



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CARACTERIZACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE MORBILIDAD MATERNA
EXTREMA POR MUJERES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ QUE
VIVIERON ESTA EXPERIENCIA

INFORME DE TESIS

PRESENTA

LIC. ENF. DIANA TOPACIO RINCÓN ZÚÑIGA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES

CO-ASESOR DE TESIS

DR. LUIS EDUARDO HERNANDEZ IBARRA

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

SEPTIEMBRE 2018



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



CARACTERIZACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE MORBILIDAD MATERNA
EXTREMA POR MUJERES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ QUE
VIVIERON ESTA EXPERIENCIA

INFORME DE TESIS

PRESENTA

LIC. ENF. DIANA TOPACIO RINCÓN ZÚÑIGA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES

CO-ASESOR DE TESIS

DR. LUIS EDUARDO HERNANDEZ IBARRA

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

SEPTIEMBRE 2018



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



CARACTERIZACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE MORBILIDAD MATERNA
EXTREMA POR MUJERES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ QUE
VIVIERON ESTA EXPERIENCIA

INFORME DE TESIS

PRESENTA

LIC. ENF. DIANA TOPACIO RINCÓN ZÚNIGA

SINODALES

MSP Ma. Guadalupe Guerrero Rosales
Presidenta

Firma

Dra. Verónica Gallegos Garcia
Secretaria

Firma

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores
Vocal

Firma

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

SEPTIEMBRE 2018

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La *Morbilidad Materna Extrema* es la situación que guarda una mujer que cursó con una complicación durante el embarazo, parto o puerperio; que puso en riesgo su vida pero sobrevivió. Debe situarse en cualquiera de las siguientes categorías: 1) Presencia de trastornos hipertensivos, hemorragia y/o sepsis; 2) Falla y disfunción multiorgánica; y/o 3) Ingreso a terapia intensiva, histerectomía y/o transfusiones. **OBJETIVO:** Caracterizar las narrativas que construyen mujeres de la ciudad de San Luis Potosí sobre la MME que vivieron. **METODOLOGÍA:** Estudio cualitativo-fenomenológico interpretativista, muestreo por conveniencia en un hospital público. Se incluyeron aquellas que cursaron con este evento durante los últimos cinco años, excluyendo las que hayan presentado pérdida del producto. La información se recolectó con entrevista a profundidad y fueron sometidas a análisis fenomenológico. **RESULTADOS:** Estructurales: - Riesgo: Escases de recurso material, dificultades para llegar a la institución y desconfianza en servicios públicos -Protección: Diversidad de instituciones. Sociales: -Riesgo: Fallas administrativas, capacitación personal, estandarización inadecuada, ausencias en la información entregada -Protección: Adecuada respuesta ante el evento, educación e indicaciones, percepción favorable de la atención y apoyo de redes sociales. Culturales: -Riesgo: Falencias en conocimiento de las mujeres e inmunidad subjetiva. -Protección: Conciencia sobre la situación y aceptación y confianza en la atención. **CONCLUSIÓN:** La MME no es un fenómeno que depende exclusivamente del sistema de salud el cual requiere de la integración de todos los aspectos sociales; para su manejo se hace necesario contemplar las diversas barreras percibidas por las mujeres así como fortalecer los facilitadores existentes.

PALABRAS CLAVE: Morbilidad Materna Extrema, salud materna, factores determinantes, estudio cualitativo, fenomenología, narrativas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Mother Extreme Morbidity is the situation that there guards a woman who dealt with a complication during the pregnancy, childbirth or puerperium; that put in risk his life but survived. It must place in any of the following categories: 1) Presence of hypertensive disorders, hemorrhage and/or sepsis; 2) Multiorganic dysfunction; and/or 3) Admission to intensive therapy, hysterectomy and/or transfusions. **OBJECTIVE:** To characterize the narratives that women's of San Luis Potosi construct about or the event of near miss that they lived. **METHODOLOGY:** qualitative Study, phenomenology. The sample was for convenience, in a public hospital. There were included those that they dealt with this event during the last five years, excluding those who have presented loss of the product. The information was gathered by interview to depth and they were submitted to analysis phenomenology. **RESULTS:** Structural: - Risk: Insufficiency of material resource, difficulties to come to the institution and distrust in public services - Protection: Diversity of institutions. Social: - Risk: administrative Faults, personal training, inadequate standardization, absences in the dedicated information - protection: Suitable response before the event, education and indications, favorable perception of the attention and support of social networks. Cultural: - Risk: failings in knowledge of the women and subjective immunity. – Protection: Knowledge on the situation and acceptance and confidence in the attention. **CONCLUSION:** The near miss is not a phenomenon that depends exclusively on the system of health which needs of the integration of all the social aspects; for his managing it becomes necessary to contemplate the diverse barriers perceived by the women as well as to strengthen the existing facilitators.

KEY WORDS: Near Miss, mother health, determinant factors, qualitative study, phenomenology, narratives.

DEDICATORIA

A mi familia, especialmente a mis padres y hermana, ya que ellos han sido apoyo y pilar fundamental para el cumplimiento de mis metas y crecimiento personal y profesional, aún en la distancia.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por darme la oportunidad de continuar mis estudios profesionales y más aún, por darme esta oportunidad en otro país.

Seguido agradezco a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, junto con la Facultad de Enfermería y Nutrición y su correspondiente departamento de posgrados, por abrir sus puertas a estudiantes extranjeros y permitirnos aprender de ustedes y complementar esto con nuestros conocimientos previos; de igual manera agradezco el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – CONACyT, por su sostén económico para cumplir esta meta.

Agradezco a la Dra Yesica Yolanda Rangel, por su apoyo y confianza en la realización de este estudio, así como en general durante el desarrollo la maestría y mi estancia en este país.

También quiero agradecer a esas personas (familiares, amigos y docentes) que de una u otra manera me han apoyado en esta etapa, la cual debo aceptar es muy gratificante pero no es nada fácil y menos lejos de casa.

Y finalmente agradezco al hospital público, por abrirnos las puertas en esta investigación; así como a las mujeres participantes por compartirnos su experiencia y todas las situaciones sociales y personales que influyeron o se vieron afectadas por este evento.

ÍNDICE

Resumen	IV
Abstract.....	V
Dedicatoria.....	VII
Agradecimientos	V
Índice	VI
Índice de tablas.....	X
Índice de gráficas.....	XI
INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	4
II. MARCO TEORICO	8
2.1 COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y LA MORTALIDAD MATERNA	8
2.1.1. En el ámbito mundial	8
2.1.2 En América Latina y el Caribe	9
2.1.3 En México	10
2.2 CONFIGURACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	12
2.2.1 Estrategia “Near miss” OMS 2011	12
2.2.2 Plan de acción para acelerar la reducción de la morbilidad materna grave OPS 2012	14
2.2.3 Plan estratégico de la OPS 2014-2019.....	15

2.2.4 Agenda de desarrollo sostenible para el 2030.....	15
2.2.5 Estrategia mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente 2016-2030.....	16
2.3 RESPUESTA POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD EXTREMA Y LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	17
2.3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	17
2.3.2 Ley General de Salud DOF16-12-2016	19
2.3.3 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2007.....	21
2.3.4 Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.....	21
2.3.5 Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018	22
2.3.6 Programa de Salud Materna y Perinatal 2013 – 2018.....	23
2.3.7 Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres PROIGUALDAD 2013 – 2018	25
2.3.8 Normas Oficiales Mexicanas (NOM).....	26
2.3.9 Guías de práctica clínica.....	27
2.4 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS CON MORBILIDAD <i>MATERNA EXTREMA</i>	29
III. OBJETIVOS.....	33
3.1 OBJETIVO GENERAL	33
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
IV. METODOLOGIA.....	34
4.1 TIPO DE ESTUDIO	34
4.2 SELECCIÓN DEL ÁREA.....	35
4.3 SELECCIÓN DE INFORMANTES.....	35

4.4 LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN	35
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
4.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	36
4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	36
4.7 GUÍAS DE ENTREVISTA.....	37
4.8 CONCEPTOS ORDENADORES.....	38
4.9 PROCEDIMIENTOS.....	40
4.10 ANÁLISIS DE DATOS.....	41
4.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	42
4.11.1 Humanos	42
4.11.2 Materiales	43
4.11.3 Financiamiento	44
V. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES	45
VI. RESULTADOS	50
6.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	50
6.1.1 Caracterización de la institución mediante la cual se contactó a las participantes	50
6.1.2 Caracterización de las participantes	53
6.2 DETERMINANTES ESTRUCTURALES.....	55
6.2.1 De Riesgo	56
6.2.2 De Protección	59
6.3 DETERMINANTES SOCIALES.....	60
6.3.1 De Riesgo	61
6.3.2 De protección.....	71

6.4 DETERMINANTES CULTURALES	77
6.4.1 De Riesgo	77
6.4.2 De protección.....	83
VII. DISCUSIÓN.....	87
VIII CONCLUSIONES.....	102
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	104
ANEXOS.....	114
ANEXO 1. Guía de entrevista no. 1. Conocimiento y reconocimiento de las condiciones socioculturales en las que las mujeres se desenvuelven	114
ANEXO 2. Guía de entrevista no. 2. Condiciones del embarazo y la respuesta a la emergencia obstétrica	117
ANEXO 3. Presupuesto recursos materiales.....	119
ANEXO 4. Financiamiento PRODEP	120
ANEXO 5. Aprobación Comité Académico y de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP – CEIFE.....	121
ANEXO 6. Registro del macroproyecto ante el Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, Servicios de Salud.....	123
ANEXO 7. Carta de Consentimiento Informado	124
ANEXO 8. Carta de confidencialidad	127
ANEXO 9. Carta de no conflicto de interés	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Secciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que evidencia la respuesta política a esta problemática	17
Tabla 2. . Secciones de la Ley General de Salud que evidencia la respuesta política a esta problemática	19
Tabla 3. Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.....	21
Tabla 4. Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan Sectorial de Salud 2013 – 2018.....	22
Tabla 5. . Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de Salud Materna y Prenatal 2013 – 2018.....	23
Tabla 6. . Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres PROIGUALDAD 2013 – 2018.....	25
Tabla 7. Normas Oficiales Mexicanas que se relacionan con el objetivo de este estudio	26
Tabla 8. Guías de práctica clínica que se relacionan con el objetivo de este estudio.	27
Tabla 9. Edad de las participantes.....	53
Tabla 10. Caracterización de las participantes con variables categóricas	53
Tabla 11. Caracterización ginecoobstetrica de las participantes	54
Tabla 12. Caracterización del evento de Morbilidad Materna Extrema (MME)	55

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Ilustración 1. Distribución de los casos de “Near miss” según la enfermedad específica.....	11
Ilustración 2.Distribución de los casos de “Near miss” según el manejo.	11

INTRODUCCIÓN

La salud materna siempre ha sido punto de interés en la salud pública, teniendo en cuenta que la mortalidad materna se considera como un indicador de desarrollo de un país, sumado a las repercusiones que trae una muerte materna a nivel social, económico, familiar, etc.(1). Monroy et al refieren que el embarazo no debería generar ningún riesgo a la mujer, pero en algunas ocasiones se presentan complicaciones que incluso ponen en peligro la vida de la mujer(2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema como la situación que guarda una mujer que cursó con una complicación durante el embarazo, parto o puerperio, que puso en riesgo su vida pero que sobrevivió(3). La OMS planteó una estrategia en el 2011, en la cual plantea estos casos de morbilidad materna extrema como casos de “Near miss” (casi perdida), unificando los criterios a tener en cuenta para considerarse como casi perdida y estableciéndolos como un factor a abordar e investigar ayudando a disminuir la tasa de mortalidad materna(4).

Buscando solucionar los principales problemas de los países y teniendo en cuenta que la mortalidad materna es uno de ellos, en el objetivo tres de los objetivos de desarrollo sostenible, se busca disminuir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos(5). A nivel mundial, para noviembre del 2015 se notificaron 303,000 muertes maternas, causadas principalmente por hemorragias graves, trastornos hipertensivos, sepsis y abortos peligrosos(6); y en morbilidad materna extrema se estima una prevalencia entre el 0,04 y el 10,61, resaltado como causas las hemorragias posparto, embarazo ectópico, los trastornos hipertensivos y la coagulación intravascular diseminada(7).

En América Latina, con la implementación de los objetivos del milenio, se logró una disminución del 35%, pero aun así se calculan por año 9,300 muertes

maternas(8), por cada muerte materna en esta región 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con el embarazo, principalmente los trastornos hipertensivos y las hemorragias posparto(9).

En México para el 2016 se notificaron 760 defunciones, de las cuales 12 ocurrieron en San Luis Potosí, en las cuales las dos principales causas corresponden a las mismas a nivel nacional, los trastornos hipertensivos y las hemorragias(10); a las principales causas de morbilidad materna, a las anteriores causas se suma la sepsis, y aproximadamente el 80% de las pacientes con morbilidad materna severa son ingresadas a Unidades de Cuidados Intensivos(2).

A nivel internacional se cuenta con diversos planes y estrategias que buscan disminuir la mortalidad materna, las cuales son establecidas por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). A nivel nacional también se cuenta con diversas normatividades en relación al mismo aspecto, incluyendo la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, la ley de Salud, la ley de Acceso a las mujeres, el Plan Nacional de Desarrollo, el programa sectorial de salud, de salud materna y perinatal y el de igualdad de oportunidades, así como diversas Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y guías de práctica clínica (GPC)(11).

Este estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo desde el área fenomenológica siguiendo la corriente de Heidegger, con el cual se caracterizó las narrativas que construyen las mujeres que sobrevivieron a complicaciones severas durante su embarazo, parto y/o puerperio, frente a este evento.

Fue desarrollado en la ciudad de San Luis Potosí, los casos se identificaron desde los registros de ingreso y egreso de la unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad, siendo estas mujeres que en los últimos cinco años cursaron con morbilidad materna extrema; la recolección de la información se realizó por

medio de entrevista fenomenológicas, las cuales fueron grabadas, con previo permiso de la mujer, y posteriormente fueron transcritas y analizadas con un fenomenológico. Se contó con el financiamiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente para el tipo superior – PRODEP. De igual manera se establecieron las condiciones éticas y legales basadas en las pautas éticas internacionales y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Con esto se buscó aportar al conocimiento sobre la morbilidad materna extrema vista desde el punto de las mujeres que vivieron este evento.

I. JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un estado natural en la vida de una mujer, el cual no debe generar un riesgo para su salud, sin embargo este puede acompañarse de complicaciones, en el momento en que estas complicaciones comprometen o amenazan la vida de mujer y esta sobrevive se considera como morbilidad materna extrema(2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “Morbilidad materna extrema” como la situación que guarda una mujer que cursó con una complicación durante el embarazo, parto o puerperio, que puso en riesgo su vida pero que sobrevivió(3).

La misma OMS establece que, para considerar una situación de morbilidad materna extrema, esta debe situarse en cualquiera o en varias de las siguientes categorías: la primera se relaciona con la presencia de trastornos hipertensivos, hemorragia y sepsis; la segunda categoría se relaciona con la falla y disfunción multiorgánica; la última tiene relación con el manejo que se le da a la paciente, incluyendo el ingreso a la unidad de cuidados intensivos, histerectomía y/o transfusiones(2).

La morbilidad materna extrema cobra relevancia como problema de salud pública, en medida que incide como causa de mortalidad materna, fenómeno social que trae consigo una serie de consecuencias, tanto a nivel familiar como social, con el potencial incluso para afectar el desarrollo de las naciones, razón por la cual se considera un indicador clave de desarrollo humano(1). Las consecuencias que la muerte materna trae consigo son diversas y en distintos ámbitos, en el familiar y comunitario de manera específica sobresalen, los problemas económicos, la orfandad temprana y sus efectos en el núcleo familiar(12,13)

Diversas organizaciones coinciden que la mayoría de las muertes maternas son evitables y prevenibles(14), y que constituyen una expresión de desventaja de los sectores sociales de donde proviene la madre(15). En este contexto, para el 2015

la OMS reportó que cada día en todo el mundo mueren alrededor de 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, para ese mismo año se estimó unas 303,000 muertes maternas a nivel mundial(6). A nivel Nacional el Observatorio de Mortalidad Materna en México reportó 712 muertes para el 2015 y 760 para el 2016(16), para estas mismas fechas en San Luis Potosí se registraron un total de 14 muertes para el 2015 y 12 muertes para el 2016(16).

A nivel social, se calcula que la supervivencia de alrededor 1,5 millones de niños en el mundo están en riesgo por la pérdida de sus madres, sumado a esto, por cada mujer que muere hay muchas más que sufren de complicaciones como consecuencia del embarazo o parto que las afectan por el resto de su vida, y no se puede dejar de un lado las condiciones sociales que complican este estado, como es la pobreza(1).

Dada la relevancia de la muerte materna para el desarrollo social de los países, organismos internacionales, como lo es la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han establecido diversas estrategias para su estudio y abordaje, en las cuales establecen la necesidad de tomar medidas en el asunto, entre estas estrategias se destacan el desarrollo y aplicación de políticas públicas, el fortalecimiento de los sistemas de salud, fortalecimiento de la salud comunitaria, empoderamiento y educación a las mujeres, establecimientos de asociaciones y esfuerzos a nivel nacional e internacional bajo el principio de solidaridad panamericana, así como reforzar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica(17).

Sumado a esto la OMS planteó la pertinencia de estudiar e investigar no sólo las muertes materna, sino recuperar los condicionantes sociales, culturales, económicos y políticos que viven las mujeres que han experimentado situaciones de morbilidad extrema, sobreviven a dicha condición, a estos eventos particulares la OMS les ha llamado, es decir a esta nueva metodología le han llamado “eventos

“*Near miss*” o casi perdida”(4). La intención de este nuevo enfoque de abordaje es dar cuenta de viva voz de las mujeres involucradas, de las condiciones que favorecen o retrasan su inserción a los servicios de salud y de manera más específica en las rutas críticas de atención.

La morbilidad materna se ha estudiado menos que la mortalidad materna, se calcula que ocurren 20 casos de morbilidad materna severa por cada muerte materna registrada(18). En busca de la reducción de la mortalidad materna se han realizado diversas investigaciones, las cuales en su mayoría tiene la metodología de la autopsia verbal, que como lo define el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social – CONEVAL, en su documento Evaluación estratégica de la mortalidad materna en México 2010, “es un método de indagación cuyo objetivo es reconocer si la causa de la muerte estuvo relacionada con el embarazo, parto o posparto, identificar cuáles fueron estas causas y los factores que contribuyeron al deceso prematuro, así como la trayectoria que siguió en la búsqueda de atención antes de morir”(11); pero desde el año 2011 y como lo plantea la OMS se busca integrar los casos de mujeres casi perdida en las estrategias y los estudios para lograr el cumplimiento de uno de los objetivos de desarrollo sostenible.

Sobre morbilidad materna extrema se encuentran diversas investigaciones, en los cuales prevalecen los estudios cuantitativos; en los estudios cualitativos encontrados se abordan: las barreras percibidas por las mujeres como la comunicación con el personal de salud, la accesibilidad, la capacidad de pago(19,20), al igual que el impacto que tiene si el embarazo es deseado o no, la experiencia de la situación de riesgo y la percepción del problema de salud influyendo todo esto en el sentimiento de miedo a la muerte relacionado con la incertidumbre del hijo(21), y también la influencia de estos eventos sobre la integridad corporal, la economía del hogar, la identidad social y la estabilidad generando en todas cierta interrupción y cambios desfavorables(22).

El analizar los casos de las mujeres que sobrevivieron a complicaciones severas durante el embarazo, enmarcadas dentro de la morbilidad materna extrema y los criterios que estableció la OMS en esta estrategia, permite encontrar el factor o aspecto diferente que marcó el punto entre la vida y la muerte(4), permitiendo así identificar las debilidades o fallas en el acceso, la atención o la referencia de estas mujeres, y así plantear cambios, modificaciones o mejoras a las políticas, planes, estrategias y guías de atención para esta población en específico y finalmente lograr la reducción de la tasa de estas muertes maternas y controlar las consecuencias sociales de esta problemática(23).

He aquí la pertinencia de argumentar esta problemática con un enfoque cualitativo lo que permitió integrar las experiencias de estas mujeres, respondiendo al objetivo de este estudio, y al complementarlo con un enfoque fenomenológico permitió comprender la narración de estas experiencias y así realizar un análisis mostrando las experiencias y significados desde ellas mismas(24).

Las preguntas que guiaron esta aproximación fueron:

¿Cuál es la caracterización de las narrativas de mujeres sobre la morbilidad materna extrema experimentada?

¿Qué factores estructurales, sociales y culturales participan como determinantes de riesgo o protección frente a las experiencias de morbilidad materna extrema?

II. MARCO TEORICO

2.1 COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y LA MORTALIDAD MATERNA

2.1.1. En el ámbito mundial

A nivel mundial la mortalidad materna afecta desproporcionadamente a los países en vía de desarrollo donde se registran casi todas las muertes, abarcando el 99% de su totalidad. Para noviembre del 2015, la OMS reportó 303,000 muertes maternas, las cuales en su mayoría podrían haberse evitado(6). El establecimiento de los objetivos del milenio generó un gran impacto en la Razón de Mortalidad Materna (RMM), aunque el objetivo era reducir la mortalidad materna en un 75%, y no se logró, mostró un descenso al 43%(25). Al llegar a la fecha límite de cumplimiento de los objetivos del milenio y evidenciar que es posible reducir la tasa de mortalidad materna, como ocurrió en países subsaharianos en los que se logró reducir a la mitad, se optó por replantear la meta dentro de los objetivos del desarrollo sostenible, que en su objetivo 3 establece reducir la RMM a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos, así como la exigencia de que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial(6).

Las principales complicaciones, causantes del 73% de las muertes maternas en el ámbito mundial son, en orden descendente(26):

- Hemorragias graves: 27,1%
- Trastornos hipertensivos: 14%
- Sepsis: 10,7%
- Abortos peligrosos: 7,1%

De igual manera, a nivel global se estima que la prevalencia de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema varía entre el 0,04 y el 10,61(7), cabe

resaltar que estos datos son estimaciones, ya que no está estandarizado su control y vigilancia y también de los criterios que se tomen; las principales causas de morbilidad materna extrema son: hemorragias posparto, embarazo ectópico, embolismo de líquido amniótico, eclampsia, sepsis, tromboembolismo pulmonar, rotura uterina, síndrome de HELLP y coagulación intravascular diseminada.

2.1.2 En América Latina y el Caribe

En esta región la mortalidad materna disminuyó un 35% entre 1990 y 2010(18). Para el 2014 la ONU resalta los avances logrados en la reducción de la mortalidad materna, aclarando que ningún país de la región estaba en condiciones de cumplir las metas establecidas, los países con mayor avance fueron Perú con el 64%, Bolivia 61%, Honduras 61% y República Dominicana con el 57%; pero a pesar de estos avances en el 2013 se presentaron aproximadamente 9,300 muertes maternas en América Latina y el Caribe(8).

En el 2015 los países de América Latina y el Caribe con menor tasa de mortalidad materna son Puerto Rico y Uruguay con una tasa de 14 y 15 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, México presenta una relación de 2,7 veces mayor a la tasa de Puerto Rico, presentándola en 38 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

La OMS calcula que por cada muerte materna, 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con el embarazo y aproximadamente 30 quedan con secuelas; durante un periodo comprendido por un año entre el 2007 y el 2008 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), identificó 956 casos de “*Near miss*”, identificando como primera causa los trastornos hipertensivos con un 44,3%, seguido de la hemorragia posparto con 17,9%(9).

2.1.3 En México

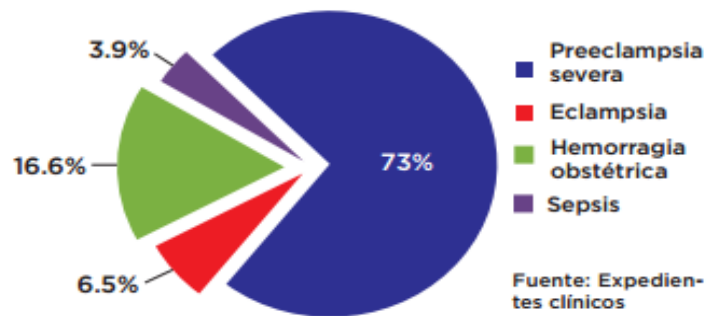
En México el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), para la semana epidemiológica 52 del 2016 registra 760 defunciones, un cantidad mayor a la presentada para el mismo cohorte del año pasado, correspondiente a 712 defunciones(16). En San Luis Potosí se han reportado 12 defunciones en el 2016.

Según el instituto para la evaluación y medición de la salud, para el 2015, a nivel global la mayor mortalidad materna se presenta en mujeres de 35 a 39 años, frente a México que se presenta entre los 30 y 34 años; en las estadísticas globales la mayor causa de mortalidad materna está causada por las hemorragias obstétricas seguido de los trastornos hipertensivos, en México hay una relación más cercana entre las mismas, siendo las dos las causas de mayor mortalidad materna(10); las enfermedades hipertensivas con un 20,4%, seguido por las hemorragias en un 19%, otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio en 31,9% y la sepsis con un 4,1%

Como indicador de calidad y de desarrollo se evalúa la mortalidad materna, es por esto que no se encuentran datos estadísticos oficiales de morbilidad materna extrema; en el 2012 Mejía Aura et al, llevaron a cabo una investigación en Ciudad de México basado en los casos de “*Near miss*” y mortalidad materna(2), encontrando entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2010, 221 casos de morbilidad materna extrema, dando los porcentajes de distribución según la enfermedad específica y el manejo que se les realizó. En la figura 1, se evidencia como en México se sigue presentando la misma distribución en relación a las patologías que presentan las mujeres con morbilidad materna extrema, en la cual la mayor incidencia son los trastornos hipertensivos con casi un 80%, seguido de las hemorragias obstétricas y la sepsis.

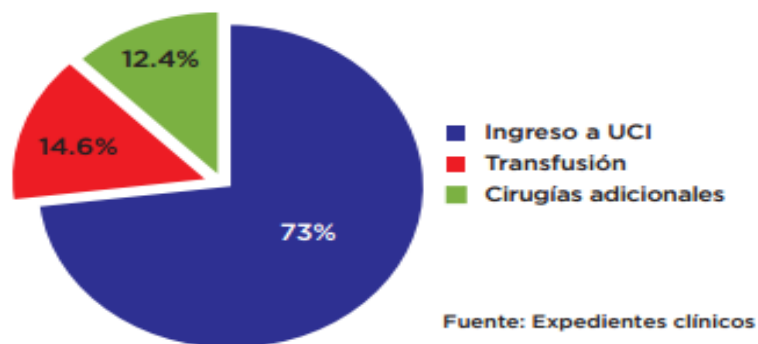
En la figura 2 se muestra la distribución en el manejo que se le dio a estas mujeres, predominando el ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos, seguido por las transfusiones de sangre y las cirugías adicionales en la cual se incluye las histerectomías.(2)

Ilustración 1. Distribución de los casos de “Near miss” según la enfermedad específica.



Fuente: 2012. Mejía Monroy Aura et al.

Ilustración 2. Distribución de los casos de “Near miss” según el manejo.



Fuente: 2012. Mejía Monroy Aura et al.

2.2 CONFIGURACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

“La mortalidad materna es considerada como un indicador de la inequidad y desigualdad del ámbito social de la humanidad, así como de la situación que la mujer guarda en la sociedad y en cuanto al acceso a los servicios de salud, sociales, de alimentación y de oportunidades económicas”(15). La mayoría de las muertes maternas son evitables y prevenibles(14) y evidencian la desventaja de los sectores sociales de donde proviene la madre, lo que puede llegar a considerarse como tragedia, ya que implica que muchos más sufrirán una serie de consecuencias con repercusiones por el resto de su vida como la orfandad en niños pequeños, desintegración de familias, morbilidad infantil, deserción escolar y el trabajo infantil, entre otras(15).

La mortalidad materna, así como la infantil, se evalúa como indicador de desarrollo de un país, esta genera muchas complicaciones, tanto a nivel económico como social, por lo cual muchos de los objetivos y estrategias la tienen como punto de interés; entre estos resaltan los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la guía de “*Near miss*” de la OMS, el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave de la OPS, la guía de referencia rápida para control prenatal con enfoque de riesgo de México, entre otras.

2.2.1 Estrategia “*Near miss*” OMS 2011

Para el 2011 la OMS expide la guía o estrategia de “*Near miss*”: “Evaluando la calidad del cuidado para complicaciones severas del embarazo. El enfoque “casi perdida” de la OMS para la salud materna”(4), en la cual evidencia la relevancia de la mortalidad materna, al igual que el lento avance en su solución, por lo cual resalta que por medio de la evaluación de estos casos considerados como casi perdida se puede lograr aprender mucho y así reducir la mortalidad materna, al

igual que promover acciones políticas y movilización de sociedades que busquen mejorar la calidad de la atención de mujeres embarazadas(4)

La OMS define la “*Near miss*” como las “Mujeres que casi mueren pero sobrevivieron a complicaciones que ocurrieron durante el embarazo, parto o dentro de los 42 primeros días del puerperio”(4), que cumpla con los criterios de inclusión que planteo la OMS:

- Diagnóstico con una entidad patológica que implique situaciones clasificadas como morbilidad severa: Preeclampsia, eclampsia, hemorragia y sepsis.
- Que hayan ameritado procedimientos para salvar su vida: Histerectomía, transfusión sanguínea o ingreso a la unidad de cuidados intensivos.
- Que hayan cursado con falla o disfunción de los sistemas orgánicos secundarios a causas de morbilidad severa: edema pulmonar, fallo renal, falla hepática.

Esta guía está diseñada para ser utilizada por los trabajadores de la salud, los directores de programas y los encargados políticos que son responsables de la calidad de atención de salud materna en un centro de atención de la salud o el sistema de salud(4). El enfoque de “*Near miss*” de la OMS es un método estándar que en el área clínica se puede aplicar en tres pasos:

1. Evaluación.
2. Análisis de la situación.
3. Intervenciones para mejorar la atención en salud.

La utilidad de esta guía es que produce resultados que informan las decisiones de política, con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud materna, de igual manera fortalece los sistemas de información y expone las debilidades en los sistemas de referencia(4).

2.2.2 Plan de acción para acelerar la reducción de la morbilidad materna grave OPS 2012

En la búsqueda de la reducción de la morbimortalidad materna extrema, en el 2012 la OPS constituye el “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave”(18), estableciéndolo como un paso más para mejorar la salud de las mujeres, el cual contribuye a los esfuerzos de los países para cumplir el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5) en la región de las Américas.

Este plan de acción propone que entre el 2012 y el 2017 se intensifiquen las intervenciones claves de eficacia comprobada para la reducción de la morbimortalidad materna, esto en cuatro áreas de trabajo que abarcan la atención pregestacional de calidad, atención prenatal, el parto y el puerperio(18).

Por medio de este plan de acción se abordan directamente elementos críticos que pueden ayudar a prevenir la morbimortalidad materna, tiene como objetivos generales(18):

- Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna.
- Prevenir la morbilidad materna grave.
- Fortalecer la vigilancia de la morbimortalidad materna.

Para el cumplimiento de estos objetivos se han establecido cuatro áreas estratégicas, las cuales responden a las cuatro áreas de trabajo(18):

1. Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos; el cual establecen lograr por medio del aumento en el uso de métodos anticonceptivos con énfasis en las adolescentes.
2. Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud; esto por medio de servicios de atención materna de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud.

3. Recursos humanos calificados; Este plan promueve el aumento de recurso humano calificado para la atención en las cuatro áreas de trabajo.
4. Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas; esto fortaleciendo los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.

2.2.3 Plan estratégico de la OPS 2014-2019

El Plan Estratégico de la Organización para el 2014-2019, “en pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad”(27), busca seguir respondiendo a las prioridades de salud pública de los Estados miembros, al igual que los objetivos sanitarios mundiales establecidos por la OMS.

Este plan establece nueve metas de impacto para su periodo de implementación, la meta tres busca garantizar una maternidad sin riesgos, y en la meta cuatro se busca reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención en salud, dos factores que influyen en la morbilidad materna extrema(27). Sumado a esto la OPS está comprometida con impulsar la cobertura universal de salud, respondiendo a los retos establecidos universalmente, como lo es la mortalidad maternoinfantil(27).

2.2.4 Agenda de desarrollo sostenible para el 2030

En esta agenda de desarrollo se establecen los 17 objetivos de desarrollo sostenible buscando la continuidad y mejora lograda con los objetivos del milenio y a la vez apoyar al desarrollo mundial, erradicar la pobreza y el hambre, combatir la desigualdad existente, proteger los derechos humanos y la equidad de género(28).

2.2.4.1 Objetivos de desarrollo sostenible 2016-2030

Posterior al resultado y la fecha limite puesta para los Objetivos del Milenio en el 2015, se establecieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2016 – 2030, los

cuales se entienden como “un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad”(5), tienen planteados 17 objetivos basados en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El objetivo 3 tiene como finalidad la salud y el bienestar, el cual busca lograr una cobertura universal en salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y accesibles para todos, para lo cual es imprescindible el apoyo a la investigación(5). Durante la ejecución de los Objetivos del Milenio, se logró una reducción de la mortalidad materna en un 45% en todo el mundo, pero a pesar de todas estas medidas, cientos de mujeres mueren todos los días durante el embarazo o el parto, que en su mayoría son muertes evitables, y en zonas rurales se estima que aproximadamente solo el 56% de los nacimientos son asistidos por personal capacitado(5).

La meta para este objetivo está en reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2030(5).

2.2.5 Estrategia mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente 2016-2030

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, realizada en Nueva York, se presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, la cual tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de encontrar un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar(6).

2.3 RESPUESTA POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD EXTREMA Y LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

El Coneval refiere a La mortalidad materna como un “grave problema de salud pública, derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social”(11), de igual manera en el programa sectorial se salud 2013-2018 lo menciona como uno de los indicadores en los que más se refleja la brecha social, afectando en mayor medida a las grupos sociales en condiciones vulnerables(29). Se identifica que la mayoría de estas muertes maternas son prevenibles y para esto no hace falta un mayor avance tecnológico, siempre y cuando se brinde un servicio oportuno y de calidad(11)

Como respuesta a esta grave problemática, el Estado Mexicano ha implementado una serie de documentos normativos y jurídicos que establezcan el actuar de los servicios de salud frente a condiciones de morbilidad extrema, a continuación de hace una revisión del marco operativo que sustenta la atención de la morbilidad extrema y la prevención de la mortalidad materna:

2.3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos se considera la protección a salud de la mujer, específicamente para las indígenas y en el aspecto laboral(30)

Tabla 1. Secciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que evidencia la respuesta política a esta problemática

Artículo 2	La Nación Mexicana es única e indivisible
Fracción B	La Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán

	las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos
Fracción V	Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.
Fracción VIII	Mejorar las condiciones de salud de las mujeres.
Artículo 123	Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.
Fracción A	Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo.
Fracción V	Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos.
Fracción XV	El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas

adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas.

Fracción XI-c Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles

Fuente: Construcción del autor en base a la Constitución Política de los Estados Unidos DOF 27-01-2016

2.3.2 Ley General de Salud DOF16-12-2016

En diciembre del 2016 por medio de un decreto se reforman y adicionan los artículos 61 y 64 de la Ley General de Salud(31), permitiendo complementar los aspectos relacionados con la salud materno infantil.

Tabla 2. . Secciones de la Ley General de Salud que evidencia la respuesta política a esta problemática

Artículo 27	Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a
-------------	--

Fracción IV La atención materno-infantil

CAPITULO V: ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

Artículo 61 Protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

Fracción I La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera

Artículo 62 En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes

Artículo 64 En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán

Fracción I Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios

Fracción IV Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio

Artículo 65 Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán

Fracción I Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil

Fracción III La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas

CAPITULO VI: SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ARTÍCULO La planificación familiar tiene carácter prioritario.

67.

**Fuente: Construcción del autor en base a la Ley General de Salud de México
DOF 16-12-2016**

2.3.3 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2007

Esta ley tiene por objetivo establecer coordinación entre las diversas entidades con el fin de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres(32)

En el artículo 18 del Capítulo IV define la violencia institucional como “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”(32)

2.3.4 Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018

Dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la República Mexicana 2013 – 2018, se encuentran establecidos los objetivos, estrategias y líneas de acción del actual gobierno, esta investigación responde específicamente a los siguientes(33):

Tabla 3. Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018

Meta nacional	México incluyente
Objetivo 2.3	Asegurar el acceso a los servicios de salud
Estrategia	Mejorar la atención de la salud a la población en situación de

2.3.3	vulnerabilidad.
Líneas de acción	Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna. Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal-

Fuente: Construcción del autor en base al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 del Gobierno de la República Mexicana

2.3.5 Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018

De igual manera siguiendo al Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018, se basa en(29):

Tabla 4. Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan Sectorial de Salud 2013 – 2018

Objetivo 4	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
Estrategia 4.2	Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas
Líneas de acción	4.2.5. Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.

Fuente: Construcción del autor en base al Programa Sectorial de Salud de México 2013-2018

2.3.6 Programa de Salud Materna y Perinatal 2013 – 2018

Este programa se crea enlazando los demás planes y programas a nivel nacional vigentes, con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud, la efectividad, la vigilancia y la veeduría, buscando disminuir las problemáticas en salud y promover y proteger la salud materna(34).

Tabla 5. . Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de Salud Materna y Prenatal 2013 – 2018

Objetivo 1	Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos
Estrategia 1.1	Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.
Línea de acción 1.1.1	Contribuir a mejorar la calidad y seguridad en la atención, con base en evidencia científica y mejores prácticas, eliminando intervenciones nocivas e innecesarias.
Línea de acción 1.1.2	Implementar el desarrollo de intervenciones comunitarias y participativas para mejorar la salud materna, perinatal y paternidad responsable
Línea de acción 1.1.3	Promover, mantener y mejorar la salud de las embarazadas y de sus recién nacidos con un enfoque intercultural y género.
Línea de acción 1.1.5	Identificar oportunamente riesgos en el embarazo para la referencia oportuna a la evaluación especializada y contra referencia efectiva.
Línea de acción 1.1.6	Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios
Objetivo 2	Contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, con

	enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.
Estrategia 2.1	Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato..
Línea de acción 2.1.1	Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales
Línea de acción 2.1.2	Sensibilizar y capacitar al personal para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.
Estrategia 2.2	Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres.
Línea de acción 2.2.1	Favorecer el acceso de métodos anticonceptivos efectivos en mujeres con enfermedades que incrementan riesgos en el embarazo.
Línea de acción 2.2.2	Promover acciones efectivas en el embarazo y el postparto para acceder a métodos anticonceptivos acordes a su condición.
Estrategia 2.3	Apoyar la gestión para insumos y equipamiento en unidades médicas que atiendan la salud materna y perinatal.
Línea de acción 2.3.1	Promover la adquisición de insumos y equipo estratégico para la atención materna y neonatal, priorizando localidades de alta marginación y concentración
Línea de acción 2.3.2	Apoyar la implementación de unidades de atención de parto centradas en necesidades y preferencias interculturales.
Estrategia 2.4	Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.

Línea de acción 2.4.1	Contribuir al fortalecimiento y vinculación de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinata
Línea de acción 2.4.2	Fortalecer e impulsar los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para identificar deficiencias y corregirlas
Línea de acción 2.4.3	Supervisar el desarrollo del Programa y dar seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas.

Fuente: Construcción del autor en base al Programa de Salud Materna y Perinatal 2013-2018

2.3.7 Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres PROIGUALDAD 2013 – 2018

Por medio de este programa se busca “alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y erradicar la violencia contra las mujeres en la sociedad mexicana”(35), esto por medio de la reestructuración de las formas de relación de género que causen desigualdades entre hombres y mujeres(35).

Tabla 6. . Secciones a las responde esta investigación en base a los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres PROIGUALDAD 2013 – 2018

Objetivo 1	Alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y propiciar un cambio cultural respetuoso de los derechos de las mujeres.
Estrategia 1.1	Armonizar la legislación nacional con las convenciones y tratados internacionales de derechos humanos de las mujeres, de acuerdo con el Artículo 1º Constitucional
Estrategia 1.2	Promover acciones afirmativas para garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres y evitar la discriminación de género
Objetivo 2	Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra mujeres y

	niñas, y garantizarles acceso a una justicia efectiva.
Estrategia 2.1	Incrementar, promover y fortalecer la prevención integral y eficaz de la violencia contra mujeres y niñas
Estrategia 2.2	Promover conductas y prácticas no violentas, respeto a las mujeres y resolución pacífica de conflictos en escuelas y familias
Objetivo 4	Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar.
Estrategia 4.1	Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con jefatura femenina para mejorar sus condiciones de salud, vivienda e ingresos
Estrategia 4.2	Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida

Fuente: Construcción del autor en base al Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres PROIGUALDAD 2013-2018

2.3.8 Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

Para determinar que NOM se relacionan con el objetivo del estudio, se realizó la revisión del listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud(36):

Tabla 7. Normas Oficiales Mexicanas que se relacionan con el objetivo de este estudio

NOM 005- SSA2-1993	Servicios de Planificación Familiar
NOM-007- SSA2-1993	Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
NOM-046- SSA2-2005	Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención
NOM-047-	Para la atención del grupo etario de 10 a 19 años de edad (se

SSA2-2015 incluye debido a los casos de morbilidad materna en adolescentes)

Fuente: Construcción del autor en base al Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud

Referente al objetivo de estudio de esta investigación, también se encuentra la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida(37), esta tiene por objetivo “establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida”. Esta norma no nos determina el manejo de la morbilidad materna extrema, pero de igual manera reglamenta el manejo obstétrico de las mujeres, para los casos objetos de este estudio se encuentra la guía de referencia rápida para el control prenatal con enfoque de riesgo(38).

2.3.9 Guías de práctica clínica

A nivel nacional, se encuentra la guía de referencia rápida para control prenatal con enfoque de riesgo(38), que aunque no está enfocada directamente al manejo de la morbilidad materna extrema, si da los parámetros y el manejo de los embarazos de alto riesgo, los cuales, aunque no necesariamente, pueden convertirse en casos “*Near miss*”, y el hecho de llevar un control prenatal y seguimiento adecuado puede disminuir el riesgo de estas complicaciones o hasta el riesgo de mortalidad materna. De igual manera se encuentran guías de práctica clínica dirigidas a las diversas causas de morbilidad materna(39):

Tabla 8. Guías de práctica clínica que se relacionan con el objetivo de este estudio.

SS-019-08 RR/EVR	Atención integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención
---------------------	--

SSA-025-08 RR/EVR	Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la amenaza de aborto en el primer y segundo niveles de atención.
SS-027-08 RR	Control prenatal con enfoque de riesgo.
IMSS-028-08 EVR	
IMSS-047-08 RR	Reducción de la frecuencia de operación cesárea.
IMSS-048-08 EVR	
IMSS-051-08 RR	Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.
IMSS-052-08 EVR	
IMSS-057-08 RR	Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo
IMSS-058-08 EVR	
IMSS-062-08 RR	Diagnóstico y manejo del parto pretérmino
IMSS-063-08 EVR	
IMSS-077-08 RR	Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en el primer nivel de atención
IMSS-078-08	
IMSS-087-08 RR	Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente
IMSS-088-08 EVR	
SS-102-08 RR	Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención
SSA-103-08 EVR	
SSA-117-08 RR	Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención.
SSA-118-08 EVR	
ISSSTE-123-08 RR	Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el 2° y 3° trimestre del embarazo en el segundo y tercer nivel de atención.
ISSSTE-124-08 EVR	
IMSS-161-09 RR	Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato
IMSS-162-09 EVR	
IMSS-181-09 RR	Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario
IMSS-182-09 EVR	

SSA-200-09 RR	Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción de emergencia
SSA-201-09 EVR	
SSA-201-09 RR	Consulta y asesoría médica para el uso de anticoncepción hormonal
SSA-202-09 EVR	
SSA-205-09 RR	Uso racional de la episiotomía
SSA-209-09 EVR	
SSA-217-09 RR	Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención
SSA-218-09 EVR	
IMSS-267-10 RR	Diagnóstico y tratamiento de la sepsis puerperal
IMSS-272-10 EVR	
SSA-293-10 RR	Detección y atención de la violencia de pareja y de la violencia sexual en el primer y segundo niveles de atención
SSA-294-10 EVR	
SSA-294-10 RR	Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en el segundo nivel de atención
SSA-295-10 EVR	
SSA-295-10 RR	Prevención, manejo y diagnóstico oportuno de la ruptura uterina en el primer, segundo y tercer nivel de atención
SSA-296-10 EVR	
IMSS-319-10 RR	Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.
IMSS-320-10 EVR	
IMSS-382-10 RR	Prevención, diagnóstico y atención de la rubeola durante el embarazo
IMSS383-10 EVR	
IMSS-434-11 RR	Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas
IMSS-436-11 EVR	
IMSS-445-09 RR	Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino
IMSS-446-09 EVR	

Fuente: Construcción del autor en base al Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

2.4 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

La mortalidad materna ha sido objeto de estudio de diversas investigaciones debido a las complicaciones y repercusiones que esta trae, posterior a que la OMS estableciera la estrategia de “*Near miss*” se inició a estudiar la morbilidad materna extrema como aspecto clave para el progreso en la disminución de la mortalidad materna.

Sobre “*Near miss*” se encuentran diversas investigaciones, en los cuales predominan los estudios cuantitativos, existiendo también con enfoque cualitativo, mixto y de revisión bibliográfica.

El enfoque cuantitativo evidencia que las intervenciones realizadas en las mujeres, incluidas en los criterios de “*Near miss*” son, en orden descendiente, la reanimación cerebrocardiopulmonar, la transfusión de sangre y en último la histerectomía(40); la mayoría de las muertes maternas se deben a las hemorragias posparto y la preeclampsia(40); más del 60% de las mujeres presentaron complicaciones maternas severas(41); muchas de estas mujeres son ingresadas a la unidad de cuidados intensivos a causa de trastornos hipertensivos, hemorragias e infecciones(15,42–44); en relación a la edad materna, el ser adolescente no es un factor condicionante para la morbimortalidad materna extrema mientras que si la edad supera los 35 años el riesgo aumenta un 25%(45); un dato muy relevante es la relación que encuentra un estudio evidenciando que por cada muerte materna, se presentan 2,6 casos de “*Near miss*”(46) estos estudios llegan a diversas conclusiones, y una que resalta es que la mortalidad materna y los casos de “*Near miss*” son un predictor de la calidad de la atención en pacientes obstétricas(40,47).

Hacia el enfoque cualitativo se rescata mucho el modelo de las tres demoras, mencionado en la estrategia de la OMS, la primera demora corresponde al retraso en la demora para buscar la atención, a la cual se le atribuye el 29,4% de los casos, la segunda demora es el retraso en la llegada al lugar de la atención, con

17,6%, y la tercera es el retraso en la obtención de la atención posterior a que la mujer ya ha llegado al servicio médico, la cual genera el 53% de los casos de “*Near miss*”(19,48).

Este enfoque cualitativo también permite la visualización de la problemática desde los determinantes sociales ampliando y permitiendo conocer más la problemática de manera integral; la planificación del embarazo está directamente relacionado con la búsqueda de atención durante el embarazo(20,21); muchas mujeres experimentan miedos en experiencias anteriores tanto propias como del círculo social(21); el miedo a la muerte está relacionado con la pérdida del hijo(21); como barreras las mujeres también perciben la comunicación de ellas con el personal de salud, el acceso a los servicios de salud, el costo de los mismos y la falta de apoyo de la pareja y familiar(20); la mujer que experimenta morbilidad materna extrema queda con secuelas y consecuencias que afectan su desarrollo en vida personal, social y su rol como madre y esposa(19,49,50).

Como se ha visto en diversos estudios, hay muchos factores externos que influyen directa o indirectamente en la salud materna, llevándola a una morbilidad materna extrema o incluso a mortalidad materna; uno de estos aspectos es la violencia de género y la violencia intrafamiliar. Arcos Estela et al(51), realizaron un estudio en Chile en el que compararon dos grupos de mujeres embarazadas, uno de ellos con experiencias de violencia doméstica, los resultados arrojaron que las experiencias de violencia generaban un riesgo para la presencia de trastornos hipertensivos en el embarazo, colestasis intrahepática del embarazo y amenaza de aborto, y si la violencia es actual se suma el riesgo de infección urinaria y retardo en el crecimiento intrauterino(51).

Para el año 2003 se estimó que entre un 4 y un 29% de las mujeres embarazadas de países en vía de desarrollo refieren haber recibido maltrato físico durante el embarazo(52); la mortalidad materna causada por violencia intrafamiliar se puede

dar por diferentes mecanismos, así como lo plantea González Itzel et al, “La mortalidad materna por violencia intrafamiliar puede darse a través de diferentes mecanismos como traumas directos mortales, traumas abdominales que producen complicaciones obstétricas que a su vez pueden volverse letales, el estrés psicológico y acciones controladoras del hombre sobre la mujer; éstos son los principales mecanismos que pueden explicar cómo la violencia intrafamiliar causa muertes de mujeres durante el embarazo o en el periodo posterior a la terminación de éste”(52); y más directamente con las complicaciones, una mujer que está siendo víctima de violencia no podrá buscar ayuda fácilmente(52).

Culminando esta investigación y cumpliendo a cabalidad con los objetivos establecidos, se busca aportar a la comprensión de la morbilidad materna extrema desde al área social, caracterizando las narrativas que las propias mujeres dan sobre este evento, permitiendo aportar a gran escala, por medio de lo encontrado y concluido, a las metas nacionales e internacionales relacionadas con la disminución de la mortalidad materna.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las narrativas que construyen, mujeres de la ciudad de San Luis Potosí sobre la Morbilidad Materna Extrema que vivieron

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Explorar los factores estructurales que participaron como determinantes de riesgo o protección frente a la morbilidad materna extrema.
- Conocer los factores sociales que participaron como determinantes de riesgo o protección frente a la morbilidad materna extrema.
- Identificar los factores culturales que participaron como determinantes de riesgo o protección frente a la morbilidad materna extrema.

IV. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico desde la corriente de Heidegger (hermenéutico - interpretativista).

Se determinó un estudio cualitativo basado en la definición que nos da Taylor y Bogdan(53) los cuales refieren la metodología cualitativa como “investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”(54), lo que permitió de este modo centrar el estudio en las narrativas de las mujeres sujetos de estudio.

La fenomenología se direcciona al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia, a la vez busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a partir del análisis de sus descripciones(24), permitiendo analizar las narraciones de las mujeres como representantes de sus experiencias. Husserl nos da una definición más concreta en la cual plasma que “la fenomenología es una ciencia que trata de descubrir las estructuras de la conciencia”(24)

Heidegger menciona que la fenomenología consiste en “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo”(24). La corriente de Heidegger permitió desarrollar la investigación con un énfasis filosófico y desde el ser mismo y no en base a una teoría específica; de igual manera permitió contemplar el desarrollo de esta de una manera particular, la cual se fue creando y construyendo en el mismo transitar de la investigación que estuvo determinada con los hallazgos que se fueron obteniendo(55).

4.2 SELECCIÓN DEL ÁREA

El estudio se llevó a cabo en la capital del estado de San Luis Potosí y el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, seleccionando las colonias en base a los registros hospitalarios de las posibles participantes.

4.3 SELECCIÓN DE INFORMANTES

Para este estudio los informantes se seleccionaron por muestreo por conveniencia, en el cual las mujeres fueron informantes cautivas(56). Se seleccionaron mujeres que en los últimos cinco años cursaron un evento de casi perdida.

Se trabajó bajo muestreo por conveniencia, ya que este “no se funda en ninguna consideración estratégica ni se rige por alguna intención teórica derivada del conocimiento preliminar sobre el fenómeno, sino que depende básicamente de la accesibilidad de las unidades, la facilidad, rapidez y bajo costo para acceder a ellas”(56), tomando como punto de base los conocimientos ya disponibles sobre el problema del estudio.

4.4 LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que cursaron con un evento de morbilidad materna extrema durante los últimos cinco años.
- Residentes de la Ciudad de San Luis Potosí o Soledad de Graciano Sánchez
- Que aceptaron hacer parte de la investigación.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que hayan presentado perdida de su producto.

4.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Participantes que manifestaron no desear o no poder continuar en el estudio

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó por medio de entrevista fenomenológica, la cual “representa la forma de acceso que tiene el investigador para aprehender los objetos vividos, alcanzando la comprensión de lo vivido”(57). Por medio de este tipo de entrevista el investigador puede interpretar la información recibida dejando a un lado ideas prejuiciosas, valoraciones morales, sociales, religiosas o de cualquier otra connotación que puedan enmascarar las verdaderas percepciones y experiencias expresadas por los informantes sobre el fenómeno en estudio(57)

De igual manera, este tipo de entrevista es útil para recolectar datos sobre la narrativas vivida de las personas en relación con el fenómeno a estudiar (58), lo cual va encaminado al objetivo de este estudio.

Para el desarrollo de las entrevistas el investigador generó un ambiente confortable y de confianza, asemejando una conversación en la cual no se generó ningún tipo de juicio ni se limitó al participante, para esto fue necesario que el investigador contara con la habilidad de responder asertivamente ante las distintas situaciones sentimentales que se pudieron presentar, así mismo no emitir juicios de valor o expresar autoritarismo u opiniones tajantes o fanáticas que puedan llegar a herir al informante(59).

Estas entrevistas fueron grabadas en audios, siempre anteponiendo la confidencialidad, el respeto y el anonimato de los participantes, se les informó

previamente a las participantes que se iba a realizar la grabación, y posterior a la transcripción de estas y cuando se considere que no se necesitan más, estas fueron destruidas(59)

4.7 GUÍAS DE ENTREVISTA

Para la realización de las entrevistas se realizaron dos guías de entrevistas, que se relacionan el anexo 1 y 2, las cuales abarcan lo relacionado al conocimiento y reconocimiento de las condiciones socioculturales en las que las mujeres de desenvuelven y las condiciones del embarazo y la respuesta a la emergencia obstétrica.

La primera guía de entrevista se centra en el conocimiento y reconocimiento de las condiciones socioculturales en las que se desenvuelven las mujeres; esta entrevista tiene como objetivo explorar con precisión y detalle la transmisión de patrones culturales y la inmersión en condiciones estructurales que pueden representar una situación de vulnerabilidad para su salud sexual y reproductiva; consta de seis apartados para lograr abarcar el objetivo de forma completa: comportamiento reproductivo de las madres de estas mujeres, acceso a la educación, acceso a empleo, autonomía económica, empoderamiento sexual y reproductivo y redes de apoyo.

La segunda guía de entrevista va más encaminada a las condiciones del embarazo y la respuesta a la emergencia obstétrica; tiene como objetivo recuperar las condiciones en que se vivió el embarazo, particularmente de la dinámica detallada desde el inicio de la emergencia obstétrica hasta su resolución; consta de cuatro apartados: control prenatal, relato de la aparición y evolución de la condición de emergencia obstétrica, itinerarios seguidos con tiempos aproximados de recorrido y el manejo institucional de la condición de emergencia.

4.8 CONCEPTOS ORDENADORES

Morbilidad materna extrema: “Mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos”(3)

- Relacionado con enfermedad específica: Eclampsia, sepsis, hemorragia obstétrica grave, preeclampsia severa, ruptura uterina, aborto séptico/hemorrágico, enfermedad molar, embarazo ectópico roto, enfermedad autoinmune, enfermedad hematológica, enfermedad oncológica, enfermedad metabólica, enfermedad renal, enfermedad gastrointestinal, eventos tromboembolicos, evento cardio cerebro vascular, otras.
- Relacionado con disfunción orgánica: Cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria, coagulación.
- Relacionada con manejo: Necesidad de transfusión, unidad de cuidados intensivos, procedimiento quirúrgico de emergencia.
- Lesiones de causa externa: Accidente, intoxicación accidental, intento suicidio, víctima de violencia física.
- Otros eventos de interés en salud pública.

Emergencia obstétrica: “Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido – puerperal y/o el producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal calificado”(60).

Mortalidad materna: El CIE-10 la define como “muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”(61). Estas se subdividen en dos grupos:

- Muertes obstétricas directas: Resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevo a cualquiera de los anteriores.
- Muertes obstétricas indirectas: Son las que derivan de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que tuvo su inicio durante el embarazo, pero no por causas obstétricas, pero que se agravo por los efectos fisiológicos del embarazo.

Narrativa: Principio cognitivo que permite dar sentido a la experiencia favoreciendo la construcción de la identidad, entendiéndose como dispositivo de construcción de universos, destacando la presencia de mecanismos de activación de mapas cognitivos de la acción y de la mente, identificables en los relatos proveyendo la sucesión de acontecimientos(62).

Determinantes estructurales: Son “Aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente”(63). Su análisis es importante porque evidencia como los procesos de salud y enfermedad son dependientes de la desigual distribución del poder, prestigio y acceso a los recursos. Se integra por posición social, raza o etnia, acceso a la educación, a los servicios de salud y al empleo(63).

Determinantes sociales: Los determinantes sociales por su parte, incluyen las políticas públicas de política, desarrollo y más específicamente de salud que impulsan los gobiernos federales y estatales para fortalecer a las mujeres en la atención de la salud materna. Considera también las condiciones del barrio en que viven las mujeres, la cercanía o lejanía de los servicios de salud y las características del empleo (y sus riesgos) para las mujeres cuando están embarazadas y a lo largo de su vida. Incluye también la caracterización de las

relaciones maritales y familiares de las mujeres, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales(63).

Determinantes culturales: Incluyen aquellos aspectos que tienen relación con los estilos de vida que las mujeres mantienen, así como los valores y reglas sociales que estas implementan al ejercer su agencia de autocuidado sexual y reproductivo, tiene que ver con la adherencia de las mujeres a nuevos estilos de vida durante el embarazo, parto, puerperio y de manera deseable desde la etapa preconcepcional (mejorar la alimentación, abandonar toxicomanías, adherirse al manejo prenatal). Tiene que ver también con los valores en los que su grupo social más próximo enmarca la salud reproductiva, la maternidad, la igualdad de derechos, el ser mujer y la autonomía de las mismas sobre sus cuerpos(63).

4.9 PROCEDIMIENTOS

Por medio de los registros existentes de ingresos y egresos hospitalarios de la institución, se identificaron las mujeres que podían ser posibles participantes, seguido de la revisión los expedientes correspondientes.

Posterior a obtener los datos de las mujeres, se realizó el primer contacto vía telefónica o directamente en su domicilio, en la cual se programó una cita en un lugar propicio para la entrevista, el cual generalmente coincidió con su hogar, siempre se procuró mantener la comodidad y tranquilidad de la mujer.

Inicialmente se le hizo saber en qué consiste la investigación y como se realizaría, de igual manera la importancia de esta y como la ayuda de la mujer es clave para su realización.

Se le dio a conocer el consentimiento informado, en el cual se le explicó la confidencialidad de las narraciones que nos hizo, su opción libre de participar o no

en el estudio, y que si en algún momento después de aceptar ella decidía retirarse es posible y no generaría ninguna consecuencia hacia ella; en los casos en que las mujeres aceptaron se procedió con la firma de ella y la de la investigadora.

Según la disposición de la mujer y el tiempo con el que se contó, se realizó y/o se programaron las primeras entrevistas, la cual fue bajo el consentimiento de la mujer y con su permiso para ser grabada en audio, durante la entrevista la investigadora se hizo cargo de propiciar un ambiente favorable para la entrevista lo que permitió la empatía y confianza entre las dos, de igual manera guio las preguntas por medio de la guía de la entrevista, pero estando atenta y dispuesta a dar respuesta ante la información y las posibles expresiones de sentimientos o emociones que transmitía la mujer, lo que permitió obtener la mayor cantidad de información posible.

Posterior a esto se realizó la transcripción completa de la entrevista, con lo que se logró empezar a identificar la información recolectada, al igual que reevaluar la estructura de la entrevista y poder mejorarla, para cada caso se evaluó si la información estaba completa o si era necesario una nueva visita a la mujer.

A medida que se iban realizando las entrevistas se realizó el análisis de los datos, creando códigos y categorías que permitieron el adecuado análisis de las narrativas y sus interpretaciones.

Finalizado todo el proceso de recolección y análisis de la información, se procedió a la elaboración de la discusión y redacción del informe final para su debida socialización.

4.10 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se fue haciendo a la par de la realización de las entrevistas, lo que permitió identificar los códigos y la información más relevante, con lo que se logró mejorar y hacer más énfasis en ciertas preguntas de la entrevista.

Este estudio se guió del análisis fenomenológico, que se basa en la categorización a partir de unidades de significado, asignadas a cada unidad de registro que permitió establecer una organización en la información recolectada(64).

Para lograr esto se usó de base el enfoque de análisis de los tres momentos que plantean Taylor y Bogdan, iniciando por la fase de descubrimiento en la que se buscaron los temas principales; posterior se generaron o formularon códigos y categorías que agrupaban los temas principales, esto en la fase de categorización; y, finalmente en la fase de relativización de datos se interpretaron estos datos(65).

4.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

4.11.1 Humanos

Dentro de los recursos humanos que participaron en el desarrollo del proyecto, se contó con profesionales con el perfil favorable para participar en el desarrollo de este, teniendo como investigadora principal una enfermera profesional, estudiante activa de la novena generación de la Maestría en Salud pública de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, la cual estuvo bajo la asesoría y apoyo de dos doctores de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la misma universidad, los cuales tienen el vasto conocimiento en el área de investigación y en el tipo de estudio que se realizó.

- Investigadora principal:
Diana Topacio Rincón Zúñiga

Enfermera profesional

Egresada de la Universidad de los Llanos de Colombia

Estudiante activa de la Maestría en Salud Pública

- Directora de tesis:

Yesica Yolanda Rangel Flores

Doctora en Ciencias Sociales. Magister en Ciencias de Enfermería.

Licenciada en Enfermería

Docente en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP

Coordinadora Maestría en Salud Pública UASLP

- Coasesor de tesis:

Luis Eduardo Hernández Ibarra

Doctor en Ciencias de la Salud Pública. Magister en Salud Pública.

Licenciado en Psicología

Docente en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP

4.11.2 Materiales

- Equipo de computo
- Equipo de grabación de audio
- Internet
- Impresiones
- Llamadas telefónicas
- Traslados
- Aula para reuniones
- Video Beam

El detallado de costos y el total del costo para el desarrollo de este estudio se relaciona en el anexo 3.

4.11.3 Financiamiento

Se contó con el financiamiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el tipo Superior – PRODEP, otorgado a la Dra Yesica Yolanda Rangel Flores, folio del profesor UASLP-PTC-578, con la carta de liberación bajo el número de oficio DSA/103.S/16/10419, en el anexo 4 se adjunta copia. El financiamiento antes señalado sirvió para que la estudiante accediera a equipo de audio y fotografía necesario para la investigación, para los gastos generados por publicaciones estos serán financiados por parte iguales por los autores relacionados en los artículos, el detalle de estos se encuentra en el anexo 3 presupuesto de recursos materiales.

V. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

Desde el punto de vista ético, este estudio se basó en las pautas éticas internacionales para la investigación en biomédica en seres humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas – CIOMS del 2002; al igual que en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

De las pautas éticas internacionales para la investigación en biomédica en seres humanos se rescatan las siguientes(66):

- **Pauta 1. Justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos.** Esta investigación va acorde con el objetivo de desarrollo sostenible de salud, que esta direccionado a la salud materna, de igual manera durante su desarrollo, se respetó y mantuvo el anonimato de las mujeres participantes
- **Pauta 2. Comités de evaluación ética.** El protocolo fue aprobado por el Comité Académico y de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP – CEIFE bajo el registro CEIFE-2017-208, ver anexo 5; el macroproyecto del cual hace parte este informe, ya fue presentado y aprobado ante el Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, para el cual se adjunta copia en el anexo 6 Registro del macroproyecto ante el Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, Servicios de Salud.
- **Pauta 4. Consentimiento informado individual.** Se aplicó consentimiento informado a todas las participantes, el cual se encuentra en el anexo 7. Debido a que el trabajo se basó también en la revisión de expedientes clínicos, en el anexo 8 se presenta el acuerdo de

confidencialidad.

- **Pauta 5. Obtención del consentimiento informado: Informe esencial para potenciales sujetos de investigación.** Previo a la firma del consentimiento informado, se suministró la siguiente información de forma verbal: objetivo del estudio, importancia de su participación y que esta es totalmente voluntaria, en el momento en que ella decida abandonar el estudio puede hacerlo sin ninguna repercusión, la protección de la información que ella nos dé y el anonimato de la misma, al igual que la aprobación por los comités de ética a los cuales se sometió.
- **Pauta 6. Obtención del consentimiento informado: Obligaciones de investigadores.** La firma del consentimiento se solicitó posterior a la comprobación del entendimiento del mismo por parte de la participante.
- **Pauta 8. Beneficios y riesgos de participar en un estudio.** Según la Ley General de Salud, este estudio se considera de riesgo mínimo, ya que la recolección de la información se realizará únicamente por medio de la aplicación de la entrevista.
- **Pauta 16. Las mujeres como sujetos de investigación:** Esta investigación no genera ningún riesgo a la mujer sujeto de estudio, incluyendo la opción que dentro del estudio esta pueda quedar en embarazo.
- **Pauta 18. Protección de la confidencialidad.** Siempre se mantuvo y se mantendrá la confidencialidad de la información y de las participantes, se asignó un seudónimo a las informantes, protegiendo así su identidad.

Este estudio hace parte del macroproyecto “Determinantes sociales que facilitan y obstaculizan la inserción de mujeres “casi perdida” en las rutas críticas para la atención de emergencias obstétricas”, como investigadora principal se encuentra la Dra Yesica Yolanda Rangel Flores y como investigadores colaboradores el Dr Luis Eduardo Hernández Ibarra, la MSP Minerva García Rangel, la MSP Martha Ranauro García, la EMSP Diana Topacio Rincón Zúñiga (investigadora principal en este estudio) y la PLESS Alexia Guadalupe Martínez Ledezma.

Este estudio tiene en cuenta lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, específicamente en los siguientes apartados del capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos(67):

- **Artículo 13.-**En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Para este protocolo se respetó la decisión de la mujer para hacer parte o no, así como el continuar o no en el estudio, deteniéndolo al momento que ella lo solicite, sin generar ninguna repercusión.
- **Artículo 16.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Al momento de la aplicación de las entrevistas se le aclarará a la mujer que no se mencionará su nombre en ningún caso, respetando la confidencialidad requerida y en caso de que se requiera hacer énfasis en su entrevista se usará seudónimos respetando su privacidad; de igual manera posterior al análisis de la información y bajo el criterio de la investigadora principal, la grabación de las entrevistas será destruida así como su respectiva transcripción.

- **Artículo 17.** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías; párrafo II. Investigación con riesgo mínimo: Esta investigación se considera con riesgo mínimo, toda vez que no se llevaron a cabo procedimientos invasivos o experimentales, ya que la recolección de la información se realizó únicamente por medio de la aplicación de entrevista, sin embargo, se reconocieron los riesgos que derivan de la recuperación de episodios de vida posiblemente dolorosas.
- **Artículo 18.** El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. Al momento de explicar su participación en el estudio a cada mujer y previo a la firma del consentimiento informado, se le explicó que en momento en el que el estudio genere algún inconveniente o incomodidad a ella, puede solicitar que este sea suspendido y puede retirarse sin generar ninguna consecuencia o repercusión.
- **Artículo 20.** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. A cada una de las participantes se les solicitó firma del consentimiento informado con la previa confirmación de que la información dada ha sido clara y entendible para ella, reconociendo que su participación es totalmente

voluntaria y puede retirarse en el momento en el que ella lo decida.

- **Artículo 21.** Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla. A toda mujer participante del estudio se le explicó detalladamente toda la información necesaria del estudio, haciendo énfasis en el objetivo del mismo, la importancia de su participación, al igual que esta es voluntaria, la confidencialidad de la información que ella proporcione así como la privacidad de su nombre, ya que este no será mencionado en el estudio, posterior a que la mujer nos informe que todo esto está claro se le solicitará la firma del consentimiento.

VI. RESULTADOS

El objetivo general de este estudio fue caracterizar las narrativas que construyen, mujeres de la ciudad de San Luis Potosí sobre la Morbilidad Materna Extrema que vivieron esta experiencia. Para facilitar la comprensión de la experiencia, las narrativas fueron analizadas organizando la información a partir de los determinantes estructurales, sociales y culturales que se identificaron que participaron como factores de riesgo o protección frente a la morbilidad materna extrema.

6.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

6.1.1 Caracterización de la institución mediante la cual se contactó a las participantes

Para la caracterización de la población se realizaron dos entrevistas a informantes claves de la institución, obteniendo tanto la información general del hospital como datos específicos en la atención de ginecoobstetricia, la morbimortalidad materna y las características sociodemográficas de su población. A continuación se describen algunos de los hallazgos que se consideran más relevantes para que el lector tenga una visión clara del contexto en que se realizó esta investigación.

Este hospital público fue fundado en el año de 1949, contaba con alrededor de 30 y 40 camas sensables. Para el año 2010, cambio su ubicación residencial, pero sigue estando ubicado en la capital de San Luis Potosí, SLP.

Oferta los servicios de ginecología y pediatría como especialidades básicas, también el servicio de consulta externa con programas prioritarios como medicina preventiva, tamiz auditivo, planificación familiar y cuenta además con una clínica de manejo adolescente. Su característica específica es que es el único hospital con enfoque del niño y mujer, centrado en estas dos especialidades, ofertando la atención de especialistas y subespecialistas en San Luis Potosí; considerado como entidad que ofrece atención de calidad, esto con base en las evaluaciones de la atención por medio de encuestas de salida, resaltando la atención del personal de enfermería. También es un hospital de referencia, el cual recibe pacientes de mediano y alto riesgo de todos los niveles socioeconómicos y de todo el estado, en mayor frecuencia de Valles, Matehuala y Rio Verde, y llegando a recibir pacientes del Estado de Guanajuato (Ojuelos y San Felipe, principalmente).

Sus usuarios se caracterizan por ser beneficiarios del Seguro Popular o Particulares; dentro de su filosofía resalta la política de no rechazo, por lo cual atiende a todo paciente que asiste y según su situación específica y la atención se requiera, se atiende y se estabiliza y se procede con la remisión a la unidad médica correspondiente. Su población beneficiaria es muy variable, se atienden pacientes tanto de bajos ingresos como de altos, de todos los niveles educativos y etnias, incluyendo indígenas y menonitas, y pacientes con diferente dialecto.

Actualmente el hospital cuenta con 90 camas sensibles y 90 camas no sensibles, de las cuales el 50% está destinado para pacientes de ginecoobstetricia. Atiende todo tipo de partos y ocupa el segundo lugar a nivel nacional con menor índice de cesáreas, siendo este menor del 25%. En el 2016 se realizaron 7460 atenciones obstétricas y en el primer semestre del 2017 se han presentado aproximadamente 700 atenciones obstétricas por mes.

Desde su fundación, este hospital ha mantenido una tasa de mortalidad materna baja. Los diagnósticos más frecuentes en la morbilidad materna son los trastornos hipertensivos del embarazo, la hemorragia obstétrica, diabetes y placenta previa, resaltando que en la mayoría de estos casos las pacientes presentan comorbilidades, dentro de las cuales se puede encontrar diabetes, hipertensión, hipotiroidismos y con mayor frecuencia obesidad; sumado a estas comorbilidades se presentan otros factores de riesgo para la morbilidad materna, y en esta población resalta la multiparidad y las edad extremas, llegando a atender a gestantes con edades desde los 12 años y hasta más de los 40 años; resaltando que la atención a gestantes adolescentes ha aumentado alrededor del 30% en el último año.

El servicio de terapia intensiva cuenta con 8 camas no sensibles, las cuales están en disponibilidad de movimiento para ampliar la capacidad. Este servicio está disponible para ginecoobstetricia y pediatría, adaptándose a las necesidades que se presenten, la cual a nivel de infraestructura ya se considera pequeña en referencia a la demanda del hospital, es por esto que cuenta con un área externa, denominada área de vigilancia obstétrica, la cual funciona como una unidad de cuidados intermedios. En el área de terapia intensiva los diagnósticos de mayor ingreso son preeclampsia severa, hemorragia y diabetes descontrolada, con una permanencia de la paciente de entre 3 y 5 días.

Para los casos de morbilidad materna extrema y los neonatos que estuvieron hospitalizados en el servicio de neonatología, el hospital ofrece un seguimiento en el cual antes de darle el alta a la paciente se le asigna su interconsulta de revisión, según cada caso por consulta externa, dos o tres días antes de la cita trabajo

social la confirma de manera telefónica con la paciente, posterior a esto y en caso de que ella no se presente se realiza seguimiento domiciliario.

6.1.2 Caracterización de las participantes

Se trabajó con un total 12 mujeres, tanto del municipio de San Luis Potosí (66,7%) como de Soledad de Graciano Sánchez (33,3%). La edad promedio de las participantes es de 24 años, con un rango de entre los 18 y 34 (ver tabla 9), en la escolaridad, 66,7% terminaron la secundaria y/o cumplieron con un nivel académico más alto, frente al 33,3% que contaba con primaria o secundaria incompleta. 91,7% de las participantes vivían con su pareja, en unión libre o matrimonio, 50% y 41,7% respectivamente. Referente a la ocupación, el 75% se dedicaba al trabajo no remunerado en el hogar. (ver tabla 10)

Tabla 9. Edad de las participantes

Edad	
Mínimo	18
Máximo	34
Media	24.42
Des. Tip	4.88

Fuente: Base de datos y entrevistas realizadas

Tabla 10. Caracterización de las participantes con variables categóricas

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Primaria completa	3	25,0
	Secundaria incompleta	1	8,3
	Secundaria completa	4	33,3
	Bachillerato completo	2	16,7
	Profesional	2	16,7

Estado Civil	Unión libre	6	50,0
	Casada	5	41,7
	Soltera	1	8,3
Ocupación	Hogar	9	75,0
	Empleada	2	16,7
	Estudiante	1	8,3
Municipio de residencia	de San Luis Potosí	8	66,7
	Soledad de Graciano Sánchez	4	33,3

Fuente: Base de datos y entrevistas realizadas

En lo que respecta a sus características obstétricas, la mitad de las participantes vivía su primer embarazo al momento de la experiencia de MME. 83,3 de las mujeres asistió a más de 5 controles prenatales en su embarazo. El 25% de las participantes presentó un parto prematuro, el 41,7% estuvo entre las 37 y 40 semanas de gestación y el 33,3% presentó más de 40,1 semanas de gestación (ver tabla 11).

Tabla 11. Caracterización ginecoobstetrica de las participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Número de gestaciones	1	6	50,0
	2	3	25,0
	3	3	25,0
Número de Hijos	1	6	50,0
	2	2	16,7
	3	4	33,3
Cantidad de Controles Prenatales	Menos de 5	2	16,7
	Más de 5	10	83,3
Edad Gestacional al momento del parto	Menos de 37 SDG	3	25,0
	37 a 40 SDG	5	41,7
	40,1 SDG o mas	4	33,3

Fuente: Base de datos y entrevistas realizadas

Respecto a los eventos presentados de Morbilidad Materna Extrema, se encontró que prevaleció la Preeclampsia y la Hemorragia Obstétrica, con un 41,7% y 33,3% respectivamente. El Síndrome de Hellp tuvo una incidencia del 8,3%, el 16,7% restante corresponde a mujeres que presentaron doble evento, en estos casos fue preeclampsia mas hemorragia obstétrica. El 50% presentó la complicación durante el embarazo y es el mismo porcentaje para el que la resolución de su embarazo se dio por cesárea (ver tabla 12).

Tabla 12. Caracterización del evento de Morbilidad Materna Extrema (MME)

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Evento de MME	Preeclampsia	5	41,7
	Hemorragia	4	33,3
	Preeclampsia y Hemorragia	2	16,7
	Síndrome de Hellp	1	8,3
Inicio MME	CPN	6	50,0
	Resolución embarazo	6	50,0
Resolución del embarazo	Fisiológico	6	50,0
	Quirúrgico	6	50,0

Fuente: Base de datos y entrevistas realizadas

6.2 DETERMINANTES ESTRUCTURALES

El primer objetivo de esta investigación fue explorar los determinantes estructurales que participaron como factores de riesgo o protección frente a la morbilidad materna extrema, entendiendo los determinantes estructurales como aquellos que determinan la estructura de la sociedad, como la clase social, el acceso a salud, a la educación y el empleo, en el entendido de que estas condiciones determinan de manera relevante el tenor en que se dan los procesos de salud y enfermedad.

6.2.1 De Riesgo

Dentro de los determinantes de riesgo de tipo estructural emergieron tres categorías principales a partir de las narrativas de las informantes, 1) Disponibilidad de recurso material, 2) Dificultades para llegar a la institución de atención y 3) Desconfianza en la calidad de los servicios públicos de salud.

6.2.1.1 Disponibilidad de recurso material

Se identificó como un factor de riesgo debido a que en diversas ocasiones las participantes refirieron escases de material e insumos en el hospital.

“... Porque ahí no tenían nada de material, entonces sí también lo que es de material si está demasiado escaso en el hospital...” (Erika)

Material que en ocasiones las participantes refirieron costear ellas mismas o esperar a las posibles soluciones que logrará el personal de salud.

“... Ya no más escuchaba como que las voces a lo lejos de los doctores y que no sé qué, que no sé qué tanto y que me tenían que poner un medicamento que no tenían ellos ahí en ese momento que tenían que mandarlo a traer...” (Sara)

6.2.1.2 Limitaciones para llegar a la institución

Esta categoría se enmarca el segundo retardo del modelo de las tres demoras de la morbilidad materna, el retraso para llegar al servicio de salud, la cual en

las narrativas estuvo determinada tanto por la disponibilidad de medios de transporte como por la restricción económica para acceder al mismo.

- Falta de disponibilidad de medios de transporte: Independientemente de que estas mujeres vivieran dentro del casco urbano, el sistema de transporte lo percibieron como un obstáculo para su traslado, en muchas ocasiones por el hecho de tener que tomar más de un camión para llegar desde su casa hasta la institución de la atención.

“... Ya en la mañana no más esperamos que amaneciera tantito y nos fuimos pero nos fuimos en los camiones pues porque no teníamos para el taxi y cuando estábamos allá en el centro esperando el camión que va para el hospital...”
(Ana)

O en otras ocasiones las incomodidades que generaba el hecho de tener que movilizarse por este medio.

“... Ya no aguantaba caminar Y luego ya ven como se hace el camión en el traqueteo...” (Laura)

- Restricción económica para acceder a medios de transporte: Esta subcategoría se relaciona directamente con la anterior, ya que debido a la escases o poca disponibilidad de dinero, independiente de la situación en la que se encontrará la mujer, debían tomar el transporte público, más específicamente camión, sin tener la posibilidad de tomar un taxi o contar con un transporte particular.

“... A media noche empecé que me dolía mucho la espalda y no podía respirar no podía estar sentada ni acostada ni parada de ninguna forma y ya ya en la mañana no más esperamos que amaneciera tantito y nos fuimos pero nos fuimos en un en los camiones pues porque no teníamos para el taxi...” (Ana)

6.2.1.3 Desconfianza en la calidad de los servicios públicos de salud.

Dentro de las narrativas, se identificó que en su imaginario prevalece una especie de idealización obstétrica que se brinda en el régimen privado, generado principalmente por la inconformidad y/o desconfianza que les genera el sistema de atención en los servicios de seguridad socioal o en los públicos de salud.

“... Pues me sentí mejor en el particular, me sentía, como que más atención, aparte iba al particular y me hacía chequeo de todo y ultrasonido y acá en el seguro solo era chequeo...” (Martha)

En algunas narrativas también se evidenció que esta preferencia se da por la burocracia del sistema (mencionada anteriormente), en la cual por cambio o pérdida del empleo, estas mujeres pierden la seguridad social y consecuentemente el acceso a atención médica para sus controles, situación que las obliga a recurrir a la atención particular.

“... Pues es que yo antes de empezar a atenderme en el

hospital, yo llevaba mi control fuera de ahí, nada más que a mi esposo le quitaron el seguro social porque se salió de ese trabajo entonces por eso tuve que inscribirme al seguro popular...” (Camila)

Lo que define principalmente a esta categoría como un factor de riesgo, es la desconfianza que refieren las mujeres en relación a los servicios públicos de salud, lo que genera que las mujeres no identifiquen y acepten el diagnóstico lo más pronto posible, si no que buscan una segunda opinión que desmienta o confirme la situación médica de riesgo de la gestante.

“... Ya después de allí cuando me dijeron que yo tenía eso [preeclampsia] yo me fui a atender con otro médico particular que fue el que me llevó mi primer embarazo entonces ya fui con él y entonces él también me dijo lo mismo que era preeclampsia...” (Camila)

6.2.2 De Protección

En este tipo de determinantes solo emergió una categoría, la cual concentró una cantidad significativa de narrativas, mostrando un punto a favor para la atención de esta población, centrada en la variedad de instituciones de atención, ofreciendo una mayor diversidad de opciones para que las mujeres acudan a recibir la atención del embarazo.

6.2.2.1 Diversidad de instituciones de atención dentro del casco urbano

Se identificó que todas las mujeres contaban con un centro de atención cerca de su domicilio, bien sea de primer o de segundo nivel, el cual les ofrecía un acceso fácil a su atención, con distancias de máximo 20 minutos.

[Tiempo de recorrido hasta la institución] “... Unos 15 minutos, si pues el centro de salud, pues aquí luego luego, en 15 o 20 minuto más o menos...” (Sofía)

De igual manera, las mujeres refirieron tomar la distancia y el tiempo de recorrido como criterio de elección de la institución en la cual llevan su seguimiento.

“...No pues menos de media hora, algunos 10 minutos, que vivo más cercas allá, esta de aquel lado me queda cerquita... Pues yo digo que porque está más cerquitas...” (Dayana)

6.3 DETERMINANTES SOCIALES

El segundo objetivo de esta investigación fue el de conocer los determinantes sociales que participaron como factores de riesgo o protección frente a la morbilidad materna extrema, entendiendo estos como todos los aspectos dentro de las relaciones sociales, donde resalta más específicamente el personal de salud, de igual manera incluye las políticas en salud y la ejecución de estas durante toda su experiencia de la morbilidad materna extrema.

6.3.1 De Riesgo

Los factores de riesgo incluidos dentro de estos determinantes están establecidos dentro de cuatro categorías, centradas en la atención y la educación recibida a nivel institucional: 1) Fallas administrativas en la atención, 2) Deficiencias en la capacitación y acción del personal, 3) Entre la estandarización inadecuada de la atención y la ausencia de perspectiva individualizada en el cuidado y 4) Ausencia en la información entregada a las pacientes.

6.3.1.1 Fallas administrativas en la atención

Muchas mujeres refirieron haber encontrado obstáculos al momento de recibir la atención, causados por factores propios de la organización administrativa de los servicios públicos de salud.

- **Recurso humano insuficiente:** Se identificó que en diversos casos estas mujeres buscaron la atención médica, sin embargo, dada la escases o ausencia de personal médico esta atención no fue brindada.

“[Le dijeron]... El doctor ya se fue entonces no te podemos atender ahorita...” (Dayana)

En casos específicos esta deficiencia se asoció con los periodos vacacionales del personal, en los que no se previó el reemplazo de este profesional.

“... Ya cuando iba me decían, “no es que la doctora no está es que anda de vacaciones”, o sea tenía que sacar cita para que me dieran el ultrasonido. Pero haz de cuenta que en la primera vez que me tocó es que andaba de vacaciones de Junio [la medica]...” (Alejandra)

- Sobrecupo de los servicios de salud: También se encontraron narrativas en las que se identificó la existencia de una respuesta inadecuada a la demanda de los servicios, generada por un exceso de demanda de atención en las usuarias, lo anterior incrementó los tiempos de espera en estas.

“... Ya no podía ni caminar, ni tar sentada, porque ella decía que se le, algo se le venía, todavía la traje afuera caminando porque estaba lleno adentro lleno y hasta que paso...” (Mamá de Laura)

6.3.1.2 Deficiencias en la capacitación y acción del personal

Las mujeres narraron los procedimientos que el personal realizó en su atención y la información que les fue brindada durante esta, a partir de ello, pudo identificarse la existencia de ausencias o debilidades en las competencias de conocimiento o procedimentales básicas en personal de salud que participa en el monitoreo prenatal dentro del primer nivel de atención, así como en el personal de primer contacto en una situación de emergencia obstétrica.

- Inadecuada capacitación del personal de primer nivel de atención: Se identificó estas deficiencias y/o fallas principalmente en la educación

ofrecida a las gestantes y la identificación de factores de riesgo, tanto por sintomatología como por antecedentes.

[Indagación sobre antecedentes familiares de preeclampsia]
“... No, nada más me preguntaron que si había presión alta en mi familia, que si tenía familiares con presión alta, pues les dije que sí, pero no me preguntaron si en el embarazo, familiares mujeres en el embarazo, nada de eso...” (Luisa)

- Inadecuada capacitación del personal de segundo nivel de atención: Esta subcategoría se presenta como la anterior, con la diferencia que esta se presenta a nivel hospitalario, acarreado las desviaciones del estado de salud de estas mujeres a situaciones ajenas a la misma.

“... Hasta que llegue al hospital, me dijeron que a lo mejor se me subió porque a lo mejor me puse nerviosa o me asuste ahí...” (Laura)

- Inadecuada comunicación entre el equipo interdisciplinar: En fragmentos de las narrativas de estas mujeres, mencionaron haber presenciado desacuerdos entre el personal de salud, llamadas de atención de personal profesional a estudiantes, ya sea por falta de habilidades, conocimientos, desacato y/o por cuestionamiento de órdenes dadas por superiores.

“... Y llego la doctora fue cuando ahí los empezó a como a llamarles la atención o a regañarlos [estudiantes] o a decirles y ella empezó ahí otra vez y me metió como, como algodón o no sé qué me metieron y lo sacaban así yo lo

veía no me dejaban ver pero por lo que veía si era mucha sangre ya tenía aquí mi bebe y ya luego se lo llevaron para allá...” (Alejandra)

6.3.1.3 Entre la estandarización inadecuada de la atención y la ausencia de perspectiva individualizada en el cuidado

Se identificó que mientras en algunos casos se siguió con tal rigidez protocolo de atención que se dejó de lado las necesidades específicas al momento del cuidado, las guías de atención no fueron consideradas al momento de brindar la atención, a continuación se desarrollan más en profundidad este aspecto.

- Estandarización inadecuada de la atención: Como en toda institución, los hospitales y centro de salud, cuentan con protocolos de atención, tanto para la atención directa de salud, como para el ingreso y todos los procedimientos que se realizan. En las narrativas de las participantes se logró identificar que en la atención que se les ofreció, no se tuvo en cuenta situaciones específicas, por ejemplo, para su ingreso no se tuvo en cuenta las condiciones con las que llegó, lo que generó un retraso importante para acceder a la atención.

“... Yo ya no alcanzaba a respirar ni a mirar ya miraba muy oscuro y tenía mucho frio y ya llegamos allá y todavía llegamos ahí al hospital y todavía me dejaron sentada ahí afuera hasta que me tocará mi turno para entrar...” (Ana)

En algunos casos, se evidenció prioridad por las cuestiones administrativas, independiente de la condición de gravedad que se

presentó al momento de la emergencia obstétrica.

“... Ya entonces digo me retiraron, me volvieron a pasar otra vez donde estaba y yo empecé a perder otra vez, digo o sea, te digo ya no ya no, ya no estaba así “en mí”, ya no, ya no más escuchaba como que las voces a lo lejos de los doctores y que no sé qué, que no sé qué tanto y que me tenían que poner un medicamento que no tenían ellos ahí en ese momento que tenían que mandarlo a traer, entonces pues me habla, me habla la doctora, “mira hija tenemos que, que traer un medicamento que no hay aquí, dice pero tienes que firmarnos tú el papel para que nos hagan valido mandarnos ese medicamento para podértelo inyectar”, no que sí, pues yo no sé ni cómo les firme, yo si me acuerdo que tome el lapicero, me dieron la hoja y que la firme, más no, te digo no sé cómo porque todo mi cuerpo estaba temblando y yo estaba más, yo siento que era más, estaba más, estaba más sedada que despierta...”
(Sara)

Otra situación en la que se refleja este exceso de protocolización para la atención, es en la existencia de un trato que pretende “igualar” a todas las mujeres, contemplando las experiencias del embarazo, parto y puerperio como procesos biológicos que son vividos exactamente igual por todas y en el que consecuentemente todas las mujeres “deberían” presentar las mismas respuestas, ignorando la sintomatología que se expresa desde la subjetividad de las mujeres en relación a sus propios cuerpos.

“... Yo ya de los dolores yo cerraba los ojos y ya sentía que yo me iba, o sea donde ya, donde los dolores ya eran muy fuertes, yo sentía que ya me desmayaba, entonces rápido yo abría los ojos, porque yo ya sentía que, que me desmayaba del mismo dolor, y los doctores decían “no, es normal, es normal” y no me hacían caso por más que les decía...” (Luisa)

En otras ocasiones, la condición específica y los deseos de la paciente se ignoran o pasan a segundo plano.

“... Yo era la que les decía mucho que me operarán ya, o sea que antes de salir del hospital mejor me operaran que ya, yo ya no quería tener bebés, pero pues no me dejaron que por la edad, pero se me hizo algo estúpido...” (Erika)

- Inadecuado seguimiento de las guías de atención: Para la atención obstétrica, como en todas las áreas, existe la normatividad y las guías a seguir para ofrecer la atención, así como los protocolos de atención en patologías específicas; los cuales establecen como hacerlo, buscando dar el mejor manejo posible y disminuir los posibles riesgos, de igual manera no se debe dejar de un lado el manejo integral. En fragmentos de las narrativas dadas por las participantes, se logró identificar como usuarias alcanzan a dar cuenta de que estos protocolos no se siguieron.

“... Supuestamente los doctores habían estado mal porque no me tenían que provocar [inducir a trabajo de parto], no me tenía que provocar ese desgarre porque ellos tenían que haber checado el peso de ella ese mismo día en un ultrasonido para ver como venía el peso, entonces ya sabiendo que pesaba más de 4 kg, me tenían que hacer una cesárea, debían saber que no podía tenerla yo en parto normal, para lo mismo, para evitar todo lo que a mí me pasó, pero pues no, a mí no me hicieron ultrasonido, a mí no más me pasaron y ya a mí no me checaron más que cuando te digo me hicieron el ultrasonido, que fui yo como a los 8 meses y medio o un poquito antes, este fueron, fue hasta ahí que te digo que pasaba 3,200 kg, pues ahí estaba bien, pero a mí ya en el momento que yo entre, a mí ya no me hicieron nada, entonces a la doctora, a los que me recibieron yo escuchaba que les decían que porque no me habían hecho un ultrasonido que eso ya era culpa de ellos, no mío, entonces que porque son personas que están, pues sí, en eso o sea que son personas que saben, tienen que saber qué hacer, no lo hicieron entonces...” (Sara)

6.3.1.4 Fallas en la información entregada a las pacientes

En esta categoría se evidencia la falencia existente en la información y educación que se les ofrece durante la atención, factor imprescindible para el empoderamiento de la mujer en términos del monitoreo de su propia salud durante el embarazo, y en dicho sentido, para el desarrollo de agencia para la adopción de

los cuidados prenatales y particularmente para la identificación oportuna de señales de alarma y la actuación asertiva frente a las mimas.

- Fallas en la comunicación del riesgo a las mujeres: El embarazo genera un estado específico en la mujer, para el cual se hace necesario adoptar actitudes y comportamientos específicos para que este se desarrolle de la mejor manera posible y disminuir el riesgo de complicación. Cuando se genera alguna situación o complicación que altere el adecuado desarrollo de éste, es necesario informar de la mejor manera a la mujer para que esta sea consciente de la situación y el manejo que requiere.

[Explicación de las razones de remisión a segundo nivel] “... No nada mas de dijeron que era porque era un embarazo de alto riesgo y me le pusieron en el carnet ahí me le pusieron que era embarazo de alto riesgo...” (Ana)

Durante la atención prenatal siempre se da la educación sobre los signos de alarma, sobre los cuales la gestante debe estar al pendiente, pero el obstáculo se presenta cuando esto se hace de manera rutinaria o mecánica, y al momento que la mujer identifica alguna y busca atención, esta se normalice y no se le dé la importancia que requiere.

“... Así anduve así en consulta pero me dijo que era normal [tener las piernas edematizadas], dijo era normal y ya no me parara de puntillas y pues que eran normal en el embarazo que uno se hinchara...” (Dayana)

Esta deficiencia identificada, también se extiende al puerperio, específicamente cuando no se le explica a la mujer a todos los procedimientos a los que fue sometida, lo que directamente genera la falta de cuidados específicos.

“... Como a las 2 semanas, orinaba pero me ardía abajo en la vagina, me ardía y me ardía, y yo sentía el ardor horrible entonces pues dije, yo me voy a ver, pues, este yo agarre un espejo y me vi y si tenía como que donde, ya ve que a uno le cosen, como que se había desprendido como un, como un punto o dos entonces pues no, no no estaba bien, no me lo, no me cosieron bien o se zafo el hilito, no sé, no sé qué habrá pasado o a lo mejor lo mismo a la hora de yo pues ir al baño pues me, me abrió me reventó no se...”
(Sara)

Y así como en la etapa prenatal, por diversas falencias se normaliza la sintomatología de alarma, esto también se puede presentar en situación del puerperio.

“... Yo ya me daba calentura, me daba calentura, yo todo el día tenía que estar tomando medicamento para que no me diera temperatura, y me decían, no es que este la operación de para ya no tener bebés y la leche pues están haciendo que, y pues eso, entonces a mí se me empezó a poner duro

lo de alrededor de la herida y rojo, y me dolía, al grado de que no me podía ni enderezar, o sea de que tanto que me dolía, ya no podía ni caminar...” (Luisa)

- Deficiencias en la información entregada por parte del personal de salud frente a la Morbilidad Materna Extrema: En las entrevistas se evidenció que las mujeres saben que tuvieron una complicación, pero no conocen a profundidad que sucedió ni el manejo que recibieron.

“...fijese yo cuando yo me alivie, yo no sabía que era una hemorragia, cuando fui a la escuela yo hablé con mi maestra de biología y me dijo ¿cómo te fue en tu parto? y ya le dije pues bien, dije tuve una hemorragia dijo entonces no te fue bien, dijo porque pues la hemorragia puedes morir por la hemorragia, yo hasta ahí, o sea yo no supe lo que era hemorragia, ya hasta después la maestra me explico, me dijo no, tu pudiste de la hemorragia es muy peligrosa, tu pudiste morir, ya me dijo yo también tuve hemorragia y ya hasta me platico, pero yo no supe que era una hemorragia ...” (Martha)

Y como lo manifiestan ellas, la información es muy superficial y no da claridad completa a las mujeres.

*“... Te dan la información muy muy este muy superficial...”
(Camila)*

- Inadecuada comunicación del riesgo frente a un nuevo embarazo: Sumado a la escasa información que recibieron estas mujeres al evento que cursaron, refirieron no haber recibido información ni educación sobre el riesgo existente en un próximo embarazo, o bien, esta información no se da de la manera adecuada, generando miedo en las mujeres frente al embarazo y frente a la respuesta que puede ofrecer el sistema de salud.

“... Me empezaron a decir, este la otra que se embarace, este se va a morir y aquí se va a quedar y que no sé qué, o sea me empezaron a decir muchas cosas las enfermeras, entonces te llenan de muchas cosas de que, sí, o sea sí es cierto de que a lo mejor si me vuelvo a embarazar voy a venir y en una de esas o sea me muero verdad, o ponen a decidir a mi marido o su esposa o el bebé, entonces este, son muchas cosas las que me hicieron tomar esa decisión, de ya no tener familia...” (Luisa)

6.3.2 De protección

Los factores protectores identificados dentro de estos determinantes, se establecen dentro de cuatro categorías, entre las cuales algunas de ellas se comportan de manera ambivalente, ya que igual se presentaron como factor de riesgo que como factor protector. Estas categorías fueron: 1) Adecuada respuesta ante el evento de MME, 2) Adecuada educación e indicaciones para el manejo óptimo de la MME, 3) Percepción favorable de la atención recibida, y 4) Apoyo de redes sociales capacitadas.

6.3.2.1 Adecuada respuesta ante el evento de Morbilidad Materna Extrema

Esta es una de las categorías que se comportó de manera ambivalente, pero por los fragmentos de las narrativas y el significado de estos se debe considerar para los dos casos. En lo identificado en las narrativas dadas por las participantes, se identificó que la atención recibida fue óptima, ya que se ofreció el manejo adecuado a la situación presentada.

- Adecuado manejo de las complicaciones del embarazo: En base a las narrativas de las participantes, se identificó que en estos casos la respuesta ante la situación presentada fue adecuada; en la atención prenatal se identificaron oportunamente señales de alarma y se tomaron las decisiones adecuadas.

“... Entre y luego luego me checaron la presión y el doctor me dijo que la llevaba muy alta y me inyectó [canalizó] pero no, con la inyección no se me controlaba y ya de ratito de vuelta fue y me checó y me dijo que no, que la traía demasiado alta y ya le hablaron a mi esposo le dijeron que me tenía que quedar porque yo iba muy mal me dijo el doctor que si me hubiera tardado otra media hora no hubiera alcanzado a llegar, me hubiera muerto aquí en la casa...” (Ana)

Este factor protector también se vio reflejado en la atención directa a la emergencia obstétrica.

“... Dijo [la médica] “está perdiendo mucha sangre, traigan un globo”, a mí, a mí me metieron algo llamado un globo, adentro en mi vagina para que detuviera el sangrado, el sangrado que tenía de más, me metieron junto con seis gasas unidas para que tuviera mayor..., para que absorbiera la sangre y tuviera mayor, pues sí para que se pudiera, ahora sí que sostener más la sangre...” (Sara)

- Adecuado sistema de referencia y contra-referencia: De la mano con la subcategoría anterior, el contar con un adecuado sistema de referencia, permitió dar un manejo integral y óptimo a las situaciones particulares.

“... La doctora que me tocaba me tomo la presión y me dijo que la tenía muy alta entonces me mandaron de urgencias al hospital...” (Camila)

6.3.2.2 Adecuada educación e indicaciones para el manejo óptimo de la Morbilidad Materna Extrema

Al igual que en la categoría anterior, el aspecto que abarca este punto se comporta de manera ambivalente, como se mencionó anteriormente hay varias falencias en información y educación, pero en estos fragmentos de entrevista, se comprueba que en muchos casos esta se ofrece de la manera adecuada.

- Educación prenatal: En este aspecto, las mujeres refirieron que recibieron educación en sus consultas prenatales, las cuales iban dirigidas principalmente a los signos de alarma que se podían presentar, la

alimentación, medicamentos en caso de que los requirieran, qué hacer y donde acudir en caso de una situación inesperada.

“... Sí de eso sí, de hecho me dijeron que la presión, dolor de cabeza, el zumbido en los oídos y que la vista borrosa o todo eso que me fuera este de urgencia al hospital...”
(Camila)

- Explicación por parte del personal sobre lo sucedido: Al igual que en la subcategoría anterior, a nivel hospitalario y en relación a la emergencia obstétrica, varias mujeres fueron informadas tanto por su estado en particular como por los procedimientos y el manejo que recibieron.

“... Cuando estuve internado me explicaban que yo lo que tenía ya no era una preeclampsia nada más, que ya era un síndrome de Hellp, y que eso, bueno, me dijeron nada más eso, que era un síndrome de Hellp, pero que era más que una preeclampsia y que pues mis órganos se iban a estar deteniendo conforme pasará el tiempo, ya cuando pues salí del bebé y todo eso me dijeron que tenía que estar en observación o que si sentía yo algo como dolor o algo así, que si tenía que acudir al doctor porque pues, no era necesario que se detonara durante el embarazo o la cesárea que no, que podía salir después..., me explicaron que el síndrome de Hellp es como una alergia al embarazo, que porque se hace como una infección o algo así en la placenta y que eso es lo que provoca pues todo, que se dispare todo el organismo...” (Sofía)

- Recomendaciones de monitoreo en casa: Esta información y educación también se vio reflejada en el aspecto extramural, donde se le recomendó a las mujeres realizar un monitoreo, principalmente de los niveles de tensión arterial, en casa, permitiendo un mayor control de la situación y generando un empoderamiento de las mujeres hacia su estado de salud.

“... Como un mes después de haber tenido a los niños y me dijeron que me la estuviera checando por una semana a diario, o sea que me la estuviera checando diario en esa semana...” (Camila)

6.3.2.3 Percepción positiva de la atención recibida

Al momento en que las mujeres perciben una calidad en la atención y un trato digno, les permite confiar más en las decisiones y el manejo que se les da, tal como lo refirieron en las entrevistas.

- Trato médico con calidad humana: En los casos en los que las mujeres sintieron una atención optima, en relación con la calidad del trato, resaltaron la labor de este profesional, refiriendo la satisfacción, gratitud y confianza que esto les generó.

“... Si me atendieron muy bien de la niña y ya la doctora iba y a ver y decía “le voy hacer otra vez, y otra vez, y no ya merito señora y aguántese, y no haga fuerzas y agarre mucho aire, y luego pasaba y me platicaba, y ¿como se siente? Y pues yo le decía “pues bien mal ya me quiero

aliviar” y me decía “no esperece otro ratito, ya merito y ya merito”, iba y me checaba y otra vez y así a cada rato iban eran muy constantes su visitas...” (Alejandra)

- Calidad percibida de los servicios: Al igual que en la subcategoría anterior, en algunas vivencias, las mujeres refirieron sentirse satisfechas con la atención recibida en general.

“... Me quede con el SP y me quede ahí porque la verdad es que la atención es muy muy buena y pues todo el tiempo que estuvimos ahí mi bebé y yo, y el tiempo que fue por fuera, siempre estuvieron muy al pendiente, nos llamaban cada mes para ver cómo estaba él bebe, si no se había enfermado, si estaba bien en peso, o sea siempre estuvieron muy al pendiente, pero si la verdad a mí me agrado muchísimo ahí, la atención de ese hospital...” (Erika)

6.3.2.4 Apoyo de redes sociales capacitadas

Para algunas de estas mujeres, el hecho de contar con el apoyo de alguien que esté capacitado sobre cuestiones de salud, fue un facilitador de gran importancia, permitiendo tener un mejor control sobre su estado de salud por medio de alguien que es familiar a su círculo social y genera un tipo específico de confianza.

[Persona de apoyo para monitorización de tensión arterial en casa] “...Se estuvo checando con su tía, como ella [la tía] padece presión alta ella tiene el aparatito para estárselo checando y ella me decía cuando necesites ven...” (Mamá

de Laura)

Cabe resaltar que en las narrativas de las participantes se evidenció la magnitud de este apoyo, tanto psicológico, como social y económico, ya que es de personas de su círculo social, y también les redujo costos de los cuidados y análisis necesarios durante su control prenatal.

“... Me dijo apoco está embarazada le voy a regalar, le voy a regalar u ultrasonido de tal clínica, que en 4D y ay fue cuando le dije a bueno, si fui y ahí me dijeron si va hacer niña...” (Alejandra)

6.4 DETERMINANTES CULTURALES

El tercer objetivo fue identificar los determinantes culturales que participaron como factores de riesgo o protección frente a la morbilidad materna extrema, dentro de estos determinantes se incluyeron todos aquellos aspectos que tienen relación con los estilos de vida que las mujeres mantienen, así como los valores y reglas sociales que estas implementan al ejercer su agencia de autocuidado sexual y reproductivo, en este sentido, también tiene que ver con la adherencia de las mujeres a nuevos estilos de vida durante el embarazo de riesgo.

6.4.1 De Riesgo

Los factores de riesgo para estos determinantes incluyen las falencias del conocimiento completo del estado del embarazo por el que cursa la mujer, la creación inadecuada de ideas frente a las causas y el manejo de la complicación, y finalmente las barreras para el adecuado actuar frente a su situación particular.

6.4.1.1 Deficiencias y falencias frente a situaciones específicas del embarazo y el evento cursado

La falta de conocimiento y entendimiento amplio del embarazo y la complicación por la cual cursa la mujer, se presenta como barrera frente al evento de la Morbilidad Materna Extrema, esto debido a que no permite la adopción de de comportamientos y cuidados específicos que disminuyan o controlen el riesgo existente.

- No identificación del riesgo y las señales de alarma: En la atención prenatal las gestantes reciben la educación sobre las señales y los signos de alarma, pero en muchas ocasiones y como ya se mencionó anteriormente, esta información no es retenida de la manera adecuada, razón por la cual no se hace una identificación oportuna de las señales de alarma.

“... Pues yo en todo mi embarazo nada más lo que siempre tuve así muy constante fue el dolor de cabeza pero así de que yo me mareara o asco o alguna otra cosa no, nada más fue era mi dolor de cabeza, yo no sentía nada de la presión...” (Camila)

- Ambivalencia frente a la construcción del riesgo de un nuevo embarazo: Posterior a la experiencia que vivieron están mujeres y la educación recibida sobre su experiencia, muchas asumen una posición ambivalente frente al concepto del riesgo de un nuevo embarazo, muchas de ellas son conscientes pero plantean situaciones por las cuales ese riesgo pasa a un segundo plano.

“... Yo veo mi situación, que fue lo que pasé y como estuve y así, y yo digo “ay Diosito gracias porque hay mamás, que han pasado por mucho peores que las mías, o sea digo sufres, yo sufrí, sí sufrí mucho con mi hija, y a mí me dicen que si yo quiero tener otro, no yo no quiero tener, yo no quiero tener otro, yo no quiero, y ahorita mi esposo pues vio pues como me puso y de él mismo ha dicho si tu no quieres otro yo no te obligo, entonces si realmente él piensa quedarse conmigo a un futuro, este pues yo digo pues si no más me quedo con mi hija, pues está bien, ya ya la satisfacción de ser mamá pues ya la tengo, porque pues ya aunque sea una, ya la tengo, ya quisieran otras mamás tener aunque sea uno y no pueden, porque hay otras mamás que no pueden tener bebés, y dices ay caray, esta difícil verdad y si mi esposo si dice, que el día de mañana si no quieres tener otro yo no te obligo y pues sí, la verdad, yo por mí, por mí ya dije no, pero el día de mañana mi hija me lo va a pedir, mi hija me va a decir yo quiero un hermano o yo quiero una hermana, y pues también para, sería egoísta de mi parte no darle un hermano y dejarla sola, el día de mañana faltamos nosotros y pues con quien se refugia, con que hermano o con que hermana, o mejor si familia de lo demás pero no hay como unión de tus, no sé si ustedes tengan hermanos verdad, pero no hay como unión, tengas a quien platicarles tus cosas, con quien correr a divertirse a jugar, a lo que sea, entonces a mí se me haría egoísta de mi parte no darle aunque sea un hermano más a mi hija, o sea aunque sea un hermano de ella, otro y ya, aunque yo si

digo, bueno si tengo que volver a pasar la situación que la que pase, como me puse, pues vale la pena, la verdad vale la pena...” (Sara)

- Falta de claridad sobre lo sucedido: En la mayoría de los casos, las mujeres no tienen claridad sobre lo sucedido, lo cual genera un obstáculo para que adopten comportamientos y cuidados que prevengan riesgos reproductivos futuros.

“... Entonces pues yo no, no supe ni nada no supe porque me paso eso porque cuando estábamos en labor de parto yo nunca tuve ningún problema ni nada o sea todo estaba bien ya cuando fue cuando la dificultad fue cuando después de que me alivie y como me empezó a salir mucha mucha sangre...” (Maria)

- Falta de conocimiento sobre manejo médico y procedimientos recibidos: Se identificó que muchas de las mujeres demuestran inconformidad con la atención recibida, lo cual se asocia de manera importante con el desconocimiento del manejo y los procedimientos médicos, el no saber porque le hicieron tal procedimiento genera una barrera en la mujer frente a la experiencia vivida.

“... Me metía el dedo así, me metía las manos y me empujaba muy fuerte entonces yo me movía y me dijo no te estés mueve y mueve y yo no me podía dejar de mover porque me dolía mucho y me dijo que no te muevas y pues yo me seguía moviendo porque ella me empujaba y yo me

movía así tantito porque me dolía entonces fue cuando empecé a sacar mucha mucha sangre...” (Maria)

- Potenciación del riesgo por la normalización de signos de alarma: Sumado a lo mencionado anteriormente, muchas de las mujeres conocen o refieren haber recibido la información sobre los signos de alarma, pero al momento de presentar alguno de ellos, lo ven como parte de los cambios fisiológicos del embarazo, por lo cual no le dan la importancia necesaria y los normalizan, limitando su oportuna identificación y manejo del mismo.

“... Pues yo le decía que no pero pues es que yo nunca he padecido de la presión y es que yo le decía que la traía muy elevada pero pues no , yo lo tome pues normal no no me, no me asusto...” (Camila)

Y en muchas ocasiones, atribuían esta sintomatología de alarma a situaciones específicas o estresantes.

“... Ya ahí los dolores de cabeza ya empezaron, o sea yo entre el embarazo nada pero si después la cabeza sentía así como que me iba a explotar pero no era constante, o sea nada era o en la mañana o en la noche, y pues yo le achacaba que era el estrés...” (Erika)

6.4.1.2 Creación de ideas preconcebidas inadecuadas

Otra situación que genera una barrera al momento de hablar de la experiencia de la Morbilidad Materna Extrema, son esas ideas o preconcepciones que se hacen las mujeres frente a su embarazo, el manejo y lo relacionado con la situación vivida, situación que limita directa o indirectamente la búsqueda de atención y los cuidados requeridos.

- Ideas de inmunización subjetiva frente al evento cursado: En lo dicho por las mujeres, se logró identificar que existe una percepción inadecuada de las causas de las complicaciones, ellas refieren relacionar que si se llevan a cabo los controles prenatales como se requiere, es muy baja o nula la posibilidad de que se presente alguna complicación.

“... Mis chequeos siempre fueron bien bien bien bien bien, nunca me dijeron que que tuviera alguna enfermedad, me checaron todo, todo estuvo normal hasta el día...” (Sara)

Este ideal de inmunización también se relaciona con la relación con los antecedentes, el pensar que si no se tiene ningún antecedente personal o familiar es certeza de que el embarazo se desarrollará sin ninguna complicación.

“... ¿Pues que pasó?, si verdad, porque si me dicen que a veces la, pues los antecedentes a lo mejor de mi mamá o de la mamá de él pues algo verdad, pero no, nadie...” (Sara)

Y en diversas ocasiones estas mujeres refieren la idea de que no entienden porque cursaron con ese evento y tienen el ideal de que no les va a pasar nada.

“... Yo nunca pensé que iba a pasar por algo así...” (Flor)

- Personal médico como responsable del bienestar y manejo del embarazo: Sumado a que las mujeres no son conscientes del riesgo ni de las señales de alarma, al momento en el que se presenta alguna complicación, se identificó que existe una actitud de culpabilización de la complicación experimentada al personal médico.

“... Yo no tengo la culpa, es la del doctor...” (Alejandra)

6.4.2 De protección

Los factores protectores para estos determinantes se centran en la concientización y aceptación de la situación experimentada, así como en la seguridad, confianza y aceptación de la atención que recibieron.

6.4.2.1 Conciencia sobre la situación

Para esta categoría se seleccionaron los códigos que representaron la concientización de algunas de las mujeres sobre su situación en específico y los cuidados que esto acarrea para el mantenimiento de su salud.

- Conciencia de la importancia del control prenatal: Las mujeres son conscientes de la relevancia que tiene la atención prenatal, tanto que en algunos casos ellas mismas buscan realizar sus estudios y análisis mientras son atendidas en su consulta.

“... Antes de que yo la llevaré a chequeo yo ya le había hecho análisis, ultrasonido, para saber que anduviera bien porque si no le digo es que yo ni se cómo andes, que tal si puede andar mal él bebe le digo y no y desde ahí estuvo checándose checándose hasta que se alivió y le dijeron en diciembre que en enero le daban el pase...” (Mamá de Laura)

- Conciencia sobre la importancia de la atención oportuna: De igual manera que la subcategoría anterior, se encontró que cuando ellas tienen claridad sobre los signos de alarma, esto les permite darle el valor a la búsqueda de la atención oportuna, permitiendo así un manejo adecuado de las complicaciones que presentaron.

“... Si me, me dolía mucho la cabeza y me zumbaban los oídos, fue cuando yo dije, o sea que me subía mucho la presión, ya fue cuando yo fui al doctor y le empecé a decir, o me mareaba me daban muchas ganas de vomitar, entonces ya fue cuando yo le dije a él y ya me llevo al hospital y ya me dijeron es que tiene preeclampsia...” (Luisa)

- Conciencia sobre el estado de salud propio: El hecho de que la mujer logre entender y aceptar la situación y la experiencia que tuvo, permite que sea más consciente sobre su estado y la importancia de los cuidados que esto requiere.

“... Si sabía que todavía tenía que seguir cuidándome para estar más mejor...” (Flor)

6.4.2.2 Aceptación y confianza de la atención recibida

La segunda categoría que actúa como un facilitador en los determinantes culturales, se centra en la aceptación de la atención y la confianza que esto genera, lo que conlleva a que se realice un adecuado seguimiento de las indicaciones recibidas.

- Confianza sobre las decisiones médicas y el manejo intrahospitalario: Al igual que la categoría anterior, el que las mujeres tuvieran más claridad sobre toda la situación les permitía entender que el manejo que recibieron tenía un porque y así confiar en que el personal de salud tomaría la mejor decisión.

“...Pues es que, puede ser que ahí sea normal, bueno por ejemplo en mi caso, puede ser que sea normal pues tienes que esperar tu turno porque iba bien, si yo fuera con dolores y no me atendía pues ahí sí sería otra cosa pero pues mientras, yo digo que estuvo bien porque para mí en ese, en eso estuvo bien porque pues espere mi turno porque ya estaban varias por delante...” (Sofía)

- Adecuado seguimiento de indicaciones médicas: Esta misma concientización y empoderamiento de la situación, le permitió a las mujeres darle la importancia necesaria a las indicaciones médicas recibidas y por ende mejorar sus cuidados.

“... Yo trataba de cuidarme lo más que podía, o sea siempre trataba de comer, trataba de estar mis horas dormida, descansar, no fatigarme demasiado porque pues, precisamente de que yo iba a consulta y me decían que estaba muy alta, entonces yo trataba de cuidarme lo más que podía, en todo aspecto...” (Erika)

VII. DISCUSIÓN

La Morbilidad Materna Extrema (MME) constituye un problema relevante de salud pública, considerando que por cada mujer que muere, muchas experimentan eventos que ponen en riesgo su vida pero logran sobrevivir, como lo refieren Ansari et al. en un estudio realizado en el 2016, por cada diez mujeres que sobrevivieron a un evento de MME, se presentó una muerte materna(40). Aunque las causas de muerte materna se atribuyen principalmente a hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis, las condiciones que enmarcan la falta de atención oportuna se han atribuido principalmente a la primera y tercera demora de la atención, es decir, a retrasos en la búsqueda de la asistencia especializada y a la incapacidad de proveedores de atención para identificar el riesgo y priorizarla(40).

Por otra parte, aun cuando se reconoce la mortalidad materna como un grave problema de salud pública, también se habla de que es sólo la punta del iceberg de todas las complicaciones y situaciones que se presentan en gestantes(40), en tanto la MME, constituye la base del problema, en este sentido y sin embargo, es poco el seguimiento que realiza la investigación en salud sobre esta última(68).

En la MME existen múltiples factores de riesgo, entre los cuales resalta con particular relevancia, la edad. Se conoce que toda gestante menor de 19 o mayor de 35 años, es considerada como una paciente de alto riesgo obstétrico(45,69). En el caso de la madre adolescente, la inmadurez física potencia el riesgo de presentar una MME, la cual puede incluso concluir en la muerte materna o perinatal, fenómenos que están determinados por procesos fisiopatológicos que se ven complicados por condiciones culturales, sociales, económicas y de acceso a atención que caracterizan los embarazos adolescentes(69). El retraso de la

maternidad conlleva de igual manera riesgos para las mujeres, asociados principalmente con la preexistencia de enfermedades crónicas, las cuales se ven complicadas por los cambios fisiológicos que demanda el embarazo(69).

Este documento las narrativas que sobre MME ha construido un grupo de mujeres potosinas con características sociodemográficas particulares, las cuales en su mayoría cursaban una edad entre 18 y 34 años, tenían un nivel académico igual o mayor a la secundaria concluida, vivían en su mayoría con su pareja y se dedicaba predominantemente a las tareas del hogar. Respecto a lo anterior, se identificó que igual como lo han reportado otros estudios, la morbilidad materna se presenta con mayor prevalencia en mujeres mayores de 19 y menores de 35 años(42,70), respaldando con esto, la evidencia que se ha generado en investigaciones realizadas en materia de mortalidad materna, en las que se identifica que las mujeres que mueren son casi siempre menores de 19 años y mayores de 35, rango que ha posibilitado etiquetar estos grupos de edad como “edades extremas” en términos de maternidad(68).

En lo que respecta al nivel de escolaridad, la caracterización del grupo de estudio coincide con lo identificado por otros estudios realizados en el tema de MME, los que señalan que el nivel de estudios más bajos encontrados en las sobrevivientes fue la secundaria (68). Diversos estudios relacionan una mayor tendencia de casos de MME en las mujeres con algún grado de pobreza y un nivel bajo de escolaridad(9,71,72), la FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología) refiere esta misma relación, con mayor énfasis hacia los extremos de la edad reproductiva y el grado de instrucción bajo. Teniendo en cuenta lo mencionado por otros estudios y lo encontrado en el presente, cabe resaltar que el acceso a la educación no es el único indicador de pobreza para estas mujeres, por lo que no se encuentra directamente relacionado.

El hecho de que la mayoría viviera con su pareja, ya sea casadas o en unión libre, coincide con lo identificado en otras investigaciones con mujeres sobrevivientes de MME(2,42). Esta situación se ha atribuido principalmente al apoyo y la importancia de las redes sociales, en este caso la pareja, lo cual favorece la búsqueda de la atención por parte de la gestante(73)

Por otra parte, el porcentaje de las mujeres que refieren dedicarse predominantemente a las tareas del hogar, resulta significativamente alto en relación a lo que han reportado estudios realizados en otros países, como uno hecho en Cuba, que reporta casi un 50% menos de mujeres dedicadas exclusivamente al hogar(68). En un estudio realizado enfocado en preeclampsia, se identificó que esta patología se presenta en mujeres socialmente desfavorecidas, lo cual está determinado por indicadores de privación social, como lo es el empleo inseguro(74); por otro lado en un estudio de casos y controles realizado en Colombia, no se encontró asociación entre la ocupación de la mujer y la presencia de un evento de MME(71).

En lo que respecta a los antecedentes obstétricos, se identificó que la mitad estaba cursando con su primer embarazo, situación parecida a la presentada en un estudio en Venezuela, donde estas mujeres fueron el 62,1%(42), contrario a lo que han encontrado en otros estudios, como en México, donde las primigestas representan el 39%(2). La mayor parte de los estudios refleja que la MME es prevalente en primigestantes, debido principalmente a que los trastornos hipertensivos del embarazo figuran como primer lugar en incidencia en MME y que esta patología está determinada de manera importante por el componente inmunológico de reconocimiento o rechazo de los genes paternos, que se da en la primigestación(75). Por otra parte y desde una perspectiva macro, las mujeres

primigestas parecen enfrentar una mayor dificultad para apegarse a los programas de control prenatal y a la adopción de cuidados específicos durante el embarazo(76).

La consulta prenatal es un factor determinante en la atención obstétrica de la embarazada, y como lo refiere la Norma Oficial Mexicana 007, se debe cumplir con mínimo cinco controles(37), el 83,3% de las participantes asistieron a cinco o más controles prenatales, lo cual puede estar soportado por el acceso a diversas instituciones de primer y segundo nivel de atención. Esta situación es contraria a lo visto en dos estudios realizados en Venezuela y México, en los cuales la mayoría de las gestantes llevaron un número inadecuado de controles prenatales, siendo el 74,5%(42) y 64,5%(2) respectivamente. Este resultado debe obligar a reflexionar en dos sentidos; el primero, que el cumplimiento del control prenatal no garantiza a las mujeres cursar con embarazos fisiológicos, sino principalmente, posibilita identificar de manera oportuna, signos y síntomas de enfermedades asociadas con las modificaciones que demanda la gestación; y consecuentemente, prescribir adecuaciones al estilo de vida y tratamientos terapéuticos para que estas enfermedades comprometan lo menos posible la vida del binomio.

Por otra parte, aunque el porcentaje de mujeres que no asistió a sus consultas prenatales mínimas es menor en comparación con las que si asistieron (16,7% y 83,3%), es necesario resaltar la importancia de continuar las actividades específicas en acceso y cobertura de la atención prenatal, teniendo en cuenta que esta más que demostrado que esta reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad materna(69).

En lo referente a la edad gestacional, se identificó que las tres cuartas partes de las participantes completaron más de 37 SDG, con una incidencia baja de partos prematuros, situación contraria a la presentada en el estudio mencionado anteriormente realizado en Venezuela, en el cual aproximadamente el 66% de las mujeres presentaron un parto pretérmino(42). Esta situación se puede atribuir a la relación existente entre el número de control prenatales a los que asistieron estas mujeres y su llegada oportuna al segundo nivel de atención.

Respecto al evento de Morbilidad Materna Extrema, el 91,7% de las participantes cursó con un evento de preeclampsia o hemorragia, lo que concuerda con varios estudios, en los que se reporta la hemorragia y la preeclampsia como las principales causas de morbilidad materna, seguido de la sepsis y en menor incidencia el trabajo de parto prolongado(2,42,44,68,77,78).

La mitad de las mujeres que participaron como informantes es este estudio, presentaron la complicación durante el embarazo y en el mismo porcentaje la resolución de su embarazo se dio por cesárea, en el estudio realizado en Cuba en el 2010 por Álvarez, refiere que más de la mitad de sus informantes presento las complicaciones después del parto y que el 78% de los embarazos finalizaron con cesárea(68), proporciones parecidas a lo referido por Mejía en el 2012, donde al 70% de las mujeres se les realizo cesárea. Para este estudio, esta distribución y prevalencia de cesáreas refleja el adecuado manejo que se dio a la complicación, ya que este 50% fue el mismo que presentó un trastorno hipertensivo; y como lo menciona Álvarez y colaboradores, la cesárea puede generar un incremento de la morbimortalidad materna, pero si se indica y realiza de manera oportuna, puede disminuir las consecuencias y favorecer el desenlace de la MME(69).

Pasando a la discusión de los **determinantes estructurales que se identificaron como “de riesgo”**, como se muestra en el apartado de resultados, la clase social, el acceso a salud, a la educación y el empleo son condiciones determinantes en los procesos de salud y enfermedad; Rodríguez et al, en un estudio que realizaron en el 2015 refieren como la inequidad social interfiere en el manejo del embarazo, más específicamente porque los servicios de baja y mediana complejidad suelen ser el primer contacto para las mujeres con mayor vulnerabilidad(79) y en el momento en el que se presentan fallas en estos niveles disminuye la calidad y eficacia de la atención ofrecida a las gestantes.

Diversas investigaciones resaltan la relación existente entre las condiciones geográficas, étnicas y económicas con las inequidades en salud y la calidad de los servicios ginecoobstétricos, así como el aumento en la vulnerabilidad para la presencia de complicaciones(79–81).

En este estudio se evidenció esta inequidad por medio de las barreras percibidas como limitaciones para llegar a la institución de salud y la desconfianza en la calidad de los servicios públicos, aspectos que aunque no son del todo dependientes de la atención en salud, generan un obstáculo para la búsqueda de atención y en la experiencia de haber vivido un evento de MME; detrás de estos aspectos influyen factores económicos y de transporte, que impactan en la decisión y el tiempo para que las mujeres asistan en búsqueda de la atención.

Adeoye en 2015 mencionó que la necesidad sentida de atención y la accesibilidad económica, son factores que influyen en la percepción que crea la gestante sobre la importancia y el beneficio de recibir atención calificada(77), para este estudio al observar de manera integral los resultados, se evidenció que las mujeres son conscientes de la importancia de la atención, sin embargo coexisten limitaciones

económicas para ir en su búsqueda, en ocasiones varias de estas mujeres tenían acceso cercano a diversas instituciones, con mayor frecuencia de primer nivel, sin embargo, el traslado a hospitales de segundo nivel les representaba un costo considerable..

Como agravante de esta situación particular, se identificó la percepción de incomodidades en el sistema de transporte; un enfoque utilizado en Malí, estableció que es necesario fomentar el vínculo entre los sistemas de salud, económico y de transporte, especialmente en las comunidades de escasos recursos(77), posición que refuerza la necesidad y el beneficio que generaría el manejo interdisciplinar e interinstitucional de la salud, no solo dentro del mismo sistema sino con una visión mucho más amplia.

Otro aspecto que se identificó como barrera es la desconfianza generada hacia el sistema público de salud, Hevia en un estudio realizado en el 2006, menciona que los conceptos de confianza o desconfianza, están determinados por la capacidad de resolver los problemas de salud que percibe cada persona, independiente de que la atención sea de buena calidad, si no se resuelve la necesidad sentida, se genera desconfianza y con ellos, la población busca la atención del sector privado(82), situación que expresa la toma de decisiones de estas mujeres por buscar la atención privada por encima de la pública, o una segunda opinión acerca de su situación médica; pero es una opción que se encuentra limitada por el dinero y en muchas ocasiones asisten al sector público porque no tienen otra opción(82). En los casos en los que la mujer cuenta con el dinero para acceder a la atención privada este representa un gasto extra, téngase en cuenta que según informes generados en 2015, en México el 58% del gasto en salud es privado y de este, el 90% es gasto de bolsillo, lo cual es superior a la mayoría de países de ingresos medios en Latinoamérica(83).

Esta situación no es exclusiva de la atención a gestantes, se extrapola a todo el sistema de salud y es ahí donde “la confianza aparece como un elemento fundamental para tomar decisiones sobre el sistema de salud (público o privado) que se utilizará en caso de existir alguna enfermedad en el hogar”(82), es debido a esto que se debe tener en cuenta el concepto que tienen los pacientes relacionado con la confianza hacia el servicio que se les ofrece y entenderlo como un área de oportunidad para mejorar la calidad de la misma.

En lo que concierne a los **determinantes estructurales identificados como “de protección”**, se identificó que el hecho de que las participantes viviesen en la Ciudad de San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez, favoreció el acceso a instituciones de salud. Tal como lo refieren ellas la diversidad de instituciones de atención juega un papel facilitador para su atención, tanto de los cuidados del embarazo en general como del evento near miss que experimentaron.

Como es sabido, el control prenatal es un medio para la disminución de la morbilidad materna y perinatal, esto por medio de la identificación y atención oportuna de enfermedades relacionadas con el embarazo(84). En un estudio realizado en Chile en el 2009, evidencia que un control prenatal adecuado y de calidad reduce en un 80% las muertes maternas evitables, y una adecuada atención intrahospitalaria reduce la incidencia de complicaciones graves en un 1,1%(85); Rivera en 2012, refuerza este punto, estableciendo que las mujeres que dan a luz en casa tienen 19 veces más posibilidades de morir que aquellas que lo tienen de manera hospitalaria(84), es con base en esto, que esta categoría se considera como un facilitador en el evento de MME experimentado por estas mujeres.

En cuanto a los **determinantes sociales identificados “de riesgo”** se estableció la existencia de las siguientes amenazas: Fallas administrativas en la atención, deficiencias en la capacitación y acción del personal, estandarización inadecuada de la atención, la ausencia de perspectiva individualizada en el cuidado y ausencias en la información entregada a las mujeres en situación de MME.

Pérez et al en el 2013, refieren que el incumplimiento de los procedimientos y las fallas en la atención están directamente relacionados con el comportamiento de la MME, definidas por la detección y atención oportuna de las complicaciones que se pueden presentar y poner en riesgo la vida de la gestante(86). Como lo plantea Vargas y colaboradores en el 2012, los sistemas de salud tienen el compromiso de contar con el recurso humano capacitado y los materiales necesarios para garantizar la calidad de la atención obstétrica(87), punto que coincide por lo dicho por Del Carpio acerca de la necesidad de dotar a las instituciones de salud de capacidad resolutive y recurso humano suficiente, que cumpla tanto con la competencia como con el compromiso(88); razón por la que esta categoría se enmarca como un factor de riesgo.

En un estudio realizado en Cuba en el 2013, describieron que la morbilidad materna comprende las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva y como la disposición de recursos y servicios de calidad impacta sobre estas cifras; es necesario que todas las unidades de atención obstétrica cuenten con la infraestructura física, tecnológica y de recursos humanos capacitados para la atención de los eventos de morbilidad que puedan presentarse(89); en este estudio se encontró que las participantes perciben que en ciertos momentos el recurso humano es insuficiente en ciertos periodos, donde resaltan los periodos vacacionales del personal, y que con base en lo mencionado por ellas, el manejo no fue el más óptimo para la situación.

En el seguimiento y control de la salud materna la atención prenatal es fundamental, como ya se ha mencionado, debido a que es el espacio preciso para ofrecer una atención integral permitiendo establecer planes que aseguren la identificación y minimización de los riesgos existentes así como el manejo de los mismos(68,86), esto justifica la necesidad de que el personal que ofrece la atención, cuente con la capacitación y actualización necesaria para garantizar la calidad del servicio, factor que desde las perspectiva de las participantes de este estudio presenta falencias y se convirtió en un factor de riesgo en la experiencia que ellas vivieron.

En el análisis de las narrativas se identificó el inadecuado proceder frente a diversas complicaciones que se presentaron, en los cuales el personal no identificó las señales de alarma que refería la mujer ni se le dio la relevancia a la sintomatología presentada; esta situación no es exclusiva de un nivel de atención y se replica en estudios anteriores, Gil et al en el 2014 realizaron un estudio en Cuba, el cual mostró que del 98% del personal que estaba disponible para ofrecer el servicio, solo el 25% estaba capacitado; un año antes en Cuba(90), Pérez en un estudio que realizó encontró que lo plasmado en las historias clínicas evidencia un inadecuado manejo del riesgo de las pacientes(86), factor que evidentemente genera un obstáculo en la atención con calidad a la morbilidad materna extrema. En el 2013 en México, se reportó que las competencias en personal que recibió un entrenamiento específico son mejores que el personal en general, evaluado en base a la práctica basada en evidencias, lo cual como ahí se menciona, esto enfatiza la necesidad de intensificar la capacitación obstétrica en el personal de salud(91).

Las fallas y deficiencias en la atención por parte del personal, son atribuibles a diversas causas, en esto se añade las auditorías, los comités de análisis y la investigación y seguimiento de estos casos(90); así como las condiciones específicas laborales, en las cuales sobresale el número de pacientes, la disponibilidad de medicamentos, el ambiente laboral y la satisfacción profesional(85); Vasco en un estudio que realizó en Colombia identificó que en algunas ocasiones estos problemas se deben a dificultades en la comunicación, acompañamiento, liderazgo, trabajo en equipo y resolución de conflictos, teniendo en cuenta que la atención institucional es de carácter interdisciplinario se ha demostrado que algunos de estos errores se pueden presentar más por fallas en el equipo de trabajo que fallas individuales(92); este último estudio presenta una similitud con el estudio en cuestión, para el cual las informantes percibieron las fallas en la comunicación, tanto entre el equipo interdisciplinario como la de ellas con el personal, como un obstáculo frente a su experiencia, que marcó la satisfacción frente a la atención recibida

Con el fin de mejorar la calidad de la atención obstétrica se han implementado guías y protocolos de atención específicos(87,93); estas guías deben orientar y facilitar el actuar médico, ya que la adherencia a estos protocolos son un factor determinante en la calidad de los cuidados(86); pero aun contando con estos protocolos se ha comprobado que su cumplimiento es uno de los factores que dificultan la calidad de la atención obstétrica, esto debido principalmente al nivel de competencia y el desempeño de los profesionales(90). En este estudio se identificó que las mujeres perciben un inadecuado seguimiento y adherencia a estos protocolos lo cual afecta la eficacia de la atención recibida; en un estudio realizado en el 2013, Pérez y colaboradores refirieron que los protocolos de hemorragias y de enfermedades hipertensivas del embarazo no se aplicaron ni siguieron en el total de las participantes, siendo esto factor importante en el desenlace del evento(86).

Como lo menciona Carvalheira, “teniendo en cuenta las necesidades de la madre, los profesionales de la salud en general y las enfermeras en particular, pueden mejorar el proceso de atención brindado a estas mujeres y sus hijos, proporcionando más seguridad y valorando la autoestima y la confianza mutuas”(21), es aquí donde se soporta la necesidad de dar una atención con perspectiva individualizada de la atención, sin dejar a un lado la estandarización de la misma, pero siempre anteponiendo a la mujer y la situación particular que presenta.

En lo que respecta a los **determinantes sociales clasificados como “de protección”**, en este estudio los facilitadores sociales se ubicaron en relación a la adecuada respuesta y educación frente al evento de MME y su manejo, así como a la percepción positiva de la atención recibida.

Calvo refiere que la calidad de la atención obstétrica puede ser evaluada desde dos perspectivas, la primera desde las actitudes y aptitudes del personal médico y la segunda por el resultado, el trato y los gastos generados al paciente(93). Para este estudio las pacientes percibieron que la atención recibida fue de buena calidad, resalando un trato médico con calidad humana, y es por esto que para evaluar esta calidad no se debe centrar únicamente en un indicador, sino que se debe contemplar como un conjunto de varios aspectos(93).

Otro facilitador identificado fue el adecuado sistema de referencia y contrarreferencia mencionado por las informantes; Hevia refiere que la desarticulación de los niveles de atención afecta la calidad y la oportunidad de la atención a las gestantes(82), el hecho de que las informantes contaran con

diversidad de instituciones de atención y con un sistema de referencia funcional, les ofreció la oportunidad de recibir una atención oportuna, favoreciendo el desenlace de la complicación experimentada.

En relación a la atención, los factores protectores percibidos por estas mujeres se centran en la educación prenatal que recibieron y el adecuado manejo recibido al momento de la complicación. Específicamente en el control prenatal, porque como lo refiere Cáceres en el 2009, el control prenatal ofrece la oportunidad de educar y empoderar a la gestante sobre su salud y la de su hijo(85), el haber recibido una buena educación prenatal dio a las participantes herramientas para los cuidados y las señales de alarma durante su embarazo; y a nivel intrahospitalario, como ya está documentado, la mayoría de las muertes maternas durante el parto, se dan por un mal desempeño de la asistencia médica(87), el realizar un adecuado manejo de la complicación presentada puede generar la diferencia entre un caso de morbilidad y una muerte materna, convirtiéndose en un factor protector determinante en estos eventos.

En cuanto a **determinantes culturales clasificados como “de riesgo”**, se identificó que estos están basados en las falencias en relación a la identificación del riesgo y de las señales de alarma, así como el desarrollo de un sentimiento que Mary Douglas desde el marco de la antropología el riesgo, nombra como “Inmunidad subjetiva”(94) frente a la ocurrencia del evento en relación con la atención prenatal.

En un estudio realizado en 2015 en Nigeria, se identificó que algunas mujeres habían presentado complicaciones, subestimaron su importancia por la falta de conocimiento, generando un retraso en la búsqueda de la atención(77); de manera similar en Colombia en el 2014, el 32,3% de las participantes presento un retraso

en la primera demora, lo cual se debió a la subvaloración de la necesidad de consulta, el desconocimiento de síntomas, entre otras(95); razón por la que esta categoría se contempla como un factor de riesgo.

Posterior a este evento, se identificó que algunas mujeres participantes presentan una ambivalencia frente a la construcción del riesgo de un nuevo embarazo, en la cual son conscientes del riesgo existente pero aun así no toman las medidas de prevención necesarias, o el riesgo existente y la salud de la mujer pasan a segundo plano; esta situación no es exclusiva en mujeres que experimentaron MME, en varios estudios se ha registrado que las mujeres aunque no tienen el deseo de reproducirse no cuentan con un método de planificación adecuado(96), Velásquez menciona que sólo un tercio de las mujeres en puerperio eligen un método de planificación(97).

El riesgo y la comunicación del mismo son elementos centrales en la salud y la educación e investigación en salud, para el cual debe ser estudiado y analizado incluyendo el trasfondo social existente, el cual permite entender la compleja respuesta social que genera cada persona frente a las amenazas percibidas(98), situación que está relacionada con la formación de una inmunidad subjetiva frente a alguna enfermedad o condición. Las participantes de este estudio reflejan la creación de una inmunidad subjetiva frente a la aparición de una complicación durante el embarazo, la cual esta generaba en base a la atención prenatal. La inmunización subjetiva plantea la relación existente entre los riesgos aceptados y la familiaridad que se tiene con ellos, generando que se ignoren los peligros más comunes y se les reste importancia a los más improbables(94,99,100); y es con base en esto que se plantea esa inmunidad subjetiva como un determinante de riesgo, ya que da la idea a la mujer de que al asistir a sus consultas regulares no se puede presentar ninguna complicación y se minimizan las complicaciones

propias del embarazo y los cambios que se generan, aumentando los tiempos para la identificación de estas y por ende la búsqueda de atención.

Finalmente, en cuanto a los **determinantes culturales etiquetados “de protección”** se identificó que las mujeres son conscientes de la necesidad de una atención adecuada y oportuna; en un estudio realizado en Perú en el 2012, se comprobó que el control prenatal es una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, lo que reduce la incidencia de complicaciones en el embarazo y de mortalidad perinatal(97).

Otro factor relevante es la adherencia de la embarazada a los controles prenatales, lo cual se manifiesta por medio de la asistencia al control prenatal y el seguimiento de las recomendaciones dadas(85), determinante presente en las informantes de este estudio; se identificó que el empoderamiento sobre su condición generó una mayor consciencia sobre la importancia de su atención y así mismo un mayor apego hacia las indicaciones médicas y una confianza en el actuar médico, generando una mayor confianza hacia la atención recibida y por ende un facilitador en el evento experimentado.

VIII CONCLUSIONES

El monitoreo de los eventos de Morbilidad Materna Extrema es indispensable para comprender en mayor profundidad no solo el fenómeno de la mortalidad materna, si no la salud materna en general. El análisis de los casos near miss posibilita desde una perspectiva más amplia, identificar las amenazas y áreas de oportunidad que deben continuar fortaleciéndose no solo en el sistema de salud sino en todos los demás sistemas y ámbitos en los que desenvuelven la mujeres.

Dentro de los determinantes estructurales de riesgo resaltan la escasa disponibilidad de recurso material, las dificultades para llegar a la institución de atención y la desconfianza en la calidad de los servicios públicos de salud, factores relacionados con la inequidad en salud y la vulnerabilidad de estas mujeres, situación que potencia la presencia de eventos de MME. Por otro lado, el acceso a diversidad de instituciones de atención dentro del casco urbano fungió como factor protector al aumentar la posibilidad de atención oportuna en estas mujeres.

Los determinantes sociales que emergieron como de riesgo se centran en las fallas administrativas en la atención, las deficiencias en la capacitación y acción del personal, la estandarización inadecuada de la atención, la ausencia de una perspectiva individualizada en el cuidado y la ausencia en la información entregada a las pacientes; factores que se enmarcan como un potencial riesgo ya que es preciso ofrecer una atención integral, para lo cual es necesario contar con todos los requerimientos en su máximo potencial, lo que incluye los recursos materiales y humanos, así como el hacer del personal frente a la situación específica de la mujer. Los determinantes de protección para este mismo grupo, se enmarcan en la adecuada respuesta frente al evento de MME, así como en la

educación e indicaciones para el manejo óptimo de la MME, también incluye la percepción favorable de la atención recibida y el apoyo de redes sociales capacitadas; componentes indispensables en la educación y el empoderamiento de la gestante, así como en la decisión oportuna de búsqueda de la atención.

Los determinantes de riesgo culturales identificados se centran en un aspecto llamado “inmunidad subjetiva”, para lo cual, las mujeres crean la idea de que el asistir regularmente a sus controles prenatales las exime de presentar algún tipo de complicación, este también está relacionado con la subestimación de señales de alarma y la construcción del riesgo para un nuevo embarazo; factores que generan una minimización de la sintomatología de complicación y por ende una demora en la búsqueda de la atención. Dentro de los determinantes de protección culturales esta la concientización y aceptación de la situación por parte de la mujer, así como la aceptación y confianza de la atención recibida, lo cual favorece a la adherencia de cuidados e indicaciones, tanto propias del embarazo, como específicas para el evento experimentado.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grupo Interagencial de Genero del Sistema de las Naciones Unidas de México. Mortalidad materna, género y desarrollo. 2008.
2. Mejía Mejia AM, Mejía Becerril GET, González Vargas Á. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. Arch Investig Materno Infant. 2012;4(3):146–53.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health. 2011.
5. UNDP. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado el 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
6. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna, Nota descriptiva N° 348 [Internet]. WHO. 2015 [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
7. Águila Setién SI, Toste M, García A, García IC, Delgado Calzado J, Mayo J, et al. La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. Molinos Trade S.A.; 2013.
8. Oxandabarat A. Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. 2014 [citado el 30 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839%3Aonce-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&catid=697%3Anoticias&Itemid=340
9. Reyes Armas I, Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Rev Peru Ginecol Obstet. 2012;58(4):273–84.
10. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBDCmpareDataVisualization. Seattle, WA: IHME [Internet]. 2016 [citado el

24 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

11. CONEVAL. Evaluación estrategia sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemograficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. 2012.
12. Romero Pérez I, Sánchez Miranda G, Romero López E, Chávez Courtois M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. (Spanish). *Perinatol Reprod Humana*. enero de 2010;24(1):42–50.
13. Robledo Posadas FJ. Reducción de la mortalidad materna en San Luis Potosí. *Ginecol Obstet México*. 2011;79(6):358–67.
14. Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. *Rev Fac Med*. julio de 2010;58(3):167–71.
15. Karam Calderón MA, Bustamante Montes P, Campuzano González M, Camarena Pliego Á. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Med Soc*. el 30 de septiembre de 2007;2(4):205–11.
16. Observatorio de Mortalidad Materna de México. Boletines de mortalidad materna [Internet]. [citado el 15 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/boletines-de-mortalidad-materna/>
17. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción Síntesis de situación y enfoque estratégico. 2010.
18. Organización Panamericana de la Salud, CLAP, SMR. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, estrategia de monitoreo y evaluación. 2012.
19. Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde MO, Mbalinda SN, Kakande N. Lived experiences of women who developed uterine rupture following severe obstructed labor in Mulago hospital, Uganda. *Reprod Health*. el 22 de abril de 2014;11:31.
20. Páfs J, Musafili A, Binder-Finnema P, Klingberg-Allvin M, Rulisa S, Essén B. Beyond the numbers of maternal near-miss in Rwanda - a qualitative study on women's perspectives on access and experiences of care in early and late stage of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 2 de septiembre de 2016;16:1–11.

21. Carvalheira APP, Tonete VLP, Garcia de Lima Parada CM. Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. *Rev Lat Am Enfermagem*. diciembre de 2010;18(6):1187–94.
22. Storeng KT, Murray SF, Akoum MS, Ouattara F, Filippi V. Beyond body counts: A qualitative study of lives and loss in Burkina Faso after “near-miss” obstetric complications. *Soc Sci Med*. noviembre de 2010;71(10):1749–56.
23. Organización Mundial de la Salud. Mas alla de las cifras. Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad mas segura. 2004.
24. Plasencia MJS. La Fenomenología como Método para la Investigación en Toma de Decisiones [Internet]. 2015 [citado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280979456_La_Fenomenologia_como_Metodo_para_la_Investigacion_en_Toma_de_Decisiones
25. BOLETIN_39_2016_COMPLETO.pdf [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_39_2016_COMPLETO.pdf
26. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. junio de 2014;2(6):e323-333.
27. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”. US11 [Internet]. 2013 [citado el 28 de enero de 2017]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4034>
28. Medina M. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado el 28 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
29. Programa Sectorial de Salud de México 2013 - 2018 [Internet]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
30. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. DOF 27-01-2016. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
31. Ley General de Salud México. DOF 16-12-2016.

32. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. DOF: 01/02/2007. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007
33. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 Gobierno de la República Mexicana [Internet]. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>
34. CNEGSR. Programa de Salud Materna y Perinatal 2013 - 2018 [Internet]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>
35. DOF: 30/08/2013. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres PROIGUALDAD 2013-2018 [Internet]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013
36. Secretaría de salud. Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud [Internet]. [citado el 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>
37. NOM-007-SSA2-2016. Norma Oficial Mexicana Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida [Internet]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016
38. IMSS-028-08. Guía de referencia rápida para el control prenatal con enfoque de riesgo. 2008.
39. CONETEC. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica [Internet]. Disponible en: http://www.cenetec.gob.mx/spry/gpc/catalogoMaestroGPC_no_js.html
40. Ansari A, Zubair UB, Parveen S, Tasleem G. Near Miss Obstetric Events as a Reflection of Quality of Maternal Health Care. Pak Armed Forces Med J. febrero de 2016;(66):98–103.
41. O'Malley EG, Popivanov P, Fergus A, Tan T, Byrne B. Maternal near miss: what lies beneath? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. abril de 2016;199:116–20.
42. Nava ML, Urdaneta M. JR, González I. ME, Labarca L, Silva Bentacourt Á, Contreras Benítez A, et al. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela: 2011 - 2014. (Spanish). Rev Chil Obstet Ginecol. agosto de 2016;81(4):288–96.

43. Chandran JR, Raj SV, Sumangala DD, Ramachandran A. Maternal near miss review from a tertiary care center in South India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016;(8):2657.
44. Almerie Y, Almerie MQ, Matar HE, Shahrour Y, Al Chamat AA, Abdulsalam A. Obstetric near-miss and maternal mortality in maternity university hospital, Damascus, Syria: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:65.
45. Oliveira FC, Surita FG, Pinto ESJL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Morbilidad materna severa y casi pérdidas en los extremos de la edad reproductiva: resultados de un estudio transversal multicéntrico nacional (1). (Spanish). *Sev Matern Morb Misses Extrem Reprod Age Results Natl Multicent Cross-Sect Study Engl*. diciembre de 2014;79(6):554–7.
46. Pandey A, Das V, Agarwal A, Agrawal S, Misra D, Jaiswal N. Evaluation of Obstetric Near Miss and Maternal Deaths in a Tertiary Care Hospital in North India: Shifting Focus from Mortality to Morbidity. *J Obstet Gynaecol India*. diciembre de 2014;64(6):394–9.
47. Bakshi RK, Roy D, Kakkar R, Aggarwal P, Nautiyal R, Chaturvedi J. Application of WHO “Near-Miss” Tool Indicates Good Quality of Maternal Care in Rural Healthcare Setting in Uttarakhand, Northern India. *J Clin Diagn Res*. enero de 2016;10(1):10–3.
48. Rodríguez Angulo E, Aguilar Pech P, Montero Cervantes L, Hoil Santos J, Andueza Pech G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Delays Care Complicat Assoc Matern Deaths Munic South Yucatán México*. enero de 2012;23(1):23–32.
49. Hinton L, Locock L, Knight M. Partner Experiences of “Near-Miss” Events in Pregnancy and Childbirth in the UK: A Qualitative Study. *PLoS ONE* [Internet]. el 9 de abril de 2014 [citado el 17 de noviembre de 2016];9(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3981658/>
50. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJD. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth Berkeley Calif*. junio de 2009;36(2):149–58.
51. Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Médica Chile*. diciembre de 2001;129(12):1413–24.

52. González Pacheco I, Romero Pérez I, Sámano Sámano R, Cosme T, Luis J, Sánchez Miranda G, et al. Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. *Perinatol Reprod Humana*. 2010;24(1):60–6.
53. *Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigación-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf* [Internet]. [citado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
54. Ruiz Medina MI. Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México [Internet]. [México]: Universidad Autónoma de Sinaloa; 2011 [citado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/enfoque_cualitativo.html
55. León EA. El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. el 8 de abril de 2009 [citado el 7 de noviembre de 2016];(22). Disponible en: <https://polis.revues.org/2690>
56. Martínez Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias [Internet]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 [citado el 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334008>
57. Moreira R, Cássia R de, Lopes M, Lúcia R, Santos A, De N. Entrevista fenomenológica: peculiaridades para la producción científica en enfermería. *Index Enferm*. junio de 2013;22(1–2):107–10.
58. Moreno López S. La Entrevista Fenomenológica: Una Propuesta Para La Investigación En Psicología Y Psicoterapia. *Rev Abordagem Gestáltica Phenomenol Stud* [Internet]. 2014 [citado el 7 de noviembre de 2016]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357733920009>
59. Noreña AL, Alcaraz Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa [Internet]. *Aquichan*. 2012 [citado el 4 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>
60. *GRR_Emergencias_obstxtricas.pdf* [Internet]. [citado el 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias__obstetricas/GRR_Emergencias_obstxtricas.pdf
61. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. 2012.

62. Palleiro MI. Narrativa: identidades y memorias. Editorial Dunken; 2005. 286 p.
63. Mitchell C. Determinantes e inequidades en salud [Internet]. 2014 [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es
64. Porta L, Silva M. “La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa”. 2015.
65. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007;13(13):71–8.
66. Organizaciones Internacionales de las Ciencias médicas. CIOMS, OMS. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [Internet]. 2002 [citado el 23 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
67. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
68. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez DR. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cuba Hig Epidemiol. diciembre de 2010;48(3):310–20.
69. Álvarez Toste M, Álvarez H, Carmen M del, Álvarez SS, López Barroso R, González Rodríguez G, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev Cuba Hig Epidemiol. diciembre de 2011;49(3):420–33.
70. Carrillo Franco J, García Balaguera C. COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL DEPARTAMENTO DEL META, COLOMBIA, 2014. Rev Hacia Promoc Salud [Internet]. 2016 [citado el 30 de junio de 2018];21(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=309146733002>
71. Agudelo Londoño SM, González-Ortiz LD, Vélez-Álvarez GA, Gómez-Dávila J, Gómez-Arias RD. Análisis de las relaciones sociales durante el embarazo en mujeres con y sin morbilidad materna extrema. Medellín, 2011-2012. Gerenc Políticas Salud [Internet]. el 30 de junio de 2016 [citado el 15 de agosto de 2018];15(30). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17162>

72. Castañeda Barberán D, Martín Díaz G, Estévez Reinó A, Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en la provincia de Camagüey (2009). *Rev Cuba Hig Epidemiol.* agosto de 2014;52(2):152–62.
73. Infante Castañeda C. Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública México.* el 28 de julio de 1990;32(4):419–29.
74. Haelterman E, Qvist R, Barlow P, Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* el 10 de noviembre de 2003;111(1):25–32.
75. Soni Trinidad C, Gutiérrez Mateos A, Rosa Moreno FJS, Reyes Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet México.* el 15 de febrero de 2015;83(2):96–103.
76. Farkas C, Santelices MP, Aracena M, Pinedo J. Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psykhé Santiago.* mayo de 2008;17(1):65–80.
77. Adeoye IA, Ijarotimi OO, Fatusi AO. What are the factors that interplay from normal pregnancy to near miss maternal morbidity in a Nigerian tertiary health care facility? *Health Care Women Int.* 2015;36(1):70–87.
78. Bansal M, Lagoo J, Pujari K. Study of near miss cases in obstetrics and maternal mortality in Bastar, Chhattisgarh, India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016;(3):620.
79. Rodríguez Hernández JM, Ariza Ruiz K, Amaya Lara JL, Matallana Gómez MA, Ronderos Torres MM, Peñaloza Quintero RE. Comparación de la implementación del Modelo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema en doce instituciones de salud en Colombia, 2013. Estudio mixto: cualitativo y cuantitativo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* el 21 de diciembre de 2015;66(4):229–41.
80. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cuba Salud Pública.* junio de 2011;37(2):0–0.
81. Hurtado Saa T, Rosas-Vargas R, Valdés-Cobos A. Servicios de Salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai [Internet].* 2013 [citado el 2 de julio de 2018];9(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=46127074012>

82. Hevia FJ. Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2006 [citado el 23 de junio de 2018]; Disponible en: https://www.academia.edu/1602928/Confianza_y_desconfianza_en_el_sistema_publico_de_salud_en_Mexico
83. Sesma Vázquez S, Pérez Rico R, Martínez Monroy T. Gasto privado en salud por entidad federativa en México. Salud Pública México [Internet]. el 2 de febrero de 2015 [citado el 2 de julio de 2018];47(0). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4686>
84. Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F, Valencia Bernal JA. Factores De Servicios De Salud Y Satisfacción De Usuarías Asociados Al Acceso Al Control Prenatal. Rev Hacia Promoc Salud. 2014;19(1):84–98.
85. Cáceres Manrique F de M. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol. el 22 de enero de 2016;60(2):165–70.
86. Pérez Jiménez D, Corona Miranda B, Espinosa Díaz R, Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S. Caracterización del proceso hospitalario de atención a la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cuba Obstet Ginecol. junio de 2013;39(2):98–106.
87. Vargas H VM, Acosta A G, Moreno MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(6):471–6.
88. Del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2013;30(3):461–4.
89. Calvo Aguilar O, Morales García VE, Fabián Fabián J. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. Ginecol Obstet Mex. 2010;78(12):660–8.
90. Gil González I, Díaz Sanchez Y, López R, F J. Morbilidad materna extremadamente grave y calidad de los cuidados maternos en Villa Clara. Medicentro Electrónica. junio de 2014;18(2):47–56.
91. Lazcano Ponce E, Schiavon R, Uribe Zúñiga P, Walker D, Suárez López L, Luna Gordillo R, et al. Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. Salud Pública México. 2013;55:S214–24.
92. Vasco Ramírez M. Estrategias de manejo mediante competencias no técnicas para la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal. Rev Colomb Anestesiología. el 1 de enero de 2013;41(1):20–3.

93. Calvo Aguilar O. Morbilidad Materna Extrema: Predictor de la calidad de la atención obstétrica. En 2014.
94. Seefoó Luján JL. Reseña de “La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales ”de Mary Douglas. *Relac Estud Hist Soc* [Internet]. 2004 [citado el 10 de agosto de 2018];XXV(97). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=13709711>
95. Ortiz G, González LD, Arias G, Darío R, Álvarez V, Adriana G, et al. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. enero de 2014;35:15–22.
96. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*. marzo de 2002;11:192–205.
97. Velásquez Hurtado JE, Solís Alcedo L, Eduardo W, Aguirre R, Martín Á, Giusti Hundskopf P, et al. Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. junio de 2014;31:243–53.
98. Rangel Flores YY. El Modelo Histórico-narrativo, una propuesta para estudiar el riesgo en salud. *Index Enferm*. junio de 2014;23(1–2):70–4.
99. Olivos Jara PC. Desarrollo, Seguridad y Riesgo: La amenaza fantasma, o de lo que no se dice. *Rev Mad* [Internet]. el 1 de enero de 1999 [citado el 10 de agosto de 2018];(1). Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/14865>
100. Rivera Heredia ME. Migración, sucesos estresantes y salud: perspectivas de mujeres michoacanas de comunidades rurales. *Rev Acta Univ* [Internet]. 2013 [citado el 10 de agosto de 2018]; Disponible en: https://www.academia.edu/6596426/Migraci%C3%B3n_sucesos_estresantes_y_salud_perspectivas_de_mujeres_michoacanas_de_comunidades_rurales

ANEXOS

ANEXO 1. Guía de entrevista no. 1. Conocimiento y reconocimiento de las condiciones socioculturales en las que las mujeres se desenvuelven

Objetivo: Explorar con precisión y detalle la transmisión de patrones culturales y la inmersión en condiciones estructurales que pueden representar una situación de vulnerabilidad para su salud sexual y reproductiva.

1) Comportamiento reproductivo de las madres de estas mujeres:

- ¿Cuáles son las características de la familia de origen? (número de hermanos, edad de la madre al tener el primer hijo de la madre, edad de la madre al tener el último hijo)
- ¿Cómo fueron los embarazos y la atención de los embarazos y partos en la familia de origen? (casos de morbilidad materna extrema, asistencia a servicios de salud o no, atención por parteras, parto en domicilio, caso de muerte perinatales o neonatales)

2) Acceso a la educación:

- Edad de ingreso a la escuela, años cursados de educación escolar, causas de deserción y motivos de permanencia
- ¿Cómo fue la trayectoria escolar? ¿Qué limitaciones tuvo para continuar con los estudios?
- ¿Identifica alguna desventaja en su salud o su rol de madre por no haber continuado sus estudios? ¿Cuáles?

3) Acceso al empleo:

- ¿Cuál fue la edad de inicio de vida laboral? ¿En qué se desempeña o ha desempeñado?
- ¿Cuál ha sido su trayectoria laboral? causas de deserción y motivos de

permanencia

- ¿Identifica alguna desventaja en su salud o su rol de madre por no contar con un empleo? ¿Cuáles? O en su caso ¿Identifica alguna ventaja en su salud o su rol de madre por contar con un empleo? ¿Cuáles?

4) Autonomía económica:

- ¿De dónde obtiene recursos económicos para satisfacer las necesidades de alimento, vivienda, vestido y salud de usted y sus hijos? ¿Quién los provee?
- ¿Cuenta con algún apoyo social para satisfacer estas necesidades? (Prospera, Cruzada contra el hambre, Promajoven, etc)
- ¿Identifica alguna desventaja en su salud o su rol de madre por no contar con apoyos? ¿Cuáles? O en su caso ¿Identifica alguna ventaja en su salud o su rol de madre por contar con estos apoyos? ¿Cuáles?

5) Empoderamiento sexual y reproductivo:

- ¿Quién y en qué momentos le brindó información sobre sexualidad?
- ¿Qué le hablaron sus padres respecto a sexualidad? ¿Qué le habló la escuela? ¿Que los Servicios de Salud? ¿Alguien más le dio este tipo de información? ¿Sobre qué le habló?
- ¿Cómo fue el inicio de su vida sexual? (edad de inicio, número y tipos de parejas, métodos de protección y anticoncepción utilizados)
- ¿Cómo ha sido su salud sexual? (antecedentes de ITS, si se ha tomado papanicolaou, frecuencia de este estudio, causas que motivan su realización o le desmotivan para realizarlo, si se ha realizado la prueba de VIH, motivaciones o desmotivaciones para hacerla)
- ¿Qué métodos anticonceptivos ha utilizado? ¿Porque ha usado estos específicamente? ¿Qué le hizo que se decidiera por estos? ¿Cuál es la actitud de su pareja frente a la PF?

6) Redes de apoyo:

- ¿Con quienes cohabita? ¿Cómo es la relación con estas personas? ¿Qué aspectos de esta relación le gustaría mejorar?
- ¿Cómo es la relación con la familia de la pareja? ¿Cómo es la relación con la familia de origen?
- ¿Quiénes han sido sus principales apoyos cuando ha estado embarazada o cuando ha criado a sus hijos? ¿Cómo es que participan en estas situaciones? ¿Existen conflictos o puntos de vista diferentes con estas personas respecto a sus decisiones de embarazarse, como atenderse durante el embarazo o donde atender su salud? ¿Cuáles son?

ANEXO 2. Guía de entrevista no. 2. Condiciones del embarazo y la respuesta a la emergencia obstétrica

Objetivo: Recuperar las condiciones en que se vivió el embarazo, particularmente de la dinámica detallada desde el inicio de la emergencia obstétrica hasta su resolución

1) Control prenatal:

- ¿Puede contarnos cómo y en qué momento decidió donde y con quien iniciar su control prenatal? ¿Qué le llevó a decidir hacerlo de esa manera? (Con medico particular, privado o partera; temprano o tardío)
- ¿Qué tan cerca o lejano está el centro de salud de su vivienda? ¿Cuál es el proceso que debe realizar para llegar hasta los servicios de salud? (centros de salud y hospitales regionales y de especialidad)
- ¿Cómo fue su experiencia durante las consultas prenatales? (se sintió bien atendida, tiene quejas respecto a la atención, le pareció adecuada la programación de citas, los estudios indicados, el trato del personal de salud)
- Nárrenos como eran o en qué consistía la atención del personal en estas consultas prenatales
- ¿En qué momento y de qué manera le fue informado sobre su condición de riesgo en el embarazo o el parto? ¿Cómo se sintió al recibir esta información? ¿Que se le recomendó hacer una vez que se supo que su condición era de riesgo? ¿Qué adecuaciones realizó y cuales no de las sugeridas por el personal médico?
- Si hubo alguna que no realizó ¿Cuál fue el motivo? ¿Usted tomó esta decisión o influyeron otras personas?

2) Relato de la aparición y evolución de la condición de emergencia obstétrica

- Nárrenos como fue el momento en que inició con la complicación de su embarazo o parto, ¿Cómo se dio cuenta de que necesitaba buscar ayuda? ¿dónde se encontraba? ¿quien intervino en la búsqueda de que usted fuera atendida? ¿Quién decidió hacia donde ir a buscar la ayuda? ¿usted sabía de manera clara hacia que institución debía dirigirse? ¿Alguna persona retrasó que usted llegará de manera oportuna hasta el hospital donde se le brindó la atención? ¿Cómo fue que esta persona participó?

3) Itinerarios seguidos con tiempos aproximados de recorrido

- ¿Cuánto tiempo transcurrió entre que inició con los signos de alarma y fue atendida? Haga una línea del tiempo en la que mencione el recorrido que tuvo que hacer (con tiempos estimados), para recibir la atención especializada.
- ¿Qué caminos tomaron? ¿Cuáles eran las condiciones de este camino? ¿En que se realizó el traslado?
- ¿Finalmente fue atendida en el centro donde preveía resolver su parto? (de acuerdo al plan de parto realizado acompañada del personal de salud? Si no fue así, ¿Que motivó que esto no sucediera como se había previsto?

4) Manejo institucional de la condición de emergencia

- ¿Cuánto tiempo aproximado trascurrió de que llegó al hospital y fue atendida? ¿Cómo fue esta experiencia (fue informada en todo momento de los procedimientos, como se le dijo de los riesgos que corría ella y el producto, se respetó sus decisiones, se procuraron sus derechos)? ¿cómo percibe el trato que recibió? ¿Qué aspectos considera que deben reconocerse como positivos hacia el desempeño de la institución y el personal? ¿Qué aspectos considera que deben mejorarse del desempeño de la institución y el personal

ANEXO 3. Presupuesto recursos materiales

RECURSO	COSTO	FUENTE DE INGRESO
Computador	\$ 8,500	Investigadora principal
Audio grabadora	\$ 2,500	PRODEP
Cámara fotográfica	\$ 4,000	PRODEP
Multifuncional	\$ 4,500	PRODEP
2 Tóner	\$ 800	PRODEP
Internet	\$ 900	Investigadora principal
Llamadas telefónicas	\$ 400	PRODEP
Traslado a trabajo de campo	\$ 1,100	PRODEP
Aula para reuniones	\$ 1,500	Posgrado enfermería UASLP
Video Beam	\$ 7,800	Posgrado enfermería UASLP
TOTAL	\$ 32,000	

ANEXO 4. Financiamiento PRODEP



Ficha de notificación de Apoyo a la Incorporación de Nuevos PTC

IES:	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Nombre del Profesor:	Rangel Flores Yesica Yolanda
Folio asignado al Profesor:	UASLP-PTC-578
Número de oficio de la Carta de liberación:	DSA/103.5/16/10419
Fecha de la Carta de liberación:	16/agosto/2016
Grado:	Doctorado

Dictamen
De acuerdo con el análisis del Protocolo de la Investigación propuesta y de la Curricular del Coordinador y postulante del proyecto, considero pertinente e importante la propuesta de investigación aquí presentada, respetando a cabalidad los montos propuestos en el Protocolo.

Apoyo	Periodo de otorgamiento	Monto aprobado
Apoyo de Fomento a la Generación y Aplicación innovadora del Conocimiento	septiembre - 2016 / agosto - 2017	\$270,000.00
Beca a Estudiante	septiembre - 2016 / agosto - 2017	\$26,660.00
Total:		\$296,660.00

Desglose del Apoyo de Fomento a la Generación y Aplicación innovadora del Conocimiento o fomento a la Investigación aplicada o desarrollo tecnológico		
Rubro	Monto aprobado	
Asistencia a Reuniones Académicas	\$30,000.00	
Equipo	\$170,000.00	
Estancias Cortas	\$10,000.00	
Gastos de Trabajo de Campo	\$10,000.00	
Materiales y Consumibles	\$50,000.00	
Total:		\$270,000.00

Observaciones

Fecha de notificación: _____
 Firma de enterado del profesor: _____
 Firma de conformidad del Profesor: _____

Nota:

- El original de este documento deberá ser devuelto a las oficinas del Programa debidamente firmado antes del 01 de Noviembre de 2016 y una copia se adjuntará en el expediente del profesor en poder de la IES.
- Si alguno de los montos no se ejerce, favor de notificarlo en el espacio para las observaciones y solicitar la reconsideración o ajuste correspondiente mediante el formato "Solicitud de Ajuste", anexando la documentación referente a esta a través de su Representante (RIP), a más tardar el día 18 de Octubre de 2016.

(NAP) NO
APROBADO

"Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

F-PROME-74/Rev-05

ANEXO 5. Aprobación Comité Académico y de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP – CEIFE



EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN DE LA UASLP

Título del proyecto: Caracterización de las narrativas de morbilidad materna extrema por mujeres de la ciudad de San Luis Potosí.

Responsable: Diana Topacio Rincón Zúñiga.

Fecha: 24 de mayo del 2017.

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto.	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2.	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación. (Patente)			X	
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			



Av. Niño Artillero 138
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tel. 4441 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx



Dictamen:

Aprobado con registro CEIFE-2017-218.

Se solicita enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este comité ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de seis meses.

Atentamente,


COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



FACULTAD DE
ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN

Ax. Párrafo Artillero 139
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. 4444 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

ANEXO 6. Registro del macroproyecto ante el Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, Servicios de Salud



DIRECCIÓN: POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
 SUBDIRECCIÓN: DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 DOMICILIO: PROLONG. CALZADA DE GUADALUPE No. 5880
DOL LOMAS DE LA VIRGEN, C.P. 78390

NÚMERO DE OFICIO: _____
 EXPEDIENTE: 1652 #03481

ASUNTO: Evaluación de protocolo registro estatal SLP/002-2017.

San Luis Potosí, S.L.P., 13 FEB. 2017

M.E.P. CLAUDIA ELENA GONZÁLEZ ACEVEDO
 DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
 DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
 AV. NIÑO ARTILLERO No. 130
 ZONA UNIVERSITARIA
 CIUDAD.



AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ÁNGULO SUPERIOR DERECHO

Hago de su conocimiento, que con fecha 25 de enero del 2017, en sesión ordinaria el Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, se realizó la Evaluación del Protocolo de Investigación:

"Determinantes sociales que facilitan y obstaculizan la inserción de mujeres "casi perdida" en las rutas críticas para la atención de emergencias obstétricas"	Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores
"Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí"	
REGISTRO ESTATAL SLP/002-2017	

Siendo el dictamen por consenso:

OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE

Lo anterior, con fundamento en el TÍTULO QUINTO de la Ley Estatal de Salud, que establece las bases condiciones y normatividad en materia de Investigación para la Salud, y la NCM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

En base a la Guía Nacional para la integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y el Reglamento Interno del Comité Estatal de Ética en Investigación, Capítulo X, artículo 45, el Investigador titular se obliga como parte de los compromisos adquiridos, a entregar con periodicidad semestral los avances, y en su momento el informe final de la Investigación al Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE,
 SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN
 LA DIRECTORA GENERAL

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ



MISHA MIGRAJEV



ANEXO 7. Carta de Consentimiento Informado



Fecha: _____

Lugar: _____

Soy estudiante de la maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Como trabajo de tesis estoy realizando el estudio que lleva por nombre “Caracterización de las narrativas de morbilidad materna extrema por mujeres de la ciudad de San Luis Potosí”, para realizarlo necesito de su colaboración y el de otras mujeres que en los últimos 5 años hayan vivido una complicación derivada del embarazo y parto, que haya puesto en riesgo su vida y hayan sobrevivido.

Quiero decirle que su participación es muy importante para este estudio, pero es su decisión hacerlo o no. De aceptar participar, le garantizo que no tendrá que responder cuestiones que le resulten incómodas y que podrá renunciar a participar en cualquier momento de la plática. Su participación consistirá en entablar conmigo una plática individual, la cual tendrá una duración aproximada de 60 min y será grabada. Le garantizo que esta plática no implica riesgos para su salud.

Su participación también implica que su expediente, -archivado dentro del hospital en que fue atendida-, sea revisado con el fin de recuperar información útil para entender la situación que usted vivió. La información que se recabe en estos será manejada solo con fines de la investigación y carácter estrictamente confidencial. Las bases de datos construidas a partir de esta investigación serán destruidas una vez que se concluya la investigación.

Es importante que sepa que tanto lo que platiquemos, como lo que recuperemos de su expediente, podrá ser publicado, sin mencionar su nombre ni sus características, la intención es recuperar su historia para planear o implementar medidas que incrementen la posibilidad de que las mujeres tengan sus embarazos y partos sin riesgos, y que en caso de presentar una complicación relacionada con sus embarazos y partos accedan lo más pronto posible a atención de salud

especializada. También es necesario que sepa que de no querer participar no habrá ningún tipo de represalias por parte de los Servicios de Salud ni de otra índole.

Para firma:

“Sé que puedo elegir participar en la investigación. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación”.

Firma:

Nombre de la mujer:

Fecha: _____

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador)

En caso de que la mujer sea analfabeta:

“He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento a la participante potencial y la mujer ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando de que ha dado su asentimiento libremente”.

Huella dactilar o señalización de la mujer:



Nombre del testigo:

Firma del testigo:

Fecha

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador/asistente)



ANEXO 8. Carta de confidencialidad

El presente ampara el derecho de la Sra. _____ que la información que comparta con la EMSP Diana Topacio Rincón Zúñiga, se utilice solo para fines académicos en el marco de la investigación “Caracterización de las narrativas de morbilidad materna extrema por mujeres de la ciudad de San Luis Potosí.

”

En función de lo anterior, la EMSP Diana Topacio Rincón Zúñiga se asume obligada a manejar como información confidencial todos los datos que la mujer comparta, utilizando pseudonimos para mantener protegida su identidad. De igual manera, es responsabilidad de la investigadora, garantizar que la información personal contenida en el expediente médico de la participante, sea utilizada con discreción y respeto a los derechos de protección de datos personales de la misma.

Finalmente la EMSP Diana Topacio Rincón Zúñiga, se reconoce obligada a no compartir con ninguna institución, la información que la informante proporcione, cuando se publiquen los resultados en artículos de publicación o foros académicos, no habrá manera alguna de identificar la identidad a la interesada.

En función de lo antes planteado, la investigadora y la informante firman de conformidad con lo aquí expuesto

--	--

Nombre y firma de la investigadora	Nombre y firma de la informante
------------------------------------	---------------------------------

ANEXO 9. Carta de no conflicto de interés

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS

A quien corresponda:

Por medio de la presente nos permitimos informar que los involucrados en el protocolo de investigación "CARACTERIZACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE EVENTOS "CASI PERDIDA" POR MUJERES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ" no tienen conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener beneficios económicos por sí mismos o a través de la participación de otras instancias, y con la finalidad de que ello quede claramente establecido desde la generación del presente proyecto, hasta la publicación de resultados los diferentes productos que se generen.

Se dará el debido crédito a los participantes, en función de que la idea original de la investigación pertenece a la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, quien ha registrado el proyecto y obtenido financiamiento para el mismo en el mes de agosto del 2016, esta aparecerá en el primer artículo derivado de la tesis, pudiendo, aparecer en siguientes publicaciones, como autora principal la estudiante Diana Topacio Rincón Zúñiga, siempre que esta se muestre comprometida con todas las etapas de la investigación. El Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra figurará como tercer autor en los productos que deriven de la tesis. En futuras publicaciones el orden de aparición de los autores será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados, con el consentimiento previo del autor principal.

Ante lo planteado, todos tendrán obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de investigación y serán responsables de la integridad y exactitud de los informes. La estudiante y la directora y coasesor acuerdan que la


investigación podrá reproducirse o continuarse bajo el interés de la interesada Diana Topacio Rincón Zúñiga, en poblaciones distintas a la original.

El financiamiento de las publicaciones u otros productos derivados tales como carteles, folletos o trabajos de difusión serán solventados en partes iguales por todos los participantes (directora, coasesor y estudiante).

Se firma de acuerdo con lo estipulado en el presente documento.


L.E. Diana Topacio Rincón Zúñiga


Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores


Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra