



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**EXPERIENCIAS NARRADAS: RELATOS DE DOS FAMILIAS, DE MUJERES,
QUE FALLECIERON A CAUSA DE MUERTE MATERNA EN EL MUNICIPIO DE
YARUMAL, ANTIOQUIA 2009-2017**

ERIKA ECHAVARRÍA ATEHORTÚA

**Trabajo de grado para optar al título de profesional de Administración en
Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2020**



**EXPERIENCIAS NARRADAS: RELATOS DE DOS FAMILIAS, DE MUJERES,
QUE FALLECIERON A CAUSA DE MUERTE MATERNA EN EL MUNICIPIO DE
YARUMAL, ANTIOQUIA 2009-2017**

ERIKA ECHAVARRÍA ATEHORTÚA

**Trabajo de grado para optar al título de profesional de Administración en
Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

**Asesora
Belibeth Valencia Flórez
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud
Especialista en Sistemas de Información Geográfica
Magister en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2020**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Asesora:

Jurado 1:

Jurado 2:

*A mi familia, en especial a mis padres,
por brindarme su apoyo incondicional para realizar lo que más me
gusta, estudiar.*

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	
LISTA DE TABLAS.....	8
LISTA DE FIGURAS.....	9
LISTA DE ANEXOS	10
RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Justificación:.....	18
2. OBJETIVOS	19
2.1 General:	19
2.2 Específicos:.....	19
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1 Político:	20
3.2 Normativo:.....	21
3.3 Conceptual:.....	21
3.4 Contextual:	23
4. METODOLOGÍA.....	25
4.1 Tipo de estudio:.....	25
4.2 Participantes:	26
4.3 Fuentes de información:.....	26
4.3.1 Recolección de información:.....	26
4.3.2 Calidad de la información:	27
4.4 Criterios de inclusión:.....	28
4.5 Criterios de exclusión:.....	28
4.6 Construcción del texto escrito:	28
4.7 Proceso de análisis de los relatos:.....	29
4.7.1 Mimesis I Prefiguración:.....	29
4.7.2 Mimesis II Configuración:.....	29
4.7.3 Mimesis III Reconfiguración:.....	30

4.8 Preparación del texto:	30
4.8.1 Construcción de los fragmentos del texto:	30
4.8.2 Análisis estructural:.....	31
4.9 Análisis del texto:	32
4.9.1 Mimesis I Prefiguración: Comprensión de las acciones:.....	32
4.9.1.1 Unidad de análisis: Agentes de la acción:	32
4.9.1.2 Unidad de análisis: Núcleos y cadenas de acción:	32
4.9.1.3 Vínculo, fuerza y relación de los agentes de la acción:	34
4.9.1.4 Nivel de dramatismo:	36
4.9.2 Mimesis II Configuración: Unidad de análisis: Relato:	36
4.9.2.1 Estructura de la trama:.....	36
4.9.2.2 Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos:.....	38
4.9.2.3 Disposición de la trama: Unidad de análisis: La historia:	39
4.9.2.4 Configuración de la intensidad dramática al narrar:.....	39
4.9.2.4.1 Curva dramática: Intensidad dramática al narrar y edad referida: ...	40
4.9.2.5 Sentido de la trama:.....	41
4.9.3 Mimesis III Reconfiguración: Unidad de análisis: La historia como un todo	41
4.10 Aspectos éticos:	42
5. RESULTADOS	43
5.1 Mimesis I Prefiguración: Comprensión de las acciones:	43
5.1.1 Situaciones propias narradas por los familiares de las mujeres que fallecieron:	43
5.1.2 Unidad de análisis: Agentes de la acción:	44
5.1.3 Unidad de análisis: Núcleos y cadenas de acción:	45
5.1.4 Vínculo, fuerza y relación de los agentes de la acción:	45
5.2 Mimesis II Configuración: Análisis de los relatos:	47
5.2.1 Estructura y disposición, configuración de los relatos:.....	47
5.2.1.1 Relato de los familiares de Esperanza:.....	48
5.2.1.2 Relato de los familiares de Alejandra:.....	50
5.3 Configuración de la historia narrada por los familiares de Esperanza: “Todos sus partos los había tenido en casa”:.....	52

5.4 Configuración de la historia narrada por los familiares de Alejandra: “Alejandra desde antes del parto venía enferma”:	54
6. DISCUSIÓN	57
6.1 Mimesis III Reconfiguración: Análisis de la historia como un todo:	57
6.1.1 Lectura intertextual: ¿Qué mundo proyectan?	57
6.1.1.1 El papel de la familia en la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto:	57
6.1.1.2 La atención del parto: Relación entre los servicios de salud y la partería	58
6.1.1.3 Calidad de los servicios de salud frente a la atención de la gestante:	59
7. CONCLUSIONES	61
8. RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS	64

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Relatos configurados a partir de las cadenas de acción. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza).....	37
Tabla 2. Orden y segmentación de los relatos. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza)	38
Tabla 3. Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos. (Ejemplo: Historia de la entrevista a los familiares de Esperanza)	38
Tabla 4. Características de las entrevistas familiares, casos de MM municipio de Yarumal 2009-2017.....	43
Tabla 5. Narradores, el número de los relatos de la historia, los fragmentos más citados, nombre de los relatos y nombre de la historia.....	45
Tabla 6. Extensión de entrevistas: Número de palabras, número de fragmentos y número de relatos que las conforman. Después del análisis estructural.....	47
Tabla 7. Orden y segmentación de los relatos. Relato de los familiares de Esperanza.....	48
Tabla 8. Ordenamiento, segmentación y extensión del relato de los familiares de Esperanza.....	48
Tabla 9. Orden y segmentación de los relatos. Relato de los familiares de Alejandra.....	50
Tabla 10. Ordenamiento, segmentación y extensión del relato de los familiares de Alejandra.....	50

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Construcción de fragmentos del texto. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza).....	30
Figura 2. Matriz de análisis estructural. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza).....	31
Figura 3. Cadenas de acción y la relación entre fragmentos. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza)	34
Figura 4. Tiempo vivido y tiempo narrado. (Ejemplo: Relato de la entrevista a los familiares de Esperanza)	39
Figura 5. Dramatismo o perturbación al narrar. (Ejemplo: Biografía la entrevista a los familiares de Esperanza)	40
Figura 6. Curva dramática: Intensidad dramática al narrar y edad referida. (Ejemplo: Biografía la entrevista a los familiares de Esperanza)	41
Figura 7. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de los familiares de Esperanza.....	49
Figura 8. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de los familiares de Esperanza.....	49
Figura 9. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de los familiares de Alejandra.....	51
Figura 10. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de los familiares de Alejandra.....	51

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Carta de autorización dada por la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal.....	71
Anexo 2. Carta de autorización dada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social de Yarumal.....	72

GLOSARIO DE SIGLAS

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARO: Alto Riesgo Obstétrico.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

CPN: Controles Prenatales.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DNP: Departamento Nacional de Planeación.

EPM: Empresas Públicas de Medellín.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

E.S.E: Empresa Social del Estado.

INS: Instituto Nacional de Salud.

MM: Muerte Materna.

MME: Morbilidad Materna Extrema

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la salud.

PDD: Plan de Desarrollo Departamental.

PDM: Plan de Desarrollo Municipal.

PNSSR: Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

RUAF: Registro Único de Afiliados.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

SVEMMBW: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basado en la Web.

TAC: Tomografía Axial Computarizada.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017.

Metodología: Abordaje epistemológico basado en la fenomenología hermenéutica; el tipo de estudio está orientado en un enfoque biográfico narrativo; el método de investigación es biográfico, lo que facilita comprender la historia que hay detrás de los casos de muerte materna ocurridos en el municipio de Yarumal 2009-2017. La información fue tomada de fuentes secundarias, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE y de la Secretaría de Salud del municipio de Yarumal.

Resultados: Se realizó la lectura intertextual de la historia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, 2009-2017; se plantearon tres puntos fundamentales identificados en este trabajo de investigación: el papel de la familia en la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto; la atención del parto: relación entre los servicios de salud y la partería, y la calidad de los servicios de salud frente a la atención de la gestante.

Conclusiones: Este trabajo de investigación permitió comprender las situaciones propias de dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de MM; en donde se refleja que en el municipio de Yarumal, las instituciones de salud deben reorientar los programas de salud, dirigidos a las mujeres gestantes para que se logre una articulación entre el acompañamiento familiar y el acompañamiento social para disminuir casos de MM.

Palabras clave: Muerte materna, acompañamiento familiar, Yarumal.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación surge con el interés de alimentar mis conocimientos adquiridos como salubrista durante mi formación profesional, dicha formación ha estado encaminada bajo los lineamientos de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Escogí el tema de muerte materna porque es un problema de salud pública que afecta principalmente a la población vulnerable, de allí la importancia de comprender qué hay detrás de los casos de muerte materna, ocurridos en el municipio de Yarumal en el período 2009-2017, lo que contribuye al fortalecimiento de políticas públicas y a la implementación de programas de salud sexual y reproductiva, con el fin de prevenir casos de muerte materna.

El presente trabajo de investigación trata la experiencia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna; entendiendo muerte materna como el fallecimiento de la mujer causado por complicaciones durante el embarazo, parto o en los 42 días siguientes al parto, etapa conocida como el posparto (1,2). Este trabajo de investigación se llevó a cabo en el municipio de Yarumal, Antioquia; teniendo como base la información del período 2009-2017.

A continuación, se indica la estructura del documento:

En primer lugar, se encuentra una visión general mediante una descripción de la situación sobre la muerte materna en diferentes ámbitos mundial, regional, nacional, departamental y municipal; luego se encuentra el marco teórico comprendido por el marco político, normativo, conceptual y contextual, los cuales sustentan los objetivos y el trabajo de investigación; posteriormente, se encuentra la metodología, la cual da cuenta del paso a paso de la realización del trabajo de investigación; dicha metodología está orientada en un abordaje epistemológico basado en la fenomenología hermenéutica, lo que permite determinar el comportamiento humano; el tipo de estudio está orientado en un enfoque biográfico narrativo y el método de investigación es de tipo biográfico o historias de vida. Por último, se presentan los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

La realización de este trabajo de investigación y la presentación de los resultados, espero que sean de utilidad para que las instituciones y las autoridades competentes formulen estrategias de salud que contribuyan con la disminución de los casos de muerte materna en el país.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud-OMS, la Muerte Materna (MM) es el fallecimiento de la mujer causado por complicaciones durante el embarazo, parto o en los 42 días siguientes al parto (1,2).

La MM se da por causas directas e indirectas al embarazo, parto o posparto; las causas directas que más se presentan son: hemorragias, infecciones, trastornos de hipertensión y parto obstruido y las causas indirectas que más se presentan son las enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por el mismo como lo son: el paludismo, la anemia o enfermedades cardiovasculares (1,3). La MM es evitable, dado que, los avances en el desarrollo médico profesional, en la asistencia de la partería cualificada, en la tecnología y en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, podrían contribuir en la mayoría de los casos, a proteger la vida de las mujeres (4). Lo anterior, evidencia la falta de oportunidad que tienen las mujeres para acceder a los controles médicos prenatales durante el período de gestación, a la atención especializada durante el parto y a la falta de apoyo durante los días de posparto, lo que genera que la mujer quede en un estado alto de vulnerabilidad (4); asimismo, y de acuerdo con la OMS existen otros factores que conllevan a que se presenten casos de MM como lo son: la pobreza, la distancia a los centros de atención en salud, las prácticas culturales, la falta de información y de educación que carecen las mujeres (4).

La salud materna debe comprender todos los cuidados pertinentes a los cuales deberían acceder todas las mujeres en estado de gestación (5); dichos cuidados comprenden una alimentación adecuada, hábitos y estilos de vida saludable durante el embarazo, la oportunidad de acceder a los controles y a la realización de exámenes prenatales y educación de calidad sobre las alertas de posibles complicaciones durante la etapa de gestación (6). Es trascendental, resaltar la importancia del acompañamiento familiar para las mujeres durante el embarazo, parto y posparto; puesto que, la familia se considera como una figura de apoyo y de protección para dichas mujeres (7). Asimismo, se considera que el apoyo familiar es un factor que podría repercutir en el estado de salud de las mujeres gestantes (8).

La mortalidad materna es un indicador que mide la calidad de los servicios de salud, en donde se refleja la inequidad y la pobreza de un país; a través de este indicador se logran establecer diferencias socioeconómicas, lo que conlleva a que dicha mortalidad se convierta en uno de los principales problemas de salud pública, de allí la importancia de establecer acciones que permitan prevenir casos de MM mediante un adecuado acompañamiento a las mujeres gestantes (9).

En cuanto a publicaciones y estudios realizados que evidencian la experiencia de las familias frente a la MM, se tiene que la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, publicó un artículo sobre la MM desde la perspectiva de las familias; evidenciando que, la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o posparto, se considera como una tragedia que afecta directamente a la familia y a la sociedad (10).

De igual forma, en la revista de Ginecología y Obstetricia de México, se publicó un artículo acerca de las consecuencias de la MM para las familias; demostrando que, la MM está asociada a la supervivencia de los niños; dado que, al ocurrir una muerte de una mujer gestante, se presenta una reconstitución familiar para establecer quien es la persona responsable del cuidado de los niños (11).

Igualmente, en la revista Universidad y Salud de Nariño, se publicó un artículo, en donde se establece que la MM se considera como un infortunio que afecta a las familias y a la sociedad; puesto que, cuando una mujer muere, deja a sus hijos desamparados, expuestos a múltiples riesgos que podrían afectar su supervivencia; dado que, por lo general, los abuelos son quienes asumen la responsabilidad del cuidado de los niños, lo que puede convertirse es una desventaja, debido a las escasas oportunidades de generar ingresos, lo que podría afectar la dinámica familiar y contribuir con el deterioro de la sociedad (12).

Los países en vía de desarrollo son los que presentan mayor número de MM, lo que demuestra la falta de acceso a los servicios de salud y en donde se señalan las diferencias que existen entre las condiciones socioeconómicas de las personas, siendo la población catalogada como pobre la más susceptible y vulnerable (4,13). De acuerdo con la OMS para el año 2015, en los países en vía de desarrollo la razón de mortalidad materna fue de 239 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por cada 100.000 nacidos vivos (4).

Según la OMS en el año 2015 a nivel mundial hubo alrededor de 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo, parto y posparto, a su vez estableció que la MM tiende a aumentar más en las zonas rurales que en las zonas urbanas puesto que es allí en donde escasean los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos para poder realizar los controles periódicos y brindar una atención oportuna a las mujeres en estado de embarazo (4). La OMS también estableció en sus informes sanitarios que en algunos países entre los años 2000 y 2010 se logró superar en un 5,5% los casos de MM; sin embargo, sigue siendo una cifra preocupante para las autoridades sanitarias (4).

En el año 2000, la OMS realizó un llamado universal a la adopción de estrategias que permitieran la reducción de la pobreza y a su vez lograr contribuir con el cuidado del medio ambiente; dicho llamado se definió como Objetivos de Desarrollo del

Milenio-ODM, los cuales fueron pactados hasta el año 2015; sin embargo, algunas de las metas pactadas no se cumplieron (14–16).

Considerando que los ODM no se cumplieron en su totalidad, 193 países pertenecientes a Naciones Unidas en el año 2015 firmaron una hoja de ruta para el desarrollo mundial de carácter económico, ambiental y social, cuya ruta está integrada por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS y por 169 metas para lograr así un desarrollo a través de la cooperación entre países (17).

De acuerdo con lo anterior el ODS n°3 llamado “Salud y Bienestar” tiene como principal meta para el año 2030 reducir la tasa mundial de MM a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos con el fin de disminuir los casos de muertes evitables de mujeres gestantes (18).

En América Latina y el Caribe según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL en el año 2005 la tasa de MM fue 88 por cada 100.000 nacidos vivos y en el año 2015 fue 67 por cada 100.000 nacidos vivos, aunque se aprecia una reducción en las cifras, éstas siguen estando lejos de la meta que se fijó en los ODS (19–21).

Colombia es uno de los países que se comprometió con Naciones Unidas a cumplir con los ODS a través de la planeación y ejecución de políticas y programas, permitiendo que el país alcance un desarrollo sostenible mediante la articulación del sector privado, la sociedad y la academia (22,23).

En Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud-INS durante el período 2013 a 2017 la disminución de los casos de MM fue de un 7,6% siendo una reducción mínima pero importante en donde se estableció que la hemorragia obstétrica con un 21,1% fue la principal causa de MM directa que conllevó a que se presentaran dichos casos de mortalidad y en el año 2018 se registró un total de 523 muertes maternas en el país. Los departamentos de Colombia que presentan mayor número de casos de MM son el Vaupés, Putumayo, Guainía, Chocó y en menor medida Antioquia (24); para hacerle frente a esta situación, en estas regiones se debe fortalecer la institucionalización para que las mujeres puedan acceder a los servicios de salud, dado que en departamentos como el Vaupés solo el 58% de los partos son atendidos por profesionales de la salud (25).

El departamento de Antioquia en el año 2017, tuvo una leve reducción de casos de MM con relación al promedio nacional de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública del INS (2); no obstante, en Antioquia durante el año 2019 se registró un total de 24 casos de MM según el boletín epidemiológico del INS correspondiente a la semana 52 del año 2019 (26).

Uno de los municipios de Antioquia en el que se siguen presentando casos de MM es el municipio de Yarumal, en donde se ha evidenciado que desde el año 2009 las

administraciones municipales a través de los planes de desarrollo han implementado estrategias de salud sexual y reproductiva con el fin de garantizar una oportuna atención a las mujeres gestantes.

Dichas estrategias están enmarcadas bajo los lineamientos de acción contemplados en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-PNSSR en donde se establece la importancia de identificar, analizar, evaluar e intervenir los factores de riesgo asociados a la MM, lo que permite brindar una atención de calidad a las mujeres en estado de gestación (27); sin embargo, dichas estrategias municipales no han resultado totalmente adecuadas para dar respuesta a las necesidades en salud de las mujeres gestantes pertenecientes a dicho municipio.

De acuerdo con el DANE en sus reportes de defunciones asociadas al embarazo, parto y posparto en el período 2009-2017, en el municipio de Yarumal se presentaron 6 casos de muertes maternas de mujeres residentes en dicho municipio (28); por esto es importante entender el comportamiento de la MM considerando que es una condición que afecta al desarrollo económico, social, cultural y ambiental de todo un país, siendo fundamental identificar y analizar los factores que ponen en peligro la vida de las mujeres gestantes.

En el municipio de Yarumal no se ha evidenciado la realización de estudios, de publicaciones o de investigaciones a profundidad a través de las experiencias narradas por las familias de mujeres que fallecieron a causa de muerte materna; lo que permite reconocer los aspectos sociales propios de las mujeres que fallecieron en el período de tiempo establecido para el estudio.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, surge la siguiente pregunta central de investigación ¿Cuál es la experiencia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017?

Asimismo, es pertinente preguntarse por:

- ¿Cómo fue la experiencia del embarazo de cada mujer, de acuerdo con la narración realizada por sus familiares? ¿Hubo acompañamiento familiar? ¿Cómo fue ese acompañamiento?
- Después del parto de cada mujer: ¿Cuál fue la complicación narrada por sus familiares? ¿Qué sucedió?
- Con relación a la narración de los familiares: ¿Qué tipo de factores incidieron en la muerte de cada mujer?

1.1 Justificación:

Es importante conocer las cifras de casos de MM; sin embargo, es trascendental identificar a través de las entrevistas realizadas a los familiares o allegados de las mujeres que fallecieron a causa de MM, los factores personales, familiares y sociales que rodearon la muerte de dichas mujeres del municipio de Yarumal; dado que, a través de estos casos de MM se “podrían salvar vidas futuras” (29); al mismo tiempo se debe reconocer que la mujer es un pilar fundamental en la sociedad y que su atención se debe basar en el derecho esencial a la salud (30).

Este trabajo de investigación se constituye como un insumo para entender la importancia del papel de la mujer en la sociedad y comprender lo valioso que es el hecho de disminuir los casos de MM en el país; con el fin de conservar el bienestar y la supervivencia familiar, evitando que se presenten experiencias traumáticas que afecten el desarrollo familiar y social (31); visto que, la MM genera consecuencias negativas para todos los miembros del grupo familiar (12).

Desde los conocimientos sobre salud pública adquiridos durante la formación académica en la Facultad Nacional de Salud Pública, este trabajo de investigación aportará elementos para que las instituciones de salud del municipio de Yarumal reorienten y fortalezcan sus programas de salud sexual y reproductiva, dirigidos a las mujeres gestantes y a las familias residentes del municipio de Yarumal.

Asimismo, este trabajo de investigación aportará información que permitirá comprender las implicaciones familiares y sociales que se presentan cuando ocurre un caso de MM; siendo de vital importancia que las instituciones de salud municipales, efectúen acciones que contribuyan con la disminución de los casos de MM en el municipio de Yarumal.

2. OBJETIVOS

2.1 General:

Comprender la experiencia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017.

2.2 Específicos:

- Reconocer en las narrativas, la importancia del acompañamiento familiar para las mujeres durante el embarazo, parto y posparto.
- Describir el proceso de atención del parto, a través de la experiencia narrada por las familias.
- Analizar en las narrativas, la calidad de los servicios de salud frente a la atención que recibieron las mujeres que fallecieron a causa de MM en el municipio de Yarumal, 2009-2017.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Político:

Este trabajo de investigación está basado en la política internacional de los ODS, dicha política se hace efectiva con la participación y compromiso por parte de los diferentes países; teniendo claro que cada uno de los países es responsable de su propio desarrollo económico, social, cultural y ambiental; a su vez la política de los ODS establece que para asegurar una vida sana y promover el bienestar para todos es indispensable brindar un acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la planificación familiar y a la atención con calidad de las mujeres durante el período de embarazo, parto y posparto (32).

En Colombia se tiene establecida la PNSSR, en la cual se tiene determinada una línea de acción llamada “Maternidad Segura” en donde se propone implementar estrategias que permita que las mujeres lleven con calidad el período de embarazo y a su vez, procurar mejorar las condiciones en salud del recién nacido (27).

Para lograr lo anterior se hace indispensable minimizar y eliminar los factores de riesgo asociados al embarazo, parto y posparto a los cuales están expuestas las madres gestantes del país (27).

Otra herramienta que se tiene implementada en Colombia está basada en el protocolo de vigilancia en salud pública del INS, el cual tiene como objetivo presentar información sobre la MM del país; lo que permite orientar las medidas de prevención y de control sobre los casos de MM, dichas medidas son planeadas e implementadas por las autoridades sanitarias competentes (2).

En el Plan de Desarrollo Departamental-PDD de Antioquia, se tiene establecido un eje temático llamado “Salud y derechos sexuales y reproductivos” en donde se reconoce la autonomía de la mujer sobre su propio cuerpo, siendo importante la articulación entre los diferentes organismos que les permitan y garanticen a las mujeres el goce pleno de una adecuada sexualidad sin temor (33).

De acuerdo con lo anterior, en el Plan de Desarrollo Municipal-PDM de Yarumal, se tienen establecidos programas de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos que permiten contribuir con la reducción de los casos de MM presentados en dicho municipio (34).

3.2 Normativo:

Este trabajo de investigación tiene como base normativa la Constitución Política de Colombia de 1991 especialmente en su artículo 49 en el cual se establece que el Estado es el encargado de implementar políticas públicas que le permitan a sus habitantes el goce pleno y efectivo de los servicios de salud que integre la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación de la salud (35).

De acuerdo con la Constitución Política de Colombia, se formuló la Ley 100 de 1993 en donde en su artículo 166 parágrafo 2 se establece que el Gobierno Nacional debe implementar programas de educación sexual y reproductiva dirigidos a las mujeres que habitan en las zonas menos desarrolladas del país (36).

Asimismo, y de acuerdo con lo anterior se decide determinar a través de la Sentencia T-373 de 1998 que las mujeres en estado de embarazo requieren de una atención especial durante su período de gestación, parto y posparto con el fin de proteger de una forma integral a la familia (37).

En la resolución 412 de 2000 se determinan “las guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en salud pública” con el fin de brindar información que sirva para implementar estrategias en materia de salud pública que permitan que las personas gocen de una calidad de vida adecuada (38); además la Ley 1438 de 2011 tiene como objeto establecer un modelo de prestación de servicios de salud de calidad, que a su vez sea equitativo y dirigido a proteger la salud de los colombianos (39).

De este modo, en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 se establece que el Estado debe garantizar el derecho fundamental a la salud, en dicha ley se determina que los colombianos tienen derecho a gozar de una atención en salud de forma oportuna y de calidad, en la cual se adoptan políticas enfocadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del estado de salud de las personas y consagra a las mujeres en estado de embarazo como de protección especial constitucional (40).

3.3 Conceptual:

De acuerdo con la OMS la muerte materna es el fallecimiento de la mujer causado por complicaciones durante el embarazo, parto o en los 42 días siguientes al parto (1,2). A nivel mundial existen diferencias socioeconómicas entre los países desarrollados y los que están en vía de desarrollo, en donde se ve una división entre los países ricos y pobres, a su vez dentro de los mismos países y de acuerdo con

la OMS en las zonas rurales se presenta mayor número de casos de muertes maternas en comparación con las zonas urbanas de un mismo país, en donde se refleja la inequidad que existe en el acceso a los servicios de salud (1,4).

La mortalidad materna es un indicador trazador de inequidad social y se constituye como un problema de salud pública; visto que incide de manera negativa en las condiciones sociales, económicas y educativas de un país, en donde se evidencia la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud prestados dentro de un sistema de salud (3). Según la Organización de las Naciones Unidas-ONU en la Observación General 14, se establece que la salud de las mujeres gestantes se debe mejorar a través del acceso a los servicios de salud, sexual y reproductiva, en donde se les garantice la oportunidad de acceder a programas de planificación familiar, a la adecuada atención antes, durante y después del parto (41).

El embarazo es uno de los eventos más importantes en la vida de algunas mujeres; sin embargo, la atención en salud no es la más adecuada considerando que existen condiciones socioeconómicas que le impiden a las mujeres acceder a una atención en salud oportuna y de calidad durante el embarazo, parto y posparto, lo que se puede convertir en un riesgo para las madres gestantes (3).

La OMS clasifica las causas por las que se presentan casos de MM en causas directas e indirectas, las causas directas al embarazo son las hemorragias catalogadas como una pérdida severa de sangre tras el parto; las infecciones; la eclampsia la cual es un trastorno de hipertensión asociado al embarazo; y finalmente, el parto obstruido que en algunos casos se presenta porque la cabeza del feto es más grande que la pelvis de la mujer gestante (1,4).

Las causas indirectas son las que están asociadas a las enfermedades que hacen que el embarazo se complique como lo son, el paludismo causado por parásitos transmitidos a través de las picaduras de mosquitos; la anemia catalogada como un trastorno localizado en la sangre y el VIH/SIDA que es el virus que afecta a las células del sistema inmunitario del cuerpo (1,4).

De acuerdo con la OMS, se entiende por factor de riesgo cualquier característica o rasgo que aumente la probabilidad de que ocurra un evento que afecte de manera negativa la salud o la vida, como por ejemplo la desigualdad, las prácticas sexuales, la falta de higiene, el consumo de alcohol y de tabaco, entre otros (42).

El suceso de MM genera un deterioro familiar; dado que, las familias quedan en un estado alto de vulnerabilidad ante posibles problemas emocionales y de salud; dichos problemas conllevan a la aparición de rupturas familiares, causadas por la pérdida de la mujer, quien es considerada como el pilar fundamental del núcleo familiar (12); a su vez, la MM está ligada al desarrollo social; visto que, cuando se presenta un caso de MM se reflejan inequidades económicas, sociales y educativas

de un país; no obstante, los casos de MM se pueden prevenir mediante el fortalecimiento de la atención en salud y el acceso a los servicios de salud de calidad dirigidos a las mujeres gestantes (31).

3.4 Contextual:

El municipio de Yarumal está situado en el norte de Antioquia cuenta con una temperatura de aproximadamente 14°C; sus límites son “al oriente limita con los municipios de Campamento y Angostura, al occidente con el municipio de San Andrés de Cuerquia, al norte limita con el municipio de Valdivia y al sur con el municipio de Santa Rosa de Osos” (43).

El municipio está conformado por 20 barrios, la zona rural está integrada por 52 veredas y cuenta con 7 corregimientos que son El Cedro, El Pueblito, Cedeño, La Loma, Ochalí, Llanos de Cuivá y El Llano; Yarumal es reconocido como la capital del norte antioqueño (43).

La economía del municipio es variada y está integrada por diferentes sectores como lo son la agricultura, la minería, la ganadería y la industria, los cuales están basados en actividades de cultivo de papa, de tomate de árbol y la explotación de piedra de talco, siendo un municipio destacado por la producción lechera y porque en él operan empresas como “Setas Colombianas S.A” en donde producen alimentos a base de champiñón y “Tablemac” encargados de procesar la madera y a su vez son altos generadores de empleo para la población de Yarumal (43).

De acuerdo con el PDM, Yarumal cuenta con un total de 46.865 habitantes, distribuidos así 30.515 habitantes pertenecientes a la zona urbana y 16.350 habitantes pertenecientes a la zona rural del municipio; de la cifra total de habitantes, 23.076 son mujeres y 23.789 son hombres; según el PDM en Yarumal se han incrementado los embarazos no deseados de mujeres en edades entre 11 a 17 años (34). De acuerdo con la información que reposa en la Secretaría de Salud de Yarumal en el período 2009-2017, en dicho municipio se presentaron cuatro casos de MM de mujeres en edades entre 23 a 36 años.

El municipio de Yarumal cuenta con un hospital llamado E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal, el cual presta servicios de baja y mediana complejidad, los servicios de salud están dirigidos a la población de Yarumal y a toda la población de la región del norte antioqueño; asimismo cuenta con un programa de control prenatal dirigido a los padres y a las madres en estado de gestación encaminado a detectar alteraciones durante el embarazo (44).

El hospital cuenta con una unidad materno-infantil como servicio sobresaliente, además de contar con un amplio portafolio de servicios como los de consulta

externa, urgencias, hospitalización, servicio farmacéutico, cirugía, laboratorio clínico, ayudas diagnósticas e imagenología, referencia y contrareferencia, odontología, promoción y prevención (44).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio:

Este trabajo de investigación está enmarcado bajo un abordaje epistemológico basado en la fenomenología-hermenéutica, lo que permitió orientar el diseño y el desarrollo de la investigación (45); dicho abordaje admite comprender las experiencias vividas a través de las acciones humanas para darle significado a las experiencias narradas por las familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017.

Con este tipo de abordaje epistemológico se logró analizar aspectos de la vida humana que se encuentran más allá de los datos cuantificables; asimismo, el trabajo de investigación se orientó a la descripción e interpretación de las experiencias narradas; dado que, mediante las vivencias se puede determinar el comportamiento humano (46); lo que permitió tener una mayor perspectiva sobre los casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal.

El interés de esta investigación radicó en comprender qué hay detrás de los casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal, no sólo saber cuántos (cifras) casos se presentaron sino de entender qué significó este fenómeno en la vida de los familiares de las mujeres que fallecieron.

El tipo de estudio de la investigación está orientado a un enfoque biográfico narrativo; considerando que, la investigación biográfica, mediante las historias de vida logra evidenciar el interés por lo particular de las personas y a su vez admite mostrar la voz de los protagonistas; y la investigación narrativa permite dar cuenta de las experiencias de la vida cotidiana por medio de aspectos emotivos tales como deseos, propósitos y sentimientos, lo que refleja el actuar humano; ambas investigaciones permiten explorar a fondo las experiencias y las historias de vida (45).

A su vez, la investigación biográfico-narrativa permite rescatar la identidad de las comunidades para dar información sobre la realidad social a través de las percepciones, la reconstrucción y el significado de las historias; considerando que, una historia de vida se construye tomando aspectos relevantes del pasado para entender la realidad actual y adquirir elementos que permitan determinar de manera anticipada situaciones futuras (45).

El método de investigación se estableció conforme a la investigación narrativa de tipo biográfica o historias de vida; considerando que, la investigación biográfico-narrativa alcanza a mostrar “la otra historia, la silenciada y la oculta” (45); y de acuerdo a ello, se realizó una investigación biográfica basada en las historias de

vida contadas por los protagonistas; entendiendo que, las historias de vida dan cuenta no solo del relato de vida sino de información adicional que permite reconstruir la biografía (47); con el fin de comprender la experiencia de vida narrada por las familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal en el período de estudio.

Conforme a lo anterior, se manifiesta el interés por acceder a las autopsias verbales y a las entrevistas familiares realizadas a las familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, 2009-2017; dichas autopsias verbales y entrevistas familiares fueron suministradas por el personal de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal y de la Secretaría de Salud de Yarumal.

Lo anterior con el fin de realizar una investigación a profundidad que permita dar una mirada diferente a aquello que es considerado en el desarrollo clásico de la epidemiología como “los datos” y a su vez, generar un espacio que admita comprender los aspectos personales, familiares y sociales en los que vivían dichas mujeres, contados a partir de la voz registrada en las entrevistas.

4.2 Participantes:

Familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017.

4.3 Fuentes de información:

La información para la investigación fue tomada de fuentes secundarias; información proporcionada por el DANE el cual es el departamento responsable de la recolección, procesamiento y difusión de la información estadística del país y por la Secretaría de Salud del municipio de Yarumal.

4.3.1 Recolección de información:

La información se recolectó por medio del Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, el Registro Único de Afiliados-RUAF y el DANE.

Para dar cumplimiento con los objetivos planteados en este trabajo de investigación, se realizó una solicitud de información en la Secretaría de Salud del municipio de Yarumal; solicitud de los archivos planos de MM y de las entrevistas familiares referentes a los casos de MM ocurridos en el municipio en mención durante los años

2009-2017 que se encuentran registrados en las fuentes de información del SIVIGILA y del RUAF.

La información que se solicitó en la Secretaría de Salud fue:

- Solicitud de archivos planos del código 550 (Mortalidad Materna) del año 2009 hasta el año 2017.
- Solicitud de archivos planos de las muertes de mujeres en edad fértil entre 10 a 54 años de edad, del año 2009 hasta el año 2017.
- Solicitud de archivos planos de los nacidos vivos del año 2009 hasta el año 2017.
- Solicitud de entrevistas familiares de los casos de Muertes Maternas ocurridos en Yarumal del año 2009 hasta el año 2017.

De la información solicitada, se recibió la siguiente:

- Archivo plano de las defunciones del municipio de Yarumal desde diciembre del año 2009 hasta diciembre del año 2017.
- Archivo plano de los nacimientos del municipio de Yarumal desde abril del año 2010 hasta diciembre del año 2019.
- Archivo plano de casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal en el año 2017.
- 7 documentos con información de actas de autopsia verbal, anexo técnico, estudio de campo, estudio anatomopatológico, historia clínica, análisis mortalidad materna y reporte de solicitud de visita domiciliaria.

Con la información solicitada y recibida, se lograron identificar los casos de MM ocurridos en el municipio en el período 2009-2017.

4.3.2 Calidad de la información:

En el proceso de depuración de las bases de datos (archivos planos), se identificaron varias inconsistencias en la información:

- De acuerdo con información del DANE, en los años 2009, 2010, 2016 y 2017 se presentó un caso de MM por año y en el año 2015 se presentaron dos casos de MM para un total de seis casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal en el período 2009-2017; mientras que, en los años 2011, 2012, 2013 y 2014 no se presentaron casos de MM en el municipio. No obstante, y conforme con la información suministrada por el personal de sistemas de información de la Secretaría de Salud de Yarumal, se alcanzó a evidenciar que en el año 2015 se presentaron dos casos de MM y en los años 2016 y 2017, se presentó respectivamente un caso por año, para un total de cuatro casos de MM identificados.

Lo que demuestra una discrepancia con la información, dado que, los casos que coinciden en las fuentes de información son los del año 2015, con dos casos y del año 2016 con un caso de MM reportado.

- Otra de las inconsistencias encontradas, radica en que los casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal no están reportados en el SIVIGILA y en el RUAF; es decir, tres de los casos de MM no aparecen reportados en SIVIGILA y uno de los casos no aparece reportado en el RUAF.

- Se encontró otra inconsistencia de información; de acuerdo con el análisis de mortalidad materna e historia clínica de algunos casos de MM, demuestran que el régimen de seguridad social y las EPS a las cuales estuvieron afiliadas dichas mujeres, no coincide con la información que aparece en el RUAF; dado la diferencia de información se procede a hacer la consulta en la plataforma Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES para corroborar la información.

4.4 Criterios de inclusión:

Casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal en el período 2009-2017, de los cuales, se tenga acceso a la autopsia verbal o entrevista familiar.

4.5 Criterios de exclusión:

- Casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal en el período 2009-2017, de los cuales, no se tenga acceso a la autopsia verbal o entrevista familiar.
- Muertes de mujeres cuya causa principal de fallecimiento no esté relacionada con el embarazo, parto o posparto.
- Casos de MM que no estén dentro del período 2009-2017.
- Casos de MM que no hayan sido residentes en el municipio de Yarumal.

4.6 Construcción del texto escrito:

Después de haber identificado cuatro casos de MM, se procedió con la construcción del texto escrito, el cual se realizó a partir de las autopsias verbales y de las entrevistas familiares de las mujeres que fallecieron a causa de MM en el municipio de Yarumal, 2009-2017.

Posteriormente, se inició con la transcripción de tres autopsias verbales y entrevistas familiares realizadas a las familias, de mujeres, que fallecieron a causa de MM en el municipio de Yarumal; dichas autopsias verbales y entrevistas familiares fueron suministradas por el personal de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal y de la Secretaría de Salud de Yarumal. Del cuarto caso de MM no se logró acceder a la autopsia verbal ni a la entrevista familiar, sino a la historia clínica; por lo tanto, no se hizo ninguna transcripción.

Las transcripciones se realizaron de forma textual; no obstante, se omitieron datos que pudiesen dejar en evidencia la identidad de las personas (nombres, fechas completas y datos clínicos); los nombres que aparecen en la narración escrita fueron cambiados de forma fortuita para que no representaran ningún vínculo con los nombres verdaderos.

4.7 Proceso de análisis de los relatos:

El proceso de análisis se llevó a cabo con la interpretación del texto por medio de tres momentos que están enmarcados en la propuesta de Paul Ricoeur (48):

4.7.1 Mimesis I Prefiguración:

Mimesis se entiende como “la imitación de una acción”; en esta etapa de prefiguración el autor toma parte del mundo y lo representa en una obra, tomando fragmentos de la realidad para lograr transformarla; es decir, con la prefiguración se identifican las acciones realizadas por los personajes, las cuales se reflejan en los relatos, lo que permite comprender y establecer relaciones entre dichas acciones (48).

A través de esta etapa se identifican los lugares y espacios en donde se desarrollan las historias con el fin de caracterizar a los personajes involucrados en las historias o relatos.

4.7.2 Mimesis II Configuración:

En esta etapa el texto se escribe, se edita y se dispone de tal forma que sea leído y comprendido por alguien más.

Se conforma cada uno de los relatos mediante los fragmentos relacionados con la misma temática, lo que contribuye a configurar cada una de las historias (48).

4.7.3 Mimesis III Reconfiguración:

En esta etapa, el texto adquiere una estructura completa, lo que permite que el lector lo pueda interpretar; puesto que, para cada lector hay una representación distinta de lo que dice el texto (48).

Finalmente, esta etapa permite reconocer en qué se relacionan o en qué difieren las historias.

4.8 Preparación del texto:

4.8.1 Construcción de los fragmentos del texto:

Con las entrevistas familiares transcritas, se realizó una limpieza del texto en donde se borró la voz del entrevistador y se transformó a la voz de la familia; ya con el texto limpio se procedió a realizar la partición del texto en fragmentos o micro-relatos en orden consecutivo –fragmento 1 [F1], fragmento 2 [F2] y así con cada uno de ellos. Los fragmentos permitirán identificar las acciones relevantes en distintos momentos con información de tiempo, de lugar y de personas.

A continuación, se muestra un ejemplo de partición de los fragmentos (Figura 1):

1. ESPERANZA:	
<p>Esperanza tenía 36 años, nació en diciembre de 1978, vivía en un corregimiento perteneciente al municipio de Yarumal, departamento de Antioquia. Ella estudió hasta tercero de primaria, convivía en unión libre con su pareja, el cual era mayor que ella y estudió hasta quinto de primaria, era madre de seis (6) hijos, de diferente pareja los primeros. [F1] Todos sus partos los había tenido en casa, y el penúltimo atendido por una auxiliar de enfermería en octubre de 2009. Se desempeñaba como ama de casa y no devengaba salario. [F2] Esperanza estaba en su octavo embarazo de 38 semanas, planificaba con anticonceptivos orales suspendidos de manera voluntaria. [F3] Esperanza se realizó cuatro (4) Controles Prenatales-CPN. En la consulta prenatal de ingreso en enero de 2015 se encontraba asintomática, con 7 semanas de embarazo, se le detectó Alto Riesgo Obstétrico-ARO por sus condiciones de gestante añosa, multigestante y por vivir en área rural dispersa; por eso a Esperanza le dieron signos de alarma, recomendaciones médicas y se le solicitaron exámenes, una ecografía e interconsultas con especialistas de rigor y pertinentes para su situación (incluida valoración por ginecobstetricia) y se le recetó fórmula médica. [F4] En marzo de 2015 Esperanza asistió asintomática a su segundo control prenatal con 16 semanas de gestación; sin embargo, no llevó los exámenes ni la ecografía solicitada al ingreso de los controles prenatales, a pesar de esto, no presentó alteraciones en el examen físico. De acuerdo a esto, a Esperanza se le renovaron órdenes y una cita en un mes. [F5] El tercer control prenatal se hizo en de junio de 2015, con 29 semanas embarazo, nuevamente sin síntomas, Esperanza le indicó al personal que la atendió no haberse</p>	<p>realizado la ecografía por no contar con recursos económicos para trasladarse, pero sí presentó los resultados iniciales de laboratorio. Por lo tanto, el personal encargado le renovó orden médica, ecografía y quedó pendiente de realizarse valoración por especialistas. [F6] En julio de 2015, Esperanza asistió a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal a consulta prenatal, allí le realizaron el cuarto control con embarazo de 34 semanas, en donde la encontraron asintomática y aún pendiente de realizarse ecografía ya ordenada. Nuevamente el examen físico no presentó alteraciones y la citaron en 15 días para control con orden de exámenes, dándole signos de alarma y recomendaciones, y según el médico indicaciones de trasladarse al municipio de Yarumal por estar cerca al término y tener embarazo de alto riesgo. Finalmente, Esperanza se realizó la ecografía obstétrica en julio de 2015 la cual reportó un embarazo de 35 semanas y feto único vivo. No se realizaron más controles prenatales. [F7] Durante la fecha anterior y el día previo al fallecimiento, a Esperanza se le insistió de manera verbal por parte de muchas personas la necesidad de trasladarse a Yarumal para que se le realizaran los respectivos controles finales del embarazo y la atención del parto en el Hospital de segundo nivel. Entre otras personas que la aconsejaron estuvieron: una doctora de la E.S.E, Lorena (la auxiliar de enfermería del puesto de salud del corregimiento), las hijas, las hermanas y miembros de la comunidad local. [F8] "Una cuñada le ofreció posada en Yarumal", "el transporte no se lo cobra a una embarazada que no tiene recursos y necesita ir al hospital", pero Esperanza dijo que "no tenía dinero para ir", "mi marido no me apoya" y "ya veremos qué pasa". [F9] A Esperanza en el mes de agosto le iniciaron los dolores, sin embargo, no se desplazó al puesto de salud local a</p>

Figura 1. Construcción de fragmentos del texto. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza)

4.8.2 Análisis estructural:

Este trabajo de investigación busca acceder a las entrevistas realizadas a las familias de las mujeres que fallecieron a causa de complicaciones durante el embarazo, parto o posparto en el municipio de Yarumal en el período 2009-2017; para esto se tomó como referencia la matriz de análisis estructural incorporada por Belibeth Valencia en su trabajo de maestría sobre las experiencias de Morbilidad Materna Extrema-MME (49); se conservaron algunos criterios comunes como la numeración de cada fragmento, el número de palabras contenidas en cada fragmento, qué ocurrió, cuándo ocurrió, entre otros; no obstante, se modificaron otros criterios como, el momento con relación al suceso de la MM; es decir, describir si la acción del fragmento sucedió antes del embarazo, en el momento antes de la MM o si fue después de la MM, con el fin de que los criterios se acercaran a la MM, tema central de este trabajo de investigación.

A continuación, se presenta un ejemplo de la matriz de análisis estructural diligenciada con los fragmentos de la entrevista a los familiares de Esperanza (Figura 2):

Orden	Fragmento Página Líneas	Tamaño (contar palabras)	Qué ocurrió Un inicio del fragmento	Cuándo (específico)	Cuándo E/I (Indica si el cuando es implícito o Explícito por el narrador)	Cronología	Orden cronol ógico	A qué edad (específico)	Edad E/I	Fase o momento con relación al suceso de la MM. 1. Antes del embarazo 2. En el embarazo antes de la MM 3. Después de la MM 4. Otro momento	De qué mundo habla: 1: Familiar 2: Social 3: Cultural 4: Histórico	Ciclo vital 1. Niñez (0 a 11 años) 2. Adolescencia (12 a 17 años) 3. Juventud (18 a 24 años) 4. Adulta joven (25 a 39 años) 5. Adulta media (40 a 59 años) 6. Adulta mayor (60 y más)	Vivido por él/ella 1: Si se refiere a su propia trama. 2: No se refiere a su propia trama/no fue vivido por él/ella
1	F1	57	Esperanza tenía 36 años, nació en diciembre de 1978.	Diciembre de 1978	E	1978		0	E	1	1	1	1
2	F2	31	Todos los partos los había tenido en casa.	Octubre de 2009	E	2009		31	I	1	1	4	1
3	F3	17	Octavo embarazo de Esperanza de 38 semanas.	Agosto de 2015	I	2015		36	I	2	1	4	1
4	F4	84	Esperanza se realizó cuatro controles prenatales.	Enero de 2015	E	2015		36	I	2	2	4	1
5	F5	60	En marzo de 2015 Esperanza asistió asintomática a su segundo	Marzo de 2015	E	2015		36	I	2	2	4	1
6	F6	66	El tercer control prenatal se hizo en de junio de 2015	Junio de 2015	E	2015		36	I	2	2	4	1
7	F7	119	En julio de 2015, Esperanza asistió a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal a consulta prenatal, allí le realizaron el cuarto control	Julio de 2015	E	2015		36	I	2	2	4	1

Figura 2. Matriz de análisis estructural. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza)

4.9 Análisis del texto:

4.9.1 Mimesis I Prefiguración: Comprensión de las acciones:

En esta etapa, en la matriz de análisis estructural se identificó el criterio “qué ocurrió”, en donde se identificaron las acciones realizadas por los personajes; seguido a esto se estableció la relación entre las acciones narradas en los relatos y de acuerdo a ello “se analizó el rol que asume el narrador de la acción (ayudante, oponente, destinatario, destinador)” (49); con el propósito de identificar las características de los personajes involucrados en los relatos.

4.9.1.1 Unidad de análisis: Agentes de la acción:

En este caso los agentes de la acción son los familiares de Esperanza. Tomo información de dicha entrevista.

Esperanza tenía 36 años, nació en diciembre de 1978, vivía en un corregimiento perteneciente al municipio de Yarumal, departamento de Antioquia. Ella estudió hasta tercero de primaria, convivía en unión libre con su pareja, el cual era mayor que ella y estudió hasta quinto de primaria; era madre de seis (6) hijos, de diferente pareja los primeros. Todos sus partos los había tenido en casa, y el penúltimo atendido por una auxiliar de enfermería en octubre de 2009. Se desempeñaba como ama de casa y no devengaba salario; asimismo, los familiares relataron el momento de la complicación que vivió Esperanza durante su trabajo de parto, lo que finalmente le ocasionó la muerte.

De Esperanza se obtuvo el análisis de la mortalidad materna a través del resumen del caso obtenido de la historia clínica y de la autopsia verbal.

4.9.1.2 Unidad de análisis: Núcleos y cadenas de acción:

“Los núcleos de acción son las unidades más citadas en otros fragmentos”(49).

En la matriz de análisis estructural desde el criterio “anuda” se identifican los fragmentos anudadores, los cuales se citan más de 4 veces en la narración; dichos fragmentos están compuestos por los núcleos de la acción.

Los fragmentos que cumplen con el criterio anudar permiten relacionar y unir a los demás fragmentos para lograr configurar los relatos o capítulos.

El conjunto de fragmentos que cumplen con los criterios “detallar, conmovedor, complementar” y que giran en torno a los fragmentos anudadores configuran las cadenas de acción, las cuales conforman cada capítulo de las historias.

En el ejemplo de la entrevista a los familiares de Esperanza, aparecen 4 núcleos de acción que conformaron las cadenas de acción. El fragmento 2 (cadena 1) se refiere a que Esperanza todos sus partos los había tenido en casa, y el penúltimo atendido por una auxiliar de enfermería en octubre de 2009. Se desempeñaba como ama de casa y no devengaba salario [SN2-F2]; el fragmento 4 (cadena 2) indica cómo fue la experiencia de Esperanza al realizarse sus controles prenatales: “Esperanza se realizó cuatro (4) Controles Prenatales-CPN. En la consulta prenatal de ingreso en enero de 2015 se encontraba asintomática, con 7 semanas de embarazo, se le detectó Alto Riesgo Obstétrico-ARO por sus condiciones de gestante añosa, multigestante y por vivir en área rural dispersa; por eso a Esperanza le dieron signos de alarma, recomendaciones médicas y se le solicitaron exámenes, una ecografía e interconsultas con especialistas de rigor y pertinentes para su situación (incluida valoración por ginecología) y se le recetó fórmula médica” [SN6-F4]; el fragmento 11 (cadena 3) hace referencia al inicio de trabajo de parto de Esperanza: “Y a finales de ese mismo mes, hacia las 7:00 p.m, por parte de una auxiliar de enfermería que no trabajaba en el hospital pero que vivía en el corregimiento y quien atendió el anterior parto de Esperanza, le dio aviso a Lorena que Esperanza se encontraba en trabajo de parto, en casa de una de sus hijas, sin la compañía de su pareja y que tenía dilatación cervical de 7 cm” [SN11-F11] y el fragmento 15 (cadena 4) se refiere a la complicación que tuvo Esperanza al expulsar la placenta: “La auxiliar de enfermería que no trabajaba en el hospital pero que vivía en el corregimiento, se percató que Esperanza estaba reteniendo placenta e indicó que: “ella siempre demora hasta 3 horas para expulsar la placenta”, con lo que Lorena avisó al médico de turno quien le indicó qué medicamentos debía suministrarle a Esperanza, pero no se tenían dichos medicamentos en el sitio de atención del parto” [SN15-F15].

A continuación, se muestra la construcción de las cadenas de acción y la relación entre fragmentos de la entrevista a los familiares de Esperanza, teniendo en cuenta la fase o momento con relación al suceso de la MM (Figura 3):

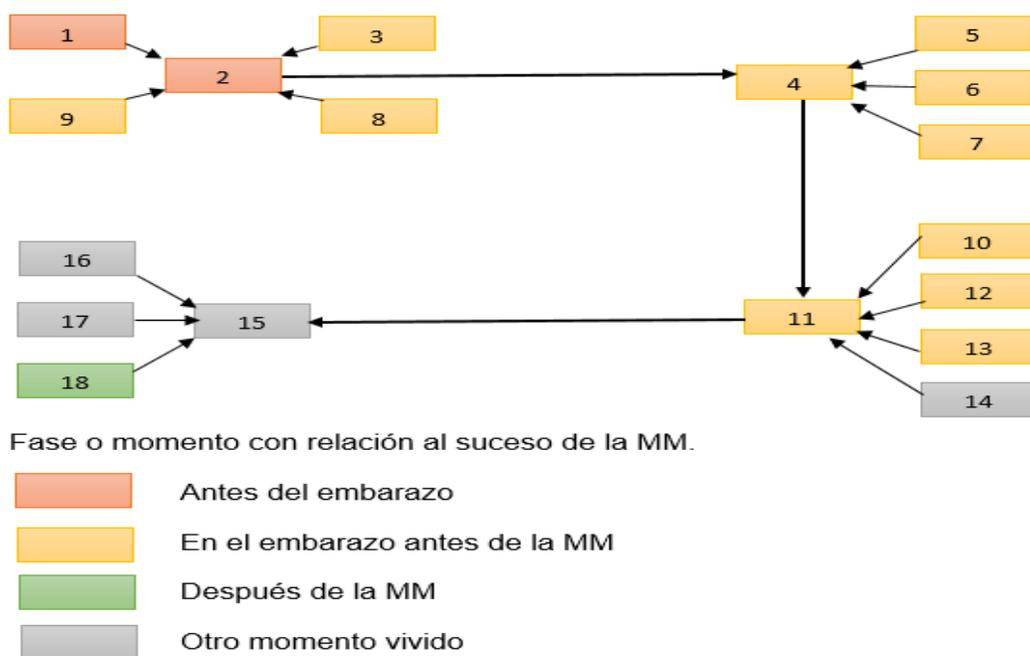


Figura 3. Cadenas de acción y la relación entre fragmentos. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza)

A las cadenas de acción las nombré así:

- Cadena 1: Experiencia de Esperanza con la etapa del parto.
- Cadena 2: Asistencia de Esperanza a los controles prenatales.
- Cadena 3: Inicio de trabajo de parto en casa.
- Cadena 4: Complicación de Esperanza en el trabajo de parto.

4.9.1.3 Vínculo, fuerza y relación de los agentes de la acción:

En cada una de las cadenas de acción se identifica el tipo de vínculo de los agentes de la acción (cónyuge, familiar, amigo/vecino/cercano, actor institucional, laboral, desconocido); asimismo, se identifica de los agentes de la acción el tipo de fuerza con el que se mencionan (fuerte, débil e indiferente) y finalmente, se identifica el tipo de relación (ayudante, oponente, destinatario, destinador) que existe entre la acción y el protagonista.

En la cadena 1, se identifica que los familiares de Esperanza y los actores institucionales de salud estuvieron preocupados por la salud de Esperanza durante su etapa de embarazo y, por ende, le recomendaron en varias oportunidades trasladarse al municipio de Yarumal para que le atendieran el parto: “Durante la

fecha anterior y el día previo al fallecimiento, a Esperanza se le insistió de manera verbal por parte de muchas personas la necesidad de trasladarse a Yarumal para que se le realizaran los respectivos controles finales del embarazo y que la atención del parto fuesen en el Hospital de segundo nivel. Entre otras personas que la aconsejaron estuvieron: una doctora de la E.S.E, Lorena (la auxiliar de enfermería del puesto de salud del corregimiento), las hijas, las hermanas y miembros de la comunidad local” [SN5-F8]. En esta cadena se identificó que el tipo de vínculo “familiar” y el tipo de fuerza “débil” son los que más se mencionan y llama la atención que en el tipo de relación, el mayor “opponente” para que Esperanza recibiera la atención del parto en el municipio de Yarumal fue su pareja.

En la cadena 2, se identifica que Esperanza en cierto modo estuvo realizándose los controles prenatales; sin embargo, a los controles que asistió por lo general no llevaba los exámenes ordenados por el personal médico: “En marzo de 2015 Esperanza asistió asintomática a su segundo control prenatal con 16 semanas de gestación; sin embargo, no llevó los exámenes ni la ecografía solicitada al ingreso de los controles prenatales, a pesar de esto, no presentó alteraciones en el examen físico. De acuerdo a esto, a Esperanza se le renovaron órdenes y una cita en un mes” [SN7-F5]. En esta cadena se identificó que el tipo de vínculo “actor institucional” con tipo de fuerza “fuerte” y el tipo de relación “destinatario/ayudante” predominaron en la configuración de esta cadena de acción.

En la cadena 3; de acuerdo con las condiciones culturales, Lorena la auxiliar de enfermería atendió el parto: “Lorena le explicó a Esperanza los riesgos de la conducta que estaba tomando y Esperanza firmó en constancia de ello, haciéndose responsable de lo que pudiera sucederle a ella o al bebé. Lorena se comunicó vía telefónica con la pareja de Esperanza para indicarle la situación y no obtuvo colaboración por parte de él” [SN13-F13]. En esta cadena se identificó que el tipo de vínculo “familiar” y el de “actor institucional”, se mencionaron con mayor frecuencia coincidiendo con el tipo de fuerza “fuerte”. El tipo de relación “ayudante” predominó; no obstante, la conducta que asumió Esperanza y la falta de colaboración por parte de su pareja se catalogaron con tipo de relación “opponente” por obstaculizar la atención oportuna para la misma Esperanza.

En la cadena 4, se identifica que durante el trabajo de parto de Esperanza los actores institucionales de salud estuvieron en disposición de estabilizar la salud de Esperanza; sin embargo, a medida que pasó el tiempo Esperanza iba empeorando: “Hacia las 02:30 a.m, Esperanza volvió a presentar problemas de tensión arterial y aún no había sido posible conseguir transporte para el traslado, se le indicó a la pareja de Esperanza para que agilizará esto y se le avisó al médico de turno quien gestionó el envío de una ambulancia al corregimiento. La vía de transporte más inmediata para comunicarse con Yarumal depende de un teleférico (cable) que

funciona sólo en horas del día; sin embargo, se pudo habilitar a las 04:00 a.m aproximadamente y se inició el traslado de Esperanza acompañada de su recién nacida y pareja en un vehículo de un funcionario de Empresas Públicas de Medellín-EPM” [SN17-F17]. En esta cadena se identificó que el tipo de vínculo “actor institucional” se mencionó con mayor frecuencia coincidiendo con el tipo de fuerza “fuerte” y con el tipo de relación “ayudante”; en cierta medida, la pareja de Esperanza se identificó como “opponente”, puesto que, se opuso a realizar el traslado oportuno de Esperanza al municipio de Yarumal cuando ella aún estaba con vida e igualmente, al fallecer Esperanza “impidió continuar con el cuerpo sin vida de Esperanza y de la recién nacida para adelantar las valoraciones médicas y dictaminar el fallecimiento y el nacimiento” [SN18-F18].

4.9.1.4 Nivel de dramatismo:

El nivel de dramatismo se relaciona con la intensidad del momento vivido, en donde se determina el clima dramático con el que se narran cada uno de los fragmentos; para establecer dicha intensidad, en la matriz de análisis estructural se estableció una escala de menor a mayor de 0 a 4:

- 0: Es un momento de la vida que narra con indiferencia, no hay dramatismo.
- 1: Hay dramatismo, pero se cuenta sin emoción e inexpresivamente.
- 2: Hay dramatismo y se cuenta con un poco de emoción, pero se pasa rápidamente.
- 3: Hay gran angustia o emoción.
- 4: Podría ser de vida o muerte.

4.9.2 Mimesis II Configuración: Unidad de análisis: Relato:

4.9.2.1 Estructura de la trama:

Después de haber realizado la limpieza del texto, se procedió a efectuar la fragmentación del mismo por medio de las acciones relevantes mencionadas en momentos distintos de la narración; no obstante, los fragmentos incluidos en los relatos cumplieron con alguno de los siguientes criterios:

- Detalla: Descripción del fragmento. Nivel de menor a mayor 0 a 4. (Por ejemplo: 0= apenas nombró o hizo referencia a lo sucedido; 1 y 2 hizo una breve descripción; 3 y 4= Hizo una amplia descripción de lo sucedido (hechos, espacios, personas, lugares, sentimientos, reflexiones).
- Conmueve: Causa conmoción. Nivel de menor a mayor 0 a 4. 0= No hay intensidad dramática se limita a dar cuenta de lo sucedido, 1 y 2 = poca

intensidad dramática, 3, y 4, = alta intensidad dramática, su tono afectivo indica que se refiere a algo muy perturbador, hay gran angustia o emoción.

- Anuda: Un fragmento anuda, si es un núcleo de la acción, es decir, es un suceso del que se hizo referencia en la narración en al menos 4 ocasiones. Se identificó después de haber construido las cadenas de acción: 1= si, 0 = no.
- Complementa: Un fragmento complementa, si no cumplió los criterios anteriores, pero pudo ser necesario para completar descripciones o explicaciones de los hechos narrados. El narrador amplió o brindó mayor información, se apoyó en él para justificar o comparar situaciones vividas por él/ella en distintos momentos de su vida, o hizo parte de otras tramas.

Los fragmentos que no cumplieron con alguno de los anteriores criterios, fueron omitidos de los relatos.

Seguidamente, tomé las cadenas de acción para conformar los relatos, considerando que “un relato puede estar conformado por una o dos cadenas” (49) y en la entrevista realizada a los familiares de Esperanza, conformé 4 relatos a partir 4 cadenas de acción (Tabla 1):

Tabla 1. Relatos configurados a partir de las cadenas de acción. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza)

Cadenas de acción identificadas en la entrevista		Relatos configurados con los fragmentos seleccionados	
N°	A que se refieren los núcleos de acción	N°	Nombre que recibe el relato
1	Cadena 1: Experiencias de Esperanza con la etapa del parto.	I	"Todos sus partos los había tenido en casa"
2	Cadena 2: Asistencia de Esperanza a los controles prenatales.	II	Se realizó cuatro (4) controles prenatales
3	Cadena 3: Inicio de trabajo de parto en casa.	III	Trabajo de parto
4	Cadena 4: Complicación de Esperanza en el trabajo de parto	IV	"Ella siempre demora hasta 3 horas para expulsar la placenta"
Nombre que recibe la historia: "Todos sus partos los había tenido en casa"			

4.9.2.2 Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos:

Al constituir los fragmentos que configuraron cada uno de los relatos, se procedió a darle orden y coherencia al texto, estableciendo la secuencia narrativa. De la entrevista realizada a los familiares de Esperanza, el primer relato “Todos sus partos los había tenido en casa”, se configuró por 5 fragmentos a los cuales se les asignó la secuencia narrativa; fragmento 1 [SN1-F1], continua con el fragmento 2 [SN2-F2], el fragmento 8, último de este relato se le asignó la secuencia narrativa 5 [SN5-F8] (Tabla 2)

Tabla 2. Orden y segmentación de los relatos. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza)

Relatos											
I. “Todos sus partos los había tenido en casa”			II. Se realizó cuatro (4) controles prenatales			III. Trabajo de parto			IV. “Ella siempre demora hasta 3 horas para expulsar la placenta”		
SN	F	ER	SN	F	ER	SN	F	ER	SN	F	ER
1	1	0	6	4	36	10	10	36	15	15	36
2	2	31	7	5	36	11	11	36	16	16	36
3	3	36	8	6	36	12	12	36	17	17	36
4	9	36	9	7	36	13	13	36	18	18	36
5	8	36				14	14	36			

*SN: Secuencia Narrativa. *F: Fragmento. *ED: Edad Referida.

En la narración de la entrevista realizada a los familiares de Esperanza, no se omitieron fragmentos; la historia quedó configurada por 4 relatos y 18 fragmentos, un total de 1.144 palabras (Tabla 3):

Tabla 3. Ordenamiento, segmentación y extensión de los relatos. (Ejemplo: Historia de la entrevista a los familiares de Esperanza)

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato				Toda la narrativa
	I	II	III	IV	
N° de fragmentos	5	4	5	4	18
N° de palabras	233	329	281	301	1.144
Fragmentos que dan nombre al relato: 2, 4, 11, 15,					
Frag. omitidos de la narración: 0					

4.9.2.3 Disposición de la trama: Unidad de análisis: La historia:

De acuerdo a la información de la tabla 2. Orden y segmentación de los relatos. (Ejemplo: Entrevista a los familiares de Esperanza), tomo los valores correspondientes a la edad referida al narrar y a la secuencia narrativa, construyo una gráfica para establecer una relación temporal entre el tiempo vivido y el tiempo narrado en la Entrevista; en dicha gráfica se refleja que la historia inicia a partir del nacimiento de Esperanza, pero los familiares al narrar la historia hacen énfasis en la edad referida de 36 años de Esperanza, debido a que, en esa edad ella presentó complicaciones durante el parto y como consecuencia de esto falleció (Figura 4):

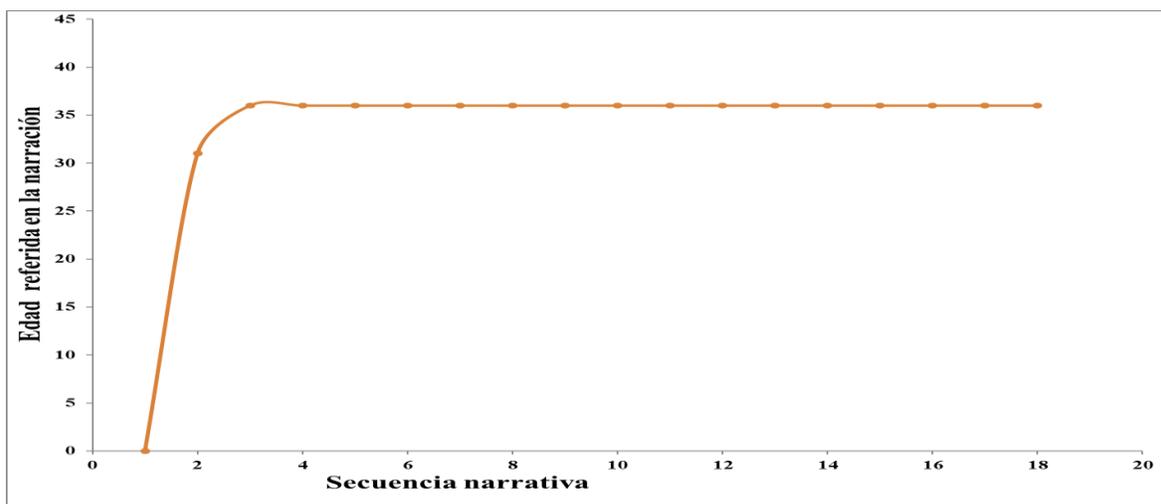


Figura 4. Tiempo vivido y tiempo narrado. (Ejemplo: Relato de la entrevista a los familiares de Esperanza)

4.9.2.4 Configuración de la intensidad dramática al narrar:

La intensidad del momento vivido al narrar se identificó para cada uno de los fragmentos, por medio de una escala de menor a mayor de 0 a 4 (criterios anteriormente establecidos en el nivel de dramatismo). Acorde a esto, se construyó una gráfica para identificar la relación entre la intensidad dramática referida al narrar (eje vertical) y la secuencia narrativa (eje horizontal); en esta gráfica se visualiza el nivel de emoción o dramatismo con el cual los familiares de Esperanza narraron la historia.

De acuerdo con la gráfica, los familiares de Esperanza narraron con mayor intensidad la etapa de los controles prenatales a los que asistió Esperanza y el momento de la complicación del parto de Esperanza, ocasionado por la retención de la placenta (Figura 5):

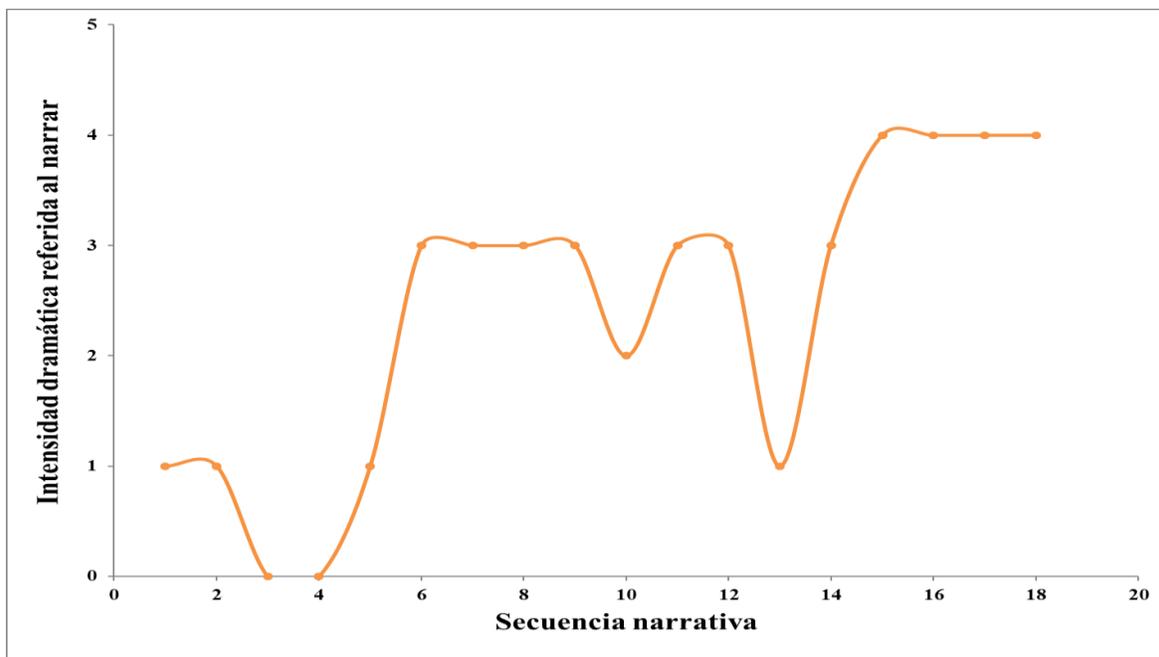


Figura 5. Dramatismo o perturbación al narrar. (Ejemplo: Biografía la entrevista a los familiares de Esperanza)

4.9.2.4.1 Curva dramática: Intensidad dramática al narrar y edad referida:

Según la intensidad del momento vivido al narrar que se identificó para cada uno de los fragmentos, se seleccionaron los fragmentos con mayor intensidad dramática y se construyó una gráfica para determinar la relación entre la intensidad dramática referida al narrar (eje vertical) y la edad referida en la narración (eje horizontal); para identificar la edad de Esperanza en la cual sus familiares vivieron con mayor intensidad la historia de Esperanza.

De acuerdo con la gráfica, los familiares de Esperanza narraron 3 momentos con edad respectiva que vivieron con mayor intensidad (Figura 6):

- El momento del nacimiento de Esperanza, edad 0.
- El momento en que Esperanza estaba en su penúltimo embarazo a los 31 años, el cual fue atendido por una auxiliar de enfermería.
- Finalmente, el momento en que Esperanza falleció, a los 36 años.

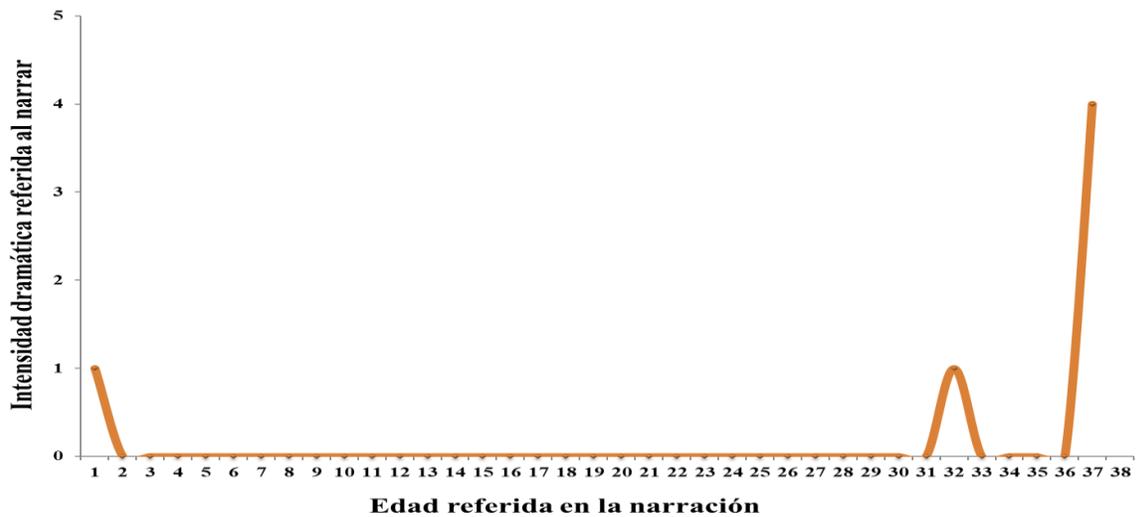


Figura 6. Curva dramática: Intensidad dramática al narrar y edad referida. (Ejemplo: Biografía la entrevista a los familiares de Esperanza)

4.9.2.5 Sentido de la trama:

Unidad de análisis: Biografías:

Lectura intertextual: ¿Qué dice?, ¿Cuál es el sentido?

Se hizo una lectura de las biografías con el propósito de entender y comprender su significado a través de los siguientes cuestionamientos:

- ¿Cómo fue la experiencia del embarazo de cada mujer, de acuerdo con la narración realizada por sus familiares? ¿Hubo acompañamiento familiar? ¿Cómo fue ese acompañamiento?
- Después del parto de cada mujer: ¿Cuál fue la complicación narrada por sus familiares? ¿Qué sucedió?
- Con relación a la narración de los familiares: ¿Qué tipo de factores incidieron en la muerte de cada mujer?

4.9.3 Mimesis III Reconfiguración: Unidad de análisis: La historia como un todo

Lectura intertextual: ¿Qué mundo proyectan?

Las biografías conformaron el texto completo, considerando que las biografías individuales dan cuenta del relato colectivo (50); y se realizó un análisis por medio de una lectura intertextual para identificar si en las historias emergen puntos

semejantes y puntos diferentes e interpretar el mundo proyectado por los familiares que narraron las historias.

4.10 Aspectos éticos:

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud “ en donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”; se puede concluir que esta investigación es catalogada como investigación sin riesgo; visto que, el uso de la información se limita a fines educativos y académicos, y su recolección se realizará a través de una revisión documental retrospectiva, en donde el investigador no realizará ninguna intervención, siendo información tomada de fuentes secundarias (51).

De acuerdo a lo anterior, se tiene por escrito los avales otorgados por el subdirector científico de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal y por la Secretaria de Salud y Bienestar Social de Yarumal, en donde dichas instituciones autorizan al investigador para acceder a la información sobre MM que allí reposa (Anexo 1 y Anexo 2).

Con la ejecución de la investigación no se considera ningún tipo de riesgo, por el contrario, se espera generar beneficios al comprender la experiencia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017; lo que permitirá orientar estudios posteriores y la adopción de medidas preventivas sobre MM.

La población sujeta de estudio son las familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017; para lo cual el investigador se compromete a no divulgar información personal que pueda afectar o poner en riesgo a los dolientes de dichas mujeres; para esto, el investigador omitirá datos que pudiesen dejar en evidencia la identidad de las personas (nombres, fechas completas y datos clínicos); los nombres que aparecen en la narración escrita fueron cambiados de forma fortuita para que no representaran ningún vínculo con los nombres verdaderos, garantizando siempre la confidencialidad de la información.

El informe final de este trabajo de investigación reposará en la biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública para fines de consulta y de investigación sobre MM y los resultados de este trabajo, se socializarán ante instancias académicas y entidades, con el fin de que éstas adopten medidas de prevención sobre casos de MM.

5. RESULTADOS

5.1 Mimesis I Prefiguración: Comprensión de las acciones:

5.1.1 Situaciones propias narradas por los familiares de las mujeres que fallecieron:

Después haber identificado los casos de MM ocurridos en el municipio de Yarumal en el período 2009-2017; se le solicitó a la Secretaría de Salud, las entrevistas realizadas a los familiares de las mujeres que fallecieron en el municipio a causa de complicaciones durante en el embarazo, parto y posparto en el período 2009-2017.

De los cuatro casos de MM identificados, se logró acceder a la siguiente información (Tabla 4):

1. **Caso MM de Esperanza:** Se obtuvo el análisis de la mortalidad materna a través del resumen del caso obtenido de la historia clínica y de la autopsia verbal.
2. **Caso MM de Alejandra:** Se obtuvo la autopsia verbal y el estudio de campo.
3. **Caso MM de Carla:** Se obtuvo el acta de reunión de autopsia verbal; sin embargo, en el acta se informa que los familiares de Carla no concedieron la entrevista familiar respondiendo que: ¿para qué se interesan por ella después de muerta? La información no es suficiente para realizar el análisis estructural, por tal motivo no se incluyó en el trabajo de investigación.
4. Existe un cuarto caso de MM pero no se tuvo acceso a la entrevista familiar sino a la historia clínica, por tal motivo tampoco se incluyó en el trabajo de investigación.

Tabla 4. Características de las entrevistas familiares, casos de MM municipio de Yarumal 2009-2017

Narradores	Edad de la mujer (años) Fallecida	Municipio	Zona	Número de embarazos de la mujer fallecida
Familiares de Esperanza	36	Yarumal	Zona rural	8
Familiares de Alejandra	24	Yarumal	Zona urbana	1

5.1.2 Unidad de análisis: Agentes de la acción:

Narración 1, familiares de Esperanza:

Esperanza nació en 1978, tenía 36 años, era ama de casa y no devengaba salario; vivía en un corregimiento del municipio de Yarumal y convivía en unión libre con su pareja. Esperanza estudió hasta tercero de primaria, tuvo 8 embarazos, todos los partos los había tenido en casa y era madre de 6 hijos de diferente pareja. A los 36 años Esperanza estaba en su octavo embarazo, asistió a 4 controles prenatales en donde le recomendaron trasladarse al municipio de Yarumal para la atención del parto; dado que, el embarazo de Esperanza era considerado como de alto riesgo debido a las condiciones de multigestante añosa; las hijas y las hermanas le recomendaron trasladarse a Yarumal, donde una cuñada que le ofreció posada, pero Esperanza no aceptó, indicando que su pareja no la apoyaba. A finales del mes de agosto de 2015, Esperanza inició trabajo de parto en casa de una de sus hijas, la auxiliar de enfermería se desplazó hasta el sitio para atender el parto. La tensión arterial de Esperanza estaba aumentando por lo tanto se dio aviso al personal médico del hospital de Yarumal, quienes ordenaron inmediatamente el traslado de Esperanza, pero ni Esperanza ni su pareja accedieron a ello. Nació la bebé y desde ahí iniciaron las complicaciones en salud de Esperanza; puesto que, Esperanza retuvo placenta, presentando nuevamente problemas de tensión arterial, hubo demora en tomar la decisión por parte de Esperanza y su pareja para realizar el traslado; finalmente Esperanza murió.

Narración 2, familiares de Alejandra:

Alejandra era hija única, tenía 24 años, laboraba como docente, convivía con su pareja Diego, desde hacía 4 meses y producto de esa relación nació su primer hijo. Diego y María, madre de Alejandra, manifestaron que Alejandra desde antes del embarazo presentaba fuertes dolores de cabeza; sin embargo, en la tercera semana de gestación le ordenaron a Alejandra realizarse una Tomografía Axial Computarizada-TAC, pero no se la realizó por cuestiones laborales; asimismo, al inicio del embarazo Alejandra tuvo una amenaza de aborto por caída en moto cuando se desplazaba desde su sitio de trabajo. Alejandra asistió a todos los controles prenatales, presentando durante su embarazo hinchazón en los pies y gota varice. El trabajo de parto estuvo bien, pero Alejandra siguió presentando fuertes dolores de cabeza, dolores en los pies, asfixia y mareos frecuentemente; lo que la llevó a consultar por urgencias en donde le suministraron medicamentos, allí inició la complicación en salud de Alejandra; puesto que, cuando le dieron de alta, se volvió a marear y vomitó el medicamento, le iniciaron cuatro infartos, Alejandra entró en coma; finalmente Alejandra murió.

5.1.3 Unidad de análisis: Núcleos y cadenas de acción:

A continuación, se presenta un resumen de las historias, en donde se relacionan los narradores, el número de los relatos de la historia, los fragmentos más citados, nombre de los relatos y nombre de la historia (Tabla 5):

Tabla 5. Narradores, el número de los relatos de la historia, los fragmentos más citados, nombre de los relatos y nombre de la historia

Narradores	Números de relatos de la historia	Fragmentos más citados	Nombre de los relatos	Nombre de la historia
Familiares de Esperanza	Cuatro	2	I. "Todos sus partos los había tenido en casa"	"Todos sus partos los había tenido en casa"
		4	II. Se realizó cuatro (4) controles prenatales	
		11	III. Trabajo de parto	
		15	IV. "Ella siempre demora hasta 3 horas para expulsar la placenta"	
Familiares de Alejandra	Dos	4	I. "Presentaba dolores de cabeza fuertes"	"Alejandra desde antes del parto venía enferma"
		10	II. "Se sintió muy mareada y asfixiada"	

5.1.4 Vínculo, fuerza y relación de los agentes de la acción:

En las historias se identifica que los agentes de la acción mayormente mencionados son el cónyuge, la familia y los actores institucionales.

El cónyuge:

Para los familiares de Esperanza, su pareja se identificó como el principal agente "opositor" y de tipo de fuerza "fuerte", dado que, inicialmente no apoyó a Esperanza e impidió el traslado oportuno de Esperanza al municipio de Yarumal, pese a las múltiples recomendaciones dadas por el personal médico. Considerado que,

Esperanza era ama de casa y no devengaba salario, era trascendental que su pareja la apoyara para que ella se transportara a Yarumal para asistir a todos sus controles prenatales con los respectivos resultados de los exámenes ordenados y así garantizarle una adecuada atención durante el embarazo, parto y posparto e incluso la pareja de Esperanza impidió el traslado del cuerpo para dictaminar el fallecimiento de Esperanza.

Por otra parte, en la historia narrada por los familiares de Alejandra se identificó a Diego pareja de Alejandra como agente “ayudante” con tipo de fuerza “fuerte”, puesto que, estuvo al pendiente de la salud de ella brindándole su apoyo; acompañaba a Alejandra en las citas médicas en la ciudad de Medellín. Diego trabajaba; sin embargo, eso no era impedimento para estar al pendiente de Alejandra porque cuando él terminaba su trabajo se dirigía a acompañar a Alejandra, así ella estuviera en el hospital.

La familia:

La familia estuvo presente en todas las historias; en la historia narrada por los familiares de Esperanza, la familia se identificó como agente de la acción “ayudante” con tipo de fuerza “fuerte”; se reconoce la preocupación por parte de la familia al manifestarle en reiteradas ocasiones a Esperanza que se trasladara al municipio de Yarumal; es más, una de las cuñadas le ofreció hospedaje en Yarumal para que pasara su embarazo cerca del hospital conforme a las recomendaciones manifestadas por el personal médico.

En cuanto a la narración realizada por los familiares de Alejandra, se identificó que la familia fue el principal agente “ayudante”, puesto que, durante la narración se menciona a la mamá de Alejandra, quien la acompañó durante su etapa de embarazo, parto y posparto; asimismo, se identifica a los tíos de Alejandra quienes cuidaban al bebé mientras que a Alejandra la atendían en el hospital.

Actor institucional:

Los actores institucionales se identificaron como agentes claves durante las historias. En la narración realizada por los familiares de Esperanza a los “actores institucionales” se les identificó como el principal agente “ayudante” con tipo de fuerza “fuerte”; considerando que, le prestaron la atención en salud a Esperanza de la mejor manera de acuerdo con las condiciones presentadas; es decir, le brindaron atención a Esperanza durante los controles prenatales dándole recomendaciones, le atendieron el parto y en la medida de lo posible, procuraron salvarle la vida.

Por otra parte, en la narración realizada por los familiares de Alejandra, se identificó a los “actores institucionales” como “ayudante” con tipo de fuerza “fuerte”; porque le

brindaron la atención en salud a Alejandra durante sus constantes consultas médicas.

5.2 Mimesis II Configuración: Análisis de los relatos:

5.2.1 Estructura y disposición, configuración de los relatos:

Las historias narradas por dos familias de mujeres que fallecieron a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto, permitieron dar cuenta de las situaciones de tipo personal, familiar, cultural y social que pueden llegar a vivir algunas familias; lo que genera que la familia como un todo se pueda desarticular por la falta de ese pilar fundamental, la mujer.

Se realizó el análisis estructural de las historias, ordenando los fragmentos de acuerdo a la estructura de la trama, a la edad referida al narrar y a la intensidad dramática; con el propósito de configurar las historias y así interpretarlas en conjunto. Finalmente se obtuvo un total de 1774 palabras, 30 fragmentos y 6 relatos (Tabla 6):

Tabla 6. Extensión de entrevistas: Número de palabras, número de fragmentos y número de relatos que las conforman. Después del análisis estructural

Entrevista	Palabras		Fragmentos		Relatos	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Familiares de Esperanza	1144	64%	18	60%	4	67%
Familiares de Alejandra	630	36%	12	40%	2	33%
Total	1774	100%	30	100%	6	100%

A continuación, se expone como fueron construidas las historias con relación al orden y segmentación del texto, tiempo vivido y tiempo narrado e intensidad dramática al narrar.

5.2.1.1 Relato de los familiares de Esperanza:

Los familiares inician la narración a partir del nacimiento de Esperanza, luego mencionan que Esperanza había tenido todos sus partos en casa; relatan la Experiencia que tuvo Esperanza durante los controles prenatales de su último embarazo. Relatan el tipo de atención que recibió Esperanza durante su parto y la complicación en salud que le ocasionó la muerte (Tabla 7):

Tabla 7. Orden y segmentación de los relatos. Relato de los familiares de Esperanza

Relatos											
I. "Todos sus partos los había tenido en casa"			II. Se realizó cuatro (4) controles prenatales			III. Trabajo de parto			IV. "Ella siempre demora hasta 3 horas para expulsar la placenta"		
SN	F	ER	SN	F	ER	SN	F	ER	SN	F	ER
1	1	0	6	4	36	10	10	36	15	15	36
2	2	31	7	5	36	11	11	36	16	16	36
3	3	36	8	6	36	12	12	36	17	17	36
4	9	36	9	7	36	13	13	36	18	18	36
5	8	36				14	14	36			

*SN: Secuencia Narrativa. *F: Fragmento. *ED: Edad Referida.

El total fueron 18 fragmentos que configuraron esta historia, ninguno se omitió (Tabla 8):

Tabla 8. Ordenamiento, segmentación y extensión del relato de los familiares de Esperanza

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato				Toda la narrativa
	I	II	III	IV	
Nº de fragmentos	5	4	5	4	18
Nº de palabras	233	329	281	301	1.144
Fragmentos que dan nombre al relato: 2, 4, 11, 15,					
Frag. omitidos de la narración: 0					

Los familiares de Esperanza narran con mayor dramatismo cuando Esperanza tenía 36 años, fragmentos 15, 16, 17 y 18, momento de la complicación del parto de Esperanza, ocasionado por la retención de la placenta (Figura 7 y Figura 8):

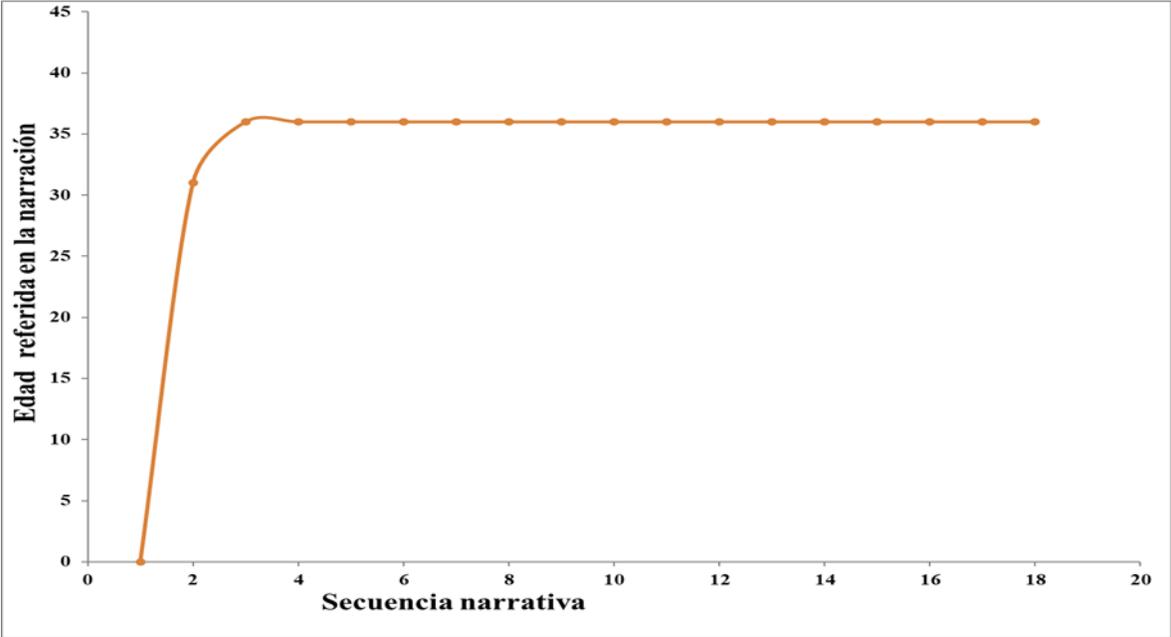


Figura 7. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de los familiares de Esperanza

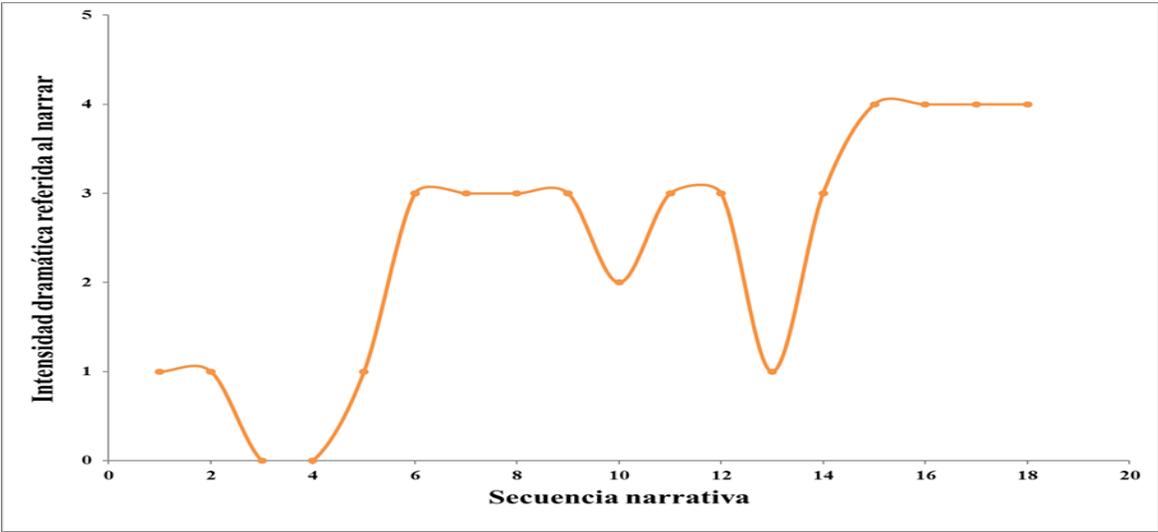


Figura 8. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de los familiares de Esperanza

5.2.1.2 Relato de los familiares de Alejandra:

Los familiares de Alejandra inician la narración indicando que Alejandra era hija única y que tenía 24 años de edad cuando tuvo a su único hijo; se menciona que Alejandra desde antes del embarazo se sentía enferma, presentaba fuertes dolores de cabeza y sufría de gota en vena várice. Alejandra asistió a urgencias por causa de unos mareos que la aquejaban y además se sentía asfixiada; la salud de Alejandra se complicó, le iniciaron 4 infartos, entró en coma y murió.

Esta historia se compone de 2 relatos (Tabla 9):

Tabla 9. Orden y segmentación de los relatos. Relato de los familiares de Alejandra

Relatos					
I. "Presentaba dolores de cabeza fuertes"			II. "Se sintió muy mareada y asfixiada"		
SN	F	ER	SN	F	ER
1	2	24	9	6	24
2	1	24	10	10	24
3	4	24	11	11	24
4	8	24	12	12	24
5	3	24			
6	9	24			
7	7	22			
8	5	24			

*SN: Secuencia Narrativa. *F: Fragmento. *ED: Edad Referida.

El total de fragmentos es de 12, se omitió 1 fragmento que no cumplía con los criterios de: detalla, conmueve, anuda o complementa (Tabla 10):

Tabla 10. Ordenamiento, segmentación y extensión del relato de los familiares de Alejandra

Orden, segmentación y extensión del texto	Relato		Toda la narrativa
	I	II	
Nº de fragmentos	8	4	12
Nº de palabras	403	227	630
Fragmentos que dan nombre al relato: 4, 10,			
Frag. omitidos de la narración: 13,			

Los familiares de Alejandra narran con mayor dramatismo los fragmentos 9, 7, 5, 6 y 12; en ellos se menciona que Alejandra al inicio de su embarazo tuvo amenaza de

aborto; asimismo, hace referencia a los fuertes dolores de cabeza que padecía Alejandra y se menciona el día en que Alejandra falleció (Figura 9 y Figura 10):

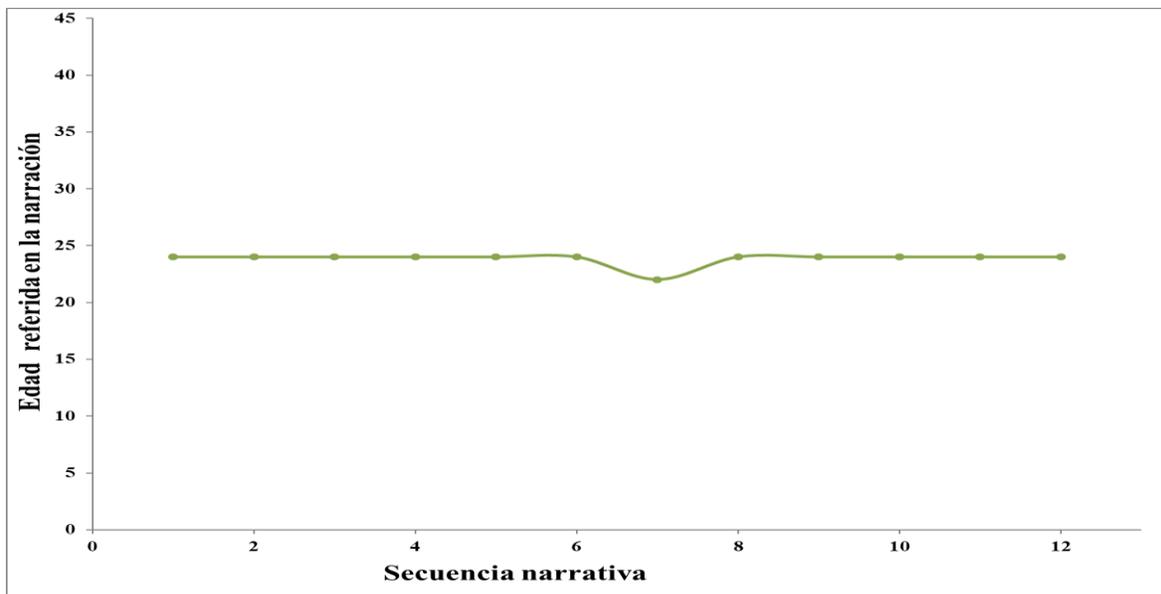


Figura 9. Tiempo vivido y tiempo narrado. Relato de los familiares de Alejandra

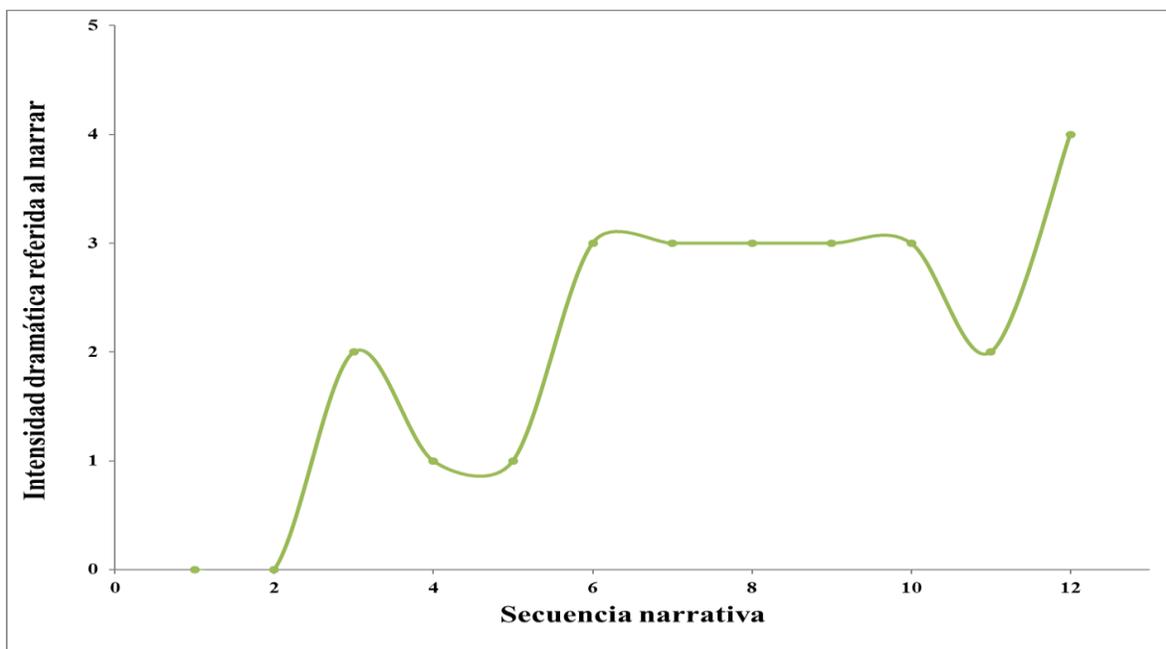


Figura 10. Dramatismo o perturbación al narrar. Relato de los familiares de Alejandra

5.3 Configuración de la historia narrada por los familiares de Esperanza: “Todos sus partos los había tenido en casa”:

I. “Todos sus partos los había tenido en casa”

Esperanza tenía 36 años, nació en diciembre de 1978, vivía en un corregimiento perteneciente al municipio de Yarumal, departamento de Antioquia. Ella estudió hasta tercero de primaria, convivía en unión libre con su pareja, el cual era mayor que ella y estudió hasta quinto de primaria, era madre de seis (6) hijos, de diferente pareja los primeros. [SN1-F1]

Todos sus partos los había tenido en casa, y el penúltimo atendido por una auxiliar de enfermería en octubre de 2009. Se desempeñaba como ama de casa y no devengaba salario. [SN2-F2]

Esperanza estaba en su octavo embarazo de 38 semanas, planificaba con anticonceptivos orales suspendidos de manera voluntaria. [SN3-F3]

“Una cuñada le ofreció posada en Yarumal”, “el transporte no se lo cobra a una embarazada que no tiene recursos y necesita ir al hospital”, pero Esperanza dijo que “no tenía dinero para ir”, “mi marido no me apoya” y “ya veremos qué pasa”. [SN4-F9]

Durante la fecha anterior y el día previo al fallecimiento, a Esperanza se le insistió de manera verbal por parte de muchas personas la necesidad de trasladarse a Yarumal para que se le realizaran los respectivos controles finales del embarazo y la atención del parto en el Hospital de segundo nivel. Entre otras personas que la aconsejaron estuvieron: una doctora de la E.S.E, Lorena (la auxiliar de enfermería del puesto de salud del corregimiento), las hijas, las hermanas y miembros de la comunidad local. [SN5-F8]

II. Se realizó cuatro (4) controles prenatales

Esperanza se realizó cuatro (4) Controles Prenatales-CPN. En la consulta prenatal de ingreso en enero de 2015 se encontraba asintomática, con 7 semanas de embarazo, se le detectó Alto Riesgo Obstétrico-ARO por sus condiciones de gestante añosa, multigestante y por vivir en área rural dispersa; por eso a Esperanza le dieron signos de alarma, recomendaciones médicas y se le solicitaron exámenes, una ecografía e interconsultas con especialistas de rigor y pertinentes para su situación (incluida valoración por ginecobstetricia) y se le recetó fórmula médica. [SN6-F4] En marzo de 2015 Esperanza asistió asintomática a su segundo control prenatal con 16 semanas de gestación; sin embargo, no llevó los exámenes ni la ecografía solicitada al ingreso de los controles prenatales, a pesar de esto, no presentó alteraciones en el examen físico. De acuerdo a esto, a Esperanza se le renovaron órdenes y una cita en un mes. [SN7-F5] El tercer control prenatal se hizo

en de junio de 2015, con 29 semanas embarazo, nuevamente sin síntomas, Esperanza le indicó al personal que la atendió no haberse realizado la ecografía por no contar con recursos económicos para trasladarse, pero sí presentó los resultados iniciales de laboratorio. Por lo tanto, el personal encargado le renovó orden médica, ecografía y quedó pendiente de realizarse valoración por especialistas. [SN8-F6] En julio de 2015, Esperanza asistió a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal a consulta prenatal, allí le realizaron el cuarto control con embarazo de 34 semanas, en donde la encontraron asintomática y aún pendiente de realizarse ecografía ya ordenada. Nuevamente el examen físico no presentó alteraciones y la citaron en 15 días para control con orden de exámenes, dándole signos de alarma y recomendaciones, y según el médico indicaciones de trasladarse al municipio de Yarumal por estar cerca al término y tener embarazo de alto riesgo. Finalmente, Esperanza se realizó la ecografía obstétrica en julio de 2015 la cual reportó un embarazo de 35 semanas y feto único vivo. No se realizaron más controles prenatales. [SN9-F7]

III. Trabajo de parto

A Esperanza en el mes de agosto le iniciaron los dolores, sin embargo, no se desplazó al puesto de salud local a notificarlo ni tampoco al hospital como en varias ocasiones se le aconsejó. [SN10-F10]

Y a finales de ese mismo mes, hacia las 7:00 p.m, por parte de una auxiliar de enfermería que no trabajaba en el hospital pero que vivía en el corregimiento y quien atendió el anterior parto de Esperanza, le dio aviso a Lorena que Esperanza se encontraba en trabajo de parto, en casa de una de sus hijas, sin la compañía de su pareja y que tenía dilatación cervical de 7 cm. [SN11-F11]

Lorena indicó no tener autorización para realizar tacto vaginal a Esperanza; no obstante, le tomó los signos vitales y le encontró la tensión arterial con tendencia a aumentar; Lorena se comunicó vía telefónica con un médico del hospital, quien dio instrucciones y ordenó traslado de Esperanza al hospital. Lorena siguió las recomendaciones médicas, pero Esperanza no aceptó movilizarse al hospital. Lorena revaloró los signos vitales e identificó que seguía la tensión arterial elevada. [SN12-F12]

Lorena le explicó a Esperanza los riesgos de la conducta que estaba tomando y Esperanza firmó en constancia de ello, haciéndose responsable de lo que pudiera sucederle a ella o al bebé. Lorena se comunicó vía telefónica con la pareja de Esperanza para indicarle la situación y no obtuvo colaboración por parte de él. [SN13-F13]

Lorena siguió en comunicación con el médico del Hospital para lograr la estabilización de las cifras tensionales, se continuó con la vigilancia del trabajo de

parto. Hacia las 11:00 p.m, Lorena atendió el parto y nació la bebé. Esperanza amamantó a su recién nacida con signos vitales normales. [SN14-F14]

IV. “Ella siempre demora hasta 3 horas para expulsar la placenta”

La auxiliar de enfermería que no trabajaba en el hospital pero que vivía en el corregimiento, se percató que Esperanza estaba reteniendo la placenta e indicó que: “ella siempre demora hasta 3 horas para expulsar la placenta”, con lo que Lorena avisó al médico de turno quien le indicó qué medicamentos debía suministrarle a Esperanza, pero no se tenían dichos medicamentos en el sitio de atención del parto. [SN15-F15]

Se le indicó a Lorena realizar extracción de placenta manual, con masaje de útero. Esperanza presentó sangrado en moderada cantidad, se tornó sudorosa, pálida y aún con placenta retenida, dándose aviso constante de la situación al médico vía telefónica, Esperanza mejoró, y se insistió en trasladarla. [SN16-F16]

Hacia las 02:30 a.m, Esperanza volvió a presentar problemas de tensión arterial y aún no había sido posible conseguir transporte para el traslado, se le indicó a la pareja de Esperanza para que agilizara esto y se le avisó al médico de turno quien gestionó el envío de una ambulancia al corregimiento. La vía de transporte más inmediata para comunicarse con Yarumal depende de un teleférico (cable) que funciona sólo en horas del día; sin embargo, se pudo habilitar a las 04:00 a.m aproximadamente y se inició el traslado de Esperanza acompañada de su recién nacida y pareja en un vehículo de un funcionario de Empresas Públicas de Medellín-EPM. [SN17-F17]

Y hacia la altura de una de las veredas, alrededor de las 05:40 a.m Esperanza ya se encontraba sin signos vitales. Se le comunicó al médico de turno quien indicó que ya se había dado aviso para movilización de ambulancia y ordenó continuar con cuerpo sin vida de Esperanza y de la recién nacida para adelantar las valoraciones médicas y dictaminar el fallecimiento y el nacimiento, pero pareja de Esperanza se opuso a ello, retornando hacia el corregimiento. [SN18-F18]

5.4 Configuración de la historia narrada por los familiares de Alejandra: “Alejandra desde antes del parto venía enferma”:

I. “Presentaba dolores de cabeza fuertes”

María quien laboraba como empleada doméstica, con edad de 50 años y Pedro quien se encontraba desempleado, eran los padres de Alejandra, quien era hija única. [SN1-F2]

Alejandra tenía 24 años de edad, se desempeñaba como docente, convivía desde hacía 4 meses con su pareja Diego de 24 años de edad; producto de esta relación nació su primer hijo, por lo cual Alejandra se encontraba en licencia de maternidad. [SN2-F1]

María dijo que Alejandra desde antes del parto venía enferma, que ya había consultado por la hinchazón en los pies y el médico le manifestó en alguna de las consultas no ir a la vereda donde trabajaba en medio de transporte de moto y que no debía de caminar mucho. [SN3-F4]

Por otra parte, Diego dijo que Alejandra al sufrir de fuertes dolores de cabeza su EPS le había autorizado la realización de un Tomografía axial computarizada-TAC cuando ella estaba aproximadamente en la tercera semana de gestación, pero Alejandra no se lo realizó por cuestiones laborales. [SN4-F8]

Alejandra durante su etapa de embarazo se realizó todos los controles prenatales en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal; no obstante, Alejandra durante su embarazo presentó dolencias por gota en vena várice en su pierna, dichas dolencias se presentaron antes de su gestación, por lo que consultó en varias oportunidades. [SN5-F3]

Al inicio del embarazo hubo amenaza de aborto por caída en moto cuando Alejandra se desplazaba desde su sitio de trabajo; no obstante, el trabajo de parto estuvo bien, pero días después Alejandra presentó un coágulo de sangre y no consultó. [SN6-F9]

Por otro lado, Diego dijo que Alejandra desde hacía dos años y medio presentaba dolores de cabeza fuertes por lo que recibió internación hospitalaria, fue remitida por esta misma afectación en su salud a un Hospital de otro municipio; además indica que Alejandra tenía episodios de dolores de cabeza y mareos frecuentes; un día asistieron a una cita en la ciudad de Medellín con su hijo y de regreso al municipio de Yarumal Alejandra se sintió agotada. [SN7-F7]

Alejandra subió desde su casa a la casa de sus padres muy enferma, diciéndoles que le dolían mucho los pies y que se sentía como muy asfixiada, María le recomendó ir a consultar por urgencias, a lo que Alejandra respondió “que no, que ya le pasaba, que era el niño que lo traía cargado y que tenía mucho calor que se iba a acostar, que ya se le pasaba”. [SN8-F5]

II. “Se sintió muy mareada y asfixiada”

Alejandra en el mes de noviembre de 2016, manifestó “que se sintió muy mareada y asfixiada”, por lo tanto, asistió con una tía al servicio de urgencias mientras que, otro tío se quedó con el bebé y estuvo en constante comunicación con Alejandra y tipo 5:30 p.m le comentó “que le estaban suministrando medicación y le iban a dar de alta”. [SN9-F6]

Diego dijo que "Alejandra se mareó al caminar 30 a 40 metros hacia la casa, se sintió mal", tipo 1:00 p.m Diego se encontraba trabajando cuando le informaron, siendo las 6:00 p.m. fue al hospital, donde Alejandra y le habían retirado el oxígeno entre las 6:00 p.m. a 6:15 p.m. y se encontraba esperando que se le terminara de suministrar la infusión de medicamento para darle de alta, Alejandra estaba en compañía de María cuando comenzó a tener mareos". [SN10-F10]

María dijo que "a Alejandra le dieron de alta y la descanalizaron; asimismo Alejandra le dijo al médico que se sentía bien, María la llevó al baño y al salir de él Alejandra se sintió nuevamente mareada, por lo tanto, María la acostó en la camilla y le pidió el pato a una enfermera y vomitó el medicamento suministrado por el médico. [SN11-F11]

Después de esto iniciaron los 4 paros (infartos), le suministraron nuevamente medicamentos, entró en coma y luego un paro cardiorrespiratorio y no sé qué paso". [SN12-F12]

6. DISCUSIÓN

6.1 Mimesis III Reconfiguración: Análisis de la historia como un todo:

6.1.1 Lectura intertextual: ¿Qué mundo proyectan?

Acorde con la lectura intertextual de la historia como un todo, planteo tres puntos fundamentales identificados en este trabajo de investigación:

- El papel de la familia en la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto.
- La atención del parto: Relación entre los servicios de salud y la partería.
- Calidad de los servicios de salud frente a la atención de la gestante.

6.1.1.1 El papel de la familia en la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto:

En este trabajo de investigación se evidenció la importancia que juega el papel de la familia en la vida de cada una de las personas, en especial cuando una mujer está en estado de embarazo, etapa en donde las mujeres pueden considerarse altamente vulnerables con respecto a múltiples aspectos de su vida personal, emocional, familiar, cultural y social.

En las historias narradas por dos familias de mujeres que fallecieron a causa de complicaciones durante el embarazo, parto o posparto en el municipio de Yarumal en el período 2009-2017; en la narración realizada por los familiares de Esperanza, se encontró que ella recibió apoyo familiar, pero éste no le fue proporcionado de la mejor manera; puesto que, la persona que imposibilitó en diferentes oportunidades que a Esperanza la trasladaran al municipio de Yarumal para brindarle una mejor atención en salud, fue su pareja, quien por razones culturales, económicas o sociales, no dimensionó las consecuencias que esto le podría acarrear a Esperanza y a el hogar que ellos dos habían construido.

Ahora bien, caso contrario ocurrió en la narración realizada por los familiares de Alejandra; puesto que, se identificó durante toda la narración el apoyo familiar, principalmente el apoyo que recibió por parte de su pareja Diego, el cual la acompañó durante el embarazo, parto y posparto.

Existen estudios que confirman la importancia del apoyo familiar durante el embarazo, parto y posparto:

Para las mujeres en etapa de embarazo, parto y posparto, es fundamental encontrar en personas allegadas, especialmente en su familia, un apoyo que les genere la confianza de expresar sus sentimientos y deseos (7). Asimismo, se menciona que las mujeres durante dichas etapas, son susceptibles a quedarse sin empleo; por lo tanto, el factor protector y el principal recurso a quien acudir, por lo general resulta siendo la familia (7).

Es trascendental que las mujeres en estado de embarazo convivan en un entorno familiar adecuado; dado que, las mujeres en esa etapa deben conservar la tranquilidad evitando entornos, espacios y situaciones que perturben su desarrollo gestacional (8).

Conforme con la literatura, la maternidad se puede desarrollar en dos contextos; el adverso, que se presenta cuando una mujer en estado de embarazo no cuenta con el apoyo familiar, bajo nivel de escolaridad y está desempleada; y el contexto positivo, el cual consiste en que la mujer embarazada sea comprendida por su familia, lo que resulta siendo el ideal para que las mujeres disfruten de su etapa de embarazo sin preocupaciones que influyan negativamente en su salud (52).

No obstante, también existen otros estudios cuyos resultados indican que las familias en ciertas ocasiones no se consideran como un factor de seguridad para sus mismos integrantes; puesto que, a medida que pasa el tiempo algunas familias se desestabilizan y se dispersan; con frecuencia sucede que, cuando una mujer del grupo familiar queda en estado de embarazo se presentan tensiones familiares al intentar forzar el reacomodamiento del grupo familiar (53).

6.1.1.2 La atención del parto: Relación entre los servicios de salud y la partería:

En este trabajo de investigación se evidenció que la forma en la que se realiza la atención del parto, es considerada como medida de prevención de problemas de salud tanto para la mujer gestante como para el recién nacido.

En el caso de la narración realizada por los familiares de Esperanza, se identificó que Esperanza todos los partos los había tenido en casa, los últimos dos fueron atendidos por auxiliares de enfermería. El hecho de que Esperanza haya tenido su último parto en casa, influyó de manera negativa en su vida; dado que, su embarazo era considerado de alto riesgo obstétrico y durante su último parto, Esperanza presentó problemas de tensión arterial, retuvo la placenta y hubo demora en su traslado a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal y a su vez, el personal que asistió el parto de Esperanza, no contó con los insumos suficientes para salvaguardar la vida de Esperanza.

Por otra parte, en la narración realizada por los familiares de Alejandra; si bien es cierto que Alejandra asistió a todos sus controles prenatales en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal y su trabajo de parto estuvo bien; Alejandra durante el embarazo y posparto sufrió de fuertes dolores de cabeza por lo que tenía pendiente realizarse un TAC, el cual no se realizó por cuestiones laborales; sin embargo, Alejandra asumió que sus dolencias eran normales y en algunas ocasiones no les brindó el interés suficiente a esos signos de alarma.

Acorde a lo anterior, existen artículos que indican que cohabitan dos sistemas de atención del parto, el formal y el tradicional; el formal se cataloga como la atención del parto realizada por los profesionales de la salud y el sistema tradicional es la atención del parto realizada por parteras; esta última atención se evidencia con mayor frecuencia en las zonas rurales (54).

Adicionalmente, existen publicaciones realizadas por la OMS en donde se establece que en los servicios de salud aún no se tiene una cobertura universal, especialmente en la atención a mujeres gestantes; por lo tanto, las instituciones y los profesionales de la salud han venido trabajando de manera conjunta en el fortalecimiento de la partería profesional, a través de educación continua para mejorar sus capacidades y conocimientos de atención en salud; lo que contribuye a detectar los signos de alarma durante el embarazo, parto o posparto y así reconocer si se requiere o no de una atención obstétrica (55,56).

6.1.1.3 Calidad de los servicios de salud frente a la atención de la gestante:

En este trabajo de investigación se evidenció que la calidad de los servicios de salud y la atención brindada a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto se convierten en factores claves para preservar la vida de dichas mujeres.

Entendiendo que, la calidad en los servicios de salud se compone por equidad, lo que consiste en dar a cada persona lo que se merece de acuerdo a sus condiciones; por eficacia, que consiste en utilizar la tecnología adecuada; por efectividad, es decir que los procedimientos y los tratamientos sean los indicados; y por eficiencia, lo que consiste en obtener buenos resultados utilizando los recursos que se tienen disponibles (57).

En la narración realizada por los familiares de Esperanza se identificó que durante los controles prenatales a los que Esperanza asistió, el personal médico en varias oportunidades le manifestó que su embarazo era considerado como de alto riesgo. Durante el trabajo de parto a Esperanza la tensión arterial le aumentó, por lo tanto, la auxiliar de enfermería que le asistió el parto le recalcó a Esperanza la necesidad de trasladarla a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal, pero Esperanza no

aceptó y firmó una constancia haciéndose responsable de lo que le pudiera pasar a ella o a la bebé; posteriormente se continuó con la atención del parto y nació la bebé, pero la salud de Esperanza se complicó; dado que, Esperanza estaba reteniendo placenta y cuya extracción se intentó realizar de forma manual pero no se logró extraer completamente. Se considera que, no hubo calidad en los servicios de salud frente a la atención en salud que recibió Esperanza; puesto que, en la atención del parto no hubo eficacia ni efectividad; dado que, el parto lo asistió una auxiliar de enfermería y no un médico ginecoobstetra, quien es el especialista encargado de brindar este tipo de atención en salud, adicionalmente no hubo equidad; dado que, en el corregimiento donde vivía Esperanza no se contaba con los recursos necesarios para atenderle el parto.

Por otra parte, en la historia narrada por los familiares de Alejandra, se identificó que la atención en salud que recibió Alejandra durante el embarazo y posparto no fue de calidad; puesto que, no hubo efectividad ni eficiencia considerando que durante la etapa de embarazo y de posparto Alejandra presentó problemas de salud, lo que la llevó a acudir en varias oportunidades a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal; sin embargo, y a pesar de los síntomas que presentaba Alejandra no le evaluaron oportunamente los signos de alarma como la hinchazón en los pies, los fuertes dolores de cabeza y los mareos frecuentes, lo que finalmente le produjo la muerte.

Existen organizaciones que ratifican que la atención en salud brindada a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, se considera como un factor esencial para conservar la salud; puesto que, mediante la atención en salud que reciben estas mujeres se les puede detectar a tiempo complicaciones que atenten contra su vida o la vida del bebé (58,59).

Es importante que las mujeres en la etapa de embarazo, parto y posparto reciban atención integral que aborde diferentes aspectos emocionales, médicos, psicológicos, culturales y sociales que permitan detectar factores de riesgo y posibles complicaciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de MM (60,61).

7. CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación a través de las experiencias narradas por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de muerte materna en el municipio de Yarumal, Antioquia en el período 2009-2017, permitió comprender que las mujeres durante el embarazo son susceptibles a que múltiples aspectos influyan de manera negativa en la salud o en la vida, tanto en de las mujeres como en la de los recién nacidos; por lo tanto, las mujeres en cierta medida durante la etapa del embarazo, parto y posparto, buscan apoyo emocional, familiar y social tanto en el cónyuge, en la familia o en las instituciones de salud.

Es importante comprender desde la experiencia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de MM, las consecuencias que acarrea la MM para dichas familias; visto que, para las familias el perder a una de sus integrantes por complicaciones durante el embarazo, parto o posparto, conlleva a la aparición de sentimientos de tristeza y sensación de desamparo por parte de las instituciones de salud (62); considerando que, además de perder a una integrante importante de la familia, queda en riesgo el cuidado y la supervivencia de los niños.

La MM refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud (4); lo que evidencia la desarticulación entre las instituciones sanitarias, lo que genera un desequilibrio en los sistemas de salud; por lo tanto, es importante eliminar dichas inequidades para que las mujeres puedan gozar de una salud materna de calidad.

La MM es la consecuencia de un sistema de salud inequitativo y desigual (12); lo que limita el acceso a las mujeres a los servicios de salud, en especial el acceso a los programas de salud sexual y reproductiva; en donde intervienen diferentes factores familiares, educativos, económicos y culturales; lo que demuestra la realidad social.

Este trabajo de investigación permitió identificar y comprender la experiencia narrada por dos familias, de mujeres, que fallecieron a causa de MM en el municipio de Yarumal, Antioquia en el período 2009-2017; en donde se refleja que en el municipio de Yarumal, las instituciones de salud deben implementar programas que articulen el acompañamiento familiar y el acompañamiento social, dirigidos a las mujeres durante las etapas de embarazo, parto y posparto; con el fin de prevenir casos de MM en el municipio de Yarumal.

8. RECOMENDACIONES

A partir de este trabajo de investigación y de sus resultados, a continuación, se presentan algunas recomendaciones que permitan pensar en estrategias de salud que ayuden a disminuir los casos de MM:

En primer lugar, se recomienda que en el municipio de Yarumal se desarrollen más trabajos de investigación relacionados con MM, de manera que se pueda acceder a información más completa y que permita comprender qué hay detrás de cada caso de MM que se presente en el municipio; con el propósito de mitigar oportunamente posibles complicaciones que puedan afectar a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto.

Adicional a lo anterior y de acuerdo con los resultados de este trabajo de investigación, se recomienda que las instituciones de salud del municipio de Yarumal, se articulen para formular estrategias que permitan descentralizar los servicios de salud, especialmente los ginecoobstétricos y así realizar en las veredas pertenecientes al municipio de Yarumal, brigadas de salud sexual y reproductiva frecuentemente para evitar que por falta de recursos económicos las mujeres no se desplacen a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal para acceder a métodos anticonceptivos o para realizarse los controles prenatales; esta estrategia ayudaría a disminuir los casos de MM.

Asimismo, se recomienda que desde las instituciones de salud y la alcaldía municipal se desarrollen programas de acompañamiento familiar a las mujeres residentes de la zona urbana y de la zona rural del municipio de Yarumal, con el fin de intervenir factores culturales como el machismo para que las mujeres sean autónomas y libres de tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Este trabajo de investigación expuso que en el municipio de Yarumal, Antioquia el acompañamiento familiar, el proceso de atención del parto y la calidad de los servicios de salud frente a la atención de la gestante, se consideran como un reto trascendental para que las instituciones de salud replanteen y prioricen su atención y el acceso a los servicios de salud, en donde se informe y se capacite de manera conjunta a la mujer, a su pareja y a su familia, con el fin de reducir casos de MM.

Es trascendental que, a las mujeres gestantes se les priorice y se les garantice la atención del parto de forma oportuna y de calidad; sin importar cuál sea el sistema de atención del parto; ya sea éste formal o tradicional, lo importante es que los profesionales de la salud o las parteras profesionales responsables de dicha atención, estén en la capacidad de detectar a tiempo posibles complicaciones que pudiesen presentar las mujeres durante este proceso.

Por otro lado, se identifica y se resalta la importancia de incrementar la cobertura de los servicios de salud, no solo en servicios ginecoobstétricos sino que además se les garantice a las mujeres una atención integral de tipo emocional, familiar y social, mediante el acceso a servicios de prevención y de educación en temas de salud sexual y reproductiva, en donde las mujeres se sientan acompañadas antes, durante y después del embarazo; a su vez, lo anterior podría ser una estrategia para que las mismas mujeres estén en la capacidad de reconocer los signos de alarma durante el embarazo, parto y posparto; para lograr esto, es necesario que se gestione una adecuada articulación entre las instituciones de salud.

Finalmente, se recomienda que los profesionales de la salud deberían conocer el entorno personal, emocional, familiar y social que rodean a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto; con el propósito de implementar estrategias de apoyo dirigidas a dichas mujeres, con el fin de contribuir a mejorar su bienestar familiar y social.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. 2005 [cited 2020 Feb 28]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad materna código: 550 [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–18. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Mortalidad_materna_.pdf
3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Mortalidad Materna [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. p. 1–12. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos_de_Vigilancia_en_Salud_Publica/Mortalidad_Materna.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Organización Mundial de la Salud. Salud materna [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: https://www.who.int/topics/maternal_health/es/
6. MedlinePlus biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos. Cuidados durante el embarazo [Internet]. [cited 2020 Feb 29]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007214.htm>
7. Bensaja E, García A, Neiva L, Nieto C, Koller S. Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. Av en Psicol Latinoam [Internet]. 2012 [cited 2020 May 16];30(1):65–80. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n1/v30n1a06.pdf>
8. Defensores de mamás. La importancia del apoyo familiar durante el embarazo [Internet]. [cited 2020 May 16]. Available from: <https://www.defensoresdemamas.org/single-post/2015/08/31/La-importancia-del-apoyo-familiar-durante-el-embarazo-1>
9. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. Rev Med La Paz [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 28];20(2):57–68. Available from: <https://search.scielo.org/?fb=&lang=es&count=15&from=1&output=site&sort=&format=summary&page=1&q=Hemorragia+obstétrica&where=&filter%5Bin%5D%5B%5D=bol>
10. Azevedo F, Spanó A, Almeida A. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 13];40(1):50–6. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a06v40n1.pdf>
11. Reyes S, Bobadilla J, Karchmer S. Efecto de la muerte materna sobre la

- dinámica familiar y la sobrevivencia infantil. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 1998 [cited 2020 Oct 13];66(10):428–33. Available from: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/EFEECTO-DE-LA-MUERTE-MATERNA-SOBRE-LA-DINÁMICA-FAMILIAR-Y-LA-SOBREVIVENCIA-INFANTIL_compressed-1.pdf
12. Lozano L, Bohórquez A, Zambrano G. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. *Rev Univ Salud* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 30];18(2):364–72. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>
 13. Elu M, Santos E. Mortalidad materna: Una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2004 [cited 2020 Mar 7];18(1):44–52. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2004/ip041f.pdf>
 14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html
 15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015 [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html>
 16. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 8]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
 17. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–40. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10715.pdf>
 18. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
 19. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Mortalidad materna [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
 20. Ruiz M, Miller T, Márquez L, Villarroel MC. Población y Desarrollo Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina Actualización y ampliación a los 20 países de la región [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–117. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39297/1/S1500944_es.p

df

21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades en América Latina y el Caribe [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 8]. p. 1–4. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/ods3_c1900667_press_2.pdf
22. Cancillería de Colombia. Colombia en la implementación de la Agenda 2030 [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.cancilleria.gov.co/rio/linea>
23. Departamento Nacional de Planeación-DNP. Las 16 grandes apuestas de Colombia para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Las-16-grandes-apuestas-de-Colombia-para-cumplir-los-Objetivos-de-Desarrollo-Sostenible.aspx>
24. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento Mortalidad materna Colombia 2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–19. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD_MATERNA_2018.pdf
25. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. ODS en Colombia: Los retos para 2030 [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 29]. p. 1–72. Available from: https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODS/undp_co_PUBL_julio_ODS_en_Colombia_los_retos_para_2030_ONU.pdf
26. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–28. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_52.pdf
27. Gobernación del Valle del Cauca. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2003 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–68. Available from: <https://www.valledelcauca.gov.co/buscar/?q=POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA>
28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones No Fetales 2009-2017 [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>
29. Organización Mundial de la Salud. Mas allá de las cifras: Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura [Internet]. 2004 [cited 2020 Feb 29]. p. 1–147. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44695/9789275329801_spa.

pdf;jsessionid=ECF2E2520708049B28C8D1CD884D0349?sequence=1

30. Artiles L, Becerra F, Faundes A, Serruya S, López A, Schiavon R. La salud de la mujer en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 29];37(5):201–2. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/201-202/es>
31. Santos L, Luna F, González M. Mortalidad materna: factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región La Libertad. *Rev UCV - Sci* [Internet]. 2010 [cited 2020 Sep 30];2(1):22–33. Available from: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/476/350>
32. Organización de las Naciones Unidas para la educación la ciencia y la cultura-U. Introducción a la propuesta del grupo de trabajo abierto sobre los objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. p. 1–24. Available from: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/Propuesta-grupo-trabajo-abierto.pdf>
33. Gobernación de Antioquia. Plan de Desarrollo 2016-2019 “Antioquia piensa en grande” [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–26. Available from: <https://mujeresantioquia.gov.co/sites/default/files/observatorio/observatorio-de-asuntos-de-mujer-y-genero/disenio-observatorio/documentoobservatorio2016-2019.pdf>
34. Alcaldía de Yarumal. Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Es el momento...Yarumal” [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–191. Available from: <https://www.yarumal.gov.co/alcaldia/planeacion-administracion/plan-de-desarrollo>
35. Presidencia de la República. Artículo 49 La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [Internet]. Constitución Política de Colombia. Bogotá; 1991. Available from: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>
36. Secretaría General del Senado. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. Diario Oficial, 41148 1993. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
37. Corte Constitucional República de Colombia. Sentencia T-373/98 [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-373-98.htm>
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 de 2000 Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda

inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específicas [Internet]. Bogotá; 2000 p. 1–6. Available from: <https://convergenaciacoa.org/wp-content/uploads/2017/07/Resolucion-412.pdf>

39. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Congreso de la República, Diario Oficial, 47957 2011. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
40. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Departamento Administrativo de la Función Pública, Diario Oficial, 49427 2015. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=60733
41. Organización de las Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General 14 [Internet]. 2000 [cited 2020 Feb 28]. p. 1–21. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
42. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
43. Alcaldía de Yarumal. Presentación [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.yarumal.gov.co/alcaldia/presentacion>
44. Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Yarumal. Plataforma estratégica [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.hospitalyarumal.gov.co/sitio/l-plataforma-estrategica/53-introduccion.html>
45. Bolívar A, Domingo J. La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. Forum Qual Soc Res [Internet]. 2006 [cited 2020 May 11];7(4):1–33. Available from: http://jbposgrado.org/icuali/La_investigacion_biografica_y_narrativa_en_iberamerica.pdf
46. Fuster D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propós Represent [Internet]. 2019 [cited 2020 May 11];7(1):201–15. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010
47. Biglia B, Bonet J. La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. Forum Qual Soc Res [Internet]. 2009 [cited 2020 Feb 29];10(1):9–37. Available from: <https://www.psiucv.cl/wp-content/uploads/2014/01/2666.pdf>

48. Ricoeur P. La vida: un relato en busca de narrador. Paul Ri [Internet]. 2006 [cited 2020 Feb 29];25(2):9–22. Available from: <https://textosontologia.files.wordpress.com/2012/11/ricoeur-la-vida.pdf>
49. Valencia B, Gaviria M. Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras. Subregión del Urabá antioqueño, 2016. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2016 [cited 2020 May 12];36(3):121–32. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/328426/20791784>
50. Rhéaume J. El relato de vida colectivo y la aproximación clínica en ciencias sociales. Perfiles Latinoam [Internet]. 2002 [cited 2020 May 15];(21):99–115. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11502106>
51. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Bogotá; 1993 p. 1–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
52. Cáceres F. Significado de la maternidad para embarazadas y miembros del equipo de salud de Bucaramanga. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2012 [cited 2020 May 16];30(1):43–5. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30s1/v30s1a11.pdf>
53. Rojas M, Méndez R, Álvarez C. El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. Rev Encuentros [Internet]. 2016 [cited 2020 May 16];14(1):139–50. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v14n1/v14n1a09.pdf>
54. Vásquez C. Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. Index Enferm [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 26];21(1–2):53–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100012
55. Organización Mundial de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 26]. p. 1–344. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=199-herramientas-para-el-fortalecimiento-de-la-parteria-profesional-lineamientos-para-tomadores-de-decisiones-y-planificadores-para-fortalecer-la-regulacion-acreditacion-y-educacion
56. Argüello H, Mateo A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. LiminaR [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 26];12(2):13–29. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v12n2/v12n2a2.pdf>

57. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cuba Hematol Inmunol y Hemoter* [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 2];30(2):179–83. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>
58. Kids Health From Nemours. Atención médica durante el embarazo [Internet]. 2018 [cited 2020 May 17]. Available from: <https://kidshealth.org/es/parents/medical-care-pregnancy-esp.html>
59. Salud Total. Atención integral de la paciente gestante [Internet]. [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.saludtotal.com.co/Documents/103-BOLETIN-PUNTO-INFORMATIVO-GESTANTES.pdf>
60. Organización Panamericana de la Salud. Embarazo, parto y puerperio en adolescente y adulta [Internet]. [cited 2020 May 17]. p. 11–64. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=561-2010-normas-del-embarazo-parto-y-puterperio-mspas&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518
61. Unidad de salud comprometidos con la vida. Atención integral de la gestante [Internet]. [cited 2020 Jul 26]. Available from: <http://unisalud.unicauca.edu.co/promocion-y-prevencion/atencion-gestante>
62. Rodríguez D, Verdú J. Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan* [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 2];13(3):433–41. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a11.pdf>

Anexo 1. Carta de autorización dada por la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Yarumal.



NIT. 890.981.726-6
Yarumal, febrero 11 de 2020

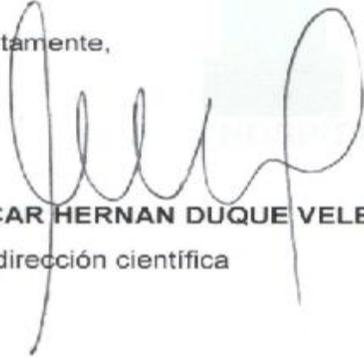
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
YARUMAL

Doctor:
ELKIN FERNANDO RAMIREZ RAVE
Coordinador
Administración en Salud énfasis en Gestión de Servicios de Salud
Facultad Nacional de salud Pública
Universidad de Antioquia

Cordial Saludo

Por medio de la presente le informo que la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, autoriza a la estudiante **Erika Echavarría Atehortua** con c.c 1.042.772.182 para la obtención y búsqueda de la información para su trabajo de grados "Factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna en el municipio de Yarumal, Antioquia 2009-2017" que se encuentre en nuestra institución según los protocolos establecidos en el manejo y utilización de la información que se tiene establecidos.

Atentamente,


OSCAR HERNAN DUQUE VELEZ
Subdirección científica

 Radicado: 3504 Fecha: 11-Feb-2020
Destino: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Asunto: AUTORIZACION
Folios: 1

"EL HOSPITAL QUE QUIERE A LA GENTE"

Carrera 23 No. 12-13 | Tel.: 853 73 73 Fax: 853 99 98 | Yarumal - Antioquia

Anexo 2. Carta de autorización dada por la Secretaría de Salud y Bienestar Social de Yarumal.



MUNICIPIO DE YARUMAL
SECRETARÍA DE SALUD

2020 Año del Bicentenario
de Chorrera Blanco

150-000

Yarumal, 13 de febrero de 2020



AL CONTESTAR, FAVOR CITAR ESTE RADICADO
Radicado de Envío N°: 150-000-13022020-00331
Fecha: 13-02-2020 Hora: 09:44:05 Serie: Documento de Apoyo
Destino: ELKIN FERNANDO RAMIREZ RAVE

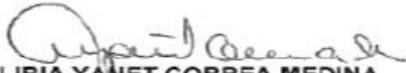
Señor
ELKIN FERNANDO RAMIREZ RAVE
Coordinador
Administración en Gestión de Servicios de Salud
Facultad Nacional de salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín

Asunto: Respuesta oficio con radicado 140-000-07022020-00191

Cordial saludo.

Dando respuesta a su comunicado mediante el cual solicita autorización para acceder los archivos de la institución referente a factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna para la propuesta de trabajo de grado de la estudiante Erika Echavarría Atehortúa, le aclaro que la ESE Hospital San Juan de Dios, entidad que tiene a su cargo toda la información que se requiere para la investigación, le ha concedido el aval de acuerdo a los protocolos que establece la ley.

Atentamente,


ALIRIA YANET CORREA MEDINA
Secretaria de Salud y Bienestar Social

Proyectó: Nombre: Diva Helency Villa P Cargo: Auxiliar Administrativa	Revisó: Nombre: Yanet Correa Medina Cargo: Secretaria de Salud y BS	Aprobó: Nombre: Yanet Correa Medina Cargo: Secretaria de Salud y BS
---	---	---

Yarumal
Avancemos
con
Seguridad

Palacio Municipal, Calle 20 N° 20-05 PBX (574) 853 76 75 FAX (574) 853
E-mail: atcalafia@yarumal.gov.co Web: www.yarumal.gov.co
Codigo Postal: 852039