se resalta que esta investigación se constituye como la primera investigación cualitativa de Morbilidad Materna Extrema en la subregión Urabá y el departamento de Antioquia y la segunda en el país.

El enfoque epistemológico y el interés investigativo de la investigadora estuvieron alienados en el sentido que permitieron encontrar respuestas concluyentes a la pregunta de investigación.

La complejidad y diversidad de la región de Urabá, permitió que como lugar de estudio aportará elementos claves para entender y proponer desde la Salud Pública acciones concretas la Morbilidad Materna Extrema en el departamento.

El estudio contó con el acompañamiento de la Línea de Investigación “Subjetividades y Salud” del grupo de investigación “Salud y Sociedad” de la Facultad Nacional de Salud Pública. Esto permitió, fortalecer teóricamente el trabajo con las diferentes sesiones de grupo, que estuvo conformada en su gran mayoría por docentes y estudiantes del Doctorado en Salud Pública.

Entendiendo que la mujer juega un rol importante en la sociedad, como creadora de vida, los resultados del estudio ayudarán a comprender mejor la relación de las mujeres en condición de gestación y la calidad de atención recibida. Por todo lo anterior, para la Facultad Nacional de Salud Pública, el desarrollo de esta investigación se constituye como un elemento de profundización de los eventos de Salud Sexual y Reproductiva.

Como profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud – Gesis -, me brindó la posibilidad de adquirir nuevos elementos en el campo de la investigación, desde una mirada cualitativa lo cual fortalece mi formación de base y la construcción como Salubrista.

Limitaciones:

La región de Urabá se caracteriza por tener una población diversa, la cual incluye población indígena. En la investigación no se logró contacto efectivo con alguna mujer indígena con MME. Para futuras investigaciones y para la Salud Pública en general, es una posibilidad de conocimiento, conocer la experiencia de MME de una mujer indígena, por el valor cultural y ancestral que tienen y por las características particulares geográficas en que viven.

Se realizaron 7 entrevistas a cuidadores, sin embargo, solo 2 se logran narrar, por lo cual al resto de entrevistas se les realizó solo análisis de contenido. Se debe tener en cuenta que se realizó una sesión por cada entrevista, en ocasiones esto se puede convertir en un obstáculo pues no se logra romper el hielo.

Pese a que se realizó la gestión de enviar la invitación de participar en la investigación a todas las instituciones de salud de Urabá, no se contó con la participación de algunas. Lo anterior, limito la consecución de la base de datos de mujeres con MME de algunos municipios, así como la ausencia de la participación de algunos cuidadores institucionales.

La inclusión de las mujeres de 16 años, se realizó para conocer la experiencia de MME en menores de edad y poder revisar esto a la luz de la experiencia de mujeres mayores y saber si existieron diferencias en las posibilidades que tiene cada una para ser y actuar, no obstante, de una se logró el relato escrito donde cuenta como fue el proceso de la complicación, pero no se narra y de la otra se obtuvo un relato corto. Lo anterior no permitió trabajar la metodología propuesta en estos dos casos.

11. Agradecimientos

A las mujeres y cuidadores que decidieron abrir sus vidas a esta investigación, por aportar todo su conocimiento y experiencia. Sin ellos, esto solo fuera una idea de investigación, hoy es un aporte a la Salud Pública y a la vida.

A mí familia por la compañía, motivación y amor en este proceso. Fueron mi punto de renovación.

Aquellos profesores del programa de la Maestría en Salud Pública que lograron mover mis ideas y a querer siempre más conocimiento – Gabriel Jaime Otalvaro, Román Restrepo, Martha Gaviria, Fernando Peñaranda, Byron Agudelo, Diana Marín, Sergio Cristancho, Yadira Borrero-.

Al Comité de la Maestría en Salud Pública, por su apoyo, imparcialidad y calidad. Por permitirme aprender de ellos y acompañarlos en esta labor de representante estudiantil.

Al Comité de Ética de la FNSP y a los profesores Joaquín Guillermo Gómez y Samuel Arias, por las observaciones y ajustes pertinentemente sugeridos al trabajo de investigación.

Al profesor Román Restrepo, quien fue una luz en nuestro camino. Por el gran ser humano, administrador y salubrista que es. Por siempre tendernos una mano de ayuda, por escucharnos, apoyarnos y alentarnos siempre hacer lo mejor.

A la línea de investigación “Subjetividades y Salud” del Grupo de investigación de la FNSP “Salud y Sociedad” por el conocimiento aportado y el apoyo financiero para el desarrollo de las actividades de campo.

Al Centro Nacer Salud Sexual y Reproductiva, por ser una escuela de aprendizaje inagotable, donde he crecido como mujer, persona, compañera y profesional. Por su infinito apoyo en este proceso, no solo técnico sino en la parte humana y la comprensión y flexibilidad en momentos difíciles y por acompañarme y facilitar mi crecimiento profesional.

A Eliana María González Arango quien ha sido uno de mis mayores referentes como profesional y como persona. De ella he aprendido a trabajar con calidad y humanismo. Ha sido mi jefa, compañera y amiga. Le debo todo el agradecimiento por el apoyo, la comprensión y la motivación en todo el proceso.

A la Doctora Gladis Adriana Vélez, por ser una maestra en mi vida, de quien he obtenido conocimientos invaluable, a quien tengo una gran admiración y respeto. Le agradezco por haber guiado mi camino en esta investigación.

A Roger Torres, el profesional de Psicología que acompañó las sesiones de entrevista con las mujeres, porque me brindó seguridad, tranquilidad y motivación. Fue un apoyo y gran compañero de reflexión en los caminos de Urabá. Así mismo, a Astrid Zapata por su impecable trabajo de construcción de las conversaciones en textos.

A las profesoras Berena Torres y Vanessa Giraldo Gartner por su gran labor como jurados, su juiciosa revisión y excelentes aportes a este inacabado trabajo.

A la profesora Martha Gaviria, porque fue uno de mis “salvavidas” en un punto donde el proceso de investigación estaba débil y a punto de desfallecer. Ella supo escucharme, entenderme, enseñarme, motivarme y orientarme de la mejor manera. Su conocimiento, calidad académica, experiencia, calidez humana, sensibilidad y entusiasmo lograron mantenerme siempre activa y querer cada vez más esta idea hasta hacerla realidad. Es una maestra de vida, una mujer de ejemplo, un excelente ser humano...la admiro, quiero y le agradezco infinitamente por aparecer en mi camino.

A los dos “salvavidas” que tuve en este proceso.

10. Bibliografía

1. Gaviria MB. Hilos y tejido. Palabras y narración en salud. Rev Fac Nac Salud Pública; 2015: 33:64-61 [Internet] [citado 15 octubre 2015] Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/24537/20061>
2. Lotufo F, Parpinelli M, Haddad S, Surita F, Cecatti J. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. Rev Clin 67(3):225-30 [Internet] [citado 9 marzo 2015] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297030/>
3. World Health Organization. First Regional Workshop on «Beyond the Numbers». Making Pregnancy Safer. 2004;1-21. [Internet] [citado 20 octubre 2014] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107602>
4. Storeng KT, Drabo S, Ganaba R, Sundby J, Calvert C, Filippi V. Mortality after near-miss obstetric complications in Burkina Faso: medical, social and health-care factors. Rev Bull World Health Organ. 2012; 90(6):418-425B [Internet] [citado 24 octubre 2014] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v90n6/v90n6a09.pdf>
5. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, Brown M, Simonson L, Kilpatrick S. A scoring system identified near-miss maternal morbidity during pregnancy. Rev J clin epidemiol. julio de 2004;57(7):716-20. [Internet] [citado 24 octubre 2014] Disponible en: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(04\)00008-3/pdf](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(04)00008-3/pdf)
6. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe de 2014 New York; 2014 [Internet] [citado 10 marzo 2015] Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
7. Lori JR, Starke AE. A critical analysis of maternal morbidity and mortality in Liberia, West Africa. Midwifery. 2012 [Internet] [citado 28 septiembre 2014];28(1):67-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21232836>
8. Haddad SM, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, Costa ML, et al. Applying the maternal near miss approach for the evaluation of quality of obstetric care: a worked example from a Multicenter Surveillance Study. Rev BioMed Res Int. 2014:1-10. [Internet] [citado 15 octubre 2014]; Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/989815/>
9. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. junio de 2009;23(3):287-96.
10. Mbalinda SN, Nakimuli A, Nakubulwa S, Kakaire O, Osinde MO, Kakande N, et al. Male partners' perceptions of maternal near miss obstetric morbidity experienced by their spouses. Rev Reprod Heal 2015;12(1):23 [Internet]

- [citado 30 marzo 2016] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4384277/pdf/12978_2015_Article_11.pdf
11. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprud Argentina* 2005;4(3):60-7. [Internet] [citado 24 agosto 2016] Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones Comit de tica para la Investigacin/6 Sesión 16 julio 2014/Luna_F\[1\]._Vulnerabilidad_la_metáfora_de_las_capas.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20Comite%20de%20tica%20para%20la%20Investigacion/6%20Sesi%20n%2016%20julio%202014/Luna_F[1]._Vulnerabilidad_la_metáfora_de_las_capas.pdf)
 12. Hinton L, Locock L, Knight M. Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open*. 2015;5(4):1-10. [Internet] [citado 16 agosto 2016] Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2014-006676>
 13. Tunçalp O, Hindin MJ, Adu-Bonsaffoh K, Adanu R. Listening to women's voices: the quality of care of women experiencing severe maternal morbidity, in Accra, Ghana. *Rev PLoS ONE* 2012;7(8):1-8. [Internet] [citado 26 septiembre 2014] Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3432129&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 14. Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Mbalinda SN, Osinde MO, Kakande N. Survivors' understanding of vulnerability and resilience to maternal near-miss obstetric events in Uganda. *Rev Int j gynaecol Obs*. 2014;127(3):265-8. [Internet] [citado 20 de junio de 2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/25087177/>
 15. Iván C, Sánchez P, Rodríguez MA. Condiciones e imaginarios sociales y culturales que motivan o definen las demoras I y II asociadas con la mortalidad materna en diferentes contextos de población en Colombia. [Internet]. [citado 15 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Determ-MM-y-MME-Demoras-I-y-II.pdf>
 16. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Informe técnico de los eventos de Salud Sexual y Reproductiva. Antioquia. Medellín; 2015.
 17. Langer A, Horton R, Chalamilla G. A manifesto for maternal health post-2015. *Lancet* 2013; 381(9867):601-2. [Internet] [citado 13 julio 2016] Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/pr/2013/lancet_post-2015_manifesto.pdf?ua=1
 18. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Rev Colomb Enfermería*. 2010;6(6):128-42.
 19. Gobernación de Antioquia. Mapa de Antioquia. [Internet] [citado 28 de enero de 2015] Disponible en: <http://antioquia.gov.co/index.php/antioquia/mapa-de-antioquia>
 20. Departamento Administrativo Nacional del Estadísticas. Nacimientos por área y sexo, según departamento y municipio de residencia de la madre. 2016 [Internet] [citado 6 septiembre 2016]. Disponible en:

- <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>
21. Gobernación de Antioquia. Anuario Estadístico de Antioquia: Tasas de fecundidad según región y municipios de Antioquia [Internet]. Medellín; 2015 [citado 25 de abril de 2016] Disponible en: <http://antioquia.gov.co/planeacion/ANUARIO> 2014/es-CO/capitulos/poblacion/dinamica/cp-3-4-6.html
 22. La Agencia de la Organización de Naciones Unidas para los Refugiados. La región del Urabá antioqueño. 2004. [Internet] [citado 12 febrero 2016]; Disponible en: http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_675.pdf?view=1
 23. Instituto de Estudios Regionales. Dirección de Regionalización de la Universidad de Antioquia. Urabá desarrollo regional: una tarea común universidad-región. Medellín; 2003. [Internet] [citado 9 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/34dfa62d-4da9-4b26-8bb2-c578e90bb83f/caracterizacion-uraba.PDF?MOD=AJPERES>
 24. Departamento Administrativo Nacional del Estadísticas. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. 2009;7:115-28. [citado 24 julio 2015] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>
 25. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Diagnóstico de situación de salud del Departamento de Antioquia 2010-2014: contexto territorial y demográfico. Medellín; 2014. [Internet] [citado 28 enero e 2015]. Disponible en: <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/1-contexto-territorial-y-demografico/pagina-4-1-contexto-territorial-y-demografico/>
 26. Gómez JG, Vélez GA, Castaño LV, Hernández DA, González H, Camacho V. Culturalidad y salud en Urabá. Retos para la reducción de la mortalidad materna. Medellín: Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, editor. 2008;122 p. [Internet] [citado 29 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/9a530aaf-a7ef-429c-8b41-e0e3ab73ff6f/100-cultura-y-salud-en-uraba.pdf?MOD=AJPERES>
 27. Stones W, Lim W, Al-Azzawi F, Kelly M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening «near miss» episodes. Rev Trends Heal care law ethics.1991; 23(1):13-5. [Internet] [citado 13 noviembre 2014] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10113878>
 28. Pacheco AJC, Katz L, Souza ASR, de Amorim MMR. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14:91. [Internet] [citado 17 octubre 2014] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943583/>
 29. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - Morbilidad Materna Extrema. Bogotá; 2016 [Internet] [citado 2 junio 2016]

- Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO Morbilidad Materna Extrema.pdf>
30. Nelissen EJT, Mduma E, Ersdal HL, Evjen-Olsen B, van Roosmalen JJM, Stekelenburg J. Maternal near miss and mortality in a rural referral hospital in northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. enero de 2013;13(1):141. [Internet]. [citado 27 septiembre 2014] Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-141>
 31. Gebrehiwot Y, Tekleselassie B, Kifle S. 1125 Maternal Death and Near Miss Reviews: Examining the Determinants of Maternal Mortality and Morbidity. *Int J Gynecol Obstet*. octubre de 2012;119:S191 [Internet] [citado 24 d octubre 2014] Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0020-7292\(12\)60155-6/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0020-7292(12)60155-6/full)
 32. Shen F-R, Liu M, Zhang X, Yang W, Chen Y-G. Factors associated with maternal near-miss morbidity and mortality in Kowloon Hospital, Suzhou, China. *Rev Int j gynaecol Obs*. octubre de 2013;123(1):64-7. [Internet] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2013.06.011/abstract>
 33. Kalra P, Kachhwaha CP. Obstetric near miss morbidity and maternal mortality in a Tertiary Care Centre in Western Rajasthan. *Indian J Public Health*. 2014; 58(3):199-201. [Internet] [citado 15 octubre 2014] Disponible en: <http://www.ijph.in/article.asp?issn=0019-557X;year=2014;volume=58;issue=3;spage=199;epage=201;aualast=Kalra>
 34. Ministerio de Salud y de la Protección Social, Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna externa [Internet]. Bogotá. 2010. [Internet] [citado 28 noviembre 2015]. Disponible en: <http://colombia.unfpa.org/es/publicaciones/vigilancia-de-la-morbilidad-materna-extrema>
 35. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. agosto de 2014;30:S169-81. [Internet] [citado 10 noviembre 2014] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf>
 36. Gonzalez Ortiz LD, Gómez Arias RD, Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; ;35(1):15-22. [Internet] [citado 17 marzo 2016] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n1/03.pdf>
 37. Zuleta Tobón JJ. La morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. *Fed Colomb Obstet y Ginecol*. 180-1. [Internet] [citado 15 agosto 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n3/v58n3a01.pdf>
 38. Morales Osorno B, Martínez DM, Cifuentes Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. 2007;58(3):184-8.

- [citado 5 septiembre 2014] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342007000300003&lng=es&nrm=.pf&tlng=es
39. Ramos EC, Fernández JC, Bello AM. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006 - 2008 Maternal near miss in obstetric critical care. 2011;62(2):131-40. [Internet] [citado 6 septiembre 2016] Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/223>
 40. Abadía Barrero CE, Oviedo Manrique DG. Intersubjetividades estructuradas : la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales. Univerista Humanística. 2008;(66):57-82. [Internet] [citado 18 agosto 2016] Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/2101/1327>
 41. Miyasiro G. Reseña: The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition Por Arthur Kleinman. Cad Saude Publica. 1991;7:430-5. [Internet] [citado 10 junio 2017] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n3/v7n3a13.pdf>
 42. Caponi S. Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Rev Hist ciênc saúde-Manguinhos 1997;2:287-307. [Internet] [citado 25 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n2/v4n2a05>
 43. Altamirano LM. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Rev Salud Publica Mex. 2007;49:63-70. [Internet] [citado 30 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
 44. Almeida Filho N de. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica. 200;17(4):753-770-799. [Internet] [citado 11 abril 2016] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5274.pdf>
 45. Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. Cad Saude Publica. 2007;23(9):2178-86. [Internet]. [citado 13 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/18.pdf>
 46. Feito L. Vulnerability. Rev An Sist Sanit Navar. 2007;30 Suppl 3:7-22. [Internet] [citado 12 diciembre 2016] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original1.pdf>
 47. Nussbaum M. Creating capabilities. Libros E, editor. España; 2011.
 48. Nussbaum M, Sen A. Virtudes no relativas: un enfoque aristotélico. En: La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1988. p. 318-51.
 49. Nussbaum M. La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega. Madrid: Antonio Machado Libros; 2004.
 50. Mundial O. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

- Glob Health Promot. 2008 [Internet] [citado 23 agosto 2015];40. Disponible en: <http://www.who.int>
51. Morales Borrero C, Borde E, Eslava Castañeda JC, Sánchez, Concha SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. 2013;15(6):797-808. [Internet] [citado 10 junio 2015] Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/35624/46272>
 52. Acero M, Caro I, Henao L, Ruiz LF, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;103-10.
 53. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(1):13-27. [Internet] [citado 20 junio 2015] Disponible en: [http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Determinantes Sociales/Conferencias Centrales/La determinacion_Salud_Colectiva.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Determinantes%20Sociales/Conferencias%20Centrales/La%20determinacion_Salud_Colectiva.pdf)
 54. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll C a, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. Am J Obstet Gynecol. septiembre de 2004;191(3):939-44. [Internet] [citado 24 octubre 2014] Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(04\)00902-0/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(04)00902-0/pdf)
 55. Ángel Pérez DA. La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias. Rev Estud [Internet]. 2011;44(1998):9-37. [citado 28 noviembre 2016] Disponible en: https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/estudios_de_filosofia/article/view/12633/11391
 56. Wiesenfeld E. Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas. Forum Qual Soc Reserch [Internet]. 2000;1(2). [citado 15 mayo 2015] Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/1099/2420>
 57. Mardones JM, Ursua N. Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica. En: Fontamara, editor. Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica [Internet]. España; 1991. Disponible en: <http://josemramon.com.ar/wp-content/uploads/manual-MARDONES-Filosofia-de-Las-Ciencias-Humanas-y-Sociales-1.pdf>
 58. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Por los rincones Antología de métodos cualitativos en la investigación social. 2002. p. 113-45.
 59. Bolívar A, Domingo J. La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. Forum Qual Soc Res 2006;7(4). [Internet] [citado 9 mayo 2015] Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/161/357>
 60. Gaviria Londoño MB, Luna Carmona MT. Pluralidad humana en el destierro. Rev latinoam cienc soc niñez juv [Internet]. 2013;11(2):475-91. [citado 12

- diciembre 2015] Disponible en:
<http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/930>
61. Ricoeur P. La vida: un relato en busca de narrador. 2006;25:9-22. [citado 3 abril 2016] Disponible en:
<http://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/ricoeur-la-vida-un-relato-en-busca-de-narrador.pdf>
 62. Ricoeur P. Tiempo y narración: configuración del tiempo en el relato histórico. 2006. 9-22 p.
 63. Peñaranda F. Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes – determinación social de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(1):91-102. [Internet] [citado 16 octubre 2016] Disponible en:
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/16277>
 64. Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity – A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. Midwifery. 2014;30(2):158-69.
 65. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, De Sousa MH, Amaral E. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. Rev Reprod Heal matters. 2007;15(30):125-33. [Internet] [citado 14 agosto 2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938077>
 66. Vélez GA. Contar cada muerte, cada muerte cuenta... (Iniciativa Regional de Reducción de la Mortalidad Materna, OPS 2005). Fed Colomb Obstet y Ginecol. 2009;60:6-7 [Internet] [citado 13 noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a01.pdf>
 67. De Sousa Santos B. La universidad en el siglo xxi. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. Davila M y, editor. 2005. 1-102 p.
 68. Kong H, Introducción A. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 [citado 15 enero 2016]; Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
 69. República de Colombia Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993 p. 1-19. [Internet]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RE-SOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

11. Anexos

Anexo 1. Criterios de inclusión de MME

<i>Criterios de inclusión</i>	
<i>Relacionada con enfermedad específica</i>	Pre-eclampsia severa
	Eclampsia
	Sepsis o infección sistémica severa
	Hemorragia obstétrica severa
	Ruptura uterina
	Aborto séptico / hemorrágico
	Enfermedad molar
	Embarazo ectópico roto
	Enfermedad autoinmune
	Enfermedad hematológica
	Enfermedad oncológica
	Enfermedad endocrino / metabólicas
	Renal
	Enfermedad gastrointestinal
	Eventos tromboembolicos
Enfermedad cardiocerebro vascular	
Otras	
<i>Relacionada con disfunción orgánica</i>	Cardíaca
	Vascular
	Renal
	Hepática
	Metabólica
	Cerebral
	Respiratoria
Coagulación	
<i>Relacionada con manejo</i>	Necesidad de Transfusión
	Necesidad de UCI
	Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia
<i>Lesiones de causa externa</i>	Accidente
	Intoxicación accidental

	Intento suicida
	Víctima de violencia física
<i>Otros eventos de interés en salud pública</i>	

Anexo 2. Consideraciones éticas de la investigación

- Se garantizará el respeto de los derechos, la dignidad, la seguridad y el bienestar de las mujeres y cuidadores.
- Se propende por la “Justicia social” en salud pública, a partir de la promoción de “justicia cognitiva”, como propone Boaventura de Sousa Santos, por una “ecología de saberes que promueva diálogos entre el saber científico y humanístico y los saberes legos, populares, tradicionales, urbanos, campesinos, provincianos, de culturas no occidentales que circulan en la sociedad” (67).
- Se busca generar un conocimiento que sea útil y pertinente para la comunidad académica, científica y para la sociedad en general.
- La información solo será utilizada con fines académicos e investigativos, garantizando confidencialidad.
- Se adoptarán los estándares de calidad científica y ética establecidos en las normas y guías internacionales y nacionales. Esta investigación, se acoge a la propuesta de principios éticos para investigación en seres humanos establecida en la Declaración de Helsinki (68).
- Se propende por el manejo ético de la información en el proceso de investigación, la cual solo será utilizada con fines académicos e investigativos, garantizando siempre la confidencialidad de la misma.
- Se garantizará el cumplimiento del artículo 15 de la Constitución Política Colombiana, el cual expresa el derecho de todas las personas a su intimidad personal, familiar y buen nombre.
- En todos los casos se mantendrá en reserva la identidad de las personas participantes.
- El informe final del proyecto reposará en la Biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, convirtiéndose en documento de consulta para los interesados en el tema.
- En el caso de la normatividad colombiana, se consideraron las pautas establecidas en la Resolución Número 8430 de 1993 (69), por la cual, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud emitidas por el Ministerio de Salud. De acuerdo con la clasificación propuesta en el artículo 11 de la Resolución, este estudio se consideró como una investigación con riesgo mínimo para las participantes, esto en tanto que, aunque no realizará ningún tipo de intervención clínica sobre ellas, si se abordaran aspectos sensitivos que podrían tener afectaciones psicológicas.
- Se cuidará de no vulnerar, o revictimizar a las mujeres durante las entrevistas, procurando no forzar temas sensibles para las mujeres. De igual forma, se tendrá un tiempo prudencial, de mínimo un mes entre el tiempo de ocurrencia de la MME y la entrevista.

- Como documento anexo a este proyecto, se presenta el formato elaborado para obtener el consentimiento informado de participación de las mujeres y sus cuidadores. En este se explicita el propósito y objetivos del estudio, las condiciones de participación, los riesgos y beneficios para el narrador. También, se expresa la garantía de su participación voluntaria, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, el compromiso de mantener reserva de la información, su anonimato y la devolución de resultados. Este consentimiento podría ser revisado durante la ejecución de la investigación, en el caso de que condiciones de inestabilidad en el orden público del país fuera necesario hacer ajustes. De igual forma, este consentimiento será explicado a la mujer y los cuidadores en un lenguaje claro y simple para su mejor comprensión antes de ser firmado.
- Se tendrá la participación de las instituciones de las cuales se logré obtener el aval.
- Acudiendo al principio de reciprocidad con los narradores, se reconocerá los costos del transporte para facilitar su participación, puesto que es muy probable que los encuentros para las entrevistas se realicen por fuera de sus lugares de residencia.
- La investigadora contó con el acompañamiento de un profesional en psicología para realizar las entrevistas a las mujeres, esto como alternativa que ante la eventualidad de que la mujer requiera alguna asistencia psicológica, sea este profesional quien realice el manejo durante la sesión de entrevista. Al profesional, se le brindará un acuerdo de confidencialidad que garantice los términos de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información y de las entrevistas; en ningún caso dispondrá de información de las entrevistas durante o posterior a la investigación. Este proceso será explicado a la mujer, recalando en que es un requerimiento para poder realizar la entrevista, y que si no está de acuerdo puede no realizar la entrevista o pararla en cualquier momento. Para las demás necesidades de asistencia (social, sanitaria, alimentaria, entre otros) que se requieran, la investigadora se compromete a realizar el contacto directo con las personas que autorizaron la investigación en cada una de las instituciones para consultar por la posibilidad de atención; de igual forma, por la experiencia laboral de la investigadora y por residir durante muchos años en la zona, cuenta con la posibilidad de contactar y solicitar apoyo a diferentes entidades como: Direcciones Locales de Salud; Comisarias de familia, Juzgados, Técnicos Ambientales de Salud, Organizaciones de apoyo Social (Red Juntos, ICBF). Es compromiso de la investigadora y de la investigación garantizar la atención de la mujer, en el caso que lo requiera.
- Para garantizar confidencialidad de la información y el anonimato de las fuentes, se cambiarán los nombres de los narradores, acordaré con ellos el uso de un pseudónimo, en las transcripciones omitiré nombres y detalles de lugares y fechas que puedan revelar la identidad y garantizaré el almacenamiento seguro de las grabaciones. Para brindar seguridad

personal y confianza a los narradores se concertará un lugar seguro y cómodo para los encuentros y entrevistas. Durante las sesiones de entrevistas conversacionales, se propenderá porque las condiciones de recolección de la información no sean intrusivas, teniendo en primer lugar el respeto, el reconocimiento de las diferencias y la seguridad y confianza de los participantes. Se brindará información sobre el proyecto, de manera veraz, simple y coherente a los participantes.

- Se socializarán los resultados de esta investigación con las instituciones, personas participantes y otras instancias de los municipios y la región, con el fin de identificar hallazgos que puedan aportar a la formulación de acciones tendientes a mejorar los servicios de salud, específicamente los maternos. Para esta socialización, se contará con el acompañamiento de la Directora de Trabajo de Grado.
- Estos resultados se socializaran en eventos académicos, artículos y otro tipo de espacios de difusión académica.
- Pretendiendo protegerme como investigadora consideraré las condiciones necesarias para salvaguardar mi integridad física y emocional durante el proyecto. Los riesgos físicos serían sorteados garantizando el consentimiento de los narradores, brindándoles una información veraz y coherente sobre el proyecto.

Anexo 3. Carta de invitación a las IPS de Urabá

Medellín, XX de marzo de 2016

Doctor

Gerente

Municipio de

Asunto: Presentación investigación y aprobación de solicitud de participación.

Cordial saludo,

Como estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, me encuentro desarrollando una investigación como parte del proceso académico, en el tema de Salud Materna, específicamente en las mujeres que sufren una complicación de Morbilidad Materna Extrema –MME- en la Subregión de Urabá, con el título *“Experiencias Subjetiva de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes y Cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016”*.

Para ejecución de esta investigación se cuenta con el respaldo y el acompañamiento institucional del Comité de Programa de Maestría en Salud Pública y de mi asesora profesora Martha Gaviria investigadora de la Facultad Nacional de Salud Pública.

Esta investigación se plantea explorar la experiencia de las mujeres en su mundo, a través de narrativas o historias valorativas, entendiendo que cada mujer es única, en su personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, estilo de vida y la visión que tiene del mundo que le rodea. De igual forma, interesa conocer la experiencia de los cuidadores, para lo cual, se invitará a una persona del área asistencial salud (médico, enfermera) que labore en el área de Ginecobstetricia, maternidad o partos de su institución y que haya participado en la atención de al menos un caso de MME. Dicho en otras palabras, para la investigación, es importante estudiar cómo fue la experiencia de las mujeres que presentaron una MME y de sus cuidadores en la subregión de Urabá.

Dado lo anterior, queremos solicitar la autorización de su institución, para que las personas que laboran en el proceso Vigilancia Epidemiológica nos ayuden a realizar el contacto de las mujeres sobrevivientes a la MME para invitarlas a participar en el estudio, así como la participación de un cuidador anteriormente descrito. Esto debido, a que las personas de vigilancia epidemiológica están de forma permanente en la institución y apoyan el proceso de notificación obligatoria de los casos de MME al sistema de vigilancia (Sivigila), lo cual facilita la identificación y contacto de las mujeres.

Cabe aclarar, que no es objeto de la investigación la revisión de historias clínicas, fuentes de información de vigilancia epidemiológica ni de ningún otro registro institucional. De igual forma, las entrevistas se realizarán por fuera de la institución y se tendrán en cuenta todas las consideraciones éticas en cuanto al estudio en personas, garantizando la confidencialidad de nombres de personas e instituciones y se formalizan a través de la firma del consentimiento informado construido para esta investigación.

El desarrollo de esta investigación es importante, en tanto que, en el evento de las complicaciones, diversos factores influyen como la cultura, la etnia, la sociedad en que viven las mujeres, y todo esto condicionará la manera como la mujer concibe la sobrevivencia a la complicación. Entender la MME desde la perspectiva de las mujeres contribuirá a encontrar otros factores más psicosociales para complementar las investigaciones actuales sobre el tema en la subregión de Urabá. Así como poder tomar de estas experiencias, aprendizajes que apoyen la planeación de los servicios de salud de la institución y la región.

Se propone trabajar con las instituciones de referencia de los municipios de: Arboletes, Apartadó, Chigorodó, Mutatá, Necoclí y Turbo pertenecientes a la Subregión del Urabá Antioqueño. Consideramos importante, señalar que como se trata de una investigación de carácter cualitativo, en el cual las actividades a desarrollar en el trabajo de campo, responden a un diseño emergente y flexible, en las que es muy importante considerar las situaciones de contexto en el desarrollo de la investigación.

Por lo anterior, mi compromiso como investigadora, está en socializar con las instituciones, personas participantes y otras instancias del municipio y la región los resultados de esta investigación, con el fin de apoyar el planteamiento anterior.

Para cualquier duda o ampliación de la información de la investigación, se detallan en las firmas los datos de contacto:

De antemano, agradecemos su atención y colaboración.

Cordialmente,

Belibeth Valencia Flórez
Investigadora principal
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud
Estudiante de tercer semestre de la Maestría en Salud Pública
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Teléfono oficina: 2915409
Celular: 316 291 84 53
Correo: belibeth.valencia@udea.edu.co

Con visto bueno de:

Martha Beatriz Gaviria Londoño
Directora de Trabajo de investigación (asesora)

Médica, Magister en Epidemiología - Doctora en Ciencias Sociales
Teléfono oficina: 2196433
Celular: 3102190552
Correo: martha.gaviria@udea.edu.co

Román Restrepo Villa
Coordinador de la Maestría en Salud Pública – FNSP
Odontólogo, Magister en Salud Pública – Candidato a Doctor en Salud Comunitaria
Teléfono oficina: 2196848
Celular: 3007187299
Correo: roman.restrepo@udea.edu.co

Anexo 4. Consentimiento informado para la mujer

Consentimiento informado del proyecto de investigación: “*Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016*”

Investigadora Principal:

Belibeth Valencia Flórez – Estudiante Maestría en Salud Pública

Dirección: Calle 50 # 36-95

Teléfono: 2281971

Celular: 3014568016

Correo: belibeth.valencia@udea.edu.co

Directora de Trabajo de Grado (asesora):

Martha Beatriz Gaviria Londoño

Directora de Trabajo de investigación (asesora)

Médica, Magister en Epidemiología - Doctora en Ciencias Sociales

Teléfono oficina: 2196433

Celular: 3102190552

Correo: martha.gaviria@udea.edu.co

Esta investigación, es parte del proceso académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia. Será llevada a cabo en la Subregión de Urabá, Antioquia durante el año 2016.

Declaro que la investigadora responsable de este proyecto, Belibeth Valencia Flórez, me invitó a participar en este estudio, con el cual se busca acercarse a la comprensión de:

Para decidir mi participación en este estudio, recibí la siguiente información con relación al proyecto:

- En esta entrevista contaré lo relacionado con el hecho de sobrevivir a mi enfermedad, para lo cual, contaré mi historia y hablaré de cosas que haya vivido antes, durante y después de la enfermedad.
- Participaré en entrevistas personales conducidas por la investigadora en forma de conversación, por lo cual responderé a las preguntas que la investigadora me realice. Al iniciar la entrevista, decidiré si quiero que la investigadora grabe lo que yo contaré. Si decido que no se grabará la sesión, tendré como alternativa otros medios como dibujar o escribir para contar mi historia y la investigadora podrá tomar notas en su diario de campo para poder recordar mi historia.
- Para narrar mi vida, necesitaré participar en una entrevista, de aproximadamente 1 a 2 horas de duración. Buscando comodidad, confianza y seguridad, acordaremos previamente el sitio, la fecha y la hora de cada una de ellas. Se garantizará que sea por fuera de una institución de salud.

- A pesar de se requiere que mis narraciones sean amplias y profundas, la investigadora tendrá especial cuidado en no forzar, ni violentar mi narración; de manera que si emocionalmente me llegara en algún momento a sentir incapaz de continuar, tendré la libertad de parar la conversación y dejarla para después hasta que me sienta mejor y esté dispuesta continuarla. También tendré derecho a conocer el borrador de la información recolectada, para poder revisarla y corregirla antes de que sea publicada.
- Toda la información recolectada acerca mi historia de vida con la enfermedad, es confidencial, y la investigadora garantiza que mi verdadero nombre no será divulgado, puesto que identificará mis narraciones con un nombre ficticio (el cual podré elegir). Con este mismo fin, omitirá o cambiará los nombres, lugares y fechas que yo mencione en mis narraciones que puedan revelar mi identidad y garantizará el almacenamiento seguro de las grabaciones.
- Para realizar la entrevista contaré con el acompañamiento de la investigadora. De igual forma, contaré con el acompañamiento de un profesional en Psicología quien me apoyará y conversará conmigo en el caso de que durante la entrevista no me sienta bien con los hechos que estoy recordando o hablando y me generen temor, miedo, llanto o frustración. El profesional de apoyo, firmó previo a la entrevista un documento donde se compromete a no revelar la información que yo narré durante la entrevista y su participación quedará limitada durante la entrevista, salvo que se requiera la asistencia mencionada anteriormente. De igual forma, la investigadora me orientará y garantizará el contacto con instituciones que me puedan apoyar en caso de se necesite alguna otra asistencia (social, sanitaria, alimentaria, entre otros)
- Mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, y no me genera ninguna obligación de mi parte con la investigadora, ni con los programas o instituciones que ella pueda representar.
- Tengo el derecho a decidir retirarme del estudio y revocar dicho consentimiento en cualquier momento (Esto incluye si no me siento cómoda con la participación del profesional de psicología, tengo el derecho a decidir no hacer la entrevista o retirarme en cualquier momento). Pero me comprometo a informar oportunamente a la investigadora en el caso de tomar esta decisión.
- La investigadora garantizará que al momento de entrevistarme, esta investigación contará con la aprobación del Comité de Ética de la universidad que avala que la investigación no propende por ningún daño y cuenta con los requisitos necesarios para realizarse. También la investigadora garantizará que me brindará los medios necesarios para verificar esta información en el momento que yo requiera.
- La investigadora tendrá en cuenta, un tiempo prudente entre el tiempo transcurrido entre el momento de mi enfermedad y la entrevista, a fin de que yo me sienta preparada física y emocionalmente para atender la entrevista. En todo caso, si no me sintiere bien en el momento de la entrevista, tendré derecho a no iniciar o parar la entrevista en cualquier momento.

- El resultado de las entrevistas a que dé lugar este proceso que indaga sobre mis vivencias, no compromete a la investigadora ni a las instituciones que ella pueda representar, en procesos de tipo terapéutico.
- Por mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio de tipo material o económico, ni adquiero ninguna relación contractual. Sin embargo, para facilitar mi participación, la investigadora se compromete a asumir los costos del transporte que pueda requerir, en tanto el sitio acordado de encuentro pueda ser fuera de mi lugar de residencia.
- La investigadora me devolverá la transcripción de la entrevista para que yo pueda revisar y aprobar o modificar el contenido escrito.
- Los resultados de esta investigación se socializaran con las instituciones, personas participantes y otras instancias de los municipios y la región, con el fin de identificar hallazgos que puedan aportar a la formulación de acciones tendientes a mejorar los servicios de salud, específicamente los maternos. Para esta socialización, se contará con el acompañamiento de la Directora de Trabajo de Grado.
- La investigadora se compromete a divulgar y reflexionar los resultados obtenidos especialmente entre la comunidad académica (mediante publicaciones científicas o institucionales y eventos académicos); pero también los dará a conocer entre las instituciones del Estado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales que involucradas en la atención de los servicios de salud y otras instancias.
- Por último, doy fe, de que para obtener el presente Consentimiento Informado, se me explicó en lenguaje claro y sencillo lo relacionado con este estudio. Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance del estudio, mis derechos y responsabilidades al participar en él. Personalmente y sin presión alguna, se me ha permitido realizar todas las observaciones y se me han aclarado las dudas e inquietudes que he planteado. Además recibí copia de este documento.

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación:

Margarita María Montoya Montoya
 Presidente del Comité de Ética de la Investigación - Oficina 237
 Facultad Nacional de Salud Pública
 Universidad de Antioquia
 Teléfono: 2196878 – 2196830
 Correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Aceptación de la participación:

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Firmo para dar constancia de lo expuesto: (En el caso de no poder firmar, se registrará la huella digital)

Participante:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Fecha: _____

Firma de testigos

Testigo 1:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Fecha: _____

Testigo 2:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Fecha: _____

Anexo 5. Consentimiento informado para él o la cuidador (a)

Consentimiento informado del proyecto de investigación: “Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016”

Investigadora Principal:

Belibeth Valencia Flórez – Estudiante Maestría en Salud Pública
Dirección: Calle 50 # 36-95
Teléfono: 2281971
Celular: 3014568016
Correo: belibeth.valencia@udea.edu.co

Directora de Trabajo de Grado (asesora):

Martha Beatriz Gaviria Londoño
Directora de Trabajo de investigación (asesora)
Médica, Magister en Epidemiología - Doctora en Ciencias Sociales
Teléfono oficina: 2196433
Celular: 3102190552
Correo: martha.gaviria@udea.edu.co

Esta investigación, es parte del proceso académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia. Será llevada a cabo en la Subregión de Urabá, Antioquia durante el año 2016.

Declaro que la investigadora responsable de este proyecto, Belibeth Valencia Flórez, me invitó a participar en este estudio, con el cual se busca acercarse a la comprensión de:

Para decidir mi participación en este estudio, recibí la siguiente información con relación al proyecto:

- En esta entrevista contaré lo relacionado con el hecho de participar en la atención de un evento de MME, para lo cual, contaré mi historia y hablaré de cosas que haya vivido antes, durante y después de la atención.
- Participaré en entrevistas personales conducidas por la investigadora en forma de conversación, por lo cual responderé a las preguntas que la investigadora me realice. Al iniciar la entrevista, decidiré si quiero que la investigadora grabe lo que yo contaré. Si decido que no se grabará la sesión, tendré como alternativa otros medios como dibujar o escribir para contar mi historia y la investigadora podrá tomar notas en su diario de campo para poder recordar mi historia.
- Para narrar mi vida, necesitaré participar en una entrevista, de aproximadamente 1 a 2 horas de duración. Buscando comodidad, confianza y seguridad, acordaremos previamente el sitio, la fecha y la hora de cada una de ellas. Se garantizará que sea por fuera de una institución de salud.

- A pesar de se requiere que mis narraciones sean amplias y profundas, la investigadora tendrá especial cuidado en no forzar, ni violentar mi narración; de manera que si emocionalmente me llegara en algún momento a sentir incapaz de continuar, tendré la libertad de parar la conversación y dejarla para después hasta que me sienta mejor y esté dispuesta continuarla. También tendré derecho a conocer el borrador de la información recolectada, para poder revisarla y corregirla antes de que sea publicada.
- Toda la información recolectada acerca mi historia de vida con la atención de la MME es confidencial, y la investigadora garantiza que mi verdadero nombre no será divulgado, puesto que identificará mis narraciones con un nombre ficticio (el cual podré elegir). Con este mismo fin, omitirá o cambiará los nombres, lugares y fechas que yo mencione en mis narraciones que puedan revelar mi identidad y garantizará el almacenamiento seguro de las grabaciones.
- Mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, y no me genera ninguna obligación de mi parte con la investigadora, ni con los programas o instituciones que ella pueda representar.
- Tengo el derecho a decidir retirarme del estudio y revocar dicho consentimiento en cualquier momento. Pero me comprometo a informar oportunamente a la investigadora en el caso de tomar esta decisión.
- La investigadora garantizará que al momento de entrevistarme, esta investigación contará con la aprobación del Comité de Ética de la universidad que avala que la investigación no propende por ningún daño y cuenta con los requisitos necesarios para realizarse. También la investigadora garantizará que me brindará los medios necesarios para verificar esta información en el momento que yo requiera.
- La investigadora tendrá en cuenta, un tiempo prudente entre el tiempo transcurrido entre el momento de la atención de la MME y la entrevista, a fin de que yo me sienta preparado (a) física y emocionalmente para atender la entrevista. En todo caso, si no me sintiere bien en el momento de la entrevista, tendré derecho a no iniciar o parar la entrevista en cualquier momento.
- El resultado de las entrevistas a que dé lugar este proceso que indaga sobre mis vivencias, no compromete a la investigadora ni a las instituciones que ella pueda representar, en procesos de tipo terapéutico.
- Por mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio de tipo material o económico, ni adquiero ninguna relación contractual. Sin embargo, para facilitar mi participación, la investigadora se compromete a asumir los costos del transporte que pueda requerir, en tanto el sitio acordado de encuentro sea apartado. Y en el caso de que durante el estudio me surja la necesidad de alguna asistencia (social, sanitaria, psicológica, alimentaria, etc.), podré recibir por parte de la investigadora la orientación de dichas solicitudes a las entidades responsables de atenderlas.

- La investigadora me devolverá la transcripción de la entrevista para que pueda revisar y aprobar o modificar el contenido escrito.
- La investigadora se compromete a socializar los resultados de esta investigación con las instituciones, personas participantes y otras instancias de los municipios y la región, con el fin de identificar hallazgos que puedan aportar a la formulación de acciones tendientes a mejorar los servicios de salud, específicamente los maternos. Para esta socialización, se contará con el acompañamiento de la Directora de Trabajo de Grado.
- La investigadora se compromete a divulgar y reflexionar los resultados obtenidos especialmente entre la comunidad académica (mediante publicaciones científicas o institucionales y eventos académicos); pero también los dará a conocer entre las instituciones del Estado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales que involucradas en la atención de los servicios de salud y otras instancias.
- Por último, doy fe, de que para obtener el presente Consentimiento Informado, se me explicó en lenguaje claro y sencillo lo relacionado con este estudio. Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance del estudio, mis derechos y responsabilidades al participar en él. Personalmente y sin presión alguna, se me ha permitido realizar todas las observaciones y se me han aclarado las dudas e inquietudes que he planteado. Además recibí copia de este documento.

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación:

Margarita María Montoya Montoya
 Presidente del Comité de Ética de la Investigación - Oficina 237
 Facultad Nacional de Salud Pública
 Universidad de Antioquia
 Teléfono: 2196878 – 2196830
 Correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Aceptación de la participación:

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Firmo para dar constancia de lo expuesto: (En el caso de no poder firmar, se registrará la huella digital)

Participante:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Fecha: _____

Firma de testigos

Testigo 1:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Fecha: _____

Testigo 2:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Fecha: _____

Anexo 6. Carta al Comité de Ética para la solicitud ajuste en los criterios de selección del trabajo de investigación

Medellín, 21 de julio de 2016

Profesora
Margarita Montoya Montoya
Presidenta
Comité de Ética
Facultad Nacional de Salud Pública –FNSP -
Universidad de Antioquia

Asunto: Solicitud de aprobación de ajuste en los criterios de selección de los participantes trabajo de investigación.

Cordial saludo,

El pasado 05 de mayo del presente año, recibí por parte del Comité de Ética de la Investigación de la FNSP, la aprobación según el acta 141 del 29 de abril de 2016, del proyecto de investigación con el título “*Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes y Cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016*”, como parte del proceso académico de la Maestría en Salud Pública, en el cual tengo como directora de trabajo a la profesora Martha B. Gaviria Londoño.

Atendiendo a la carta donde se relacionan mis responsabilidades como investigadora, en la cual se menciona en el ítem 4, lo siguiente: “Dar cumplimiento al protocolo de investigación tal como fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI). En caso de requerir cambios solicitar su aprobación al Comité (solicitud de enmienda al protocolo)”, expongo ante ustedes un ajuste y las razones por las cuales quiero realizar dicho ajuste a mi trabajo de investigación.

En la sección de la estrategia metodológica del trabajo de investigación se tienen los siguientes aspectos frente a la selección de los participantes: “*Se realizará una investigación narrativa autobiográfica, buscando reconstruir la experiencia, mediante un proceso reflexivo, en la cual, las mujeres y los cuidadores le dan significado a lo sucedido o vivido. Se espera contar con la participación de 6 a 8 narradoras de los diferentes municipios. Todas las mujeres participantes serán mayores de edad. Se procurará que participen mujeres del área urbana y rural, y mínimamente una mujer joven (de 18 a 25 años) y una mujer mayor (de 40 a 54 años). Si es posible, se incluirán mujeres con diferencias en cuanto al número de hijos y estado civil...*”

Sin embargo, tal y como lo señalo en el trabajo, se trata de una investigación de carácter cualitativo, en el cual las actividades a desarrollar en el trabajo de campo, responden a un diseño emergente y flexible, en las que es muy importante considerar las situaciones de contexto en el desarrollo de la investigación.

Dado lo anterior, y de acuerdo al trabajo de campo realizado a la fecha y las dinámicas propias de la región encontrada frente al evento de Morbilidad Materna Extrema para Urabá, solicitó a ustedes poder realizar la inclusión en la investigación de mujeres mayores a 16 años que hayan sufrido Morbilidad Materna Extrema en la gestación, parto y postparto. Este cambio se aduce a que en primera instancia, el embarazo en adolescentes es una realidad propia, común y evidente en la dinámica de la región de Urabá. Como segundo, el interés de esta investigación es conocer las experiencias de las mujeres que sobreviven respecto al impacto psicológico, social y emocional que deja el sobrevivir a una complicación. Interesa saber, cuáles son las posibilidades que tienen para ser, actuar y decidir en el mundo en el que viven las mujeres que sobreviven a una MME, dicho en otras palabras, cuáles capacidades despliega la mujer ante dicha situación, por lo cual quiero conocer la experiencia de las jóvenes entre los 16 y 18 en contraste con una mujer mayor, para analizar implicaciones de orden político, moral y social, en el marco de las posibilidades y capacidades.

Seguido, bajo el concepto de capacidades, el cual se presenta el tema de vulnerabilidad como análisis alternativo de la MME, se reconocen las capacidades humanas como condición clave del desarrollo, por lo cual esta investigación apunta a develar exigencias morales frente a la garantía de oportunidades que desarrollen las capacidades y hace un reclamo a la garantía de justicia y derechos humanos de los individuos y comunidades, dentro de las cuales quiero visibilizar la voz de las jóvenes de los 16 a los 18 quienes también son sujetos de derecho. Es así, como para la investigación, el papel que juega el estado es imperioso, pues le asigna la tarea concreta de mejorar la calidad de vida para todas las personas. El poder obtener el relato de una mujer de 16 a 18 años, permite evidenciar fallas u omisiones de capacidades argumentadas ante la presencia de discriminación o marginación.

Por último, históricamente Urabá ha sido una de las subregiones con una razón de mortalidad materna más alta incluso duplicando la razón del departamento, así mismo, sumado a la subregión de Bajo Cauca, Valle de Aburrá y Oriente aportan el 88.3% de los casos de MME para Antioquia, de estos el 15% de los casos de Urabá son de menores de 18 años.

Cabe resaltar, que soy consciente de que el ajuste implica la inclusión de asentimiento informado para la menor y consentimiento informado para el padre o madre. Así mismo, se conservan las consideraciones éticas de la investigación, resaltando los siguientes:

- *Se garantizará el respeto de los derechos, la dignidad, la seguridad y el bienestar de las mujeres y cuidadores.*
- *Se cuidará de no vulnerar, o revictimizar a las mujeres durante las entrevistas, procurando no forzar temas sensibles para las mujeres. De igual forma, se tendrá un tiempo prudencial, de mínimo un mes entre el tiempo de ocurrencia de la MME y la entrevista.*
- *Se presentará el consentimiento informado al padre/madre de la menor y el asentimiento informado para la menor. En este se explicita el propósito y objetivos del estudio, las condiciones de participación, los riesgos y beneficios para el narrador. También, se expresa la garantía de su participación voluntaria, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, el compromiso de mantener reserva de la información, su anonimato y la devolución de resultados.*

Así mismo también, se resalta el acompañamiento de un profesional en psicología, de acuerdo a lo sugerido por el Comité antes de la aprobación del proyecto, para realizar las entrevistas a las mujeres, esto como alternativa que ante la eventualidad de que la mujer

requiera alguna asistencia psicológica, sea este profesional quien realice el manejo durante la sesión de entrevista. Además, el profesional cuenta con experiencia laboral en diferentes instituciones en las cuales dentro de la población atendida ha trabajado el abordaje de menores de edad orientando diferentes temáticas de salud mental.

Como documentos de soporte, adicional al trabajo de investigación entrego:

- Consentimiento y asentimiento informado

Muchas gracias por su atención,

Belibeth Valencia Flórez
Estudiante de la Maestría en Salud Pública - Cohorte 34
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Solicitud avalada por Martha B. Gaviria – Directora de Trabajo de Grado.

Anexo 7. Respuesta del Comité de Ética - aprobación ajuste en los criterios de inclusión



Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Comité de Ética de la Investigación –CEI–

Medellín, 08 de agosto de 2016

Estudiante
BELIBETH VALENCIA FLÓREZ
Maestría en Salud Pública
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Respuesta Comité de Ética de la Investigación

Cordial saludo,

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública según el acta 147 del 29 de julio de 2016, revisó su solicitud de ajuste en los criterios de selección de los participantes del proyecto de investigación *Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016.*

El Comité considera pertinentes los argumentos para la inclusión en la investigación de mujeres mayores a 16 años que hayan sufrido Morbilidad Materna Extrema en la gestación, parto y postparto. Usted podrá utilizar para la recolección de la información en madres menores de edad, el formato actual del consentimiento informado aplicado a las madres mayores de 18 años, de acuerdo con la temática abordada en el estudio, prima el principio de autonomía sobre estas mujeres para autorizar su participación, por lo cual no es necesario manejar el formato asentimiento informado.

Estaremos atentos a resolver cualquier duda o solicitud.

Cordialmente,


MARGARITA MONTOYA MONTOYA
Presidente

 08-08-16
ESPERANZA ECHEVERRY LÓPEZ
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI

Anexo 8. Acuerdo de confidencialidad para el profesional de psicología

Acuerdo de confidencialidad del proyecto de investigación: “Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016”

Investigadora Principal:

Belibeth Valencia Flórez – Estudiante Maestría en Salud Pública
Dirección: Calle 50 # 36-95
Teléfono: 2281971
Celular: 3014568016
Correo: belibeth.valencia@udea.edu.co

Directora de Trabajo de Grado (asesora):

Martha Beatriz Gaviria Londoño
Directora de Trabajo de investigación (asesora)
Médica, Magister en Epidemiología - Doctora en Ciencias Sociales
Teléfono oficina: 2196433
Celular: 3102190552
Correo: martha.gaviria@udea.edu.co

Esta investigación, es parte del proceso académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia. Será llevada a cabo en la Subregión de Urabá, Antioquia durante el año 2016.

Declaro que la investigadora responsable de este proyecto, Belibeth Valencia Flórez, me contrato para participar en este estudio, con el fin de brindar orientación psicológica a las mujeres en el caso de que se requiera durante la entrevista, constato que:

- La información que brindarán las mujeres durante la entrevista es confidencial y de carácter investigativo, por lo tanto, me comprometo a no difundir, divulgar, ni facilitar a otras personas o instituciones no autorizadas datos brindados por las mujeres durante la entrevista sobre personas, lugares, instituciones, así como la información personal sobre la vida misma de las mujeres.
- Las entrevistas que se transcriban posteriormente, serán documentos exclusivos de la investigación con carácter confidencial, por lo tanto no podré tener acceso a ellos para fines personales o consultarlos para otra investigación.
- Tuve una sesión con la investigadora donde se me explicaron los objetivos, la justificación y metodología de la investigación, a fin de tener elementos para orientar de la mejor manera, las posibles crisis que se presenten. En caso de tener duda o requerir ampliar algún tema en particular, me comprometo a contactar nuevamente a la investigadora quien otorgará nuevamente dicha sesión.
- Comprendo que la entrevista se basa en la metodología de “Investigación Narrativa Autobiográfica”, por lo tanto, será la mujer quien cuente su historia en la entrevista y que esta, solo podrá ser guiada por la investigadora principal. Mi participación, será específicamente ante la eventualidad de una crisis por parte de

la mujer. En ningún caso diferente podré interrumpir, participar o aportar a la entrevista.

- En caso de no poder manejar la crisis, o requerir una atención especializada, le comunicaré a la investigadora para que ella inicie con el trámite y gestión con otra institución para garantizar la atención de la mujer.
- En todo caso, mantendré la reserva de la identidad de las personas participantes.
- En ningún caso, podré contactar nuevamente a las mujeres para ampliar o aclarar información sobre la investigación, salvo en aquellas situaciones en que se pacte una nueva sesión entre la mujer y la investigadora, y será esta última quien me invitará a participar nuevamente en la entrevista.
- En las orientaciones psicológicas que se presenten, garantizaré el respeto de los derechos, la dignidad, la seguridad y el bienestar de las mujeres.
- Cuidaré de no vulnerar, o revictimizar a las mujeres durante las entrevistas, procurando no forzar temas sensibles para las mujeres.
- La investigadora se compromete a compartirme los resultados de esta investigación, como contribución a mi participación en esta investigación.

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación:

Margarita María Montoya Montoya
Presidente del Comité de Ética de la Investigación - Oficina 237
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Teléfono: 2196878 – 2196830
Correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Firmo para dar constancia de lo expuesto:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Profesión: _____

Fecha: _____

Anexo 9. Acuerdo de confidencialidad para el apoyo de transcripción de las entrevistas

Acuerdo de confidencialidad del proyecto de investigación: “Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016”

Investigadora Principal:

Belibeth Valencia Flórez – Estudiante Maestría en Salud Pública
Dirección: Calle 50 # 36-95
Teléfono: 2281971
Celular: 3014568016
Correo: belibeth.valencia@udea.edu.co

Directora de Trabajo de Grado (asesora):

Martha Beatriz Gaviria Londoño
Directora de Trabajo de investigación (asesora)
Médica, Magister en Epidemiología - Doctora en Ciencias Sociales
Teléfono oficina: 2196433
Celular: 3102190552
Correo: martha.gaviria@udea.edu.co

Esta investigación, es parte del proceso académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia. Será llevada a cabo en la Subregión de Urabá, Antioquia durante el año 2016.

Declaro que la investigadora responsable de este proyecto, Belibeth Valencia Flórez, me contrato para la transcripción de las entrevistas, para lo cual constato que:

- La información que recibiré para transcribir las entrevistas es confidencial y de carácter investigativo, por lo tanto me comprometo a no difundir, copiar, divulgar, ni facilitar a otras personas o instituciones no autorizadas datos registrados (sobre personas, lugares, instituciones, así como la información personal sobre la vida de las mujeres), en las grabaciones realizadas a las mujeres.
- Las entrevistas que se transcriban posteriormente, serán documentos exclusivos de la investigación con carácter confidencial, por lo tanto no podré tener acceso a ellos para fines personales o consultarlos para otra investigación.
- Cuidaré de dejar copias de las grabaciones en computadores y/o correos electrónicos no autorizados por la investigadora.
- La investigadora supervisará la fidelidad de la transcripción y en caso de requerirse me pedirá realizar ajustes a la transcripción con el fin de cumplir con lo establecido en la investigación
- Procuraré transcribir de forma textual para cada entrevista registrando la totalidad del contenido, así como también el tono emotivo de la conversación (pausas, silencios, risas, llantos, exclamaciones, interrupciones...).

- El texto escrito será entregado a la investigadora principal quien revisará y supervisará la fidelidad de la transcripción y en caso de requerirse me pedirá realizar ajustes a la transcripción con el fin de cumplir con lo establecido en la investigación.
- La investigadora se compromete a compartirme los resultados de esta investigación, como contribución a mi participación en esta investigación.

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación:

Esperanza Echeverry
Presidente del Comité de Ética de la Investigación - Oficina 237
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Teléfono: 2196878 – 2196830
Correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Firmo para dar constancia de lo expuesto:

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____

Profesión: _____

Fecha: _____

Anexo 10. Carta de apoyo a la investigación por parte del Centro Nacer Salud Sexual y Reproductiva de la UdeA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Nacer, Salud Sexual y Reproductiva

Medellín, 10 de marzo de 2016

Señores
Comité de Programa
Maestría en Salud Pública - MSP-
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Intención de apoyo a investigación de la estudiante Belibeth Valencia Flórez - MSP

Cordial Saludo,

El Centro Nacer Salud Sexual y Reproductiva, es un centro de investigación, docencia y extensión en las áreas de salud sexual y reproductiva y niñez, que produce y difunde conocimientos, genera instrumentos, metodologías y modelos de intervención, con la participación de los individuos, las familias y las comunidades a partir de un enfoque de derechos y equidad, para contribuir al mejoramiento de la salud y al bienestar de la población.

Nuestro trabajo, se ha venido desarrollando desde el año 2003, por un equipo interdisciplinario de Médicos Ginecobstetras, Enfermeras, Profesionales de Gerencia de Sistemas de Información en Salud, enfocados en el área de Salud Materna, específicamente en el tema de mortalidad materna y desde el año 2012 con Morbilidad Materna Extrema, por lo cual, ofrecemos el acompañamiento a Belibeth Valencia Flórez como estudiante de Maestría en Salud Pública, en cuanto a las asesorías específicas que requiera para orientar o focalizar su trabajo de investigación "Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes y Cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016".

Quedamos atentos a las dudas o sugerencias que se puedan presentar.

Cordialmente,

Silvia Elena Uribe Bravo
Silvia Elena Uribe Bravo
Coordinadora Técnica
Centro Nacer Salud Sexual y Reproductiva
Teléfono: 2195403
Correo: gestiontecnicanacer@udea.edu.co

Anexo 11. Aprobación del trabajo de investigación por parte del Comité de Maestría en Salud Pública



MSP-21-2016

Medellín, 08 de marzo de 2016

Señorita

BELIBETH VALENCIA FLOREZ

Estudiante Maestría en Salud Pública

Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia

La ciudad

Apreciada estudiante Valencia:

El Comité de la Maestría en Salud Pública analizó su proyecto de Investigación titulado **Experiencias Subjetiva de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes y Cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016** y lo ha **APROBADO** y por ende considera que se encuentra listo para continuar con el trámite contemplado en los reglamentos estudiantiles que rigen la Maestría y especialmente su inscripción al Centro de Investigaciones y la evaluación por el Comité de Ética de la Investigación.

Quiere este Comité en primer lugar felicitarla por este logro de gran valor en su proceso en esta Maestría y alentarla para que continúe con igual dedicación y empeño para que la culminación de este camino sea al final, todo lo satisfactorio que usted espera.

A la vez quiere recordarle el cumplimiento de los requisitos que usted debe observar para el envío de su proyecto al Comité de Ética de la Investigación, los cuales le fueron informados previamente entre los que se encuentra el envío de anexos al proyecto mismo y el adjunto de esta comunicación de aprobación por el Comité de Programa.

Finalmente recuerde que su documento debe respetar las normas que la Universidad tiene establecidas para la entrega de Informes al Sistema de Bibliotecas.

Cordialmente,

Román Restrepo Villa

Coordinador Maestría en Salud Pública

Copia: Martha Beatriz Gaviria Londoño, Directora

Anexo 12. Aprobación del trabajo de investigación por parte del Comité de Ética de la FNSP



Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Comité de Ética de la Investigación –CEI–

Medellín, 05 de mayo de 2016

Estudiante
BELIBETH VALENCIA FLÓREZ
Maestría en Salud Pública
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Respuesta Comité de Ética de la Investigación

Cordial saludo,

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública según el acta 141 del 29 de abril de 2016, aprobó el proyecto de investigación titulado *Experiencias Subjetiva de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres Sobrevivientes y Cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016.*

El Comité ha revisado los ajustes hechos al proyecto, y reconoce el gran trabajo realizado al acoger con sumo cuidado y respeto todos los comentarios realizados, así mismo quiere resaltar el trabajo realizado con los acuerdos de confidencialidad que desarrolló como iniciativa propia. La última observación que se deberá incluir en el consentimiento, es modificar el nombre de la presidente del Comité quien es la profesora Margarita María Montoya Montoya.

Estaremos atentos a resolver cualquier duda o solicitud.

Atentamente,


MARGARITA MONTOYA MONTOYA
Presidente

 11-05-16 10:30 AM
ESPERANZA ECHEVERRY LÓPEZ
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI.

Anexo 13. Seminario de "Crear capacidades" con Martha Nussbaum - Para el fortalecimiento teórico del trabajo de investigación

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

INSTITUTO DE FILOSOFÍA

En atención a que:

BELIBETH VALENCIA FLÓREZ

Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1045491009

Luego de cumplir con las actividades programadas con una intensidad de 4 horas, y de reunir los demás requisitos que exigen las normas universitarias, le expide el presente certificado

**Seminario "Crear Capacidades" con Martha
Nussbaum**

En testimonio de ello se firma en Medellín, el 14 de diciembre de 2015


FRANCISCO CORTÉS RODAS
DIRECTOR

Anexo 14. Certificación curso "Enfoques emergentes para la intervención en Salud Pública" realizado en la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí - México



A QUIEN CORRESPONDA

La suscrita Coordinadora de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería, dependiente de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí **hace constar** que la estudiante de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia:

BELIBETH VALENCIA FLÓREZ

Cursó y aprobó la materia de "Enfoques Emergentes para la Intervención en Salud Pública" obteniendo una calificación de 9 (nueve), dentro del Programa de Maestría en Salud Pública, impartido por el Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra. La cual se llevó a cabo los días 22, 23, 29, 30 de abril, 5 y 6 de mayo del presente año, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs. con un total de 48 horas presenciales.

A petición de la interesada, se extiende la presente **CONSTANCIA** en la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., a los **veinticuatro** días del mes de **junio** del año **dos mil dieciséis**.



Av. Héro Anillo 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P. México
tel. y fax 1441 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uasp.mx
www.uasp.mx

Archivo Pagado
DRA YTRF/der

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
U. A. S. L. P.



DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

"190 años años de educación pública superior en San Luis Potosí"

Anexo 15. Asistencia al Seminario "Ética en investigación para jóvenes investigadores"



seminario
ÉTICA en INVESTIGACIÓN
PARA JÓVENES INVESTIGADORES
SEPTIEMBRE 28 DE 2016



UNIVERSIDAD
DE ANTOQUIA

BELIBETH VALENCIA FLOREZ

C.C. 1.045.491.009

Participó en el Seminario de Ética en Investigación para Jóvenes Investigadores, organizado por la Vicerrectoría de Investigación y el Comité Central de Ética en Investigación el 28 de septiembre de 2016 en la Sede de Investigación Universitaria.

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA
Vicerrectora de Investigación

SARA MARÍA ROBLEDO RESTREPO
Presidenta Comité Central de Ética en
Investigación



Anexo 16. Presentación de resultados preliminares de la investigación en el "II Congreso de Administración en Salud: "Perspectivas de la administración en Salud en Colombia, en un escenario global y complejo"".



La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

certifica que

Belibeth Valencia Flórez

con número de identificación 1045491009

Realizo la presentación del trabajo

Experiencias Subjetivas de Morbilidad Materna Extrema. Relatos de Mujeres
Sobrevivientes y Cuidadores. Subregión del Urabá Antioqueño, 2016

En marco del

**II Congreso de administración en salud: "Perspectivas de la
administración en salud en Colombia, en un escenario global y complejo"**

Realizado los días 5, 6 y 7 de octubre de 2016 en Medellín - Colombia
con una duración de 18 horas

Álvaro Franco Giraldo
Decano FNSP

Gilma Stella Vargas Peña
Directora congreso

Anexo 17. Presentación de resultados preliminares en el "XXVIII Congreso Nacional de Medicina General y Social" realizado por la Asociación de Médicos de Antioquia – ASMEDAS

