



Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas.

Acciones para superar las demoras I y II

Contenido

PRESENTACIÓN	6
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	11
1 MARCO CONCEPTUAL	13
2 OBJETIVO GENERAL	18
3 CONTEXTOS Y PARTICIPANTES	19
3.1. Contextos de investigación	19
3.2. Personas participantes por contexto	20
4 METODOLOGÍA	21
4.1. Metodología de la investigación – reconstrucción de imaginarios y condiciones de las mujeres y sus redes (fase I)	22
4.2. Metodología del plan de fortalecimiento social y comunitario (fases II, III y IV)	25
4.2.1. Fase II: diseño y validación comunitaria de la estrategia	25
4.2.2. Fase III: diseño estratégico nacional	28
4.2.3. Fase IV: socialización y validación del plan	28
4.3. Consideraciones éticas	28
4.4. Plan de análisis	30
5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO (FASE I)	32
5.1. Resultados de la revisión de las bases de datos	32
5.2. Resultados desde lo socio estructural	36
5.2.1. Urbanización	36
5.2.2. La violencia estructural	38
5.2.3. Empleo y seguridad social	39
5.2.4. Pérdida de confianza en el estado y sus agentes	43
5.2.5. Precariedad de redes	44

5.3.	Resultados desde los aspectos socio simbólicos	47
5.3.1.	El embarazo como evento inesperado y no deseado	47
5.3.2.	La maternidad constituyente de la identidad femenina – designio divino	49
5.3.3.	Las prácticas de auto cuidado	52
5.3.4.	Los itinerarios terapéuticos	57
5.4.	Resultados desde los hallazgos en materia de comunicación y consumos culturales	59
5.4.1.	Medios y estrategias identificadas como positivas	59
5.4.2.	Más que información, escenarios de interacción y medios comunitarios	60
5.4.3.	La televisión y la radio, los medios más cercanos	61
5.4.4.	La red y el libro en la vida de las gestantes	64
5.5.	Recuento de las condiciones e imaginarios sociales y culturales	65
6	CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	67
7	RELATOS DE VIDA	72
7.1.	Sonia, Bogotá	73
7.2.	Juliana, Bogotá	78
7.3.	Teresa, Bogotá	82
7.4.	Alejandra, El Samayal, Boyacá	86
7.5.	Adriana, Boyacá	91
7.6.	Sandra, Boyacá	95
7.7.	Mariela, Buenaventura	102
7.8.	Johana, Buenaventura	108
7.9.	Diana, Buenaventura	114
7.10.	Angela, Cali	118
7.11.	María, Cali	123
7.12.	Mercedes, Cali	128
7.13.	“Susana” Cartagena	133
7.14.	Gloria, Cartagena	142

8	CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE FORTALECIMIENTO SOCIAL Y COMUNITARIO (FASES II A IV)	149
	8.1. Fase II: diseño y validación comunitaria de la estrategia –talleres regionales	149
	8.1.1. Problemáticas y propuestas identificadas en los talleres regionales	149
	8.1.2. Conclusiones sobre las problemáticas halladas a partir de las propuestas sugeridas para abordar las demoras I y II	153
	8.2. Fase 3: diseño estratégico nacional– taller creativo	162
9	PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO SOCIAL Y COMUNITARIO PARA INCIDIR EN LAS DEMORAS I Y II RELACIONADAS CON LA MME	162
	9.1. Criterios transversales para la implementación del plan	163
	9.1.1. La creación de vínculos con sentido	163
	9.1.2. Reconocimiento permanente de tejidos y narrativas sociales	164
	9.1.3. Narrativas pensadas desde y para promover el enfoque de derechos	164
	9.1.4. Lenguajes en función de aprendizajes significativos	164
	9.1.5. Procesos y mensajes para la transformación	164
	9.1.6. Perspectiva integral y articuladora	165
	9.2. Objetivos del plan	165
	9.2.1. Objetivo general	165
	9.2.2. Objetivos específicos	166
	9.3. Estrategias del plan de fortalecimiento social y comunitario para incidir en las demoras I y II relacionadas con la mme	167
	9.3.1. Estrategias de abogacía política	168
	9.3.2. Estrategias de fortalecimiento institucional	170
	9.3.3. Estrategias de empoderamiento social y acompañamiento comunitario	171
	9.3.4. Estrategias de comunicación para la transformación cultural y social	172
	9.4. Mensajes claves para una estrategia de comunicación educativa	174
10	BIBLIOGRAFÍA	176

Presentación

El proceso de educación comunitaria para la salud se ha realizado históricamente de múltiples formas y uno de los temas más tratados, ha sido el de la prevención de las complicaciones de la gestación, del parto y el puerperio y por supuesto, del recién nacido. La Dra. Debora Mains propuso una clasificación de las situaciones que contribuyen a que se presenten y agraven las complicaciones maternas, y que están categorizadas como: demoras relacionadas con los contenidos y significados sociales del evento reproductivo que comporta la mujer (Demora I), como la existencia y capacidad de apoyo o intervención efectiva de la red de apoyo social (Demora II), y como la capacidad de respuesta adecuada de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Demoras III y IV). A partir de esta categorización, que se utiliza tanto en Colombia como en otros países, se realizan análisis del comportamiento de las complicaciones en relación con las demoras, con el fin de establecer las estrategias más costo efectivas para superar su presencia y efectos.

En el marco de la cooperación entre el actual Ministerio de Salud y Protección Social –(MSPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se ha dado una larga trayectoria en el desarrollo y aplicación de estrategias para mejorar la salud materna, estrategias que han demostrado una incidencia positiva sobre las demoras III y IV, pero una pobre repuesta en las que buscan incidir sobre las Demoras I y II.

Por esta razón, en el marco del Convenio 036 de 2012 entre MSPS y UNFPA, se propuso abordar esta situación de una manera diferente que incluyera en primera instancia, una investigación y análisis a fondo sobre los determinantes sociales y culturales de las Demoras I y II y el diseño participativo de estrategias que se consolidan en un plan de fortalecimiento social y comunitario, que permita superar los contenidos adversos y dar paso a la acción eficiente que corresponde a las mujeres, sus familias y comunidades como estrategia para la reducción de la morbi mortalidad materna y perinatal.



Este documento contiene los resultados de la investigación socio antropológica realizada, que recoge y analiza, en el contexto social y comunitario, la formación de conceptos erróneos o contradictorios sobre la valoración de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, contruidos a partir de varias situaciones que es importante tener en cuenta a la hora de planear intervenciones en este campo: la reinterpretación social de los mensajes dados por los medios de comunicación, la educación o los profesionales de salud; los valores y mitos propios de las culturas de origen, la suma ancestral de la valoración de la condición de la mujer y el sufrimiento, como propios del mandato de la construcción del ser mujer y atado a la maternidad; o las condiciones agravantes de precariedad económica y exclusión social por las cuales muchas mujeres reinterpretan o minimizan sus signos y síntomas en función de sus limitaciones económicas. Todas estas situaciones llevan a decisiones adversas que se justifican en estas elaboraciones y que con frecuencia son apoyadas por los grupos cercanos y el contexto.

En este marco se planteó el objetivo de desarrollar un plan de fortalecimiento social y comunitario para incidir en las Demoras I y II asociadas a la mortalidad y morbilidad materna, a partir de la investigación y análisis socio antropológico de los determinantes de las Demoras I y II, incluyendo las condiciones e imaginarios sociales y culturales que las motivan o definen en diferentes contextos de población.

La investigación socio antropológica se realizó a partir de la reconstrucción de historias de vida de mujeres que estuvieron a punto de morir como consecuencia de una gestación caracterizada por condiciones de demoras I o II (según la clasificación de los servicios de salud). La investigación se basa en un enfoque epistemológico que adopta la noción de determinantes socio-estructurales, como todos aquellos aspectos que definen históricamente la composición estructural de la sociedad y reconoce a los sujetos como agentes de los procesos de cambio social y cultural.

Es importante mencionar que este estudio parte de reconocer los saberes de las personas, para tenerlos en cuenta en la creación del plan, de manera que esos saberes sean reconocidos como centrales en las estrategias y acciones de salud pública que contribuyan a la reducción de los eventos de Mortalidad Materna (MM) y la Morbilidad Materna Extrema (MME).

Este plan por su parte, es el resultado de un proceso de construcción colectiva en el que participaron las mujeres seleccionadas; sus esposos y redes familiares cercanas; sus redes de apoyo comunitario local; representantes de las Direcciones Territoriales de Salud de Bogotá, Boyacá, Cali, Buenaventura y Cartagena como centrales para ilustrar la situación institucional de diferentes regiones; grupos o expresiones de la sociedad civil organizada que abordan los temas de Salud Sexual y Reproductiva; y algunos colectivos de comunicación.

Este documento en su primera parte, incluye el proceso metodológico y los resultados más significativos de las fases definidas, haciendo énfasis en aquellos elementos que pueden ser abordados desde un plan de fortalecimiento social y comunitario. Se presentan las historias de vida de las mujeres entrevistadas y se analizan las problemáticas identificadas a partir de miradas sociales y antropológicas renovadas. Estos hallazgos fueron priorizados por los grupos de trabajo para definir sus propuestas e incluirlas en el plan.

En la segunda parte, presenta el Plan de Fortalecimiento constituido por 4 estrategias complementarias entre sí, de manera que los procesos y las acciones de abogacía política, fortalecimiento institucional, empoderamiento social y comunitario y estrategias de comunicación para la transformación social, se desarrollen de manera articulada e intencional en su ejecución, para cada uno de los niveles de intervención.



Resumen

“En Colombia la Razón de mortalidad materna calculada a 2011 es de 68.82 x 100.000 nacidos vivos (nv); si bien ha sido uno de los países considerado con una tendencia al descenso para el cumplimiento del objetivo 5 de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), aun su indicador es mayor que el estimado para la mayoría de países de Suramérica” (MSPS, 2013). El descenso se ha logrado gracias al aumento de la cobertura de atención del parto y al mejoramiento de la calidad de la atención en todo el proceso de la gestación, el parto y el puerperio, elementos que inciden en las demoras III y IV de la mortalidad materna (MM).

En lo que respecta a las Demoras I y II, el país no ha avanzado de manera clara. Por esta razón el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han propiciado la construcción de un “Plan de Fortalecimiento Social y Comunitario para incidir en las Demoras I y II asociadas a la mortalidad y morbilidad materna extrema en cinco Direcciones Territoriales de Salud”. Para este efecto, se adelantó un proceso que contempló 4 fases consecutivas:

Una primera fase consistente en una investigación sobre condiciones e imaginarios sociales y culturales que motivan o definen las Demoras I y II asociadas con la mortalidad materna (MM), que se realizó a través de un abordaje cualitativo hermenéutico, utilizando como técnica principal la realización de relatos de vida de mujeres que hubieran sufrido eventos de Morbilidad Materna Extrema (MME). En ellas se evidenciaron las relaciones de la MME con la precariedad económica, con la ausencia de redes sociales fuertes, la presencia de violencia estructural y de género, los impactos del funcionamiento burocrático del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el desencuentro de las narrativas de las mujeres con las narrativas propias de los servicios de salud que impiden la incorporación de los signos y síntomas de alarma en la el cuerpo y la vida de las mujeres.



En una segunda fase, a partir de los hallazgos encontrados en la investigación, se puso en discusión participativa las posibilidades de un Plan de Fortalecimiento Social y Comunitario desde las realidades regionales. Estos hallazgos permitieron a su vez, la puesta en común con el MSPS y otras entidades públicas y privadas, en una tercera y cuarta fase de construcción y validación nacional del Plan para incidir en las Demoras I y II asociadas a la MME y la MM.

Los elementos centrales de este plan mostraron la necesidad de fortalecer el enfoque de derechos de las mujeres gestantes reconstruyendo el imaginario social del valor de la vida de las mujeres como base para la sociedad, y la necesidad de la implicación activa de las parejas masculinas en la paternidad. De otro lado, permitió encontrar varios elementos que son transversales a cualquier plan que busque reconstruir el agenciamiento social en salud: un necesario reconocimiento de los tejidos y narrativas sociales ligado a un enfoque de derechos, a la creación de vínculos con sentido entre las gestantes y sus grupos familiares y comunitarios, a la utilización de lenguajes que se incorporen en forma de aprendizajes significativos y que den cuenta de los espacios de relacionamiento cotidiano de las mujeres y sus redes y finalmente, a la necesidad de una perspectiva integral y articulada que permita a las mujeres el ejercicio de sus derechos, y a las instituciones cumplir con su deber de garantizarlos en un reconocimiento de las mujeres como ciudadanas.

Introducción

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio –ODM– consiste en mejorar la salud materna. Los países se han comprometido a reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna (MM) en tres cuartas partes. La MM se define como toda muerte ocurrida por causa del embarazo, el parto o el puerperio o por complicaciones de alguna enfermedad agravada por el embarazo, que ocurre durante este, el parto o hasta 6 semanas después de este.

Colombia, en consonancia con el cumplimiento de los ODM, se ha fijado como meta reducir a 48,8 las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos durante el cuatrienio 2010-2014 (Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014). En el año 2011 la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 69.1 muertes por 100.000 nacidos vivos, frente a 100 por 100.000 nacidos vivos, correspondiente a la línea de base medida en 1998 (DANE). Aunque la disminución es importante, aun queda mucho por hacer para acercarnos a la meta propuesta para 2015, de 45 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos¹

En la última década el país ha avanzado en este objetivo, principalmente incidiendo en las demoras III y IV que tienen que ver con la atención de las maternas en las instituciones de salud y los resultados se observan en las cifras de reducción que se han ido consolidando, especialmente en los últimos 3 años del reporte oficial del DANE, como se muestra en la **tabla 1:**

¹Colombia solo se comprometió a reducir el 55 % de ocurrencia.

Tabla 1: Número de casos de muerte materna por años, 1998-2011

Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No.	722	677	790	714	591	553	569	526	536	536	449	510	483	453
Razón	100,0	97,0	104,9	98,6	84,4	77,8	78,7	73,1	75,0	75,6	62,8	72,9	71,6	69,1
Reducción de Casos	0	-45	68	-8	-131	-169	-153	-196	-186	-186	-273	-212	-239	-269

Fuente: Sistema EEVV DANE. Datos crudos sin ajuste. Proceso Ministerio de Salud y Protección Social.

La reducción de casos reportada año a año corresponde a la diferencia de casos entre la línea de base de 1998 y cada año o período reportado, indicando el avance que el país viene haciendo en los procesos de prevención de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema (MME).

Las mejoras en control prenatal y cobertura del parto institucional, así como en la calidad de la atención muestran su impacto en la reducción en los últimos años. Sin embargo, los elementos relacionados con el enfermar y el morir que se ubican en el ámbito social de la mujer, aun no se han abordado de manera integral. Es necesario conocer con mayor profundidad lo que ocurre con las mujeres que se enferman y mueren, los contextos donde viven y los imaginarios culturales que rodean estos eventos, así como las condiciones sociales que inciden en la presentación de las demoras.

La presente investigación, se inscribe en lo que se denomina investigación operativa, ya que está orientada a servir como base para desarrollar un Plan de Fortalecimiento Social y Comunitario para incidir en las Demoras I y II asociadas a la mortalidad y morbilidad materna, en cinco Direcciones Territoriales de Salud.

1. Marco Conceptual

“El abordaje de la mortalidad materna como un evento evitable, ha llevado al análisis de las causas y a la adopción amplia de los conceptos de la Dra. Debora Mains, acerca de las tres demoras en la mortalidad materna, que clasifica las causas de acuerdo con el momento en que se generan y las ubica en los contextos comunitarios y de la familia de la gestante, en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos” (MINSALUD – UNFPA RFP No. UNFPA/COL/12/021: 18). El presente estudio se centra en las Demoras I y II que son descritas por el documento técnico y conceptual de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (Ortiz y otros, 2010) de la siguiente manera:

“Retraso tipo I: demora para reconocer el problema y la necesidad de atención en salud, relacionada con la falta de información sobre complicaciones del embarazo, señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva”². (Ortiz y otros, 2010)

Frente a estos factores se plantea la necesidad de ayudar a reconocer los signos de peligro, concientizar a las comunidades sobre los síntomas y signos de las complicaciones, y educar a las gestantes, sus compañeros y familias, sobre dónde y cuándo deben buscar ayuda para responder a las complicaciones (Citado por MINSALUD – UNFPA RFP No. UNFPA/COL/12/021). Esto requiere conocer y reconocer los contextos culturales y el sentido común que circula en ellos, de tal manera que las estrategias de movilización social, estén adaptadas a los imaginarios y representaciones de las personas que allí viven.

“Retraso tipo II: demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud”. (Ortiz y otros, 2010)

² La literatura y el protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna hablan de deberes, aun cuando desde la perspectiva de los autores, en el derecho humano a la libertad, la autonomía y la autodeterminación incluyen la fijación de límites, es decir la responsabilidad y no se requiere una lista de deberes, ya que la comprensión de los derechos incluyen este aspecto como central en el ejercicio de los mismos.

En un estudio realizado por la Fundación Santafé y el UNFPA se observó que en el análisis de casos de la mortalidad materna en 2007, el 77,58% de los casos presentaron una demora tipo I y el 36,8% de los casos fue clasificada como tipo II. Estas demoras se presentaron con mayor frecuencia en población pobre no asegurada y del régimen subsidiado (Villate et al, 2010)³

Con el fin de contribuir a la incidencia sobre los aspectos que determinan las Demoras I y II para MM y MME, esta investigación se inscribe en la perspectiva de la sociología y antropología contemporáneas, que otorgan un lugar protagónico a la cultura y a las formas en que esta se construye social e históricamente, permitiendo en este caso, un acercamiento a los aspectos simbólicos que estructuran las nociones y las prácticas sociales en torno a la salud y la enfermedad. Es importante comenzar a develar estos aspectos simbólicos reconstruyendo aquellos imaginarios, creencias y representaciones sociales, que en muchos casos trascienden o son opuestos al saber científico en el momento de optar por determinadas acciones o prácticas para el cuidado de la salud.

Eventos como el embarazo, el parto, la vida y la muerte, cobran diversos sentidos, significados y cuidados según con las definiciones y disposiciones que cada grupo poblacional teje para sus mujeres gestantes. El embarazo y la maternidad son una experiencia íntimamente relacionada con las maneras como en un determinado contexto social (clase, etnia/raza y diversidad regional, barrio, etc.) se viven y se entienden la sexualidad, el cuerpo, la familia, la propia noción de persona, las maneras de ser mujer y hombre y el valor que se le da a la mujer en tanto madre. (Heilborn, 2006; Duarte, 1987; Victora, 1996, Nieto et al., 2011).

³ Debe aclararse que estas cifras son derivadas del estudio de los casos de mortalidad materna, a través de los comités de vigilancia epidemiológica en las distintas direcciones departamentales. Quiere decir que la definición de la demora se hizo desde la perspectiva institucional.

Dicho de otra forma, la cotidianidad, el mundo relacional y afectivo de las gestantes, así como su entorno social, hacen parte de esa trama subjetiva en la que las protagonistas de este trabajo, han sobrevivido a casos de morbilidad materna extrema.

Sus redes de apoyo enriquecen esa trama intersubjetiva que explica la manera de ver el mundo y lo que en él ocurre. Esta reconstrucción de condiciones sociales y de imaginarios culturales está influenciada por categorías como la de género, clase, generación y diversidad regional y familiar. Está suficientemente comprobada, en la literatura socio-antropológica, la enorme variación que la noción de familia, para tomar sólo un ejemplo, tiene al observar comparativamente diferentes culturas, clases, religiones o momentos históricos (Parkin e Stone, 2004; Fonseca 2007, Duarte 2005).

Es ineludible en este proceso, reconocer la diversidad de conceptos, imaginarios y experiencias vitales que hay en el país en relación con prácticas corporales como el embarazo, el parto, la maternidad y su valoración social.

Así, tan importante como saber cuáles son los imaginarios, representaciones y significados, es conocer las maneras en las que esos significados son construidos, negociados, transformados y actualizados en la historia y en la vida cotidiana de estas mujeres.

Los imaginarios sobre eventos como el embarazo y la muerte relacionada con él, y en general las formas y maneras de entender el enfermar y el morir durante la gestación o el puerperio, son una elaboración práctica que surge de las tensiones e imposiciones culturales y de poder, que convergen y se entretajan en la historia de vida de las mujeres gestantes y su mundo relacional (pareja, amigos, familia consanguínea, redes sociales, escuela, estado).⁴

Las demoras de tipo I y II están profundamente influidas por estos aspectos subjetivos, cotidianos, sociales y culturales que varían según los contextos y sus condiciones.

⁴ En ese sentido, además de observar los elementos estructurales que dan sentido a la maternidad y su trayectoria, incluida la posibilidad del enfermar y morir, se hace necesario prestar igual atención a las operaciones prácticas de creación y agencia de los sujetos y sus redes (Fonseca 2004; Ortner 2006).

Para esta investigación se partió del concepto de imaginarios sociales desarrollado por Cornelius Castoriadis, quien vincula el término al elemento socio-histórico, como ligado a las formas de determinación social, a los procesos de creación por medio de los cuales los sujetos se inventan sus propios mundos. El imaginario social es colectivo y solo se da en imaginarios locales históricos y concretos **(Castoriadis, 1983; Agudelo, 2011)**. El imaginario social es fundamental para la comprensión del universo de representaciones simbólicas que caracterizan y distinguen los valores y creencias en determinados contextos comunitarios.

Está compuesto por un conjunto de relaciones que actúan como memoria afectivo-social de una cultura, un substrato ideológico sostenido en la comunidad. Es una producción colectiva, por ser depositario de memorias que familias y grupos recogen de sus encuentros con el mundo cotidiano **(Matos, 2012)**.

Desde esta perspectiva, si se entiende el imaginario como una matriz de conexiones entre diferentes elementos de la experiencia de los individuos, de manera colectiva, en donde las redes de ideas, imágenes, sentimientos, creencias y proyectos comunes se enmarcan en un contexto sociocultural específico, se puede plantear que al ser estos elementos de la cultura, esta es transformable.

Acciones de movilización cultural, educativa, social y comunitaria actúan sobre estas representaciones simbólicas, de-construyéndolas y re-creándolas. En los campos de la salud, de la reproducción y la crianza, como funciones centrales de la vida individual y colectiva, planteando la identificación y cambio de los imaginarios sociales que circulan en estos campos, puede incidirse directamente en el bienestar de las mujeres, niñas y niños y en la prevención de las complicaciones de la gestación.





Para avanzar en la transformación y cambio de los imaginarios sociales es necesario establecer miradas paralelas y profundas en tres niveles:

1. El nivel de la estructura social
2. El nivel de la interacción o el mundo relacional
3. El nivel de la trayectoria de vida.

También es necesario entender que las nociones, imaginarios, creencias y representaciones sobre la maternidad, el embarazo, el enfermar y el morir en el proceso de gestación, surgen en la práctica y en el encuentro de sistemas culturales, de sistemas de significados y de experiencias mayores. Es sólo dentro de estas experiencias y como parte de ellas, que adquieren sentido completo. **(Geertz 2004, Sahlins 2003).**

El significado que el embarazo y la maternidad tienen para una mujer y su mundo relacional en un contexto determinado, surge por ejemplo, del encuentro de la tradición campesina andina católica a la que pertenecen, mediada por la violencia estructural, general y de género, incluida la que se ejerce en instituciones de salud, y por los nuevos imaginarios impulsados desde los medios de comunicación masivos.

Los poderes que circulan en las relaciones definen los miedos, las prevenciones y las formas en las relaciones **(Pacheco et al., 2007).**

2. Objetivo General

Identificar el marco, las condiciones e imaginarios sociales y culturales que motivan o definen las Demoras I y II en diferentes contextos de población, como base para el diseño de la estrategia para el fortalecimiento social y comunitario para incidir en las Demoras I y II asociadas a la morbilidad y mortalidad materna.

3. Contextos y participantes

3.1. Contextos de investigación:

Para efectos de tener una variabilidad poblacional, la investigación y la formulación participativa del plan, se realizaron en cinco contextos del país:

- **Cartagena:** incluye la variabilidad caribeña y también los efectos del desplazamiento de diversos lugares del país –incluido el sur de Bolívar, Urabá, Chocó y otras poblaciones de la costa atlántica.
- **Bogotá:** permite desarrollar un conglomerado urbano con características diferenciales, con una población con efectos del desplazamiento, violencia estructural y unos servicios de salud aparentemente cercanos y preparados para el manejo de las complicaciones de la morbilidad materna.
- **Cali:** recoge la especificidad urbana propia y casos de migración y/o desplazamiento de la región pacífica y del norte del Cauca y Nariño.
- **Buenaventura:** contexto étnico con elementos arraigados en la cultura afro que se representa en itinerarios terapéuticos tradicionales y modernos. Un contexto con violencia estructural en la cual se combinan elementos de ilegalidad, conflicto armado y control del territorio por parte de los negocios del narcotráfico.
- **Boyacá:** contexto de cultura campesina con historias de migración urbano rural frecuentes.

3.2. Personas participantes por contexto:

Para la fase I de investigación se incluyeron mujeres expuestas a un evento de morbilidad materna extrema, de los territorios seleccionados, partiendo de las bases de datos de vigilancia de la MME de las Direcciones Territoriales de Salud. Se escogieron aquellos casos que tuviesen Demoras I y II simultáneamente y en la medida que no se completó el número de relatos, se procedió a escoger aquellos casos con Demora I y Demora II exclusivamente. De acuerdo a la disponibilidad de casos, se intentó incluir un caso de adolescentes de 10 a 19 años, un caso de 20 a 34 años y un caso de 35 y más años.

- **Relatos de vida** a mujeres con experiencia vivida de morbilidad materna extrema. Se realizaron tres relatos (3) de vida por contexto, excepto en Cartagena donde solo fue posible localizar dos casos.

- **Entrevistas semi-estructuradas** a las redes de relación cercana de la mujer: esposo o compañero permanente, madre, abuela, hermanas, hijos/as, amigas o vecinas con el fin de complementar el relato de vida de las mujeres seleccionadas.

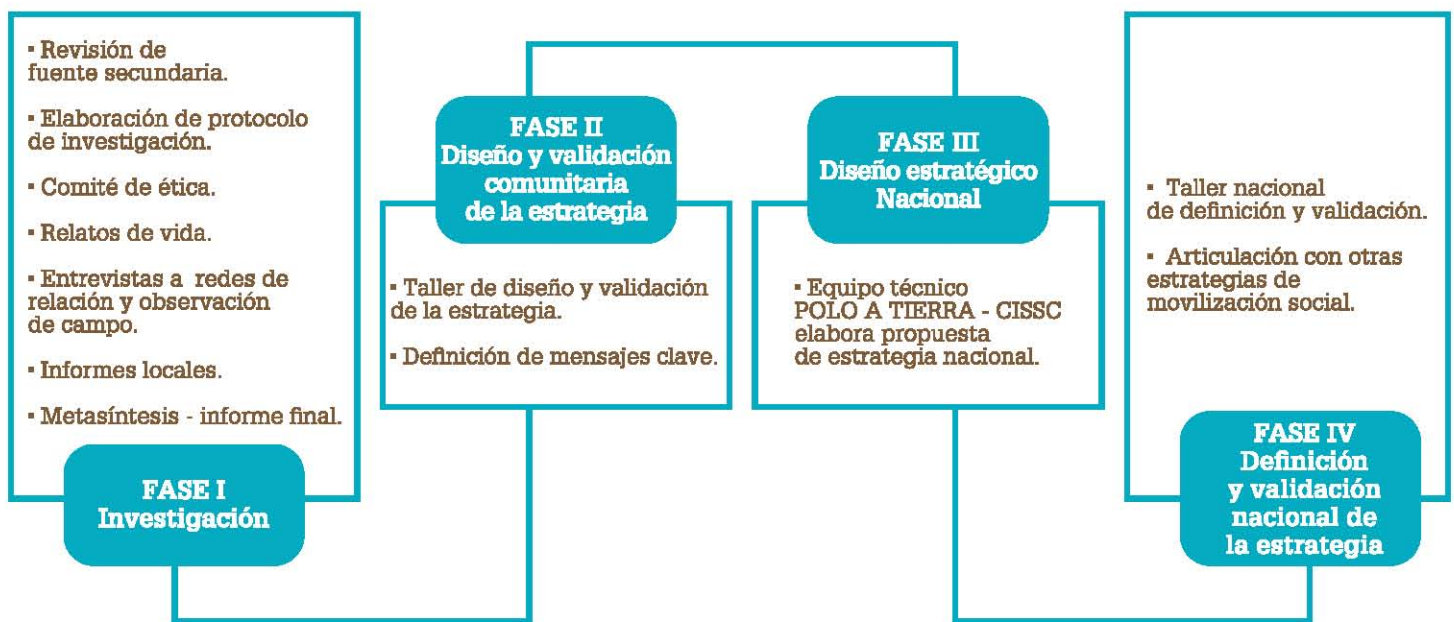
- **Entrevistas semi-estructuradas** a agentes institucionales y comunitarios.

4. Metodología

La metodología utilizada en este proceso, varía en cada una de las etapas de la investigación, de acuerdo con sus objetivos. La primera fase comprende todo el proceso investigativo y la reconstrucción de los relatos de vida de mujeres que padecieron eventos de morbilidad materna extrema y que en el análisis inicial de sus casos, se confirmó que habían presentado demoras tipo I y II al demandar atención en los servicios de salud. Las fases siguientes (II, III y IV) comprenden el diseño y formulación del Plan de Fortalecimiento Social y Comunitario para incidir en las Demoras I y II asociadas a la mortalidad y morbilidad materna en cinco Direcciones Territoriales de Salud.

La metodología y las acciones realizadas en cada una de las fases de este proyecto: investigación, diseño y validación comunitaria de la estrategia, diseño estratégico nacional y definición y validación nacional de la estrategia, se presentan en el **Gráfico No. 1**.

Gráfico 1: Fases y acciones de estrategia metodológica





4.1. Metodología de la Investigación – Reconstrucción de Imaginarios y Condiciones de las mujeres y sus redes (Fase I)

El enfoque metodológico de la investigación de campo, se basa en las nociones de trayectoria, biografías y prácticas corporales⁵

Los imaginarios y las condiciones en las que estos son creados, no existen en la abstracción idealista ni en la rigidez estructural del mundo académico; existen, se transforman y reproducen en la vida cotidiana y en la práctica de sujetos específicos.

Existen, en una relación de creación dialógica, en las biografías, en los cuerpos de sujetos o grupos particulares.

Además de explorar las condiciones sociales y el imaginario cultural, la metodología de investigación se aproxima a aquellos aspectos que determinan la conformación de las sociedades y las relaciones que en ellas se crean y que de una u otra forma, inciden en las Demoras I y II asociadas al enfermar y/o morir de las mujeres que viven la experiencia del embarazo.

Las relaciones de poder, y en ese sentido las relaciones con el Estado, y el ejercicio de los Derechos Humanos toman especial atención, en términos de la estructura social y el papel que en ella juega y se le otorga a la mujer embarazada.

⁵ La biografía no es sólo una incardinación de la cultura, es también su práctica, su riesgo, su límite, su transformación (Sahlins 2004).

⁶ Es en las trayectorias corporales de sujetos y de redes particulares que se re-crean las culturas y las diferencias (Turner 1994, Strathern 2006).

Para alcanzar los objetivos de esta primera fase se utilizaron las siguientes técnicas:

1. Revisión de fuente secundaria: haciendo énfasis en aspectos socioculturales que afectan las maneras de enfermar y morir de las mujeres embarazadas y en lo que se refiere a las Demoras I y II para solicitar atención. Adicionalmente se revisaron las bases de datos de mortalidad materna y de morbilidad materna extrema en lo relativo a las cuatro demoras, para ubicar en ellas variables marcadoras para profundizar en el trabajo de campo.

2. Etnografía: partiendo del supuesto de que los imaginarios y sus significados son construidos y aprendidos en la cotidianidad práctica de los sujetos, como parte de un complejo sistema, se hizo necesario aproximarnos a la vivencia de esos contextos sociales y culturales (Geertz, 2004). En ese sentido, el trabajo etnográfico incluyó la observación durante las entrevistas para realizar los relatos de vida e incorporó la observación participante en la convivencia cotidiana, las conversaciones informales y la elaboración de diagramas de redes de relaciones. Por otro lado, la etnografía también incluyó como objeto de análisis, la experiencia propia del investigador (Ortner, 2006).

3. Relatos de vida: hay un relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia vivida. El verbo “contar” (narrar) es aquí esencial: significa que la producción discursiva del sujeto ha adoptado una forma narrativa (Berteaux, 2005, 36-37). La experiencia personal y subjetiva de las mujeres “microsocial”, se completa con las diferentes versiones que dan los actores de su entorno (pareja, amigas, redes relacionales, sujetos institucionales, otros pares de su contexto). “La generalización de los hallazgos puede presumirse toda vez que el análisis descansa en aquellos recursos del sentido común que indexan la normalidad que prevalece entre los sujetos estudiados” (Castro, 2012, 156). El sentido común se entiende como el conjunto de saberes prácticos acumulados históricamente, que se reúne en una serie de recetas y tipificaciones y que nos permiten saber “que es el mundo”.

Los relatos de vida de este trabajo fueron definidos a partir del trabajo de planeación e inserción en campo. La narración oral de lo que ocurre en y con la gestación y la experiencia de enfermar durante ella, permite la comprensión de los eventos en el marco de una historia mayor de acontecimientos, decisiones, transformaciones, reproducciones y negociaciones. Por otro lado, permite ver las maneras como el sujeto interpreta, elabora y presenta su experiencia, al tiempo que permite al investigador profundizar en determinados temas y movilizar el “auto-análisis” social (Bourdieu, 1999). Los relatos de vida se complementaron con entrevistas a actores claves del contexto de la entrevistada.

Se realizaron un total de 14 relatos de vida en los territorios anotados. Los casos fueron identificados en las bases de datos de Morbilidad Materna Extrema de las Direcciones Departamentales de Salud, que hubieran sido clasificados como de Demoras I y II. Se procedió a un primer contacto a través de una entrevista telefónica de unos diez minutos, estableciéndose que varios de los casos catalogados en la base de datos como Demoras I y II, no cumplían los criterios de estas, por lo que el número de casos inicialmente contactados, se redujo considerablemente.

En la realización de los relatos y en las entrevistas a actores cercanos, se reconstruyeron las redes de relación de las mujeres de los contextos estudiados. Se pudo visualizar el entrecruzamiento de culturas diversas que hibridan imaginarios y significados, así como los modos de vida y la situación socioeconómica de las mujeres y sus familias ante las decisiones de consultar o no un servicio de salud, así como los apoyos a los que pueden recurrir en caso de necesidad.

En los relatos de vida y en las entrevistas se utilizó como marco epistemológico lo que se ha denominado “investigar desde los márgenes en las ciencias sociales” cuyo fundamento son los desarrollos latinoamericanos de la investigación acción participativa y la educación popular y cuyos elementos centrales son la dialogicidad, la interacción y la participación (Torres, 2011). Esta manera de entender las relaciones investigador/a – investigado/a permite el acercamiento a los elementos socio estructurales y socio simbólicos necesarios para cumplir con el objeto de la investigación. Durante el proceso se consideró a las mujeres como sujetos de derechos y se privilegió el escuchar sus narrativas, sus maneras de ver el mundo y sus ideas para participar en la investigación y en la construcción del plan de fortalecimiento institucional y comunitario.

4.2. Metodología del Plan de Fortalecimiento Social y Comunitario (Fases II, III Y IV)

De acuerdo con el enfoque participativo desde el cual se concibió el proceso, el Plan de Fortalecimiento Social y Comunitario para Incidir en las Demoras I y II asociadas a la Mortalidad y Morbilidad Materna Extrema, en cinco Direcciones Territoriales de Salud, se estructuró a partir de los resultados de la primera fase de investigación, seguida por la priorización de necesidades y problemáticas de las mujeres y de las acciones identificadas para resolverlas desde la perspectiva regional; por último, se procedió a la socialización y retroalimentación de estas acciones en el nivel nacional.

4.2.1. Fase II: diseño y validación comunitaria de la estrategia

En esta fase se realizaron tres talleres regionales con la participación de 47 delegados de las Direcciones Territoriales de Salud de Cartagena, Boyacá, Bogotá, Buenaventura y Cali, tal como se muestra en el siguiente cuadro. En estos talleres se contó con la participación de representantes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS y Empresas Sociales del Estado, ESE, Secretarías Departamentales de Salud -SDS, Organizaciones de civiles con diferentes perfiles: profesionales de las comunicaciones, politólogos, referentes de Salud Sexual y Reproductiva -SSR, de Vigilancia en salud pública, -VSP, de salud materna y de la comunidad, y un grupo de mujeres y sus esposos.

Tabla 2: Relación de participantes en los talleres regionales

Ciudad	No. de participantes	Perfiles participantes
Bogotá	16	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, Secretarías Departamentales de Salud, Empresas Sociales del Estado (Hospitales), Organizaciones de la sociedad civil. Profesionales de comunicaciones, politólogos, Referentes territoriales de Salud Sexual y Reproductiva , Vigilancia en Salud Pública, Salud Materna Mujer y su esposo
Cali	20	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, Secretarías Departamentales de Salud, Empresas Sociales del Estado (Hospitales) , Organizaciones de la sociedad civil Profesionales de comunicaciones, diseñadores, sicólogos, Referentes territoriales de Salud Sexual y Reproductiva , Vigilancia en Salud Pública, Salud Materna Mujer y su esposo
Cartagena	11	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, Secretarías Departamentales de Salud, Empresas Sociales del Estado (Hospitales) , Organizaciones de la sociedad civil, Profesionales de comunicaciones, Referentes territoriales de Salud Sexual y Reproductiva , Vigilancia en Salud Pública, Salud Materna Mujer y su esposo

Estos talleres se realizaron con el fin identificar y construir acuerdos en torno a las acciones prioritarias que indiquen el camino para la creación de estrategias para el fortalecimiento del auto-cuidado y la protección de la mujer gestante en su entorno social y comunitario, y se desarrollaron con el enfoque de Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), que hace hincapié en el papel activo que asumen los involucrados en el análisis de problemas y en la planificación, donde los agentes externos asumen el rol de “facilitadores”.

En esta metodología no son los especialistas externos sino los participantes, quienes se apropian de los resultados de la investigación. El DRP sigue el enfoque de “abajo hacia arriba” y se aplica óptimamente para promover la participación activa de los miembros de organizaciones o colectividades.

Desde este punto de vista, la metodología busca respetar en todo momento las percepciones y lenguajes de los participantes de tal manera que se reconozca el saber local y el contexto en el que se formulan las necesidades y propuestas. El encuentro con las mujeres en las distintas regiones se desarrolló a partir del análisis de un caso previamente reconstruido con los resultados de la primera fase de investigación, en el que se incluyeron diversos elementos del contexto y las situaciones de las mujeres entrevistadas.

En coherencia con el enfoque, se desarrollaron 3 actividades:

1. Diagrama de priorización de las necesidades: en este ejercicio las personas participantes identificaron y priorizaron las necesidades, a partir de un caso tipo de MME construido con los principales hallazgos de la investigación, (Anexo 1: Caso para Análisis) asignándoles un porcentaje en orden de importancia a cada necesidad identificada.

2. Propuestas de acción: después de la priorización se procedió a la elaboración de propuestas de acción manteniendo el respeto por la opinión y reflexión de las personas participantes.

3. Identificación de creencias y barreras culturales desde el imaginario colectivo: en la que los participantes aprovechan su conocimiento del contexto local para indagar sobre características culturales que son factores determinantes en la generación de problemas o necesidades relacionadas con la MME y que se pueden atender con estrategias de información, educación y comunicación

4.2.2. Fase III: diseño estratégico nacional

En esta fase se realizó un taller nacional en el que se compartieron los resultados de la primera y segunda fase y se propició un diálogo de saberes entre el conocimiento sobre la comunicación y la participación social y el saber de la salud sexual y reproductiva, con énfasis en salud materna.

4.2.3. Fase IV: socialización y validación del Plan

Se presentó el plan a un grupo amplio de personas. Participaron de manera presencial representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, el UNFPA, el Convenio 036, la Secretaría de Salud de Bogotá, la Mesa por la Vida de las Mujeres, la OPS/OMS, la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la Fundación Embarazada Adolescente. De manera virtual se conectaron a la teleconferencia representantes de la Secretaría de Salud del Atlántico, Secretaría de Salud de Santander y Secretaría de Salud de Bolívar. Entre los participantes encontramos comunicadores/as, médicos/as, enfermeras/os, epidemiólogos/as y politólogos/as.

4.3. Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, la investigación realizada se clasifica como de riesgo mínimo ya que aborda aspectos sensibles del comportamiento humano para lo cual se adoptaron las medidas necesarias para reconocer a las personas participantes como sujetos de derechos.



De igual manera esta investigación adoptó la Declaración de Helsinki para investigación en humanos y las declaraciones sobre Derechos Humanos y especialmente para este caso, los derechos humanos de las mujeres.

Dado que en esta investigación la técnica central son relatos de vida en los que se abordan aspectos sensibles del vivir humano, se solicitó a cada una de las participantes, la firma de un consentimiento informado antes de la entrevista, para garantizar sus derechos.

La confidencialidad de la información obtenida se garantizó dado que el acceso a esta es solo para las personas del equipo de investigación. El personal que trabajó en el proyecto se comprometió a evitar cualquier situación que pusiera en riesgo la confidencialidad de las participantes y los miembros del equipo de investigación firmaron un acuerdo de confidencialidad.

Los contactos telefónicos se hicieron únicamente con las personas que se pretendían entrevistar y se concertó con las madres la hora y el lugar de las entrevistas para que escogiesen las condiciones en las que estuvieran más cómodas para responder la entrevista. Antes de iniciar las entrevistas se garantizó que existieran condiciones de privacidad y tranquilidad para asegurar la confidencialidad y que permitieran a las participantes responder sin presiones.

La aplicación de la técnica del relato de vida sirve como un acto de empoderamiento de las mujeres como sujeto de derechos. A todas las personas participantes se les informó que tenían la libertad de responder o no a las preguntas que él o la entrevistadora les hiciese y que podían suspender la entrevista si ellas lo consideraban pertinente, sin que esto tuviese ningún efecto en sus derechos.

En la entrevista no se profundizó en el evento traumático de enfermar, sino en sus condiciones previas antes de ingresar al hospital. Sin embargo, algunas mujeres manifestaron su deseo de contar aspectos sobre el evento de morbilidad materna extrema, por ser el único espacio que han tenido para hablar de ello.

Siendo que el equipo de entrevistadoras/es estaba entrenado para manejar reacciones emocionales que pudiesen aparecer con recuerdos durante las entrevistas, en los casos mencionados se optó por permitir que las mujeres realizaran el relato de acuerdo a lo que ellas sentían. No se presentó ningún evento de crisis y más bien las mujeres relataron sentirse aliviadas por poder contarle a alguien estos sucesos.

Se realizó previo al inicio del trabajo de campo, un Comité de Ética Ad Hoc conformado por dos investigadoras en temas de morbi- mortalidad materna, una especialista en bioética y una mujer que pertenece a grupos organizados y se introdujeron al protocolo las sugerencias realizadas por el mismo.

Manejo de los datos: todas las entrevistas fueron guardadas en archivos con clave a los que solamente tuvieron acceso las personas del equipo de investigación. Los nombres de las mujeres y demás participantes fueron cambiados en todas las entrevistas. Ni las entrevistas, audios, transcripciones, apuntes de campo, ni las bases de datos donde se digitó la información de las mismas, contienen nombres que puedan identificar a las y los participantes.

Los informes y/o publicaciones generados o que se generen en el futuro no tienen elementos que puedan orientar a la identificación de las personas participantes. Las bases textuales de las entrevistas se mantendrán para análisis posteriores o estudios comparativos en el tiempo, pero el archivo con los identificadores que permiten ligar las entrevistas con identidades personales se destruyó a los seis meses de iniciado el trabajo de campo.

4.4. Plan de Análisis:

Para el análisis de los datos textuales se realizó un proceso hermenéutico explorando los imaginarios y los significados que las mujeres y sus redes cercanas atribuyen a los hechos y experiencias del embarazo y los eventos de enfermar y morir relacionados con este.

Se adoptó para el análisis, una perspectiva teórica que supone que las mujeres y las personas de su entorno son capaces de interpretar sus circunstancias y de adaptarse a ellas al mismo tiempo que están insertos en un orden social que los moldea (Alexander, 1997).

La perspectiva teórica que se adopta corresponde a la de la ciencia social interpretativa (Weber, 1981), toda vez que el objetivo principal es “comprender”, la manera en que las mujeres y otras personas de su entorno relacional, atribuyen sentido a sus experiencias sobre la reproducción y el enfermar y/o morir y las circunstancias que rodean el fenómeno. Todas las interpretaciones de la realidad se basan en un cuerpo de experiencias pre-existentes acerca de la misma, la mayor parte de las cuales nos han sido heredadas por nuestros antepasados. Y “el medio tipificador por excelencia que permite transmitir el conocimiento de origen social, es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano” (Schutz, 1974, pág.44).

En cada uno de los contextos propuestos para el trabajo de campo se realizó un informe final de investigación, los cuales sometieron a un proceso de meta síntesis (Barroso & Powell – Cope, 2000; Field & Marck, 1994; Jensen & Allen, 1994; Sleutel, 1998; Spear & Lock, 2003), para contar con un informe final comprensivo del orden nacional.

5. Discusión de resultados y análisis de la investigación de campo (Fase I)

En este apartado se presentan los hallazgos principales del proceso de investigación de la primera fase, producto de la meta-síntesis de los informes de campo de los y las investigadoras que realizaron los relatos de vida y las entrevistas a las mujeres y personas cercanas, en cada uno de los contextos territoriales seleccionados.

Primero se presentan los aspectos que tienen que ver con los hallazgos iniciales en las bases de datos de MME consultadas y el proceso de contacto con los casos escogidos. Posteriormente, se presentan los resultados en el ámbito socio estructural, para luego dar paso a los elementos centrales de lo socio simbólico, donde se presentan los imaginarios sociales que pueden estar influyendo en la presentación de Demoras I y/o II para la MM y la MME y por último, se presentan los hallazgos en materia de comunicación y consumos culturales que tiene por objeto identificar los mejores medios para que los mensajes requeridos, lleguen a los públicos de interés.

5.1. Resultados de la revisión de las Bases de Datos

A partir de las bases de datos de MME facilitadas por el MSPS y las Direcciones Territoriales en Salud, se consideraron las siguientes variables para la selección de los casos:

- Ubicados en la misma ciudad, municipio o municipios cercanos a partir de las regiones propuestas.
- Casos registrados en la bases de datos con Demoras I y II, con Demora I y sin Demora II, o con Demora II y sin Demora I

Luego de seleccionar los casos por ciudades, con las variables de selección mencionadas, al momento de entablar el primer contacto con las mujeres que cumplían los criterios de selección, se comenzaron a percibir circunstancias que influyeron en el proceso investigativo en lo que se refiere a:

- Varias de las bases de datos que se recibieron, en especial las procedentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIIVIGILA, no tenían información sobre los datos telefónicos por lo que se hacía imposible el contacto con las mujeres.
- En las bases de datos que sí tenían información de contacto, se encontró un alto porcentaje de casos con teléfono inexistente, fuera de servicio, equivocado o que en reiteradas ocasiones se dirigía a “correo de voz.”
- Se realizaron dos contactos telefónicos con cada una de las mujeres antes de realizar un primer encuentro con ellas. Luego de realizar estas entrevistas telefónicas se detectó un alto porcentaje de mujeres que no cumplían criterios para ser catalogadas como Demora I o II.
- Un alto porcentaje de las mujeres efectivamente contactadas manifestaron su extrañeza y molestia por estar incluidas en esas bases de datos, dado que asistieron a todos los controles y nunca tuvieron una demora en acudir al médico luego de cualquier signo de alarma.

Es evidente que existen problemas en la clasificación de las Demoras en las instituciones de salud. La inadecuada interpretación de las Demoras I y II, que presume que estas son responsabilidad de la mujer o la comunidad, hace que haya una sobreasignación a este tipo de demoras en las bases de datos de MME.

La siguiente tabla muestra el consolidado del proceso de identificación y selección de los casos:

Tabla 3: Proceso de verificación de los casos de MME para selección de las mujeres a participar en la investigación

TERRITORIO	REVISIÓN DE CASOS			VERIFICACIÓN		PARTICIPACIÓN	
	Casos reportados por las bases de datos	Casos con datos de contacto errados	Mujeres Contactadas	Casos confirmados de Demoras I y II	Casos descartados como Demoras I y II	Rechazan participación	Participantes finales
Bogotá	24	13	11	6	5	1	3
Cali	35	23	12	5	7	2	3
Cartagena	44	33	11	3	8	1	2
Buenaventura	23 ⁷	14	9	5	4	2	3
Boyacá	10	5	6 ⁸	3	2	2	3
TOTALES	136	88	48	22	26	8	14

Estas dificultades se ilustran, en palabras de las mujeres contactadas, con los siguientes testimonios⁹:

“Yo no tuve ninguna demora en ir al médico (...) yo tuve fue un desprendimiento de placenta, un día tuve un dolor fuerte y fui al médico enseguida (...) me lo sacaron en la Clínica San Pío pero estaba muerto, tenía ocho meses y medio. Yo fui a todos los controles, no sé porqué estoy en esa lista...yo no tuve ninguna otra molestia” [Contacto telefónico, 20 años, clasificada como Demora I y II].

En la mayoría de estos casos las mujeres manifestaron serias inconformidades con la atención en los servicios de salud.

“Yo estuve muy indispuesta siempre, tenía dolor de columna, náuseas, siempre me decían que estaba bien y el niño me nació con síndrome de Down, yo estuve en controles cada 15 y hasta cada 8 días por lo que sabía que estaba con riesgo, pero después me dijeron que tenía que esperar hasta las 42 semanas y entonces yo me ofusqué mucho y en la ofuscación nació el niño prematuro, eso fue como en la semana 37 (...) yo nunca me demoré en ir al médico incluso en el centro de salud me decían la chillona porque iba seguido y consultaba cualquier cosa (...) a mí siempre me dijeron que todo estaba normal” [Contacto telefónico, clasificada como Demora I y II].

⁷ En la ciudad de Buenaventura se seleccionaron dos mujeres que aparecían en la base de datos como sobrevivientes al evento de MME, pero al contacto, se encontró que habían fallecido.

⁸ En el caso de Sogamoso en Boyacá, dos de los casos seleccionados provienen de la base de datos del MSPS y 1 caso proviene de la base de datos de salud pública suministrado por el municipio.

⁹ En todas las transcripciones de los relatos de vida, fueron cambiados los nombres de las personas e instituciones que fueron referenciados por las mujeres o sus redes cercanas – y en algunos casos, el nombre del lugar de residencia, en el que se justificaba para garantizar la confidencialidad.

En otros casos, al realizar una exploración más profunda, se detectó que el caso de la mujer no correspondía a las Demoras I y II procediendo a explicar a la participante la razón por la cual no podíamos continuar la entrevista, al no cumplir los criterios definidos por la investigación como se constata con el siguiente testimonio:

*“¿La primera vez que fue Ud. le dijo al médico que creía que estaba embarazada?
“Sí, y me dijo que no creía. Me tocó, me espichó la barriga y me dijo que no creía. Que no tenía cara de embarazada ni nada. Que de pronto el dolor de cabeza es lo que hacía que me diera vómito y mucha sed y el malestar que tenía. La migraña da así. Y yo pues dije, si usted lo dice (...)*

¿No le hizo ninguna prueba de embarazo? No, nada. No me hicieron nada más y me mandaron para la casa. (...) Y como se me calmó el dolor de cabeza, me preguntó si sufría del corazón y le dije que hasta donde sabía, sí. Me dijo que tomara diclofenaco y acetaminofén. Pero me seguía llegando la menstruación normal. Eso era lo que se me hacía raro. Cada vez que me dolía la cabeza me tomaba 2 acetaminofén y tomaba mucho líquido. Yo seguí jugando y seguí normal con mi vida. A los 5 meses y medio se me presentó el problema del dolor de cabeza muy fuerte otra vez. Yo me tomé 2 acetaminofén y me fui a jugar. De nada más me acuerdo, cuando me desperté yo ya tenía el bebé.

¿El bebé nació con 5 meses? Con 5 meses y medio, 28 semanas” [Contacto telefónico, clasificada como Demora I y II].

Como puede observarse, los datos de localización de las sobrevivientes son deficientes, ya sea porque no se registran bien o porque las mujeres tienen una alta movilidad territorial, incluido el cambio del teléfono móvil. Por otra parte, de los casos asignados en la base a Demoras I y II y que pudieron ser contactados (48 casos), solamente en 22 casos se pudo comprobar la ocurrencia de estas demoras (45%). Esto da fuerza a la hipótesis, aunque en una muestra pequeña, de la sobreasignación de Demoras I y II en los casos de MME.



Estos hallazgos implican que se necesita avanzar en una mayor estandarización de la definición de las demoras y en procesos formativos de las personas encargadas de realizar la clasificación de las mismas.

5.2. Resultados desde lo socio estructural

Los elementos socio estructurales dan cuenta de aquellos elementos que conforman el contexto donde las mujeres participantes viven o vivieron su experiencia de embarazo, pero también de aquellos que afectan su trayectoria vital en términos históricos, culturales y materiales. Los que se mencionan a continuación son los más importantes por el peso relativo que tienen en las experiencias de la maternidad y el embarazo, así como en las maneras en que se estructuran las relaciones con sus personas cercanas.

5.2.1. Urbanización

Uno de los elementos coincidentes en los relatos de vida es la procedencia urbana de la mayoría de casos, excepto un caso en Buenaventura y dos en Boyacá¹⁰. Las mujeres participantes viven en entornos urbanos marginales, con altos índices de precariedad que las ubican en contextos de vulnerabilidad. La mayoría de los casos tienen historias de migración rural – urbana, pasada o reciente. Estos procesos migratorios disminuyen las redes de relaciones de las mujeres con sus familias y otras personas de sus lugares de origen. En uno de los casos de Buenaventura, de migración reciente, la mujer relata como en el lugar de donde procede existe una estructura vecinal de solidaridad propiciada por el Concejo Comunitario que se expresa en unas redes vecinales preocupadas por el bienestar colectivo, incluido el de las mujeres y su cuidado de la salud.

¹⁰ Esto se debe a la escogencia de los contextos de estudio, en donde se privilegiaron ciudades, sin embargo, muchos de los casos contienen historias de migración única, la mayoría de las veces múltiples, de los contextos rurales a los urbanos.

La migración puede ser única, pero en la mayoría de los casos estudiados es múltiple, de varios movimientos entre ciudades y regiones.

*“Ella nació en la zona rural de Frías, Tolima, pero se ha movido en repetidas ocasiones -principalmente por motivos económico/ laborales-, entre Bogotá y distintos sectores del Valle del Cauca y el eje cafetero. Su hija mayor, de doce años, vive en Sevilla [Valle del Cauca], con la mamá de Ángela, quien se ha encargado de la crianza y manutención de la niña desde su nacimiento”
[Ángela, relato de vida. Cali].*

En otros casos, de inserción urbana, se relatan situaciones en la que las mujeres pierden sus redes de relaciones cercanas y el entorno ha disipado las estructuras de solidaridad, privilegiando un sentimiento y una concepción individualista, en la que la mujer y su familia –si la tiene- deben resolver de manera solitaria los aspectos que tienen que ver con la enfermedad y con otros aspectos de su vida. Esta pérdida de relaciones cercanas –familiares y sociales- produce un aislamiento de las mujeres y una pérdida de su autonomía, expresada como una de las dificultades para acceder a tiempo a los servicios de salud, pero también para asumir y exigir sus derechos. Muchas de ellas tienen dependencia económica de la pareja, lo que incide en pérdida de autonomía sobre su cuerpo, su vida social y sus posibilidades de acción cotidiana y relación con redes existentes o la creación de nuevas. Otras tienen empleos precarios como el servicio doméstico o la venta informal, con ingresos escasos lo que también afecta sus posibilidades de agencia en lo que tiene que ver con ellas mismas y sus familias.

En el caso de Bogotá se encuentra en dos de los casos, una migración reciente, con redes familiares en otras ciudades pero inexistentes en Bogotá, conviviendo con parejas que ejercen violencia de género, obligando a que la cotidianidad de las mujeres se dé en el encierro de sus viviendas encargándose del cuidado de sus hijos/as. En Cartagena, por otro lado, una de las mujeres entrevistadas es totalmente invisible para el Estado y el territorio donde habita: no posee registros, no tiene seguridad social, sobrevive con base en la informalidad vendiendo dulces en la playa, no conversa con vecinos/as, ni les pide ayuda.

Es madre sola, ya que su pareja estaba dedicada al consumo de sustancias psicoactivas y ella la expulsó de casa, lo que muestra cierto poder y autonomía que se basan en su capacidad de sobrevivencia, pero que no trasciende la posibilidad de ejercicio de derechos como ciudadana.

5.2.2. La violencia estructural

La violencia estructural está presente en varios de los casos estudiados. Es evidente en Buenaventura, donde se reporta en los relatos de vida y diarios de campo, cómo los actores armados controlan territorios y el tránsito de las personas está mediada por los permisos que el actor dominante concede. En Bogotá, Cali y Cartagena, los contextos de precariedad también albergan situaciones de violencia, a veces generada en el contexto de actividades ilegales, bandas juveniles y consumo de sustancias psicoactivas. El desplazamiento forzado es otra expresión de la violencia estructural que involucra a las entrevistadas y sus familias. Las mujeres conviven con estos elementos de violencia que condicionan sus posibilidades de acción cuando de buscar su salud y la de sus familias se trata.

“La violencia generada por el control del territorio y de la movilidad protagonizada por las pandillas dificultan la conformación de redes sociales de apoyo para atender a los enfermos, así como también generan una abierta desconfianza entre vecinos y vecinas. Para mis visitas a la casa de Susana y de su prima Magdalena, ella debió informar a algunos habitantes de la invasión, de acuerdo a lo que me fue posible dilucidar en mis observaciones durante tales encuentros. Ellos nos siguieron a la entrada y salida del barrio en cada ocasión en que tuvieron lugar las visitas. Igualmente, en mi encuentro con Magdalena la hija mayor de ella, Carla, cuidó de mi llegada y de mi salida de la invasión y permaneció junto a mí, al igual que Susana, hasta el momento en que yo tomé el transporte que habría de llevarme de vuelta al barrio en el que me hospedé” [Diario de campo, investigadora, Cartagena].

“Ella es desplazada a causa del conflicto armado, y junto a su familia ha sido víctima directa de este en repetidas ocasiones: uno de sus hermanos fue asesinado hace pocos meses y su segunda pareja fue desaparecida hace ya varios años. A pesar del intenso conflicto armado presente en la zona, Mariela



es una de las pocas personas que han retornado a la vereda después de los tres episodios de desplazamiento masivo ocurridos allí, "(...) allá queda muy poquita gente, ya parece un pueblo fantasma [pero aun así usted...] me gusta estar por allá (...) es siempre bueno estar en lo de uno, es muy duro estar en las casa ajenas y sin trabajo uno [¿Pero allá en qué trabaja?] Allá, mi marido tiene finca (...) tiene guayaba, tiene banano, plátano, tiene papa china, chontaduro y uno coge eso pa´ comer" [Mariela, relato de vida. Buenaventura].

En este mismo marco de violencia social, política y económica que enfrentan estas mujeres, otro tipo de violencia estructural es la violencia de género, que asociada a la violencia simbólica¹¹ que incorporan estas mujeres, limita su autodeterminación en todos los aspectos de la vida cotidiana.

"Sin embargo, durante la redacción de este informe, Sonia me llamó al celular llorando y pidiendo ayuda porque Julio la había agredido 15 días atrás. Según me comentó, un día él llegó tarde a la casa, "estresado", después de jugar billar y la golpeó contra las paredes, dejándole chichones en la cabeza. Ella acudió a la Comisaría de Familia más cercana y de allí la remitieron a Medicina Legal donde le negaron atención. Es probable que esto se deba a un paro que hubo de esta institución a nivel nacional. Actualmente las marcas de la agresión desaparecieron, lo que puede constituir un obstáculo para entablar una acción legal contra Julio. Al momento de ponerse en contacto conmigo Sonia había decidido no seguir adelante con la demanda contra su marido debido a que no tiene independencia económica y teme no poder proporcionarles sustento a sus hijos" [Diario de campo, investigador, Bogotá].

5.2.3. Empleo y seguridad social

Tanto sus parejas como ellas cuando están empleadas, tienen trabajos precarios, algunos de ellos sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o con interrupciones en la misma debido a la alta rotación en los empleos. Esto produce, en un evento de corta duración como la gestación, brechas importantes en la atención de las mujeres.

¹¹ Corcuff, siguiendo a Bourdieu, plantea cómo la violencia simbólica se constituye en un marco en el cual "las distintas formas de dominación, a menos que recurran exclusiva y constantemente a la fuerza física, deben ser legitimadas, reconocidas como legítimas; es decir, deben tomar un sentido positivo o, en cualquiera de los casos, volverse "naturales", de modo que los propios dominados adhieran al orden dominante, mientras pasan por alto su carácter arbitrario (no natural, no necesario, y por ende histórico y transformable). (Corcuff, 2013).

La mayoría de los casos entrevistados pertenecen al régimen subsidiado de salud, aunque algunas mujeres reportan haber pertenecido de manera alternada al contributivo, porque sus parejas han tenido empleos temporales que les han exigido pertenecer a este régimen. Sin embargo, estos cambios entre subsidiado y contributivo que debieran darse automáticamente, producen brechas de atención cuando la persona afiliada pierde su trabajo o acaba el contrato, ya que la familia debe comenzar nuevamente los trámites para ser incluidos en el régimen subsidiado de salud.

De hecho, no se encontraron diferencias en los relatos entre las mujeres pertenecientes al régimen subsidiado y contributivo en lo que tiene que ver con las posibilidades de acceso y atención en salud. El elemento marcador parece ser el estrato o la condición socioeconómica de precariedad, ya que aun cuando en ocasiones se tenga un contrato laboral, el acceso y atención en salud se encuentran con las mismas barreras que quienes no lo tienen, o la mejora es solamente temporal mientras el contrato laboral existe.

“Mercedes es una mujer blanco-mestiza originaria de Bolívar, Cauca, municipio en el que vivió junto a su abuela y una de sus tías hasta los 16 años. De Bolívar se mudó a un sector rural de Popayán, en el que reside su mamá; hace más de catorce años migró a Cali para trabajar como empleada doméstica interna, labor que ejerce como externa “por días” desde los 22 años. En la actualidad vive con sus dos hermanas, sus sobrinos y sobrina, y sus dos hijas, una de 14 años y otra de 1 año -ambas afrocolombianas-. Su hermana mayor trabaja también en el servicio doméstico “por días”, ella tiene dos hijos adolescentes; por su parte, su hermana menor, que tiene una hija de 2 años, se ocupa de las labores domésticas no remuneradas del hogar; ninguna de las tres mujeres tiene pareja en este momento. El pago por un día de trabajo doméstico oscila entre \$ 25.000 y \$ 30.000, valor que solo en algunas ocasiones va acompañado de alimentación durante la jornada y subsidio de transporte. Al igual que sus hermanas, Mercedes solo cursó hasta quinto de primaria” [Mercedes, relato de vida. Cali].

“Al momento de la entrevista el esposo de María acababa de vincularse de nuevo laboralmente, después de más de seis meses sin empleo. Él se desempeña como operario de una empresa dedicada a la instalación de alarmas contra incendios, que ofrece sus servicios a almacenes de cadena y grandes plantas de producción. Aunque desde hace más de cinco años ha venido trabajando con la misma compañía, ésta lo contrata a través de empresas de servicios temporales, dependiendo de la demanda de su labor, lo que le significa una gran inestabilidad económica y largos períodos sin afiliación al sistema de salud Sistema de Salud. Tiempo antes del nacimiento de su última hija, María trabajaba por días en un supermercado de frutas y verduras, empleo que tuvo que abandonar a causa de algunos problemas de salud que se complicaron durante el embarazo” [María, relato de vida. Cali].

La afiliación suele considerarse un proxy del estrato o de la capacidad económica. En nuestros casos, para el evento que nos ocupa de MME, parece ser que la pertenencia al régimen subsidiado o contributivo no representa diferencia importante en el acceso a la atención. La atención está ligada a la tenencia del carné y cuando se termina un contrato laboral –generalmente en el sector de la construcción- el carné contributivo pierde su vigencia y lograr tener el carné subsidiado implica tiempo y una exposición a la burocracia que produce brechas temporales en las que las personas no pueden acceder al servicio.

Otros eventos en el marco del SGSSS, que funcionan como barreras de atención marcan la ocurrencia de situaciones de negación del derecho a la salud para estas mujeres. A pesar de que el bloque de constitucionalidad impone la atención a las gestantes como obligatoria y gratuita, siguen existiendo trabas en todos los niveles del sistema que preocupado por su rentabilidad, no gestiona adecuadamente el riesgo en estas mujeres y vulnera su derecho a la salud y la vida.

“Tras enterarse de que estaba embarazada, Teresa acudió al Hospital Santa María para iniciar los controles prenatales, pero allí le informaron que aparecía afiliada a dos EPS y que tenía que presentar una carta de su antigua EPS, a la que estaba afiliada cuando vivía con su mamá certificando su retiro de ella, para que le brindaran atención. Esto pese a que durante su primer embarazo fue atendida sin inconvenientes por la EPS a la que la había sido afiliada por su esposo como beneficiaria. El inicio de los controles prenatales se postergó dos meses debido a este inconveniente. Una vez obtuvo la documentación necesaria acudió a una UPA y le programaron su primera cita” [Teresa, relato de vida. Bogotá].

"Pues...de La Hojarasca a El Samayal se gastaba, en bus, como tres horas y tocaba pagar como 4 trasportes. (...) Eso estaba entre 50 mil y 60 mil pesos de viajar hasta allá. Sólo de para abajo y de para arriba otros 60 mil (...) tenía que ir hasta allá porque acá en La Hojarasca pedí la encuesta y no me la pasaron... no..., nunca fueron a hacer la encuesta, no, no, eso no fue rápido. Y entonces yo ya... pues... hacíamos viajes, de que por favor vayan a hacer la encuesta, bueno que tal día, que iban dentro de 20 días, bueno se llegaban 20 días ya volvía y uno bajaba y decían no, dentro de un mes que por allá ya pasamos y así, no llegaban a hacer la encuesta" [Alejandra, relato de vida. El Samayal - Boyacá].

Aspectos como la solicitud de cartas de desafiliación de otras EPS o municipios, siguen siendo requisitos que se aducen en varios lugares del territorio nacional, para negar el derecho constitucional de toda gestante a los servicios de salud, que el Estado y sus agentes debiera garantizar.

La principal consecuencia de estas brechas en afiliación, es que la gestión del riesgo identificado no se está llevando a cabo. Varias de estas mujeres fueron detectadas en uno de sus primeros controles como de alto riesgo, pero luego en los eventos de desafiliación y búsqueda de nueva afiliación, sumado a los eventos de movilidad y precariedad, se pierde el seguimiento y control pertinentes para la gestión del riesgo y para la garantía del Derecho de estas mujeres.

"Al cuarto mes de gestación, una vez que volvió a contar con afiliación a su EPS, asistió a su primer control prenatal en el centro médico Cooperarte [Bogotá], al que llevó los resultados de los exámenes que le enviaron en una primera consulta. Allí le habían indicado que su embarazo era de alto riesgo, en tanto que había tenido tres embarazos previos, sufría de hipoglicemia y tenía antecedentes familiares de hipertensión. Antes de esto, por sugerencia de una amiga que vivía en su casa, había acudido a un centro de salud del barrio para realizarse un chequeo médico, evento que ella no cuenta como un control prenatal, puesto que no le enviaron los exámenes de rigor, ni le dieron alguna sugerencia o prescripción médica. En dicha ocasión debió asumir los costos de la consulta [\$ 20.000].



Poco tiempo después del primer control la empresa volvió a atrasarse en el pago de los aportes en seguridad social, de manera que no asistió al segundo; esta inasistencia coincidió también con su mudanza a Cali, durante su quinto mes de gestación. Su esposo se mudó semanas después con ella, renunciando al trabajo en Bogotá, dada su inconformidad con las condiciones laborales de la empresa. Veinte días después de la llegada de su pareja volverían a tener afiliación a una EPS -él encontró un nuevo trabajo-, aunque tuvieron que esperar un mes más para poder emplear el servicio de nuevo, de manera que ella no retomó a los controles prenatales” [Angela, relato de vida. Cali].

“Debido a su edad (37 años), a las complicaciones durante el embarazo de su primer hijo y a sus problemas de salud en ese momento, el médico dictaminó que ella era una paciente de alto riesgo. María inició los controles prenatales, pero solo alcanzó a asistir a dos de éstos y a una remisión ginecológica, dado que su esposo se quedó sin trabajo y fueron desvinculados del Sistema de Salud. Buena parte de la entrevista describe con detalle el impacto de esta situación económica adversa sobre su embarazo, destacando sus escasas redes de apoyo familiar: (...) no teníamos ni cómo pagar un arriendo, muchas veces yo si desayunaba no almorzaba, si almorzaba no comía (...) no teníamos quien nos ayudara, porque pues desafortunadamente la mamá de él y la mía no son como las mejores madres (...) entonces era la ayuda de mis amigos, de mi mejor amiga (...) fue supremamente difícil y muy frustrante mi embarazo, yo a veces lloraba de hambre (...) era un ser dentro de mí pidiéndome comida y no tenía” [María, relato de vida. Cali].

Los marcos en los que ocurre la vulneración de derecho a la salud de estas mujeres, tienen que ver con la discontinuidad de la atención por las fallas del SGSSS, ya que ellas consultaron los servicios de salud oportunamente y se les detectó un riesgo para su condición de embarazo que no se gestionó adecuadamente.

5.2.4. Pérdida de confianza en el Estado y sus agentes

Otro aspecto relevante que se encontró en el trabajo de campo es la desconfianza existente entre estas mujeres y sus comunidades con la institucionalidad del Estado. En algunos casos las entrevistadas expresaron su temor de que este estudio sirviera al ICBF o a otras instituciones para quitarles su hijos/as o para interferir en sus vidas. De hecho, algunas mujeres que inicialmente habían aceptado la entrevista, luego se negaron aduciendo falta de tiempo, lo que en una percepción de las investigadoras/es podría explicarse en el surgimiento de desconfianza, por parte de las mujeres, no en la investigación, sino en la posibilidad que se tratara de una estrategia institucional para valorar su papel como madres.



No de otra manera se explica que en la conversación telefónica preliminar se veían muy interesadas en participar y luego desistieron sin mayor explicación. No existe una percepción de la institucionalidad como garante de derechos y en esa perspectiva, las personas “desconfían” de los agentes institucionales, especialmente de aquellos que en el sentido común se encargan de la protección de niñas y niños, y que a veces en su accionar “le quitan” a las familias a sus hijos/as.

“Algo que llama la atención es que en la primera entrevista Juliana aseguró que vivía sola con su hija y que “el papá de la niña” les colaboraba con dinero, pero que ya no vivían juntos. En la segunda entrevista la situación fue muy distinta: Gerardo gozaba del estatus de “esposo” –como me fue presentado luego de una pausa de un par de segundos que denotaba duda– y ellos habían vivido juntos de forma ininterrumpida. Sospecho que esto no es así, que en realidad están separados, pero que temían que el entrevistador fuera un representante del gobierno que les podía quitar a su hija y por lo tanto hayan decidido escenificar el modelo tradicional de familia con el fin de evitarlo” [Juliana, relato de vida. Bogotá].

5.2.5. Precariedad de redes

En los contextos rurales y municipios pequeños existe el apoyo que brindan las redes familiares y vecinales a las personas que se enferman y particularmente a las mujeres en gestación. El caso más representativo en este estudio se da en Buenaventura, con Mariela, que en el área rural pertenece a una comunidad afro, en la cual el consejo comunitario está pendiente de sus miembros y en el caso referido, están pendientes para prestar ayuda si ella lo requiere.

“Al no percibir una situación de gravedad ella no consideró pertinente hacer uso de sus redes de apoyo en términos monetarios, aun cuando varias personas estuvieron ofreciéndole su ayuda a lo largo del embarazo: (...) pues ella mantenía pendiente [su cuñada], cuando yo no me levantaba ¿cómo amaneció gorda? ¿Qué cómo va? Bien, yo le decía: sí, pues qué necesita pa’ ofrecerle (...) me llevaba que mangos, que... bonyures, y si yo iba a ir al médico también me preguntaba si tenía pa’ los pasajes, yo decía sí, pero no [Si... ¿así no tuviera?] tuviera o no, decía así [¿Sí?, ¿si no tenía no le decía no tengo?] no [¿por qué?] no, uno pa’ estar pidiendo favor ahí. Finalmente, una noche en que su dolor de cabeza se hizo insoportable, Mariela acudió a sus amigos más cercanos de la vereda, uno de los cuales se encontraba en Buenaventura; ellos le ayudaron a conseguir transporte para ir de inmediato al puesto de salud de La Independencia, donde le aplicaron algunos medicamentos para el dolor de cabeza y la dieron de alta, teniendo que regresar esa misma noche a Río Paila, a pesar de los síntomas identificados y de ser una paciente de “alto riesgo” [varios embarazos previos y sobrepeso]. En la tarde del día siguiente, después de tomarse una de las pastillas que le prescribieron en el puesto de salud, Mariela empezó a convulsionar y tuvo que ser llevada de urgencias a Buenaventura en el bus de la escuela de su vereda. Allí la esperaba uno de sus mejores amigos; debieron pasar por un puesto de salud y una clínica, antes de que fuera valorada y hospitalizada en la Clínica Santa Gertrudis” [Mariela, relato de vida. Buenaventura].

En los contextos más urbanos, esto ha ido perdiéndose y configurando una individualización y encerramiento en el ámbito privado de las necesidades que aparecen durante la gestación y los fenómenos de enfermedad asociados a esta.

“Susana me contó que los líos por paternidad irresponsable son más de los que cabe imaginar en un barrio tan diminuto, y que así es en el caso de ella y el papá de su hija mayor. Así, sus redes son aun más reducidas.

La ausencia de redes es un aspecto fundamental en el caso de Susana, pues el carecer de apoyo para que alguien se haga cargo de las niñas y de la casa, son causa de retrasos a la hora de consultar en el caso de enfermedad, pero también puede ayudar a entender la dificultad para construir discurso sobre sí y para la reflexividad” [Susana, relato de vida. Cartagena].

En los espacios urbanos, las mujeres que provienen de migraciones o desplazamientos rurales, han ido perdiendo las redes de apoyo originarias de su familia y sus amigas. En contextos de precariedad y dependencia económica, la única red existente es la pareja, que como se ha mencionado, en ocasiones ejerce violencia contra estas mujeres. Más que red de apoyo se convierten en sujetos dominantes y vulneradores de los derechos.

“Este evento marcó un primer momento en la configuración de una relación de dependencia económica, pérdida de autonomía y sumisión frente a su esposo, que se fue consolidando cada vez más. También fue definitivo en el debilitamiento de sus redes de apoyo, luego de que su padre, quien continúa viviendo en Neiva, le reprochara con vehemencia haber quedado embarazada sin haber concluido sus estudios y haberse procurado un trabajo, como lo han hecho sus primos y hermanos” [Sonia, relato de vida. Bogotá].

“Ángela me habló con tristeza del momento en el que acudió sola a urgencias, pues hubiese deseado que alguien más cuidara de sus hijos para que su esposo la acompañara. No obstante, usualmente no piden este tipo de ayudas a sus redes familiares, buscando evitar “deberle favores” a alguien, según me dijo su pareja” [Angela, relato de vida, Cali].

Existe también la noción del sentido común, ligado a la individualización, de no deberle favores a nadie. La noción de solidaridad entre vecinos/as ha sido reemplazada por la noción economicista de quedar en deuda con quien preste una ayuda en un momento de necesidad. “No deberle favores a los demás” parece marcar el imaginario de las mujeres y hombres que enfrentan dificultades en el marco del embarazo, el parto y el puerperio. Esta noción aumenta la soledad y el ostracismo y se establece como respuesta a la sanción social a que se ven expuestas las mujeres jóvenes o mayores que están en embarazo.

Por otra parte, la violencia estructural urbana configura un escenario de desconfianza que contribuye a la precariedad de las redes ya que los actores ilegales ejercen un fuerte control territorial en estas zonas, que incluye la restricción de la movilidad, los horarios y el tipo de actividades que pueden llevarse a cabo en los diferentes sectores. Es de imaginar que dicho control afecta la percepción de seguridad que tienen estas mujeres y sus familias acerca de sus propios vecinos y vecinas y las relaciones que tienen con ellos y, en últimas, imposibilitan o afectan la organización comunitaria y la articulación de redes. Por ejemplo:

“(…) en esta medida puede comprenderse la extrema desconfianza que las familias de Susana y de Gloria manifiestan sentir hacia quienes las rodean y la poca colaboración entre las personas de sus barrios en caso de enfermedad, pues cada cual debe ver por sí mismo”[Diario de campo, investigadora, Cartagena].

No obstante, en este panorama de falta de solidaridad con las mujeres gestantes en contextos de vulnerabilidad, siguen siendo las mujeres quienes se convierten en las redes de apoyo primario para algunas de estas mujeres que sufren eventos de morbilidad materna extrema. La sororidad como concepto del movimiento de mujeres, toma sentido y significado cuando se trata de acompañar y ayudar a mujeres que han sufrido eventos de enfermar cuando están embarazadas.

“Entre sus redes de apoyo durante su enfermedad y hospitalización Diana menciona a sus tías, algunas amigas del barrio [una de ellas estaba cuidando de su hija el día de la entrevista] y su hermana, que reside en Cali.

[¿Y cómo hizo las hospitalizaciones, quién la llevaba, quién la visitaba, quien le cuidaba la niña?] Mi hermana, mi hermana estaba en Cali y ella me iba a visitar todos los días.

[¿Y quién más?] Y así mis tías también.

[¿Dónde viven?] Ellas viven por allá adentro pero ahorita no están [No están en este momento] Y así amigas también me iban a visitar.

[¿Tampoco están las amigas?] Si una está allá adentro, ya ahorita acabe de dejar la niña allá” [Diana, relato de vida, Buenaventura]

“Mercedes destaca que a lo largo de su embarazo y enfermedad su red de relaciones, que de por sí era bastante reducida, se limitó al apoyo de sus hermanas, una de las cuales “asumió la obligación” que “correspondía a su pareja” y a su empleadora” [Mercedes, relato de vida, Buenaventura].

5.3. Resultados desde los aspectos socio simbólicos

5.3.1. El embarazo como evento inesperado y no deseado

La maternidad a nivel abstracto es considerada como un atributo que otorga valor a las mujeres, sin embargo, en condiciones concretas no siempre es así (Elú, 1993). En varios de los casos entrevistados, el embarazo se constituyó como un evento inesperado, no deseado y no planeado que luego fue transitando a la noción de «aceptado», con una transición de carga emocional altamente negativa.

“Para Susana no fue fácil confesar que no estaba muy contenta cuando se enteró de que esperaba a su tercera hija, pero finalmente lo comentó con lágrimas en los ojos y dijo que ésa fue la razón principal para que ella no asistiese a controles prenatales durante su embarazo e incluso lo mantuviese oculto hasta tener cinco meses, cuando ya podía notarse y no le quedaba más que hacerlo público” [Susana, relato de vida, Cartagena].

“Ángela se percató de su último embarazo en el primer mes de gestación, pese a lo cual inició de manera tardía los controles prenatales [segundo trimestre], atribuyéndole este retraso a dos factores: el tiempo que tomó para “aceptarlo”; y su desvinculación al Sistema de Seguridad Social debido a que los empleadores de su esposo no habían hecho el pago de los aportes correspondientes. Entre las dificultades en el proceso de “aceptación” ella menciona su deseo de no tener más hijos, al que se sumó el hecho de que su embarazo significó el cierre de una posibilidad laboral que estaba a punto de concretarse. No obstante, en lo que más hace énfasis es en no haber contado con el apoyo emocional de su esposo en los primeros meses, pues él le dejó de hablar, responsabilizándola así de lo ocurrido” [Angela, relato de vida, Cali].

“Él estaba muy feliz por el embarazo de Gloria pues deseaba mucho tener hijos ya que a sus 32 años se sentía “quedado” en relación con sus pares en la Policía, en tanto que Gloria no estaba muy feliz con la noticia. Este tercer embarazo estuvo enmarcado por una depresión por la que fue remitida a servicios psicológicos por su E.P.S.; depresión producto de las grandes dificultades que atravesaba su relación de pareja y que le hacía rechazar su gestación” [Gloria, relato de vida, Cartagena].

“(…) llore muchísimo porque no esperaba otro hijo, porque para mí ya se había cerrado el ciclo de los hijos (...) yo no te lo niego, totalmente reacia en ese sentido, no me miraba el estómago, no hablaba de eso, nada no quería tener mi hija” [María, relato de vida, Cali].

“Pero eso también fue descuido, es que eso es descuido de uno porque si yo hubiera sido otra mamita, yo había ido de una vez a, de una vez hasta que, más o menos al después de dos meses, había ido pues a ponerme al control (...) Si señora, yo primero no los quería tener, yo hasta compré las pastas para abortar, para abortar a mis bebés... Me las vendieron y me las consiguió una persona mayor, sí, me las consiguió una persona mayor, me sacó hasta un ojo de la cara pero me las compró, cuando yo las tenía así, (...) Yo le decía “no yo no quiero tener”... y yo le dije a él no, y compré las pastas, y mi Dios es tan grande es que, mire que hasta me alcancé, me alcancé a tomar unas pastas de eso y los bebés no se salieron...y aquí estoy, por eso es un castigo de mi Dios yo digo quitarme un bebé, me dio dos” [Adriana, relato de vida, Sogamoso].

Los imaginarios que circulan en estos relatos tienen que ver con las profundas desigualdades y desequilibrios existentes frente a las decisiones reproductivas, en donde los hombres y la sociedad en su conjunto son los que deciden por las mujeres, basados en la atribución “natural” de las responsabilidades de cuidado y crianza. No importa que no se desee el hijo y que la obligación de continuar con el embarazo traiga consecuencias emocionales y físicas para las mujeres. La agencia moral social e institucional obliga a estas transiciones dolorosas del no deseo a la aceptación del embarazo, el/la hijo/a. El control social sobre las mujeres se impone con un orden patriarcal imperante. La interrupción voluntaria del embarazo, aunque se piensa por algunas de estas mujeres, es rápidamente desechada ante la poca posibilidad de que los agentes institucionales y sociales acepten la decisión de las mujeres a este respecto. Las decisiones de la mujer están supeditadas en el espacio privado por su pareja y en el espacio social por la sociedad en su conjunto.

5.3.2. La maternidad constituyente de la identidad femenina – designio divino

En los contextos estudiados circula el sentido común que penaliza el embarazo en mujeres adolescentes y en adultas mayores de 30 años, más aun si estas últimas tienen varios hijos/as. En las jóvenes, ligado a la idea de que no deben tener relaciones sexuales y el embarazo es la evidencia del error, o en contextos religiosos – morales, del pecado.

Sin embargo, el valor social se repara en la medida que la adolescente asuma su responsabilidad como madre y transforme su proyecto vital, en el proyecto del hijo/a y de su pareja, si esta existe.

Entre las mujeres mayores, en cambio, el sentido común ha tomado la noción de riesgo y le ha atribuido un valor social negativo a aquellas que se embarazan. La construcción social del sentido común a partir de la “evidencia científica”: a partir de las narrativas médicas se va configurando un discurso que estigmatiza, excluye y culpa a las mujeres mayores cuando se embarazan, sin importar el contexto en que esto ocurre. De igual manera, independientemente de la edad, socialmente se ve como negativo que una mujer que tiene varios hijos se embarace nuevamente. Las mujeres ante este dispositivo de control social, reaccionan con un discurso de resistencia ligando el embarazo y los hijos/as a un designio divino.

“Durante el embarazo llegué a tener una depresión y tuve que asistir a una psicóloga y ella me dijo que si yo no asistía con ella a las sesiones, podría tener una depresión post-parto y rechazar al bebé y no lo iba a querer [...] Yo estaba muy deprimida y por eso tuve que ir a la psicóloga. Ya gracias a Dios, como a los 3 meses o 4 meses de embarazo, se me pasó la idea y todo era diferente. Trataba de recaer nuevamente cuando hablaba con él, peleábamos y me insultaba o algo, y volvía y me sentía mal. Ya después tratamos de arreglar la relación, hacerlo por el niño, llevarnos bien y ser amigos” [Gloria, relato de vida, Cartagena].

“Pues pienso yo que son como bobadas, como prejuicios, pues trae sus riesgos ser mamá muy joven, porque lo fui muy joven y también lo fui muy vieja (...) pero igual eso a la gente no debería de importarle, igual pienso que somos mujeres y estamos para eso, para dar vida y bendito sea Dios en el momento en que los manda” [María, relato de vida, Cali].

“Cuando ambos queríamos no y cuando ya el día menos pensado fue que me embaracé, que a todos nos dio una sorpresa ... o sea, ya dije no, no esperar más... esperar más adelante, esperar que cuando Dios quiera, o así, eso sí fue así (...) pero hay gente que lo mira mal a uno cuando uno está con el estómago así, o sea, como si uno ya es otro (...) de pronto porque yo vivía sola, ya otro hijo, de pronto la situación cambiaba, o de pronto que ya no le iba a dar todo el gusto a la niña, a la grande (...) por encimita iban hablando, me iban diciendo todo eso (...) y yo no, pues sí así me tocó que se le va a hacer, si ya luché con una voy a luchar con la otra... Pues si ya mi Dios me dio la niña pues qué se iba a hacer” [Mercedes, relato de vida, Cali].

El imaginario se transforma en resistencia frente a la sanción de la sociedad y los agentes institucionales que penalizan a las mujeres que cumplen ciertas características no deseables para ser madres: «ser mayores» «tener varios embarazos previos» «estar solas» «ser adolescentes» «No poder cuidar igual a los otros/as».

La aparente valoración social por ser madres, que se supone consenso social, no es tal y por tanto no se expresa en tratamiento diferencial en lo público y comunitario. En los espacios públicos, el transporte público y otros escenarios donde las mujeres embarazadas hacen presencia, no siempre existe un tratamiento diferencial que reconozca las necesidades de las embarazadas.

Generalmente son las otras mujeres las que exigen a los hombres y a la sociedad en general un tratamiento diferencial para las mujeres en gestación (redes de mujeres cercanas - mujeres en general). Cómo en el ámbito de las redes cercanas de apoyo, en los espacios sociales es la sororidad entre mujeres que han compartido la experiencia del embarazo la que busca un espacio de reconocimiento de derechos para las mujeres embarazadas.

Las mismas mujeres explican la falta de valoración social de las gestantes con clichés como «hay menos civismo», «la liberación femenina» y «las mujeres son responsables». Quizás una nostalgia de la “caballerosidad” derivada del amor romántico y de la madre abnegada, que es reconocida socialmente por sus hijos/as y a la cual se le cede el puesto o se le corre la silla, en tanto no confronte el orden social patriarcal.

5.3.3. Las prácticas de auto cuidado

Las demoras para solicitar atención pueden entenderse en términos de prácticas de auto cuidado que se ven influidas por las visiones del mundo y sobre sí misma, las concepciones sobre el cuerpo de las mujeres y el sentido común sobre las características ideales para tener hijos (edad, recursos, etc.) y un conjunto de transformaciones corporales, de sentimientos y de construcción de una imagen sobre el propio cuerpo y sus cambios a raíz del embarazo. Se evidencian en este proceso unas nociones de normalidad y anormalidad que se construyen en la matriz cultural aprendida de las mujeres de la familia –abuelas, madres, suegras, hermanas, amigas- y de los espacios de atención en salud. Estas nociones derivarán o no en la incorporación de los aprendizajes necesarios para reaccionar ante eventuales riesgos o signos de alarma. Esto determina los itinerarios terapéuticos que siguen las mujeres.

Por ejemplo, en algunos casos la atribución de los síntomas y signos se asigna a la precariedad económica, a las preocupaciones combinadas con el sentido de realidad de escasez de recursos. El itinerario entonces circula por el farmacéuta (toma de tensión, analgésicos) y la recomendación o no de acudir al centro de salud u hospital.

“Eso como uno tiene en cuenta que eso es normal en el embarazo. Siempre que uno va a dar a luz se le hinchan los pies. A veces cuando uno está muy... mucho parada y así también... Yo como mantenía caminando [¿Por qué, trabajabas?] No. Yo me venía pa´ acá y era caminando, entonces yo creo que era por eso que estaba un poquito hinchada” [Entrevista amiga de Johana, Buenaventura].

«Es que yo tengo atrofiada la glándula del dolor»

“Ella buscó darle otras explicaciones a los síntomas, tratando así de restarles importancia: el calor le ocasionaba los dolores de cabeza; todos los síntomas no se presentaban simultáneamente, de manera que no constituían una señal de alarma; antes del embarazo ya “veía lucecitas” y sentía pitos en los oídos. Incluso esto ocurría cuando su amiga buscó alertarla:

-¿Y yo, estoy hinchada? -sí está hinchada -(...) no mire es que yo soy gordita -(...) camine -no pero es que yo me siento bien, o sea pues el dolor de cabeza sí, y el calor, pero yo no estoy hinchada, yo estoy gordita.

De acuerdo a lo expresado por ella misma y por las demás personas entrevistadas de su familia, Ángela no acostumbra a “quejarse” de sus dolencias, característica que su suegra explica en la capacidad de “aguante” que le da su origen rural. Así las cosas, ella solo acudía a su esposo y demás familiares en los momentos más críticos del dolor [Angela, relato de vida, Cali].

En este contexto, no se trata únicamente de diseñar dispositivos pedagógico didácticos para enseñar los signos de alarma, sino de trabajar sobre la matriz cultural del sentido común, que a partir de la precariedad y la falta de garantía de derechos, construye una nueva verdad incorporada que aleja a las mujeres del cuidado de sí mismas.

Por otra parte, las mujeres pueden experimentar un doble proceso de patologización /despatologización, en el cual el embarazo en sí mismo y los cambios corporales implican una doble calidad: En primer lugar, de experiencia natural plagada de incomodidades (patologización /premedicalización) y de experiencia de malestar con sensaciones difíciles de clasificar como anormales porque son sufridos por muchas mujeres –abuelas, madres, hermanas, amigas o ellas mismas en embarazos anteriores- y que por esa misma experiencia aprendida no se perciben como graves. En segundo lugar, de experiencias normalizadas por la atención especializada porque al recurrir a la atención en salud, los profesionales declararon que los síntomas respondían a otras causas (despatologización/ medicalización).

“Al igual que Susana, la madre no asistió a controles prenatales durante este embarazo y no acudió al médico ante los signos de alerta pues afirmaba, al igual que lo hace Susana en su relato ante sus propios síntomas, que podía continuar con sus actividades cotidianas, que se sentía bien y que el malestar hace parte del embarazo” [Susana, relato de vida, Cartagena].

“Sí, y había tenido a mis hijos normal, los tenía ahorita y mañana... al otro día estaban caminando (...) me paraba en la puerta y me decían: ay, comadrita entráte que esto... y yo bien, quieta (...) a los 8 días me... me andaba en la calle ya (...) y mis embarazos fueron muy bien sin ir al médico... me iba yo también a sacar oro, y estuve bien, entonces yo dije: ah, este embarazo me va a ir así mismo, bien” [Mariela, relato de vida, Buenaventura].

“Al empezar a sentir pitos en los oídos ella se alertó de nuevo, pues interpretó este síntoma como una posible señal de que su presión arterial no se encontraba bien. Aconsejada por su amiga, fue a la droguería a tomarse la presión, donde le indicaron que se encontraba en los niveles esperados. En palabras de María, este evento hizo que “se confiara” y continuara interpretando sus malestares como lo había venido haciendo”. “Pasados tres días de esta primera consulta, cuando sintió que sus síntomas iniciales se agudizaban [dolor de cabeza, dolor abdominal “en banda”], regresó a la clínica, donde no consideraron que se tratara de algo grave: entonces me dijeron no, que lo que pasaba es que tenía la presión un poquito alta pero que no era así nada del otro mundo (...) tenía una infección urinaria, me dijeron que era por eso, que me devolviera a la casa, que bueno, me fui” [María, relato de vida, Cali].

“[¿Cómo se sentía tratada por el médico cuando iba a los controles prenatales?] Pues yo le decía yo me siento mal y me decían: “no mamá, eso es normal, ¿usted nunca ha estado embarazada?, pregúntele a su mamá”, era lo que me decían, es que yo nunca vi a mi mamá vomitado, ni con mareo, ni nada de eso, en mi familia nunca han sufrido de nada de lo que me dio a mí, yo le decía a los médicos “allá nunca les ha dado nada de eso, en mi familia ninguno, nada de esas cosas”.

[¿Y usted cree que el mareo, el vómito y eso era porque estaba embarazada o por el...?] No, yo decía que tanto vomito... sí es normal que en el embarazo uno vomite, pero yo vomitaba más de 15 veces en el día. Yo me tomaba un vaso de agua y salía a vomitar, todo, o sea me daban ganas de vomitar todo, era el vómito, mareos, mucho dolor de cabeza, muchísimo dolor de cabeza y me decían “mamá, eso es normal, tómese esas pastas” [Juliana, relato de vida, Bogotá].

En esta doble calidad de patologización/ despatologización del embarazo, un elemento del sentido común prevalente es la visión del embarazo como enfermedad, en la cual los signos y síntomas forman parte de la normalidad de la gestación como un fenómeno en el que se sufre. Algunas mujeres consideran “normal” sentirse mal durante el embarazo.

Esta visión tiene varias interpretaciones: en Buenaventura por ejemplo, las mujeres asumen el embarazo como un proceso duro y terrible, lo que no implica auto cuidado y cuidado de la salud, sino más bien, la provisión de elementos o ayudas que hagan más cómodo o pasable desde la perspectiva de la mujer y su marco social, el tiempo de embarazo¹²: Por ejemplo:

“Como mi embarazo ha sido tan duro, mi esposo me contrató Direct TV para que yo pudiera ver novelas todo el tiempo, porque tengo que pasar acostada” o “mis amigas vienen y me cocinan, porque como ha sido tan duro yo no puedo hacerlo” [Johana, relato de vida, Buenaventura].

Otra interpretación -contradictoria de la anterior- y que también afecta la manera en que se asume individual y socialmente el embarazo, tiene que ver con la percepción de que los medios de comunicación –sobre todo las novelas- presentan el embarazo con signos y síntomas extremos de mucho sufrimiento para las mujeres, –un proceso que hay que soportar estoicamente-, cuando en realidad muchas de estas mujeres aprenden de sus madres que el embarazo es un proceso “normal” y muchas de las cosas que allí ocurren son “normales” y más bien es la “flojera” de algunas que no aguantan lo más mínimo o exageran los síntomas que tienen. De hecho, relacionan los signos y síntomas de alarma con actividades o elementos de la vida cotidiana: por ejemplo, “tengo hinchados los pies porque caminé mucho” o “tengo dolor de cabeza porque no he comido bien o es por el frío”. Esto sumado a la precariedad y la pobreza, se constituye en un elemento de exclusión real, que obliga a que las mujeres reinterpreten los signos y síntomas, acudan a itinerarios terapéuticos alternativos y reconstruyan los imaginarios sobre el embarazo y la maternidad, configurándose un evento anunciado de MME que podría convertirse en un evento de MM.

Estos elementos del sentido común, en los contextos de precariedad en los cuales se realizaron los relatos, hacen que las mujeres no “incorporen¹³” los signos de alarma. Un número importante los conoce o les han advertido en el servicio de salud.

¹² En Buenaventura, existe la consideración de que en el embarazo es lógico que la mujer se sienta mal y eso exija la atención de otros/as, no en tanto salud y atención como en que me den cosas, cocinen para mí, me tengan televisor para ver programas.

¹³ En el sentido de Csordas de encarnarlos en el cuerpo o en otra perspectiva lo que se denomina habitus (Bourdieu).

Sin embargo, existe una brecha entre el conocimiento de los signos de alarma y su incorporación¹⁴ que sería la que proporcionaría una acción conducente al autocuidado. El cuerpo y la subjetividad de las mujeres interpreta los signos y síntomas de acuerdo a la cultura, los signos de alarma en la perspectiva de la precariedad, de experiencias negativas en los servicios, de los medios de comunicación, de su historia personal y el aprendizaje con sus referentes femeninas ya sea por comunicación u observación de fenómenos de embarazo en sus madres, tías, hermanas mayores y amigas.

Por ejemplo, en un contexto de precariedad donde no hay dinero o no hay carne, se buscan excusas para los signos de alarma: “si tengo uno no es grave, solamente si tengo todos, me preocupo”; se asignan otras causas que encajan en su experiencia vital: stress, hambre, caminé mucho, me asolee; o se interpretan los signos y síntomas desde la precariedad, porque eso le permite seguir viviendo y no sumar otra preocupación a su ya deteriorada calidad de vida.

Las matrices culturales y los agentes institucionales juegan un papel clave en la incorporación o no (en el sentido de encarnación) de los conocimientos y prácticas corporales de auto cuidado, incluyendo los signos de alarma. Las redes familiares y sociales, donde existen, juegan un papel clave en esa incorporación que puede conducir al cuidado y auto cuidado del cuerpo y la salud. En ese sentido, la falta de reconocimiento derivada de la violencia de género, la violencia simbólica y los elementos de violencia económica dados por la precariedad, impactan en la identidad, el auto cuidado y la autoestima, erosionando paulatinamente el cuidado de sí. La asignación genérica que la sociedad hace sobre las mujeres -madres y esposas- afectan el cuidado de sí, porque estas mujeres incorporan el cuidado de otros/as, pero no el auto cuidado.

¹⁴ Existen dificultades para (encarnar) incorporar los signos y síntomas de alarma en el cuerpo de las mujeres. La auto reflexividad sobre el cuidado y la salud no existe y esto está ligado al imaginario de sufrimiento y de fuerza (asociada a aguantar) constitutivas de lo femenino.

En esta perspectiva, no se trata únicamente de utilización de lenguaje o de dispositivos pedagógico -didáctico (lo cual es importante), sino que se trata fundamentalmente de un tema de reconocimiento. De ver a las mujeres y a las mujeres embarazadas y madres como sujetos de derechos, que se priorizan a sí mismas como personas y que sus entornos familiares, sociales e institucionales las reconocen por el valor de ser mujeres –personas y no únicamente como madres – esposas.

5.3.4. Los itinerarios terapéuticos¹⁵

Los itinerarios terapéuticos definen en ocasiones la presentación de las Demoras I y II, como ligadas a la precariedad económica y social, dado que la falta de recursos económicos provoca falta de acceso ya sea por informalidad laboral y por las brechas que ya se han mencionado en el proceso de afiliación – desafiliación al régimen contributivo y al subsidiado. Por otra parte, la capacidad de gasto de bolsillo en salud también impacta el itinerario, ya que en muchas ocasiones las personas prefieren consultar al farmacéuta porque no tienen dinero para desplazarse al hospital que está alejado de su vivienda.

“Otro de los elementos comunes en el relato de ambas entrevistadas fue el hecho de haber acudido a la farmacia ante la agudización de algunos de sus síntomas. La droguería, como escenario recurrente de los itinerarios terapéuticos de la enfermedad común, se emplea en esta ocasión para descartar la relación existente entre los malestares experimentados y los signos de alarma aprendidos: valorar la posible ocurrencia de preeclampsia midiendo sus niveles de presión arterial. En el caso de María, a quien el farmacéuta le indicó que se encontraba dentro de los rangos esperados, este evento le dio un parte de tranquilidad que le permitió continuar con las interpretaciones que había venido dando a sus síntomas.

¹⁵ “Están constituidos por todos los movimientos desencadenados por individuos o grupos para la preservación y recuperación de su salud, que pueden movilizar diferentes recursos que incluyen desde los cuidados caseros y prácticas religiosas hasta los dispositivos biomédicos predominantes” (Martínez, 2006 citado por Lobo et al, 2009, 4434).

En el caso de Ángela, su presión arterial estaba “un poco” elevada. Dado que continuaba sin la posibilidad de acudir a un servicio médico, ella se fue a su casa tratando de implementar los cuidados que estuvieran a su alcance, continuando con la lectura que había hecho de sus malestares hasta ese momento, (...) el de la droguería me dijo que la tenía alta y que me recomendaba ir al médico, no fui en esos días por urgencias porque sinceramente no teníamos plata para el taxi y ese día no era horario de bus, ni nada, porque yo me vine a enfermar fue por la noche [O sea la vez que le dio mucho dolor de cabeza].

La vez que fui a la droguería, el 23 de mayo. Ese día, entonces yo me fui para la casa y me tomé un acetaminofén, se me calmó, pues traté de cuidarme un poquito más en cuestión de sal (...) estuve como con dolorcito de cabeza pero no tan fuertes hasta el 5 de junio (...) ese 5 de junio, fue por la noche, yo me fui para la casa, estaba donde una tía y me fui para la casa, y ya en la noche no me dejaba dormir el calor, el dolor de cabeza, y yo le eche la culpa a que era Cali, que es mucho calor” [Diario de campo, Cali].

“Al empezar a sentir pitos en los oídos ella se alertó de nuevo, pues interpretó este síntoma como una posible señal de que su presión arterial no se encontraba bien. Aconsejada por su amiga, fue a la droguería a tomarse la presión, donde le indicaron que se encontraba en los niveles esperados.

En palabras de María, este evento hizo que “se confiara” y continuara interpretando sus malestares como lo había venido haciendo” [Angela, relato de vida, Cali].

Los itinerarios también están ligados a la cultura, como es el caso de Buenaventura, donde la cultura tradicional de cuidado de la salud se hibrida con la medicina alopática.

“Mi hijo, él iba y me las cogía, cuando no era ella [hija] él recogía un poco de yerbas, me las amasaba y me las echaba en la cabeza, decían que de pronto era fuego, pero no, como uno lleva mucho sol en esa mina... la doña Juana, la puse con mentol, la Santa María, me la puse con mentol, el espíritu Santo, nada, esas yerbas no me oían. Me tome una yerba, tampoco eso no, no me oían nada, nada, nada” [Mariela, relato de vida, Buenaventura].

Los itinerarios también se ligan al género, ya que las mujeres en varios de los casos relatados, aunque se enferman más, tienen “mayor aguante” y acuden a itinerarios alternativos para poder seguir cuidando de otros/as y para ahorrar gastos de bolsillo en salud. Las experiencias negativas previas también afectan la decisión del itinerario terapéutico o la demora en buscar atención: «la paciente problema», el temor al «regañón» y la vulnerabilidad sentida frente a las instituciones» hace que muchas mujeres de contextos vulnerables lo piensen más de una vez, antes de decidir solicitar ayuda a los servicios de salud. En teoría, ellas deberían acceder al sistema de salud como ciudadanas, pero no reciben reconocimiento como sujetos de derechos en los entornos de salud.



5.4. Resultados desde los hallazgos en materia de comunicación y consumos culturales

5.4.1. Medios y estrategias identificadas como positivas

Durante la fase de investigación se exploraron las narrativas sociales, es decir se indagó por los escenarios, las prácticas y los canales más usuales de interacción de la mujeres, según sus contextos y cotidianidad, para indagar sobre posibles escenarios y acciones de comunicación que deben ser tenidos en cuenta en el “Plan de fortalecimiento social y comunitario para incidir en las Demoras I y II asociadas a la morbilidad y la mortalidad materna”.

Estas indagaciones giraron en torno a los siguientes interrogantes, los cuales también fueron abordados en la observación de los investigadores. ¿De quiénes y dónde recibió usted información sobre el embarazo, los cuidados? ¿Qué información recibió y a través de qué persona o medio? ¿Existen en su comunidad emisoras comunitarias, canales de televisión comunitaria u otros medios de comunicación locales? ¿Informan estos medios sobre el embarazo y la salud? ¿Usted escucha radio? ¿Televisión? ¿Que ha escuchado sobre el embarazo y la maternidad en estos medios?

5.4.2. Más que información, escenarios de interacción y medios comunitarios

En relación con los canales de información y comunicación más identificados por las mujeres, se encuentra que los colegios, los hospitales, los cursos psico-profilácticos y las charlas sobre experiencia de otras mujeres que han estado embarazadas, son los escenarios de interacción más usuales en los que las mujeres pueden, no sólo recibir información técnica sobre el proceso de gestación y su cuidado, sino conversar, poner en juego sus propios saberes e imaginarios y construir nuevo conocimiento sobre su propio proceso de gestación.

Producto de la escasa inserción de las mujeres en expresiones de la sociedad civil organizada, en Bogotá por ejemplo las mujeres no conocen o no pueden acceder fácilmente a las “Casas de Igualdad de Oportunidades” o a otras instituciones que participan en la ruta de atención para la atención de las violencias de género y sexual. La estrategia Salud a su Casa, es valorada de forma muy positiva por ellas, ya que es una manera de acceder a servicios desde su casa, eliminando cualquier barrera de tipo geográfico o económico.

Llama la atención la poca incidencia o vinculación que los medios comunitarios propician para sus comunidades o ciudadanos en el desarrollo de su programación y producción de contenidos; durante la investigación, ninguna mujer mencionó medios de comunicación comunitarios en la fase de investigación, pero sí en los talleres de construcción colectiva.

Esta falta de reconocimiento de los medios comunitarios y de expresiones y estrategias de colectivos de comunicación, también es motivada porque en general las estrategias que se definen desde los ámbitos institucionales no promueven o no logran establecer un diálogo más propositivo con estas manifestaciones y medios. Estrategias desarrolladas en los años 70 y 80 en materia de educación y comunicación popular como las que lideraba la Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica, ALER, fueron abandonadas casi en su totalidad.

La relevancia de este tipo de estrategias de educación y comunicación popular radica en su posibilidad de operar desde el territorio más micro-local, reconociendo los lenguajes propios de los grupos e insertándose en los territorios más allá de la emisión de mensajes. Esto con el fin de propiciar el ejercicio de los derechos a la información, a la comunicación y a la expresión desde los medios de comunicación y la producción de contenidos con sentido, cuya producción participativa es al mismo tiempo un proceso de formación-reflexión y de empoderamiento ciudadano.

5.4.3. La televisión y la radio, los medios más cercanos

El uso y la interacción con medios de comunicación tradicionales como la televisión, la radio e incluso los libros o la internet, varía según los lugares de origen. En Bogotá y la zona central se identifica mayor incidencia de la televisión, especialmente de canales internacionales dedicados a la salud de la mujer.

A nivel nacional, se identifican los noticieros como los programas donde se referencian casos de mujeres en gestación, casi siempre asociados a la mala atención del Sistema de Salud y nunca concebidos como escenarios comunicativos para la educación y puesta en circulación de los diversos sentidos y significados que las mujeres construyen sobre sus propias experiencias corporales, emocionales y relacionales en el proceso de gestación.

“La televisión es quizá el principal medio de comunicación referido por las entrevistadas. Todas señalaron en algún momento haber visto programas de televisión relacionados con la maternidad o los cuidados del embarazo. Sonia, por ejemplo, cita el canal Discovery Home and Health como fuente de información; Teresa habla de un programa de televisión nacional llamado El ABC del Bebé; y Juliana, menciona además la Internet, particularmente la página de Pequeñín, la empresa de pañales y productos para el cuidado de los bebés” [Diario de Campo, investigador, Bogotá].

La preponderancia o el valor asignado a estos medios radica en su posibilidad de entrar en la cotidianidad de sus hogares, de llegar hasta sus viviendas, muchas veces asiladas de los entornos urbanos donde se concentra la oferta comercial y de servicios en salud y educación. Esto les permite hacer actividades cotidianas, mientras los escuchan o los ven. Sin embargo no es muy común ver programas de televisión, especialmente a nivel nacional, dedicado a abordar, así fuera desde la lógica tradicional y unidireccional, la salud materna.

Las mujeres consideran que la información brindada por estos medios ha sido útil en tanto han podido ponerla en práctica, de ahí la importancia de considerarlos en el plan de movilización comunitaria sobre las demoras. La divulgación de mensajes claros sobre autonomía sobre el cuerpo y derechos sexuales y reproductivos pueden apoyar la labor del Estado en la materia, así como de información precisa sobre canales de acceso institucional de información sobre estos temas y atención a casos de violencia contra las mujeres. [Diario de Campo, investigador, Bogotá].

Las mujeres de todas las regiones coinciden en identificar oportunidades reales en estos medios, ya que se reconocen como audiencias constantes de telenovelas en las que el proceso de gestación es permanentemente abordado, y aunque de manera superficial, las narrativas del melodrama les facilita o les permite sentirse identificadas con los casos allí relatados.

“Por televisión he visto por ejemplo que si uno bebe aguas sucias o huele veneno, pues todo ese tema que afecta al bebé (...) Por ejemplo de que si uno huele veneno ahí es cuando los bebes salen con labio leporino, aguas sucias” [Alejandra, relato de vida, Boyacá].

“Por televisión, por noticias, en las telenovelas, las películas ve uno que tiene que ir a un control siempre para poder estar para que los bebés o la niña o niño nazca bien, sea bien sano” [Adriana, relato de vida, Boyacá].

Sin embargo, opinan que la televisión es un medio por el que debería transmitirse más información sobre salud materna, pues los cuidados que se nombran son los más comunes y ellas ya los saben, bien porque los han visto antes a través del mismo medio o por recomendaciones de familiares y de mujeres que ya han tenido hijos. Sabiendo que la transmisión unidireccional no es suficiente, hacen un llamado para que en los programas de televisión y radio se incluyan contenidos con temas como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, información sobre a dónde acudir en caso de que las instituciones vulneren sus derechos al no recibir atención médica, etc.

“Sí, a veces en la televisión por ahí en algunos canales, en algunos canales sí hablan por ahí de los cuidados, del parto así, pero eso ya uno lo sabe, cositas así. (...) Sí, por ejemplo cuidados del ejercicio, de la comida, de que sus síntomas de pre eclampsia, de que uno no tome drogas, de fumadores, de cosas así, eso, malos olores fuertes... -¿Y hay otras que a usted le parecería que deberían tratar? -No, yo ya sé todo lo que toca tener, los cuidados” [Sandra, relato de vida, Boyacá].

Las entrevistadas refirieron los noticieros como uno de los programas televisivos donde con mayor frecuencia hablan del embarazo y sus posibles complicaciones. No obstante, ellas no resaltaron que esta hubiese sido una fuente privilegiada de información en sus casos, puesto que buena parte de las notas en torno al tema resultan ser de tipo anecdótico.

“(...) En los noticieros que es donde salen, que pasa tal cosa de una embarazada, que pasa allí, que pasa allá. Que pasa así como el mismo caso mío, que las llevan a esos hospitales, que sale, no le dieron tal cosa, le tocó al otro, hasta que sí, se muere ella o se muere el hijo, así es que ha pasado, que yo he visto que pasan en las noticias así” [Mercedes, relato de vida, Cali].

Las telenovelas y dramatizados televisivos también fueron referidos como escenarios en los que se presenta información en torno al tema; no obstante, las situaciones que allí se muestran son demasiado alejadas de sus realidades: las mujeres se enferman en exceso y por razones muy irrelevantes frente a sus propias experiencias y sus parejas parecen “sacadas de un cuento de hadas”. **Así lo expresan María, Ángela y una joven de su red de relaciones en Cali:**

"(...) ahí le pasan cosas que a uno no le pasarían y a uno le pasan cosas que a ellas no les pasarían, sí por lo menos no creo que a una le pueda pasar todo lo que a mí me ha pasado. Ni tampoco cosas como tan irreales como que si peleó con el esposo y tuvo un alegato ya el bebé se vino, pues porque son alegatos bobos. Sí que ya le dolió aquí, como te digo son cosas que a uno de mujer en la vida real no le pasarían y si le pasan pues son muy exageradas" [María, relato de vida, Cali].

"En televisión todo es muy irreal porque que al principio que uno que está mal, que los padres no aceptan, y todo, y después que así como de la nada aparece el príncipe azul, están bien, se casan y uno uy tan bacano, ojalá a uno le pasara eso. (...) mire el caso mío, a mí me dejaron botada ahí, y yo estoy sola con mis hijos, ahí criando bebés... ahí estoy viendo yo cómo hacer" [Amiga de Angela, entrevista, Cali].

5.4.4. La red y el libro en la vida de las gestantes

Por otra parte, los y las entrevistadas de instituciones coinciden en que el internet no es el medio de comunicación más utilizado, razón por la que recomiendan que la difusión de salud materna se haga a través de otros medios como el celular.

"(...) hasta ahora he escuchado varias cosas por ahí, pero no, aquí no, en televisión local, pero no es masivo porque en nuestra población seguramente nos comunicamos más por celular que sería una estrategia por celular enviar mensajes o hacer una red social, pero no, nuestra población en esa condición no tiene tanto acceso a televisión" (Jefe de enfermería, entrevista, Hospital Sogamoso).

Aunque las mujeres entrevistadas en Cali acceden ocasionalmente a internet para consultar su cuenta de Facebook o su correo electrónico, tan solo una usó las redes sociales como fuente de información durante su embarazo, inscribiéndose a una red de mujeres embarazadas de habla hispana. No obstante, sus consultas en la red giraban en torno al crecimiento de su hija mes a mes, los cuidados que debía proferirle en sus primeros días de nacida, y los posibles riesgos que correría si nacía prematura. Estas dos entrevistadas también refirieron haber consultado libros/manuales en torno al embarazo y la crianza de bebés, centrados sobre todo en este último tema, que les habían dado sus familiares en sus experiencias previas de gestación.

“Pero por lo menos es que este libro es muy bueno porque acá te habla de todo, de todo te habla este libro, de todo habla este libro, acá habla, acá habla tanto de poner las lucecitas de colores, de ponerle papelillo, de cuánto debe crecer el vientre según cada tiempo más o menos, cuánto debe subir uno por cada mes de embarazo de peso, cuánto debe ser lo máximo que uno suba, entonces este libro es muy bueno” [Ángela, relato de vida, Cali].

En general en el país hay una baja lectura de libros y cuando las mujeres los consultan usualmente acuden a los manuales sobre el embarazo. En el caso de las redes sociales y el acceso a internet, el acceso es más frecuente en mujeres muy jóvenes, lo cual nos permite afirmar que el uso de internet funciona para apoyar el desarrollo de estrategias con adolescentes, cuyo uso dinamiza la estrategia en la medida que genera diálogo e interacción con estas mujeres jóvenes.

5.5. Recuento de las condiciones e imaginarios sociales y culturales

A continuación se presentan de manera sucinta y general algunos de los principales hallazgos, en materia de los imaginarios y las condiciones de las mujeres y sus redes que inciden en la decisión de asistir o no a consulta médica durante el embarazo, para ahondar en aquellos aspectos que emergieron en relación con el universo o ecosistema de comunicación en el que se desarrolla la cotidianidad de las mujeres y sus hogares:

- Las redes de apoyo de las mujeres son débiles y escasas.
- Los aspectos que llevan a las mujeres y sus entornos a organizarse son coyunturales y frágiles.
- La calidad y oportunidad de los servicios en salud incide en la decisión de mujer en acudir o no a éstos. Las experiencias negativas y el no reconocimiento de las mujeres como ciudadanas en los servicios de salud genera que ellas construyan imaginarios que no les permiten preguntar e incorporar recomendaciones realizadas en los espacios de consulta.

- Existe una brecha entre conocer la información pertinente sobre el proceso de embarazo, parto, puerperio y la incorporación (incardinación) en los cuerpos y subjetividades de las mujeres.
- El embarazo es visto como un proceso en el que el sufrimiento es común o contrariamente, como un proceso normal donde enfermar o tener signos de alarma es y ha sido siempre así en las madres, tías o referentes familiares de las mujeres entrevistadas.
- Las experiencias en los embarazos previos de las mujeres o de sus madres o hermanas determinan el imaginario de la mujer frente al cuidado del embarazo.
- Los medios o canales de información sobre el embarazo se reducen a los que brindan los centros de salud u hospitales y los diálogos con amigas o familiares sobre sus propias experiencias.
- En los embarazos no deseados o rechazados los hábitos de auto cuidado en el embarazo son menores y se manifiestan tardíamente.
- Los hombres toman las decisiones frente a los proyectos de vida de las mujeres. Ejercen una influencia importante, en ocasiones no explícita, para que las mujeres no consulten a tiempo, por estar a cargo del cuidado de la casa y otros hijos/as. Generalmente las mujeres tienen que estar muy enferma para que soliciten “ayuda” a sus parejas y estas asuman algunos roles del cuidado del hogar o de acompañamiento a los servicios.

6. Conclusiones de la investigación

Un relato que resume los elementos centrales de lo socio estructural y lo socio simbólico, es el relato de Ángela en la ciudad de Cali, que sirve para ilustrar a las personas interesadas en estos temas, sobre la complejidad de lo que le ocurre a estas mujeres. Leer lo que se narra explícitamente, pero también leer entre líneas, permite acercarnos a una realidad que a veces solo observamos en números, tasas y metas gubernamentales y que por esa razón esconden su humanidad.

Cultura, precariedad, vulneración: Entre la vida y la muerte. La historia de Ángela, relato de miles de mujeres que enferman y mueren en el tránsito de recrear la vida.

“Ángela se percató de su último embarazo en el primer mes de gestación, pese a lo cual inició de manera tardía los controles prenatales [segundo trimestre], atribuyéndole este retraso a dos factores: el tiempo que tomó para “aceptarlo”, y su desvinculación al Sistema de Seguridad Social debido a que los empleadores de su esposo no habían hecho el pago de los aportes correspondientes. Entre las dificultades en el proceso de “aceptación” ella menciona su deseo de no tener más hijos, al que se sumó el hecho de que su embarazo significó el cierre de una posibilidad laboral que estaba a punto de concretarse. No obstante, en lo que más hace énfasis es en no haber contado con el apoyo emocional de su esposo en los primeros meses, pues él le dejó de hablar, responsabilizándola así de lo ocurrido.

Al cuarto mes de gestación, una vez que volvió a contar con afiliación a su EPS, asistió a su primer control prenatal en el Centro Médico Cooperarte [Bogotá], al que llevó los resultados de los exámenes que le enviaron en una primera consulta. Allí le habían indicado que su embarazo era de alto riesgo, en tanto que había tenido tres embarazos previos, sufría de hipoglicemia y tenía antecedentes familiares de hipertensión. Antes de esto, por sugerencia de una amiga que vivía en su casa, había acudido a un centro de salud del barrio para realizarse un chequeo médico, evento que ella no cuenta como un control prenatal, puesto que no le enviaron los exámenes de rigor, ni le dieron alguna sugerencia o prescripción médica. En dicha ocasión debió asumir los costos de la consulta [\$ 20.000].

Poco tiempo después del primer control la empresa volvió a atrasarse en el pago de los aportes en seguridad social, de manera que no asistió al segundo; esta inasistencia coincidió también con su mudanza a Cali, durante su quinto mes de gestación. Su esposo se mudó semanas después con ella, renunciando al trabajo en Bogotá, dada su inconformidad con las condiciones laborales de la empresa. Veinte días después de la llegada de su pareja volverían a tener afiliación a una EPS -él encontró un nuevo trabajo-, aunque tuvieron que esperar un mes más para poder emplear el servicio de nuevo, de manera que ella no retomó los controles prenatales.

Además del evento de desvinculación a la EPS, otra de las razones a las que Ángela atribuye el no haber continuado en Cali con los controles fue su intento de ocultar el embarazo, pues temía por las reacción de su mamá, sus tías y su suegra al enterarse: yo apenas tenía 25 años, tengo 26 ya, entonces que con 4 hijos usted sabe cómo es la gente, entonces yo pues esperar que nazca (...) mi mamá que mejor dicho, yo sabía que iba a meter el grito en el cielo (...) y así fue cuando se enteró finalmente. Este fue otro de los motivos por los que inicialmente hizo poco uso de sus redes familiares en Cali, pese a que la existencia de estas había impulsado parcialmente su decisión de mudarse allí. Aunque le da muy poco peso a esta razón, Ángela temía que al retomar los controles “la regañaran” por el inicio tardío de estos y su posterior inasistencia, pues eso le ocurrió en su anterior embarazo, en el que los empezó en el segundo trimestre de gestación.

Los síntomas de alarma comenzaron en el séptimo mes de gestación, cuando empezó a experimentar inflamación en sus extremidades, fuertes dolores de cabeza, pitos en los oídos y a “ver lucecitas”. Ángela atribuye las complicaciones de su embarazo a la preocupación por la difícil situación económica que atravesaba y a “los nervios” experimentados a raíz de la muerte de una de sus tías, así como de que su mamá se enterara intempestivamente del embarazo. El malestar inicia con el fallecimiento de su tía y se agrava catorce días después, tras el encuentro con su mamá, que es cuando acude finalmente a urgencias y es hospitalizada.

En el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta a los servicios de salud, Ángela acudió en dos ocasiones a la droguería del barrio para tomarse la presión arterial. La primera vez lo hizo por sugerencia de su amiga y su suegra, quienes estaban de visita en su casa y notaron que no se sentía bien -ella no expresó su malestar por iniciativa propia-. Su suegra le dio lo necesario para acudir a la droguería, e intentó buscar dinero prestado para el transporte a un centro de salud, pues esta fue la recomendación del farmacéuta. Finalmente no encontró quien les prestara para el taxi -era de noche y no había servicio de buses-, de manera que le dio un agua de manzanilla. Ángela continuó intentando apaciguar los síntomas con acetaminofén, disminuyendo el consumo de sal, o tomando duchas para menguar el calor y con él el dolor de cabeza. Para ese momento solo contaba con servicio médico de urgencias, dada su reciente afiliación.

Desde ese evento, hasta el día en el que acudió a urgencias, ella buscó darle otras explicaciones a los síntomas, tratando así de restarles importancia: el calor le ocasionaba los dolores de cabeza; todos los síntomas no se presentaban simultáneamente, de manera que no constituían una señal de alarma; antes del embarazo ya “veía lucecitas” y sentía pitos en los oídos. Incluso esto ocurría cuando su amiga buscó alertarla: -¿Y yo, estoy hinchada? -sí está hinchada -(...) no mire es que yo soy gordita -(...) camine -no pero es que yo me siento bien, o sea pues el dolor de cabeza sí, y el calor, pero yo no estoy hinchada, yo estoy gordita. De acuerdo a lo expresado por ella misma y por las demás personas entrevistadas de su familia, Ángela no acostumbra a “quejarse” de sus dolencias, característica que ella atribuye a “tener atrofiada la glándula del dolor”, y que su suegra explica en la capacidad de “aguante” que le da su origen rural. Así las cosas, ella solo acudía a su esposo y demás familiares en los momentos más críticos del dolor.

La segunda vez que decidió tomarse la tensión lo hizo por sugerencia de su esposo, a quien llamó al trabajo; como había pasado una mala noche, él le pidió que le avisara en caso cualquier eventualidad. Fue a la droguería y salió de ahí a la casa de una de sus tías, quien tras enterarse de que tenía la presión elevada le dio diez mil pesos y le pidió que se fuera al médico; ella decidió esperar a que su esposo regresara del trabajo, pues no tenía a quien encargarle el cuidado de los niños.

Una vez él llegó a la casa y se hizo cargo de los niños, ella se fue sola a la Clínica Amiga, de ahí la remitieron directamente a la Clínica San Pío, donde fue hospitalizada. Al enterarse de la remisión su esposo le pidió a su sobrina que cuidara de los niños y se fue al centro asistencial a acompañarla.

Mientras no estaba siendo grabada Ángela me habló con tristeza del momento en el que acudió sola a urgencias, pues hubiese deseado que alguien más cuidara de sus hijos para que su esposo la acompañara. No obstante, usualmente no piden este tipo de ayudas a sus redes familiares, buscando evitar “deberle favores” a alguien, según me dijo su pareja. No obstante, durante el tiempo de la hospitalización –una semana-, sus tías, la sobrina de su esposo y su suegra se ocuparon del cuidado de los niños, mientras que su esposo, a quien le dieron un permiso laboral remunerado, estaba con ella” [Ángela, relato de vida, Cali].

Este relato condensa muchos de los hallazgos de esta investigación. Las mujeres participantes y sus familias están inmersas en contextos de precariedad económica, que se une a procesos de migración económica o violenta. Esa precariedad sustenta, o está en la base de los procesos de detrimento del Derecho a la salud. Muchas de estas mujeres están inmersas en un sistema de aseguramiento que las vapulea entre el régimen contributivo y el subsidiado. Nueve meses de embarazo en los que una desafiliación puede significar la diferencia entre la garantía del Derecho a la salud, la enfermedad y la muerte sin posibilidades de acceso a los servicios o con servicios inoportunos.

En mujeres como Ángela, el alto riesgo obstétrico había sido advertido por un profesional. Sin embargo, la preeminencia del valor económico sobre el valor de la vida, hace que aseguradoras (EAPB) y prestadoras (IPS), conociendo que existe una bomba que puede acabar con la vida de estas mujeres, no asuman la gestión del riesgo con la excusa de que la mujer no está afiliada. **El Derecho Constitucional que protege a las gestantes debiera ser prevalente sobre cualquier consideración económica.**

Por otra parte, sumado a los elementos negativos del Sistema de Salud y coincidente con la necesidad de estas mujeres de construir una narrativa vital que les ayude a superar emocionalmente sus carencias, ellas reconstruyen las narrativas de riesgo y culpa que se transmiten en los escenarios de salud, para transformarlas en narrativas sobre su propia vulnerabilidad y precariedad. Los signos de alarma se transforman en situaciones “normales” que todas las embarazadas sufren, o coinciden con las preocupaciones y carencias propias de la pobreza: “me duele la cabeza porque no tengo comida” “me hincho los pies porque he caminado mucho”, “como solo tengo un signo y no todos, todo marcha bien”.

En otras ocasiones los servicios hegemónicos de salud y los alternativos refuerzan que las mujeres se sientan tranquilas y no consulten a tiempo aun cuando hay signos y síntomas que lo ameritarían: “tienes la tensión un poco alta, pero eso es normal en tu estado” o “a todas las embarazadas les duele la cabeza”.

La falta de reconocimiento de estas mujeres como sujetos de Derechos, erosiona la capacidad del cuidado de sí mismas. La desventaja social derivada de cómo se valora el papel y lugar de las mujeres en la sociedad, hace que ellas desplacen sus necesidades propias para estar pendientes de otros y otras: del hijo/a y de su pareja si existe. Ellas se ponen en último lugar y su entorno no las reconoce y más bien las empuja a cumplir el ideal social de la mujer – madre, aun cuando ellas no desean tener ese hijo/a.