

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

Determinantes Sociales de las muertes maternas registradas en el
Hospital Regional de Cajamarca. 2010 – 2015.

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentado por:
MIRANDA RENDÓN TEODORA MERCEDES

Asesora:
Dra. HUAMANÍ DE TORRES MARÍA YNÉS

Cajamarca, Perú

2018

COPYRIGHT © 2018 by
MIRANDA RENDÓN TEODORA MERCEDES
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA

**Determinantes Sociales de las muertes maternas registradas en el
Hospital Regional de Cajamarca. 2010 – 2015.**

**Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS**

**Presentado por:
MIRANDA RENDÓN TEODORA MERCEDES**

Comité Científico

Dra. María Ynés Huamaní De Torres
Asesora

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
Presidente del Comité

Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado
Primer Miembro Titular

Dra. Carmen Del Pilar Villalobos Sousa
Segundo Miembro Titular

Cajamarca, Perú

2018



Universidad Nacional de Cajamarca

"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Escuela de Posgrado

CAJAMARCA - PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN PÚBLICA DE TESIS

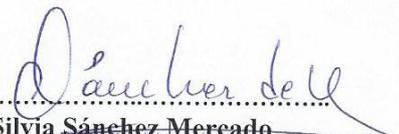
Siendo las 4 p.m. de la mañana del día 30 de mayo de 2018, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, los miembros del Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SARA PALACIOS SÁNCHEZ**, como Miembro de Jurado Evaluador, **Dra. MARÍA HUAMANÍ MEDINA** en calidad de Asesora, **Dra. SILVIA SÁNCHEZ MERCADO**, **Dra. CARMEN VILLALOBOS SOUSA**, como integrantes del Jurado Evaluador; actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN PÚBLICA** de la tesis titulada "**DETERMINANTES SOCIALES DE LAS MUERTES MATERNAS REGISTRADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2010-2015**", presentada por la alumna **TEODORA MERCEDES MIRANDA RENDÓN**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, en la Unidad de Posgrado de la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

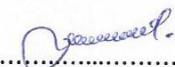
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó aprobación la mencionada Tesis con la calificación de Diecisiete (17); en tal virtud la alumna **TEODORA MERCEDES MIRANDA RENDÓN**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, en la Unidad de Posgrado de la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**, con Mención en **SALUD PÚBLICA**

Siendo las 5:30 p.m. horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Sara Palacios Sánchez
Miembro de Jurado Evaluador


.....
Dra. María Huamaní Medina
Asesora


.....
Dra. Silvia Sánchez Mercado
Miembro de Jurado Evaluador


.....
Dra. Carmen Villalobos Sousa
Miembro de Jurado Evaluador

DEDICADO A:

Mis queridos hijos, Omar, Brayan, Stefany por ser piezas fundamentales en mi vida, por creer siempre en mí y enseñarme a no rendirme en los momentos más difíciles de la vida, por su amor, compañía y con quienes compartí muchos momentos difíciles, éxitos y alegrías, agradecerles por su gran apoyo y motivación para la culminación de esta tesis.

SE AGRADECE A:

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y darme una familia maravillosa, por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más lo necesité y por haberme dado la salud para lograr mí objetivo.

A mi asesora, Dra. María Inés Huamaní de Torres, por su apoyo en la elaboración de la presente tesis.

A la Universidad Nacional, Escuela de Post grado y Hospital Regional de Cajamarca por haberme permitido cumplir mis objetivos.

“El niño sin padre es un barco que navega sin timón; sin madre, la situación es mucho peor: es el náufrago”.

Proverbio tailandés.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Problema	5
1.3. Justificación de la investigación	5
1.4. Limitaciones	7
1.5. Objetivos	7
CAPÍTULO II	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Bases teóricas conceptuales	18
2.3. Definición de términos básicos	51
2.4. Operacionalización de variables	53
CAPÍTULO III	54
3.1. Ámbito de estudio y ubicación geográfica	54
3.2. Diseño y tipo de estudio	54
3.4. Unidad de análisis y unidades de observación	55
3.5. La población objetivo cumplió los siguientes criterios	55
3.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.7. Confiabilidad e instrumento	57
3.8. Procedimiento y análisis de datos	58

CAPÍTULO IV	59
CAPÍTULO V.....	65
CONCLUSIONES	866
RECOMENDACIONES	877
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	1000

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Muertes maternas según determinantes estructurales: socioeconómicos. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015	59
Tabla 2. Muertes maternas según circunstancias materiales. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015.	60
Tabla 3. Muertes maternas según determinantes intermedios biológicos. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015	61
Tabla 4. Muertes maternas directas según sistema de salud. Hospital. Regional de Cajamarca 2010 – 2015.	62
Tabla 5. Tipo y causa de muerte materna ocurridas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015	63
Tabla 6. Razón de muertes maternas según años de ocurrencia. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015	64

LISTA DE ABREVIATURAS

MM:	Muerte materna
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
UNFPA:	El Fondo de Población de las Naciones Unidas
RMM:	Razón de mortalidad materna
OACNUDH:	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
MINSA:	Ministerio de Salud
CoEm:	Cuidados obstétricos de emergencia
SIS:	Seguro Integral de Salud
PHR:	Médicos por los derechos humanos
DS y R:	Derechos Sexuales y Reproductivos
CDSS:	Comisión de los Determinantes Sociales
ALC:	América Latina y el Caribe
THE:	Trastornos hipertensivos de embarazo
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PF:	Planificación familiar
JUNTOS:	Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres
LIO:	Ley de igualdad de oportunidades
FED:	Fondo de estímulo al desempeño
MIDIS:	Ministerio de Desarrollo e inclusión social
MAIS BFC:	Modelo integral de salud basado en la familia y la comunidad.
DS:	Determinantes sociales.
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
SISFHO	Sistema de Focalización de Hogares

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **objetivo** describir y analizar los determinantes sociales de las muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional de Cajamarca. 2010-2015. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal. Se incluyeron toda muerte materna obstétrica (directa e indirecta). Se analizaron 42 casos registrados en los archivos de la Oficina de Epidemiología. **Resultados:** Determinantes estructurales: Las muertes maternas tenían primaria 57.2%, ama de casa 59.5%, mínimo vital 76.2%. Determinantes Intermedios, circunstancias materiales: Las mujeres fallecidas residían en zona rural 66.7%, y no cuentan con servicios de desagüé 54.8%, vivienda alquilada 52.4%. Los determinantes intermedios, biológicos: fallecieron en plena edad reproductiva entre los 20 y 35 años 64.3%, fallecieron en el puerperio 88.1%, no planificaron su familia 64.3%, periodo intergenésico menor a 2 años 66.7%, la vía del parto termino en cesárea 76.2%, CPN incompletos de 1 a 5, 54.8%, contaron con el SIS 81,0%, fueron referidas el 66.7%, el tiempo que demoraron en llegar al hospital fue de 2 a 5 horas con el 42.9%. Las principales causas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo 54,8%. La razón de muerte materna (MM) para el 2015 en el Hospital Regional de Cajamarca fue de 292 por 100,000 NV. Predominó la muertes maternas directas con el 78.6%. **Conclusión:** El bajo nivel socioeconómico, educación, la pobreza, la falta de disponibilidad y acceso a los cuidados prenatales, constituyen determinantes de muerte materna.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud, determinantes estructurales, determinantes intermedios. Muerte materna.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe and analyze the social determinants of maternal deaths that occurred in the Regional Hospital of Cajamarca. 2010-2015. Material and methods. Descriptive, retrospective, longitudinal study. All obstetric maternal deaths (direct and indirect) were included. We analyzed 42 cases registered in the archives of the Office of Epidemiology. Results: Structural determinants: Maternal deaths had primary 57.2%, housewife 59.5%, minimum life 76.2%. Intermediate Determinants, material circumstances: The deceased women lived in rural areas 66.7%, and did not have drainage services 54.8%, rented housing 52.4%. The intermediate, biological determinants: they died in full reproductive age between 20 and 35 years 64.3%, died in the puerperium 88.1%, did not plan their family 64.3%, intergenésico period less than 2 years 66.7%, the birth route finished in cesarean section 76.2%, incomplete CPN from 1 to 5, 54.8%, had SIS 81.0%, were referred 66.7%, the time they delayed in arriving at the hospital was 2 to 5 hours with 42.9%. The main causes were hypertensive disorders of pregnancy 54.8%. The maternal death ratio (MM) for 2015 was 292 per 100,000 NV. Direct maternal deaths predominated with 78.6%. Conclusion: Low socioeconomic status, education, poverty, lack of availability and access to prenatal care are determinants of maternal death.

Keywords: Social determinants of health, structural determinants, intermediate determinants. Maternal death

INTRODUCCIÓN

La muerte materna es el resultado último y más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de marginación y rezago en que viven un sector de las mujeres. Considerada como un indicador de la inequidad y desigualdad en el ámbito social. La muerte de una mujer durante el periodo del embarazo parto o puerperio es un evento grave, con repercusiones en el núcleo familiar y la sociedad en la cual ocurre, es el resultado de un sistema de salud poco accesible, culturalmente inadecuado y de factores como: poca escolaridad, desnutrición, religión, matrimonio precoz, falta de información, limitado acceso a métodos anticonceptivos y a la condición y situación de subordinación de las mujeres (27). Todos estos factores, en forma individual y colectiva, contribuyen a la vulnerable situación de las mujeres, incrementando los riesgos y complicaciones propias de la reproducción.

Ante esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a los gobiernos de los países a nivel regional y local, establecen estrategias y políticas sociales de acuerdo a la realidad existente, sin embargo no se ve todavía el resultado que se espera y las mujeres siguen muriendo, por lo que no se cumplió los objetivos del milenio, que uno de ellos fue disminuir la muerte materna. A nivel comunitario es necesario identificar las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas y los obstáculos al acceso a los servicios, para ello se deben comprender los determinantes sociales de la salud que son motivo de la mala salud de las mujeres.

La presente investigación buscó determinar y analizar los Determinantes Sociales de las muertes maternas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010-2015, situación que necesita un conocimiento amplio y profundo para explicar la realidad de este problema. Investigación que servirá para la realización de nuevas pesquisas y para la contribución en la formación de profesionales con capacidades y conocimientos de los Determinantes Sociales (DS), que son motivo de la muerte materna y dar importancia a la promoción de la salud en el primer nivel de atención, donde es necesario cumplir con las nuevas estrategias implantadas en los lugares alejados donde sí se necesita el trabajo conjunto con las autoridades regionales, locales y hacer que la población tome conciencia de su cuidado, de no ser así

seguiremos con este grave problema de salud que es un indicador importante del desarrollo de un país y sobre todo en Cajamarca que está entre los departamentos que reporta más muertes maternas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La muerte materna (MM) representa un grave problema social y de salud de gran relevancia siendo además la expresión de la gran desigualdad e inequidad que caracteriza el proceso reproductivo de un importante sector de la población; Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005) afirma que la muerte de una mujer con motivo de la maternidad debe ser objeto de la máxima preocupación social, ya que dada su evitabilidad constituye una expresión de desventaja de los sectores sociales que la presentan (1). Por lo que el impacto social y familiar de la muerte de una madre es muy alto, indicador que refleja el nivel de inequidad y el desarrollo socioeconómico de un país.

La multicausalidad de la mortalidad materna, es difícil de afrontar en países como el nuestro con altos índices de pobreza, analfabetismo, bajo status de la mujer, malnutrición, usos y costumbres inadecuados, vías de comunicación en mal estado, inaccesibilidad geográfica y sistemas de salud con problemas de organización y capacidad de respuesta, aunados al escaso involucramiento de la familia y la comunidad. Sin embargo, la experiencia demuestra que es posible reducir la mortalidad materna, cuando las mujeres reconozcan e identifiquen oportunamente los signos de peligro, sepan que hacer y a dónde acudir en caso de complicaciones. Así mismo cuando el sistema de salud fortalezca su capacidad resolutive y de respuesta oportuna y efectiva (3).

En este sentido la mortalidad materna se convierte en un indicador de las desigualdades y se relaciona con las inequidades en salud que la vez surgen de las condiciones de vida que se conocen como Determinantes Sociales de la salud (DSS) que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y que influyen en la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población es decir refiriéndose tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Según la OMS (2007), manifiesta que en los países ricos como en los países pobres, la salud materna depende en

muchos casos de las condiciones sociales en las que viven, trabajan y que tienen que ver con la salud (4).

La mortalidad materna mundial se ha reducido entre los años 1990 y 2015, evidenciándose un progreso constante en la reducción de la misma, ya que la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos), estimándose que un total de 13.6 millones de mujeres han muerto en los últimos 25 años (1990 y 2015) por causas maternas (2) Asimismo se observa grandes disparidades entre los países y entre personas con ingresos altos, bajos y entre población rural y urbana (1,2). En base a la cierta mejoría e interés sobre todo de los Objetivos del Milenio (ODM), la Agenda de Desarrollo Sostenible de la ONU, se proponen reducir la tasa de MM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos (5).

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y el 2013, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75%, fijada por los objetivos del milenio (ODM) (2). Sin embargo, ningún país de la región estuvo en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) (6). Lo que representa un problema de salud pública para la comunidad internacional.

La mortalidad materna en nuestro país presenta un descenso significativo de 185 x 100,000 nacidos vivos, (ENDES 2000) a 93 x 100,000 nacidos vivos según la ENDES Continua 2010, como resultado de las intervenciones, acciones y estrategias orientadas a reducir las posibilidades de embarazo no planificado, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y el énfasis en el parto institucional con enfoque de género, interculturalidad y equidad en poblaciones pobres y de extrema pobreza. La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en 49.7% entre los periodos 1994- 2000 y 2004-2010, al pasar de 185 muertes a 93 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos (7).

Este avance es muy significativo en lo que corresponde a la mejora de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (8). Por otro lado, según las estimaciones de la razón de mortalidad materna (1990 a 2015) realizadas por la OMS, el UNICEF, el

UNFPA, el Banco Mundial y la División de Población de Naciones Unidas, el Perú alcanzó una RMM de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2015 (5).

La región Cajamarca es uno de los departamentos con la más alta razón de mortalidad materna en el Perú y afecta a todas las madres de todos los estratos sociales y económicos, siendo más elevado en la población con deficientes recursos económicos y el limitado acceso a los servicios de salud. Según datos de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, reportan que la razón de muerte materna para el 2010 fue de 299, para el 2011 fue de 137, para el 2012 de 180, para el 2013 de 117, para el 2014 de 114, para el 2015 de 111 por 100,000 nacidos vivos respectivamente (9).

El Hospital Regional de Cajamarca por ser un establecimiento de salud nivel II-2 con Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales (FONE) es frecuente la referencia de gestantes y puérperas en condiciones graves de salud y en muchos casos llegan a morir o fallecen en el trayecto. Se reportaron 8 MM en el 2010, 6 en el 2011, 5 en el 2012, 4 en el 2013, 9 en el 2014 y 10 para el 2015 (10), haciendo un total de 42, lo que representa el 20.4% del total de MM ocurridas en la región. Como referencia se puede manifestar que en el 2014 se atendió a 1865 pacientes con morbilidad materna destacando en primer lugar la hemorragia obstétrica con un 41,07% y los trastornos hipertensivos del embarazo en el 27,45% de las cuales 68 ingresaron a la unidad de cuidados intensivos (UCI), y en un promedio de 4 días fallecieron 9 mujeres. Para el 2015 los casos de morbilidad materna aumentaron en un 30%, atendándose a 2396 pacientes, de las cuales 77 ingresaron a UCI de ellas fallecieron 10 mujeres, todo ello refleja la poca respuesta del sistema de salud en los lugares alejados.

Como se observa la casuística desde el nivel mundial hasta el nivel local es preocupante, sobre todo en la región Cajamarca donde las causas de la mortalidad materna son diversas, a pesar de las políticas sociales y estrategias implantadas no se ve el resultado esperado y las mujeres siguen muriendo, dejando hogares destruidos, elevada mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Entre las causas biológicas más frecuentes se encuentran las obstétricas directas como la hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia

(21%), complicaciones del aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%) y otras causas directas (15%) (11).

Este comportamiento de razón de muerte materna elevada no es reciente, motivo por el cual el Perú se fue sumando a los distintos compromisos internacionales que han señalado la reducción de la Mortalidad Materna como un meta clave del desarrollo, entre los que cabe señalar la Iniciativa de la Maternidad Segura, Nairobi (1987), la Cumbre de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (1995), la Declaración del Milenio y sus Metas (2000), y la sesión especial de la Asamblea General sobre la Niñez (2002), En la Cumbre del Milenio celebrada en el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015 (7) y finalmente ahora con los objetivos del desarrollo sostenible 2030. Los mismos señalan diversas áreas críticas identificados en los objetivos, pero se limitan a un análisis desde la perspectiva programática y/o estadísticas frías, sin profundizar en la identificación de las causas y menos de los determinantes sociales que ocasionan la estratificación social a condiciones que comprometen la salud materna en nuestra región.

Al mismo tiempo el Ministerio de salud ha venido realizando intervenciones previas sobre la salud materna para la reducción de la mortalidad materna dentro de ellas tenemos: Atención Primaria de la Salud (APS) OMS Alma Ata 1978 “Salud para todos en el año 2000”; Maternidad Sin Riesgos - OMS 1987 “Maternidad Saludable y Segura”; proyecto 2000 - “Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú” (1), Juntos, Fondo de Estímulo al Desempeño (FED), Cuna Mas, Presupuesto por resultados (Ppr), entre otras; sin embargo estas intervenciones no han sido suficientes para contribuir en la reducción significativa de la mortalidad materna, sobre todo en la región Cajamarca.

La frustración de seguir observando estos resultados de la biomedicina, cada vez más al servicio de los intereses del complejo médico industrial y responsable por provocar riesgos y daños, hizo que surgiese, sobre todo a partir del siglo pasado, y en varias partes del mundo occidental, un pensamiento crítico al modelo, orientado hacia la revalorización de las dimensiones sociales y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, sobrepasando el enfoque exclusivo de combatir la enfermedad solamente después de su aparición (12).

Desde esta percepción, la mala salud de los pobres, el gradiente social de la salud y las grandes desigualdades en salud dentro de los países están provocadas por una distribución

desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por las injusticias que afectan a las condiciones de vida de las madres de forma rápida y visible como es el acceso a la atención en salud, educación, las condiciones de trabajo, vivienda entre otros, lo que es importante para tener una vida prospera. Estas desigualdades que son perjudiciales para la salud materna, es el resultado de una deficiente política y programas sociales, manejo económico desigual, o de una mala gestión política, reflejando diferencias no solo respecto a la situación socioeconómica, sino también respecto a la distribución de las enfermedades.

Para explicar las condiciones del por qué siguen produciéndose casos de muerte materna en pacientes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca se tomó en cuenta el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, propuesto por la OMS cuyo objetivo es la reducción de las inequidades en salud, como indicador clave de la imparcialidad y justicia social, también del funcionamiento general de una sociedad, donde las inequidades en salud constituyen un indicador claro de la falta de éxito y coherencia en muchos ámbitos de las políticas de una sociedad desfavorecida donde es difícil alcanzar los objetivos para su desarrollo y el logro de las metas de salud propuestas.

Por lo expuesto se pretende determinar y describir los determinantes sociales de la salud de las muertes maternas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca durante los años 2010 - 2015.

1.2. Problema

Para orientar el trabajo de investigación se ha trazado la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los determinantes sociales de las muertes maternas directas e indirectas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010 - 2015?

1.3. Justificación de la investigación

La salud materna está contemplada como prioridad de orden mundial constituyéndose en indicador de las condiciones de vida de un país o región, protegida por las Metas del Desarrollo sostenible, “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el

adolescente 2016-2030”, donde se proponen reducir la tasa de MM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos. Para esto será necesario pasar del 2,3% de la tasa entre 1990 y 2015 a un 7,5% anual entre 2016 y 2030 (5).

Así se tiene que en Cajamarca, no es ajena a la actual situación dado que cada año refleja altas tasas mortalidad, ocupando el primer o segundo lugar en muerte materna a nivel nacional, y en todos los estratos sociales y económicos, entre las mujeres más pobres y marginadas, es por ello la aplicación de un modelo sobre determinantes de la salud.

La mortalidad materna está asociada a diversos factores dentro de ellos no poder ejercer su derecho a decidir libremente tener o no hijos; el miedo a la violencia de la pareja; poca información de los servicios disponibles; dificultades de acceso a los servicios de salud, sobre todo entre la población de la zona rural; escasos de profesional calificado para la atención obstétrica y en especial de las emergencias obstétricas; referencias tardías y falta de comunicación debido a la lejanía de los establecimientos de salud.

Como personal de salud somos testigos de estos hechos tan lamentables y preocupantes de esta situación, es que se analizó los Determinantes sociales tomando en cuenta las variables estructurales e intermedias del modelo, con enfoque de equidad y orientó la explicación del comportamiento de la Muerte Materna en nuestra región, en la medida que ofrece información referida a la posición socioeconómica y acceso a los recursos y también permitió observar aquellas variables que dan cuenta de las vulnerabilidades políticas sociales, servicios de salud, comunidad, familia. Así mismo, permitió aproximarse al hecho de que si no se intervienen sobre los determinantes estos pueden permanecer en el tiempo, lo que explicaría que nuestras madres se sigan muriendo por complicaciones producidas durante el embarazo parto y puerperio. Por lo que la investigadora considera que, por las características e implicancias que tiene este modelo, es el que mejor responde a los fines del presente estudio.

Los resultados del presente trabajo de investigación aportan evidencias del resultado de un conjunto de problemas sociales, económico, biológicos y de sistemas de salud, de las madres cajamarquinas, con los cuales se pretende elaborar una propuesta de intervención para contribuir en mejorar la salud materna y no solamente centrarse en el tratamiento de las enfermedades, sino sobre las causas profundas del problema, es decir, acciones sobre

el entorno social; a través del abordaje de los determinantes sociales para contribuir en la disminución de las muertes maternas asimismo servirán a la gestión del gobierno Regional, Dirección Regional de Salud y Hospital Regional de Cajamarca, si es posible para la reformulación de estrategias congruentes con nuestra realidad.

1.4. Limitaciones

En el estudio existió limitantes, la primera es la fuente de datos para el presente estudio como es la historia clínica de atención y la ficha epidemiológica en donde en algunos casos no se reporta la información completa que es necesaria; y la segunda es que solamente se estudió a las pacientes que llegan al hospital. Quizás el trabajo debió ser en un ámbito más grande como la provincia de Cajamarca.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- ✓ Determinar e identificar los Determinantes Sociales de las Muertes Maternas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010- 2015.

1.5.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar los determinantes sociales estructurales: contexto socioeconómico y político, posición socioeconómica de las muertes maternas. Hospital Regional de Cajamarca.
- ✓ Identificar los determinantes sociales intermedios: circunstancias materiales, biológicos y de sistemas de salud de las muertes maternas.
- ✓ Identificar el tipo y causa de las muertes maternas. Hospital Regional de Cajamarca.
- ✓ Determinar la razón de muerte materna en el Hospital Regional de Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel internacional.

El debate conceptual sobre el enfoque y estudio de los determinantes de salud no es un tema nuevo, en la actualidad ocupa el interés de la comunidad científica y esta priorizado en la agenda de la mayoría de los países. Son diversos los estudios a nivel mundial que reportan semejanzas respecto a la inequidad social, las causas profundas de estas injusticias y desigualdades, refieren que los bajos niveles socioeconómicos en que se encuentran las mujeres que fallecen son un determinante fundamental, dado que limitan el acceso a la educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos, lo cual repercute en la capacidad de decisión de la mujer con respecto a su salud.

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de algunos ministerios de Salud. A pesar de los avances teóricos y de la evidencia recogida sobre la influencia de la estructura social en el estado de salud de los individuos, los grupos y las naciones, todavía para algunos se trata de un campo de estudio en construcción, todavía no suficientemente delimitado, que en ocasiones tiende a confundirse con el tradicional enfoque de factores de riesgo (13).

Ordaz K y col. (México 2010), refieren que las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad de las intervenciones, los costos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales. En su estudio se compararon las características de las muertes maternas hospitalarias y no hospitalarias. Sus resultados fueron que el 81.9% se clasificaron como hospitalarias (66.7% en hospitales públicos) y 13.8% como no hospitalarias. 73 (77.6%) de las muertes ocurrieron durante el puerperio. La mayoría de las mujeres no contaba con algún servicio médico (76.7%). Hubo 77 casos (81.9%) de muerte materna directa y 12 (18.1%) indirecta. El riesgo de muerte materna

no hospitalaria en mujeres de 35 a 40 años de edad fue tres veces mayor, con estudios de primaria incompleta o ninguno de 10.9 y no tener derecho a servicio médico 3.6 veces. Concluyeron que la mayor cantidad de muertes fueron hospitalarias, las causas principales fueron: trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio y hemorragia obstétrica y eventos relacionados con la calidad de los servicios de salud (14).

González R. et al. (México 2010) la mortalidad materna ha disminuido de manera importante en las últimas décadas. Objetivo fue describir los elementos básicos del comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna. Se revisaron los expedientes de muertes maternas obstétricas directas e indirectas, los resultados fueron que la tasa de muerte materna fue de 87.2 por cada 100,000 nacidos vivos durante los 10 años. La edad promedio de las pacientes fue de 25.1 ± 7.8 años. El 54% se encontraban en su primer embarazo. Sólo 20% tuvo control prenatal adecuado. Las causas obstétricas directas fueron 60% y las obstétricas indirectas 40%. Las principales causas fueron: Preeclampsia-eclampsia (27%), hemorragia obstétrica (20%) y la sepsis grávido-puerperal (13%). El 83% fueron previsible (15).

Marrugo C. (Colombia 2010) el objetivo fue estimar y analizar los determinantes individuales y de contexto que inciden en el uso de los servicios prenatales (controles prenatales) por parte de las mujeres colombianas en estado de embarazo con el fin de determinar los factores de mayor incidencia en el acceso a los controles prenatales. Los resultados de su estudio fueron que las diferencias en el número de controles prenatales son significativas según la posición socioeconómica del hogar, indicando que las mujeres que pertenecen a quintiles más altos, tienen mayor probabilidad de acceder a un número óptimo de controles. La educación juega un papel fundamental, generando conciencia sobre la importancia de asistir a estos chequeos que terminan con una buena atención al momento del parto y postparto (16).

Girón (España 2010) en su trabajo de investigación, su objetivo fue caracterizar los distintos determinantes de la salud de la población española de 16 a más años de edad, utilizo como indicador de salud la valoración de la salud percibida de los individuos. Los resultados más relevantes fueron que la edad de las personas es un factor influyente en la salud percibida, observándose que a mayor edad se presenta peor la salud. De igual manera cuanto mayor sea el nivel de estudio de las personas mejor es la valoración de la

salud percibida positiva (SPP), a medida que es mayor el ingreso familiar mensual, mejora la salud percibida. En la población femenina los factores específicos que explican ambas valoraciones de salud positiva son: No sentirse discriminada y no presentar obesidad (17).

Cordero M y col. (México 2011) el objetivo de su estudio fue: identificar factores socioeconómicos y la prestación de los servicios de salud y su impacto en la mortalidad materna. Sus resultados fueron que los factores socioeconómicos como el nivel educativo, paridad materna, edad, región, estado civil, las condiciones de la vivienda, los servicios de salud, la pobreza, falta de disponibilidad, los impedimentos al acceso a los cuidados prenatales y seguridad de los servicios de salud constituyen determinantes de muerte materna con influencia significativa (18).

Mejía M. (México 2011) los resultados de su investigación fueron que la edad media fue de 28, 27 años, el 68,27% se dedicaba actividades del hogar, 45% vivían en unión libre, 55% no tenían registro de tener seguridad social, el 50% poseían estudios de primaria o menos, y 77,2% presentaba control prenatal. Por lo tanto la presencia de factores sociales, además de los clínicos, que inciden en la muerte materna, debe ser conocida por el personal del servicio de obstetricia (19).

Arcos E. (Chile 2011) en su estudio, demostraron cómo los determinantes sociales son adversos para una maternidad segura. En este estudio vio la alta incidencia de vulnerabilidad social de las familias de las mujeres embarazadas (91,4%), con una proporción indicadora de pobreza e inequidad social (51,4%). También se señala que la salud mental y familiar se deteriora cuando las mujeres tienen empleos precarios, con embarazos sin seguridad social, sin vivienda, baja escolaridad, riesgo psicosocial, ausencia de la pareja en el hogar y la alta tasa de dependencia. También observaron que el (70%) de mujeres se embarazó en una edad biológicamente segura (20 a 34 años) y que la escolaridad fue menor en gestantes vulnerables y que trabajan sin contrato y sin sistema previsional (60 y 69%) (20).

Rodríguez I. (Cuba 2012) los resultados fueron que los determinantes sociales de la salud se relacionan con los ingresos económicos, la educación, los derechos humanos, el acceso a los servicios básicos, la situación ambiental y tantos otros como puedan identificar los investigadores en cada país. Existe consenso en considerar aspectos como

la pobreza, la exclusión y la marginación como principales determinantes sociales de la salud. Finalmente concluyen que es indiscutible que las revisiones encontradas sobre el rol de los determinantes sociales y entre estos las desigualdades y las inequidades, son aún insuficientes y es necesario continuar investigando sobre el tema (21).

Rodríguez Y. (Colombia 2012) en su estudio considera que La mortalidad materna es una problemática de la salud en diferentes países, principalmente de los de Latinoamérica y el Caribe, dado su alta incidencia, su reducción fue considerada como el quinto objetivo del milenio en materia de salud planteado por la Organización Mundial de Salud. A partir de ello, se buscó analizar desde los determinantes sociales las causas y factores asociados a la mortalidad materna. En sus resultados se evidenció que los trastornos hipertensivos corresponden a la primera causa de muerte materna y le siguen las hemorragias obstétricas. Los estudios se quedan cortos en el análisis contextual y aunque algunos de ellos presentan una aproximación a los determinantes sociales no los refieren explícitamente, por lo cual no han sido cuantificados, y esto hace que la reflexión se quede en un nivel teórico y no se materialice en escenarios específicos, por lo cual se hace necesario desarrollar investigaciones en este sentido (22).

Mazza M. (Venezuela 2012) en su estudio, sus resultados fueron que la razón de mortalidad materna predominaron las muertes de causa obstétrica directa (57,7%) representada por los trastornos hipertensivos del embarazo (40%), hemorragias (31,1%) y sepsis (26,7%). La principal causa indirecta fue la sepsis (62,2%). La demora 3 fue identificada mayormente en las historias clínicas registradas (69,2%) seguida de la demora 1 (38,5%). Treinta pacientes ameritaron referencia a otros centros para la atención médica definitiva, la mayoría 80% requirió una referencia y demoraron menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la defunción 36,7%. Los principales motivos de referencia fueron no contar con atención obstétrica 33,3% y no contar con terapia intensiva de adultos 26,6%. Un gran número de muertes fue catalogado como evitable 59% (23).

Silberman M. (México 2013) los principales datos encontrados fueron: 19.4% de los hogares tienen techo de lámina, en 11.8% se encontró hacinamiento, y el 2.7% de los hogares no tiene acceso a agua potable en la vivienda. En relación con la educación, el 38% de las mujeres que deben estar en escuela no asiste, el 31% no concluyó su educación

básica y el 7.7% es analfabeta. Se encontraron 41 mujeres embarazadas, 6 sin atención médica (22).

Ruiz M y col. (España 2014) el objetivo del estudio fue analizar la relación entre los factores de la gobernanza y la mortalidad materna en Iberoamérica, en 2012. En sus resultados, se detectaron asociaciones significativas entre la MM con las variables de la gobernanza: Control de la corrupción, Estado de derecho, calidad regulatoria, efectividad gubernamental, voz y rendición de cuentas y transparencia. Todas estas variables se asociaron inversamente. Concluyen que la mortalidad materna en el 2012 está fuertemente relacionada con la capacidad y calidad gubernamental de los 19 países Iberoamericanos. En concreto, la MM se asocia con 6 de las 7 categorías componentes de la gobernanza. Afrontar la multicausalidad de la MM es un reto, entre los que se debe considerar y analizar el impulso político para la reducción de la corrupción, el desarrollo del estado de derecho, la calidad regulatoria, la efectividad gubernamental, el facilitar la voz y rendición de cuentas y la transparencia (25).

Martínez A. (México 2014) su objetivo fue analizar las vías de acción implementadas en México por el sector salud entre 2007 y 2012 para atender las inequidades en salud, incidiendo en sus determinantes sociales. Sus resultados fueron que la evidencia encontrada sobre el Seguro Popular mostró efectos positivos en la protección financiera de las familias de más bajos ingresos. Más aún, la reducción de las diferencias fue más evidente entre los trabajadores afiliados a la seguridad social y los no afiliados. El programa al incidir en las condiciones de pobreza de sus beneficiarios, ha logrado también reducir las inequidades en salud. Concluyen que estos hallazgos tienen implicancias de política pública que resultan relevantes para diseñar una agenda que permita seguir incidiendo en los DSS y potenciar su impacto en la reducción de las inequidades. Se sugiere que las diversas estrategias deben estar focalizadas en la atención primaria de la salud, porque en este nivel se puede brindar una atención más integral y con una perspectiva que haga hincapié en la persona y no en la enfermedad. (26).

Lozano L y col. (Colombia 2015) se refieren a que la muerte materna ocurre por razones evitables, vinculadas a condiciones de pobreza. Hay datos estadísticos sobre el número de muertes maternas a nivel internacional y local, que resaltan este problema y las causas de estos fallecimientos; pero escasa información publicada sobre el impacto familiar y el

desequilibrio que se produce cuando ocurre una muerte materna, situación que trae consigo desconocimiento sobre la real situación de los hijos huérfanos y la familia. El objetivo del estudio fue conocer las implicaciones familiares y sociales de la muerte materna a través de la revisión sistemática de la literatura científica publicada. Sus resultados fueron que la pérdida inesperada de la madre genera consecuencias emocionales, económicas y de salud en todos los miembros del hogar. Concluyen que esta problemática debe ser abordada de manera integral con el fin de mitigar el impacto que genera la muerte materna (27).

2.1.2. A nivel nacional

Hablar de Determinantes sociales de la salud en el **Perú** en los últimos años se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna que trasciende los ámbitos de la educación sanitaria, dando énfasis en el cambio de conducta por parte de cada individuo.

Culque Y. (2010 Perú) en su estudio concluye que las principales causas de las muertes maternas de las gestantes o púerperas que fallecieron en el Hospital Santa Rosa, fueron los trastornos hipertensivos con 33.33% seguida de hemorragia con 25.49%. El grupo edad fue de 35 años a más con el 35.29%. El momento del fallecimiento fue en el puerperio 58.82% seguido en el embarazo 35.29% La ocupación ama de casa 94.12%. El estado civil fue el de conviviente 74.51%. El grado de instrucción primaria incompleta 43.14%. La paridad o gesta fue de 5 a más 27.45 %. Respecto a la atención prenatal tenemos que el 54.90% no se realizó ningún control prenatal, sin embargo del 45% con atención prenatal, el número osciló entre 0 a 6 atenciones prenatales. El lugar de procedencia fueron de zona rural 49.0%, seguida de las zonas marginales con 41.2 % y urbana con 9.8 % El lugar de residencia fueron de Trujillo con 37.25%. El lugar de referencia fueron de domicilio con 49.02%, seguida de un centro de salud con 23.53% de las muertes maternas (28).

Távora et al. (2011 Perú) el objetivos fue socializar y discutir las investigaciones recientes sobre el estado actual de los servicios de planificación familiar y su relación con las cifras de mortalidad materna a fin de consensuar una propuesta guía para su uso en el sector público. los resultados fueron que existen evidentes avances en lo referente a salud

sexual y reproductiva, particularmente en la atención prenatal, atención institucional del parto y otras intervenciones obstétricas que han permitido reducir la razón de muerte materna en los últimos 10 años sin embargo existen brechas a superar en la atención obstétrica y actividades de planificación familiar, dado que la fecundidad no ha bajado según el deseo de las mujeres, las adolescentes se siguen embarazando en cifras altas, hay un número importante de embarazos no deseados y como consecuencia las cifras de abortos inseguros son alarmantes. Concluye que si se fortalecen las actividades de planificación familiar podemos cumplir con las metas del milenio en relación al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sin discriminación y reducir aún más la razón de mortalidad materna (29).

Del Carpio. (2012 Perú) en el presente artículo se realiza un análisis respecto a la situación de la mortalidad materna en el Perú. Se evidencia una disminución en las razones de mortalidad materna entre los años 2000 y 2012, las causas directas se mantienen, pero en diferentes porcentajes por regiones naturales, donde la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna. La cobertura de atención se ha incrementado en los últimos años pero todavía es necesario mejorar la capacidad de respuesta oportuna y de calidad de los servicios de salud. La mortalidad materna en el Perú está relacionada con la inequidad y la falta de empoderamiento de las mujeres para ejercer sus derechos, en especial los sexuales y reproductivos. Es necesario fortalecer las estrategias que se han implementado para cumplir con la meta de la reducción de la mortalidad materna en el Perú (30).

Gutiérrez M (2013 Perú) El concepto de la planificación familiar (PF), tradicionalmente, ha estado y está muy relacionado con la salud sexual y reproductiva. En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994, la PF es reconocida como una estrategia de salud, que bien aplicada puede contribuir al desarrollo de las naciones. A través de los últimos años se ha podido constatar que los beneficios no solo están dirigidos a prevenir embarazos no deseados y, con ello, prevenir abortos inducidos y la muerte materna, sino también mejora la salud infantil, mejora el acceso a la educación de los niños en el mundo; favorece el empoderamiento de la mujeres, no solo en el campo laboral sino también en otras áreas como en lo político y, con ello, el concepto de género; contribuye a disminuir la pobreza estimulando el desarrollo económico y el nivel de vida de las personas. Es decir, que contribuye a lograr no solamente uno sino los

ocho objetivos de desarrollo del milenio para el año 2015. A pesar de la evidencia de sus beneficios, aún persisten barreras sociales, culturales, políticas o religiosas que hacen que exista una necesidad insatisfecha en planificación familiar, que no se respete el derecho de las personas a elegir y decidir el número de hijos que desean tener, y que impiden el disfrute de una sexualidad sana (31).

Paredes R. (2015) en su resultado según características epidemiológicas se observó que el mayor número de muertes que se produjo fue en el puerperio 71.6%, con clasificación directa 55.2%, causa básica predominante Preclampsia severa 18.4%, Aborto séptico 10.2% y Tuberculosis 12.2%; causa intermedia shock séptico 22.4%, Síndrome de Hellp 16.4% y causa final, Falla multiorganica 65.4%; fueron convivientes 57.1%, de 18 a 29 años 53.1%, nivel secundario 69.4%, afiliadas al Seguro Integral de Salud 89.8% e ingresadas mediante referencia 69.4%; en relación a las características obstétricas, las mujeres fueron: multigestas 53.1%, multíparas 44.9%, con un aborto 36.7%, una cesárea 49%, periodo intergenésico adecuado 22.4% y sin control prenatal 42.8% (32).

Delgado R. (2015) en su estudio los resultados fueron que en el periodo 2000 – 2015, se registraron 21 muertes maternas, de ellas el 90% de las muertes maternas ocurrieron en la etapa del puerperio y el 86% fueron por causas directas. Las principales causas de muerte fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (38.1%), Atonía uterina (23.8%) y Endometritis puerperal (14.3%). El promedio de edad de todas ellas fue de 30 años, el 80% procedían del departamento de Lima y en su mayoría tenían como ocupación principal su casa (86%). El total de las fallecidas había tenido por lo menos una demora para llegar al Hospital y el 52.4% no reconocieron la situación de riesgo. El 86% eran primípara o nulíparas, el 38% no había tenido ningún control pre natal. El 71% de los hijos de las madres fallecidas nacieron vivos (33).

Cavero D y col. (Perú 2015) el estudio describe la experiencia en la gestión de evaluaciones de impacto del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) como uno de los instrumentos del presupuesto por resultados, y documenta el diseño de las evaluaciones de impacto a tres programas sociales emblemáticos y los resultados obtenidos, haciendo énfasis en aquellos vinculados a la salud de su población objetivo. Estos son el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS y el Programa Nacional de

Asistencia Solidaria Pensión 65. Los resultados muestran que el SAF generó mejoras en el desarrollo cognitivo y de lenguaje en los niños mas no en las prácticas de cuidado infantil de las madres, ni en el estado nutricional de los niños. JUNTOS logró incrementos en el gasto per cápita, gasto en alimentos, disminución de la severidad de pobreza y mejoras en el logro educativo. Sin embargo, no se encontraron resultados significativos en la mayoría de indicadores de salud prenatal ni estado nutricional infantil. Pensión 65 mejoró la salud emocional del adulto mayor (depresión, autovaloración), pero no se evidenció aumentos en el uso de servicios de salud por parte de los adultos mayores ni mejoras en su salud física. Se recomienda que dichos programas fortalezcan sus diseños y acciones de articulación con el Ministerio de Salud y entre diferentes niveles de Gobierno, cuando corresponda, a fin de mejorar la oferta y contenidos de las prácticas saludables y optimizar la prestación de los servicios de salud (34).

2.1.3. A nivel local

Medina N. (2010) analiza la frecuencia del aborto en relación a la situación socioeconómica representada por el grupo social y genero de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, llegando a concluir que persiste la concepción machista produciendo inequidad de género influenciados por factores sociales y económicos y el trabajo de las mujeres en lo domestico da lugar a situaciones de desigualdad y discriminación relacionadas con la edad grado de instrucción número de hijos, propiciando un doble o triple rol. Más de la mitad de mujeres pertenecen al sector urbano. Considerando las características socioeconómicas, la mayoría son jóvenes, casadas, escolaridad entre secundaria completa y superior para el sector urbano y analfabetas para el sector rural (35).

Aguilar R. (2010) en su estudio en la región Cajamarca sus resultados encontrados fueron: un promedio de tres muertes maternas mensuales, cuyos determinantes singulares fueron la hemorragia y la hipertensión arterial, los determinantes biológicos fueron gestantes nulíparas (37,3%) y primíparas (22%) entre 20 a 39 años (74,6%) sin antecedentes patológicos. En los determinantes sociales se tuvo primaria incompleta (33.9%), fueron convivientes (66,1%) ama de casa (88.1%), sin servicios básicos (66.1%), de zona rural (71.2%), zona urbana (28,8%) y familia integrada por cuatro personas (36).

Vigo R. (2013) en su estudio demuestra que la incidencia de la pre eclampsia es alta en relación a estudios realizados a nivel mundial y regional; el perfil epidemiológico de la gestante se caracterizan por tener una edad de 20 a 35 años, casadas y de zona urbana. La posición socioeconómica como determinante estructural, indica que las gestantes son de nivel educativo primario, sin profesión técnica superior ni universitaria, amas de casa y con ingreso familiar menos de un mínimo vital, relacionados significativamente con la pre eclampsia. Entre los determinantes intermedios que se relacionan con la preclamsia están los biológicos que indican que son multigestas, con dos hijos, periodo intergenesico menor a dos años. (37).

Facho E. (2015), en su estudio comparativo permitió tener un claro panorama de la situación actual y demostrar una reducción sostenida de la razón de mortalidad que al 2010 fue de 157 x 100 nacidos vivos y al 2015 fue de 111 x 100 nv., año en el que se tuvo la razón más baja con 30 MM. Durante los años 2010 al 2014, la primera causa de muerte materna fueron las hemorragias producidas durante el embarazo o el puerperio; a partir del año 2014 se observó un incremento de la muerte materna por Hipertensión inducida por la gestación (Preeclampsia, eclampsia, y síndrome de Hellp); en relación a la edad promedio de las mujeres para ese mismo promedio el mayor porcentaje se concentró en el grupo etareo de 30 a 40 años; con respecto al lugar de ocurrencia de la muerte materna tenemos que en 2010 las mujeres fallecían en su domicilio. Sin embargo en el 2016 esta situación ha cambiado, siendo la primera causa de muerte materna la Hipertensión Inducida por la Gestación, en relación a la edad de las mujeres fallecidas se encontraron en el grupo etareo de 20 a 29 años y con respecto al lugar de fallecimiento, se observa que las muertes se están produciendo en los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (38).

Gallo M (2016 Cajamarca) el presente estudio analiza y expone la realidad de la sociedad actual en la cual aún se vulneran derechos fundamentales de la mujer, en específico a la muerte materna que se da durante el embarazo, parto y post parto y la relación que tiene la misma con la falta de efectividad de Políticas Públicas por parte de las entidades del Estado, quien a pesar de haber firmado y ratificado normas y compromisos internacionales para la erradicación de este mal social, aún presenta severas deficiencias en la implementación de planes estratégicos que ya se han venido dando durante el transcurso de los años, los resultados estadísticos refieren que estas muertes

podieron ser evitables y que no han disminuido sino han seguido manteniendo, el tema es un tanto complejo e involucra a muchos actores, sobretodo el compromiso de los mismos de plantear, y ejecutar políticas públicas con un enfoque de Derechos Humanos (39).

2.2. Bases teóricas conceptuales

2.2.1. Determinantes Sociales de la Salud

A lo largo de la Historia los determinantes sociales de la salud han sido sometidos a diversas transformaciones. Antiguamente las culturas consideraban que la pérdida de la salud se debía a los castigos de los dioses u otras situaciones. Sin embargo en la era hipocrática, se atribuía a características internas como raza, sexo, edad, mala alimentación, venenos etc. En las siguientes épocas hasta fines del siglo XIX consideraban la perspectiva de un modelo biológico o higienista, que sostenían que existen organismos agresores en el medio externo causando enfermedades en la persona. (26).

Desde las primeras décadas del siglo XIX se estableció la relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación, de los pobres que trabajaban en las fábricas urbanas europeas. A partir de la segunda mitad del siglo XX se estableció un concepto integral de salud que se enmarcan en los determinantes de salud como características que influyen en la salud y que interactuando en distintos niveles de organización determinan el estado de salud individual y poblacional (40).

A mediados de los 60 se veía que los modelos dominantes de la salud pública y médicos no satisfacían las necesidades más urgentes de las poblaciones pobres y desfavorecidas. Entonces la necesidad hizo que las comunidades y los trabajadores de salud buscaran curativa urbana. Es cuando surgió un interés renovado por la dimensión social, económica y política de la salud, restando importancia a la tecnología médica, disminuyendo enormemente la confianza en los profesionales médicos (41). Es así que investigadores y tomadores de decisión se interesan por las circunstancias o condiciones sociales, culturales, económicas, ambientales, políticas y geográficas que de una u otra manera

influye en la salud de los individuos y comunidades. De esta manera a partir de la década del 70, se desarrollaron diferentes modelos que buscan explicar, desde el contexto de las políticas públicas y de la vida cotidiana y ver la importancia que estas tienen en el proceso de producción social de la salud. En este contexto, surge varios enfoques de la salud, que la OMS los denominó Determinantes Sociales de la Salud.

De esta manera, a partir de la década del 70, se desarrollaron diferentes modelos que buscan explicar, desde el contexto de las políticas públicas y de la vida cotidiana, el peso que éstas tienen en el proceso de producción social de la salud. Así nacieron una serie de enfoques de la salud que finalmente fueron denominados determinantes sociales de la salud por la OMS (2005).

El modelo de Campo de la salud de:

- **Laframboise - Lalonde (1974)** clasifica los determinantes de la salud en cuatro campos: 1. Biología humana, 2. Medio ambiente, 3. Estilos de vida 4. Organización de los servicios de salud (40). Marco el inicio de estrategia salud para todos.
- **Dahlgren y Whitehead (1991):** El modelo de capas de influencia (socioeconómico) quienes explican cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones causales entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo, pasando por la comunidad hasta el nivel de acción política que va de lo individual a lo comunal y a lo nacional (42).
- **Diderichsen y Hallqvist (1998):** Estratificación social y producción de enfermedades este modelo enfatiza el modo en que los contextos sociales generan la estratificación social y asignan a los individuos, diferentes posiciones sociales, lo que determina su estado de salud (42).
- **Mackenbach (2002)** modelo de referido a la selección y la relación de causalidad, este hace referencia a los mecanismos por lo que las desigualdades en salud a través de: la relación de causalidad. Marca los procesos de selección representados por un efecto de los problemas de salud en la edad adulta. Políticas públicas

enfocadas en lograr mayores beneficios para la salud de grupos socioeconómicos más bajos (42).

- **Wilkinson y Marmot (2003):** el modelo de múltiples influencias de todo el ciclo de vida se refieren al papel que pueden desempeñar las políticas públicas en la configuración del entorno social, de manera que conduzcan a una mejor salud. Una estructura social a la salud y la enfermedad a través de materiales, vías psicosociales y comportamientos, factores genéticos, vida y cultura temprana son otras influencias importantes en la salud de la población y las áreas de las políticas públicas (36). Estos modelos explican los vínculos entre los diferentes tipos de (DSS) y permiten identificar los puntos estratégicos en los que deben actuar las políticas. Dichos modelos

Estos modelos son importantes en el análisis de las inequidades en salud, pues las desigualdades en las condiciones de vida de los individuos se traducen en desigualdades en su estado de salud (7), pero no fueron aceptados por la hegemonía neoliberal, que por el contrario formaron sistemas de salud para aseguramientos individuales, dando lugar más a la atención de la enfermedad que a la promoción de la salud, privilegiando a la gente de mayores ingresos económicos donde accedían a seguros costosos y es entonces donde surge hasta hace dos décadas el concepto de determinantes sociales (13).

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para ofrecer asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas (4). Se trata de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud y de esta manera recuperar las estrategias de Salud para Todos y la Atención Primaria en Salud. Su propósito fue generar recomendaciones de políticas basadas en la evidencia disponible y apoyar acciones sobre los determinantes sociales para mejorar la salud y de esta manera disminuir las inequidades sanitarias (43).

2.2.2. Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS 2.2.1.2., como objeto de estudio

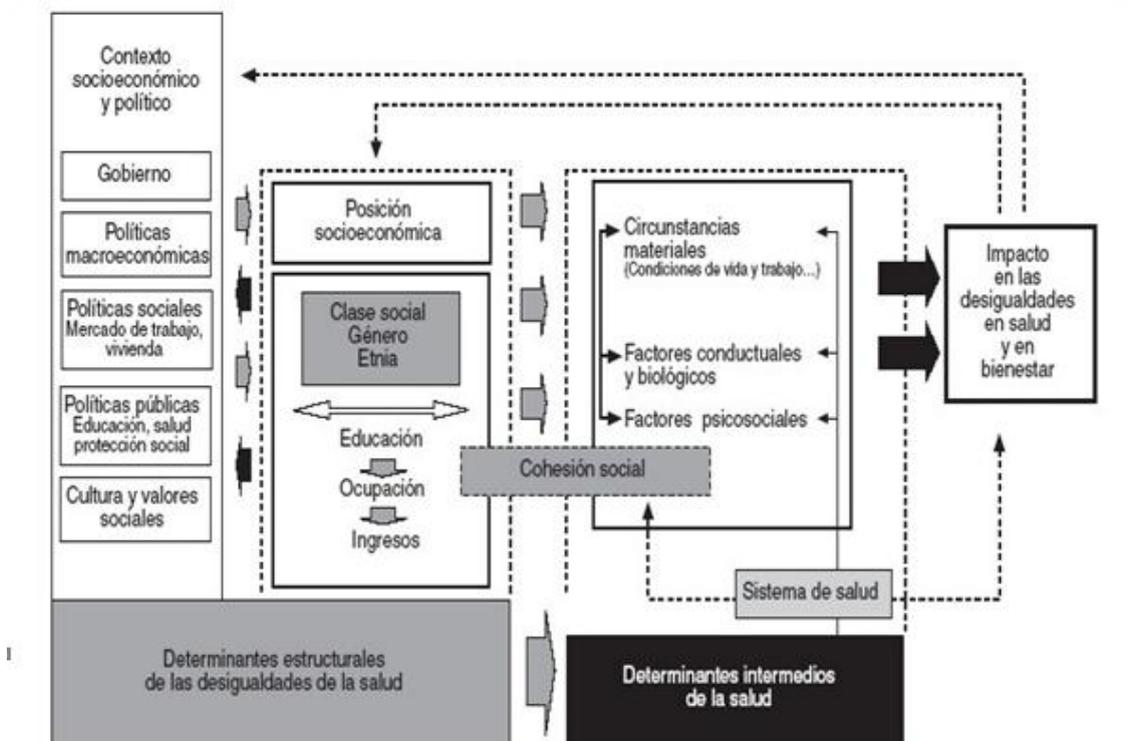


Figura 1 Fuente: O. Solar, A. Irwin. A conceptual framework for action on the social determinants of health WHO. Commissions on Social Determinants of Health, (2007)

La interacción de estos elementos en sentido de izquierda a derecha nos da una idea de las vías de acción que siguen los determinantes para generar impacto en la salud y bienestar de la población y a su vez se observa, cómo estas vías (líneas punteadas) pueden retroalimentarse, reproducirse y persistir en el tiempo (4, 49).

Consideramos que, por las características e implicancias que tiene este modelo, es el que mejor responde a los fines del presente estudio.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de la inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la salud. La Organización Mundial de la Salud define a los determinantes sociales de la salud como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de

la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (48).

Es así que por encargo de la Asamblea mundial de la Salud, la Organización mundial de la Salud establece en el 2005, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Esta se organizó en redes de conocimiento cuyos integrantes formularon recomendaciones sobre intervenciones para mejorar la salud y reducir las inequidades a partir de la revisión de las evidencias existentes (47). En su estructura considera **determinantes estructurales** o de las desigualdades en salud (económico, social y tecnológico) y **determinantes intermedios** o determinantes de la salud (circunstancias materiales, factores biológicos, conductuales, psicológicos y el sistema de salud (50) (Figura 1).

2.2.2.1. Los determinantes estructurales

Son muy importantes, porque son los que influyen significativamente en la estratificación, como la distribución de ingresos y la discriminación (género, etnia, discapacidad, creencias, orientación sexual e identidad de género) (51). La estratificación configura las oportunidades en salud y los resultados en salud en la población ya que sitúa a las personas en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos. Según la posición que tienen las personas en la sociedad experimentan en la sociedad, una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo su salud, influyendo a través de factores más específicos llamados determinantes intermedios o intermediarios como las condiciones de trabajo y de vivienda, disponibilidad alimentaria, factores conductuales y psicosociales y el Sistema de Salud muy importante porque si es que hay un menor acceso a los servicios de salud y si es que es de menor calidad los grupos sociales menos favorecidos pueden tener peores consecuencias en la salud y bienestar (52).

✓ Contexto socioeconómico y político

Este determinante se refiere a factores estructurales del sistema social que afecta la estructura social, abarca un conjunto amplio de aspectos políticos, estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación o posición social que define en función de la ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos, la

exposición diferencial de los distintos grupos de individuos a condiciones perjudiciales para la salud y por lo tanto, en las oportunidades de salud de las personas, incluyendo mecanismos sociales y políticos, que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, políticas económicas, mercado de trabajo, sistema educativo, sistema de salud y las instituciones políticas y el tipo de organización del estado. Además comprende toda la gama de elementos sociales culturales religiosos (53).

Las categorías que se incluyen son:

- **Gobierno**

Es la autoridad gobernante de una unidad política, que tiene por objeto tanto dirigir, controlar y administrar las instituciones del Estado, como regular una sociedad política y ejercer autoridad. El tamaño del gobierno variará de acuerdo con el tamaño del Estado, y puede ser local, regional y nacional.

Recientemente el término de gobierno o buen gobierno se están utilizando de forma creciente. El mal gobierno se considera cada vez más como una de las razones principales de los males en nuestras sociedades. Las instituciones internacionales financieras y los grandes donantes cada vez más, realizan sus donaciones y préstamos teniendo en cuenta si las reformas que garantizan el buen gobierno se están llevando a cabo (54).

La gobernanza de los países es uno de los determinantes de la MM sobre el que hay disparidad de criterios y escasa literatura sobre el impacto de la misma en la MM. El Objetivo es analizar la relación entre los factores de la gobernanza y la mortalidad materna.

Pese al aumento de los recursos financieros y ser a menudo el 1er objetivo de los gobiernos, muchos países no están en camino de alcanzar sus objetivos relacionado con la reducción de la mortalidad materna MM. La gobernanza de los países es uno de los determinantes importantes sobre el que hay disparidad de criterios y escasos estudios sobre el impacto en la muerte materna (25).

- **Políticas macroeconómicas**

Perú ha experimentado un considerable progreso socioeconómico y una mejora del bienestar en las últimas dos décadas gracias a una combinación de sólidas políticas macroeconómicas, la implementación de programas de protección social y unas condiciones externas favorables.

Sin embargo prevalece un entorno internacional bastante incierto entre el 2012 y 2015 con riesgos a la baja en el crecimiento mundial y en la cotización internacional de los metales aun así, el Perú se podrá mantener como la economía más dinámica y estable de la región con un crecimiento anual de 6,0% - 6,5% (en línea con su nivel potencial) en la medida que no se produzca un colapso financiero global similar al del 2008, que la inversión privada mantenga su dinamismo, creciendo en torno al 11,2% anual y se concreten importantes proyectos de inversión en marcha y anunciados, entren en operación una serie de proyectos, entre los que destacan los mineros que elevarán la producción de cobre en alrededor de 75% hacia el 2015. Ante un escenario de elevada incertidumbre en la economía mundial, la actual administración es consciente de la necesidad de crear las condiciones necesarias para mantener un alto dinamismo de la inversión privada. Asimismo, ante un entorno internacional tan incierto es imprescindible mantener la prudencia fiscal de modo que de materializarse un mayor deterioro del contexto internacional se pueda adoptar un oportuno estímulo fiscal transitorio. De este modo, por el lado de las finanzas públicas se tiene como meta de la actual administración una trayectoria progresiva hacia un equilibrio fiscal en las cuentas estructurales.

Se requerirán de importantes esfuerzos en los diferentes sectores y niveles de gobierno para asegurar una mayor calidad del gasto público y que los mayores recursos fiscales se traduzcan efectivamente en una mejora sustancial de la igualdad de oportunidades entre los más pobres y excluidos. En un contexto de crecimiento económico y mayores ingresos fiscales, el gasto no financiero del Gobierno General se habrá casi triplicado y pasará de S/. 34 mil millones en el 2000 a S/. 101 mil millones en el 2012. No obstante, aun cuando se encuentran mejoras en ciertos indicadores agregados, se siguen manteniendo brechas importantes en las zonas más pobres y excluidas del país, particularmente en la provisión de bienes y servicios públicos con calidad (55).

- **Políticas sociales**

Son proyectos gubernamentales y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública (Estado responsable) para satisfacer las necesidades de una sociedad destinataria. Estas políticas tienen el bien común como su razón de ser y la satisfacción social y aprobación de la ciudadanía como sus fines. Su diseño implica cuatro fases principales, a saber: 1) diagnóstico, 2) decisión, 3) dirección y 4) difusión (56).

A mediados de los noventa, los países latinoamericanos implementaron importantes cambios en sus políticas sociales tales como el incremento del gasto social, creación de instituciones rectoras de la política social e introducción de programas que buscaban atender problemas específicos de la población pobre. Así, surgieron programas de cuidado y desarrollo infantil enfocados a mejorar la nutrición, el desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños; programas de transferencias monetarias condicionadas orientados a aliviar la transmisión intergeneracional de la pobreza; programas de pensiones no contributivas destinados a brindar protección social a los adultos mayores, entre otros (34).

- **Educación**

Es considerada como aspecto importante, ya que el mayor nivel de escolaridad se asocia con mejoras en la salud de la población, en la productividad, la movilidad social, la reducción de la pobreza y el fortalecimiento de la ciudadanía. Por lo que el nivel educativo es un indicador importante para medir el grado de desarrollo social y económico de la comunidad y sus miembros. La educación pertinente a las necesidades productivas y sociales contribuye a la salud y prosperidad promoviendo a las personas con conocimientos y actitudes para solucionar problemas, otorgándole un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida. De otro lado desarrolla capacidades y destrezas para la inserción laboral en condiciones creativas y de continuo incremento de la productividad, competitividad y la eficiencia social. Además ofrece oportunidades de acceso al bienestar y la participación social, cultural y política; es decir aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y acceso a mejores empleos y oportunidades que protegen a las personas de riesgo a la salud (38). Está demostrado que las mejoras en los ingresos económicos, la ocupación y la educación guardan estrecha relación con una buena salud (57,58).

El nivel educativo, el ingreso y el empleo, modifica el nivel jerárquico, disminuyendo las inequidades de género y otorgando mayores oportunidades a quién lo posee; por otro lado, un bajo nivel instructivo impide la identificación a tiempo de factores de riesgo en la mayoría modificables, siendo uno de los mayores determinantes de la mortalidad materna mundial.

Perú ha experimentado un considerable progreso socioeconómico social y una mejora del bienestar en las últimas dos décadas gracias a una combinación de sólidas políticas macroeconómicas, la implementación de programas de protección social y unas condiciones externas favorables. Los avances educativos en los últimos años han sido significativos, el desempeño también ha mejorado, fundamentalmente para los alumnos de primaria, la inversión ha aumentado de manera significativa: el gasto en educación como porcentaje del PIB pasó de representar un 2.9% en 2010 a ser de 3.6% en 2015. El crecimiento económico promedio del país fue de 5.1% en el período 2000-2015, por encima del promedio de América Latina y el Caribe, que fue en 3.1% en ese mismo período. Esta etapa de crecimiento favoreció la expansión de la clase media que hoy representa un tercio de la población (117). Estos avances permitieron a la población peruana alcanzar mayores grados de bienestar y mayor acceso a oportunidades.

Sin embargo las desigualdades en el acceso al sistema educativo siguen siendo importantes, especialmente a medida que se avanza hacia niveles educativos más altos, relacionadas principalmente con el nivel socioeconómico, el género, la ubicación rural o urbana (116). Tanto la educación como las habilidades son un derecho fundamental para todos los ciudadanos y juegan un papel decisivo en el desarrollo del país ya que promueven mayor igualdad e inclusión social y los avances tecnológicos y de productividad necesarios para fomentar un mayor desarrollo inclusivo en el Perú (59).

- **Salud**

Son múltiples los significados del concepto salud, anteceden varias aproximaciones teóricas y modelos diferentes, entre los que se encuentran el modelo biopsicosocial, el modelo salutogénico, el modelo de salud positiva desde la psicología positiva, el modelo holista, el modelo de elección personal, el modelo de salud como bienestar, el modelo de salud como madurez, el modelo de salud como inteligencia emocional y el

modelo de salud como resiliencia, entre otros. La utilización de dichos modelos, de manera apropiada, enriquece el trabajo profesional y hace un uso más eficiente de los recursos de salud (114).

En el año 1974 Lalonde ya manifestó que la salud era principal en su modelo y cómo interactúan con el medio ambiente, genético biológico, estilos de vida y servicios de salud (40). Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos: Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos; y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros (115).

El estado de salud de la población peruana muestra un cambio favorable e importante en los últimos 50 años. Lo evidencia la mejora sustantiva de los principales indicadores sanitarios, como la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad materna e infantil, y la desnutrición crónica infantil. Sin embargo, a pesar de lo señalado, se observa que los niveles alcanzados son aún deficitarios, respecto a los registrados en países similares de la región, y que aún persisten desigualdades significativas en el estado de salud entre los diferentes segmentos socioeconómicos (60).

En este contexto, el desafío del Estado es balancear sus acciones y recursos para orientarlos no solo al tratamiento de los casos diagnosticados, sino también a organizar los esfuerzos de la sociedad para modificar los determinantes sociales de la salud. Esto último presupone desarrollar acciones de salud pública coordinadas con los ciudadanos, los sectores y los gobiernos regionales y locales para (a) promover conductas y entornos saludables; (b) proteger a la población frente a los riesgos de emergencias de salud o eventos que generen daños personales; (c) ejercer vigilancia y control epidemiológico; y (d) prevenir la ocurrencia de complicaciones de enfermedad, mediante tamizajes o pruebas de detección temprana

- **Protección social**

Perú ha experimentado un considerable progreso socioeconómico y una mejora del bienestar en las últimas dos décadas gracias a una combinación de sólidas políticas

macroeconómicas, la implementación de programas de protección social y unas condiciones externas favorables (59).

Los programas públicos, protegen a la población de los peores efectos de la pobreza. Entre estos figuran las transferencias de efectivo, los programas de asistencia alimenticia, los programas de empleo temporal, los subsidios de diverso tipo y los programas que aseguran el acceso de los pobres a los servicios públicos esenciales, como los vales o becas escolares, las exoneraciones de pago en los servicios de salud, y los fondos sociales. Se consideran dos razones principales por las cuales las sociedades necesitan tener redes de protección social. En primer lugar estos programas son una solución de corto plazo para aliviar la pobreza y la indigencia en la sociedad. Una reducción sostenible de la pobreza en el mediano y largo plazo requiere de una inversión en el capital humano que llegue a los pobres (educación, salud y servicios básicos). En segundo lugar, los programas pueden ayudar a los hogares a manejar mejor los riesgos. El impacto adverso es mayor para los pobres que para aquellos que cuentan con mejores ingresos, bienestar físico y mental, y desarrollo humano de largo plazo. Los pobres que pierden ingresos pueden verse forzados retirar a sus hijos del colegio y enviarlos a trabajar; o simplemente comer menos, esto hace que en el futuro les resulte aún más difícil salir de la pobreza (61).

En el Perú existen alrededor de 40 programas de lucha contra la pobreza, adscritos en los distintos sectores como los ministerios de Salud, de Educación, de la Mujer, de Trabajo, de Agricultura, de Vivienda, de Transporte, de Economía y Finanzas y de Energía y Minas. Dentro de las políticas de organización de recursos humanos, monetarios y administrativos aplicados en estos programas es necesario distinguir tres momentos en el tiempo: los programas sociales previos que se dieron en la década de los ochenta; los programas sociales recientes en la década de los noventa y los programas sociales últimos que se dieron a partir del año 2000.

En Octubre 2011 se crea el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) al cual se adscriben 7 programas: Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES) (oportunidades) fue uno de los primeros programas diseñado para generar empleo temporal, el PRONAA (formación de capacidades) previniendo la malnutrición de la población vulnerable; sobre la base del programa Wawa Wasi se

crea CUNA MAS (protección social) dirigido a mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 47 meses mediante intervención focalizada basada en criterios de incidencia de pobreza: el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres JUNTOS (formación de capacidades) (62).

Una de las evoluciones más importantes de los últimos años ha sido el aumento de las evaluaciones de impacto de los programas sociales, tanto cuantitativo como cualitativo, casi experimental como es el Programa Juntos

- **Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres (JUNTOS)**

Fue aprobado por Decreto Supremo N° 032-2005-PCM del 7 de abril de 2005 y está adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros siendo el primer programa de transferencia condicionada que se aplica en el país, el mismo que tiene como objetivo reducir la pobreza extrema, romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza y potenciar el capital humano de los hogares más pobres del Perú.

- **Programa JUNTOS en Cajamarca**

Inició sus acciones en el año 2006 en 22 distritos, con 14 074 hogares afiliados de los cuales 13 630 recibieron incentivos monetarios (hogares abonados). Al primer bimestre del año 2016, el Programa Juntos llega a 125 distritos con 110 720 hogares (63)

Dentro de sus funciones promueve que niños, niñas, adolescentes jóvenes y gestantes, pobres o pobres extremos, accedan de manera regular, de acuerdo a sus características, a los servicios de salud nutrición y educación que brinda el Estado peruano con el objetivo de contribuir al desarrollo de sus capacidades para de romper la transmisión intergeneracional de la pobreza.

A nivel de la provincia que son 13 , los 13 tienen cobertura de Juntos, mientras que de 127 distritos 125 tienen cobertura y de centros poblados que son 6548, tiene cobertura 5202.

En un reciente estudio se analizaron los efectos del programa en la promoción del cuidado prenatal de las gestantes en zonas rurales, las usuarias con mayor tiempo

en el programa realizan un mayor uso de los servicios de salud, asisten a un mayor número de controles y se realizan un mayor número de análisis clínicos. Además, las usuarias de JUNTOS reciben una mejor calidad de atención por parte del personal de salud, puede ser por una adecuada información de sus derechos, o por el mayor esmero del personal de salud en el cumplimiento de sus protocolos. Estos resultados fortalecen el trabajo del Programa. Durante el bimestre I -2017, cuenta con 745,329 hogares afiliados en situación de pobreza y pobreza extrema, ubicados en 21 regiones del Perú, distribuidos en 173 provincias, 1299 distritos y 43 675 centros poblados.

En el primer bimestre del año 2016, el Estado peruano, a través de este programa, ha transferido S/.136.7 millones de soles a 672,259 hogares en condición de pobreza y pobreza extrema como un incentivo por el cumplimiento de sus corresponsabilidades en salud y educación (64).

- **Fondo de Estímulo al Desempeño (FED)**

El Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) es un mecanismo de incentivos para impulsar el logro de resultados en materia de Desarrollo Infantil Temprano. Este fondo funciona a través de convenios firmados con gobiernos regionales en los que se comprometen a alcanzar metas con indicadores vinculados a mejoras en los procesos de gestión e incremento de la cobertura de paquetes de servicios, previo convenio (CAD).

Como antecedente al FED se tienen los Convenios de Apoyo Presupuestario (EUROPAN), que tenían como finalidad contribuir a la reducción de la desnutrición crónica infantil en zonas priorizadas, a través del Programa Articulado Nutricional. Este Programa se dio gracias a la suscripción de un Convenio con la Comisión Europea, en el 2009, dieron una donación de 60,8 millones de Euros, entregada para un período de 4 años y medio. El desembolso de los recursos estaba sujeto al cumplimiento de compromisos por parte del Estado Peruano (65).

El FED funciona a través de Convenios de Asignación por Desempeño entre el MIDIS, MEF y el Gobierno Regional Compromisos de Gestión y Metas de

Cobertura vinculados a los resultados del DIT. Condiciones y/o mecanismos para la asignación de los recursos del FED en distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza del departamento priorizados para la medición del cumplimiento de los compromisos.

A nivel nacional los sectores de Desarrollo e Inclusión Social, Vivienda, Educación, Salud y Mujer y Poblaciones Vulnerables, se comprometieron al 2016: Reducir: la DCI a 10%, reducir la Anemia a 20%, Incrementar la Educación Inicial a 85% ,Incrementar el acceso Agua y Saneamiento a 85%.

- **Seguro integral de Salud**

El Seguro Integral de Salud (SIS), tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando las poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

La ley N° 29344, establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud que aplica a todas las instituciones públicas o privadas del país. El aseguramiento *universal* es un proceso orientado a lograr que toda la población del territorio nacional disponga y tenga acceso a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación.

Los recursos en general que nuestro país destina al área de la salud se ven fortalecidos con la Cooperación Internacional, que es una importante fuente de ayuda financiera y técnica. En este contexto el Seguro Integral de Salud mantiene buenos vínculos con los gobiernos de países amigos, a través de los cuales recibe cooperación financiera para el cumplimiento de diversos objetivos en el marco del aseguramiento universal en salud.

Para acceder a estos beneficios hay dos modalidades de SIS: a). Subsidiado que está dirigido a toda la población sin tener en cuenta la edad. Sus requisitos para afiliarse son el contar con documento de identidad nacional (DNI), o carné de extranjería, haber sido considerado como elegible para el SIS subsidiado por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO), y no contar con otro seguro de salud, b). Semisubsidiado para personas cuya capacidad de pago se encuentre entre 700 y

1000 nuevos soles, esta categoría incluye trabajadores del sector público contratados por CAS cuyos ingresos no superen los 1.600 nuevos soles. Para acceder a esta modalidad de seguro se debe contar con DNI, haber sido considerado como elegible para el seguro independiente por el SISFHO, y no tener la condición de asegurado sea como titular o derecho habiente de ningún seguro de salud. (Resolución Jefatural 063-2011/SIS) (66).

- **Cultura y valores sociales**

Personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado por valores culturales dominantes que contribuyen a perpetuar la marginación, estigmatización, pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados. El Perú es un país con una gran diversidad cultural, y lingüística (83 % hablan castellano, quechua 13 %, aymara 2.5 %, amazonía 0.7 %). La sociedad peruana ha estado marcada por la pobreza y desigualdad histórica, lo que se ha traducido en una exclusión sistemática de la gran mayoría de la población andina, pero también la afroperuana y asiática. Esta situación de exclusión de la población peruana se da en los siguientes aspectos: geográfico, étnico, nivel de ingreso, género, acceso a los servicios básicos. Esta exclusión se puede traducir en una limitante en el acceso a los servicios de salud y por tanto las muertes maternas (67).

La cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (68). En este momento se reconoce que la cultura es un elemento importante en el desarrollo sostenible y ayuda a abordar la pobreza desde la economía como de derechos humanos, y ofrecer soluciones creadoras e intersectoriales a problemas complejos desde la salud y el medio ambiente hasta la promoción de la igualdad entre los géneros y la educación para todos. La cultura puede promover un sentimiento de identidad y cohesión en las sociedades en un momento de incertidumbre. (69).

✓ **Posición socioeconómica**

Está demostrado que las mejoras en los ingresos económicos, la ocupación, la educación y la respuesta al sistema de salud, guardan estrecha relación con una buena salud porque sitúan a las personas en una jerarquía social, como lo demuestran los datos estadísticos en salud, donde revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de los distintos niveles de agrupación (58). **Vigo 2013** manifiesta que se debe incluir medidas basadas tanto en los recursos como el prestigio, relacionadas con la posición de la clase social en la infancia y en la edad adulta. Es reconocido que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y esta a su vez está condicionada por el nivel educativo (37).

• **Pobreza**

En la última década el Perú ha atravesado por un periodo de rápido crecimiento económico, acompañado de una espectacular reducción de la pobreza de 37 puntos porcentuales. Sin embargo, la desaceleración observada en los últimos cuatro años han llevado a interrogarse si dicho crecimiento ha permitido consolidar una clase media librada definitivamente del riesgo de caer nuevamente en pobreza o si, por el contrario, aquellos hogares que dejaron la pobreza volverían a ella en un contexto macroeconómico menos favorable.

Durante el periodo 2004-2015 se registró en el Perú un de las más importantes disminuciones de la pobreza de la región y ciertamente en su historia. A pesar que dicha reducción fue más importante en el área rural (38.2 puntos) que en área urbana (33.7 puntos), el peso creciente de la población urbana ha significado que en 2015 el número de pobres en áreas urbanas sea ligeramente superior al de los pobres rurales (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa) (70).

Pobreza total es la situación en que los ingresos son inferiores al valor de una canasta básica de bienes y servicios, tanto alimentarios como no alimentarios. (71). La pobreza hace a las personas vulnerables a una serie de situaciones que disminuyen su calidad de vida e incrementa la probabilidad de sufrir circunstancias negativas como el hambre, la deserción escolar, el consumo de drogas y alcohol, la maternidad en la edad adolescente, la delincuencia entre otros, estudios establecen que la pobreza está asociada, con el crecimiento económico de un país y la forma

cómo se distribuye el ingreso. Altas tasas de crecimiento económico generan empleo y mayores fuentes de ingresos para la población (71).

La pobreza que se mide en el país es la pobreza monetaria, pero esta no solo se relaciona con la carencia de ingresos monetarios de la población sino también con la privación de derechos a la salud, a una nutrición adecuada, a la educación, a acceder a fuentes mejoradas de agua y saneamiento otro y a vivir en un entorno que les permita ampliar sus capacidades para mejorar su bienestar. Por lado la pobreza total en el Perú ha disminuido de 44.5 % en el 2006 a 34.8 % en el 2009 en tanto que la pobreza extrema disminuyó de 16.1% a 11.5 % en el mismo periodo (72).

- **Género**

El género puede funcionar, junto con la posición social como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social (62).

El género, sigue siendo un tema en discusión, en la agenda política de muchos países que lastima la dignidad de las mujeres que además, constituyen más de la mitad del país. Sin embargo la creciente participación de las mujeres en la vida social, económica, política, cultural, laboral y su desempeño en el ámbito educativo en las últimas décadas es relevante con respecto a los varones .Pero no puede negarse que estamos muy lejos como sociedad de alcanzar una verdadera igualdad de género.

La **ley de Igualdad de Oportunidades (LIO)** es donde el Estado impulsa la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, considerando básicamente los siguientes principios: a) El reconocimiento de la equidad de género, desterrando prácticas, concepciones y lenguajes que justifiquen la superioridad de alguno de los sexos, así como todo tipo de discriminación y exclusión sexual o social. b) La prevalencia de los derechos humanos, en su concepción integral, resaltando los derechos de las mujeres a lo largo de su ciclo de vida. c) El respeto a la realidad

pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión social, la interculturalidad, el diálogo e intercambio en condiciones de equidad, democracia y enriquecimiento mutuo. d) El reconocimiento y respeto a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas adultas y personas adultas mayores, personas con discapacidad o grupos etarios más afectados por la discriminación (73).

Un hito importante fue la creación de un Ministerio de la Mujer como ente rector en la materia cuyo mandato fue “diseñar, proponer y ejecutar políticas de desarrollo social y humano promoviendo la equidad de género y la igualdad de oportunidades para la mujer, niñez, adulto mayor y poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema, discriminadas y excluidas”, a partir del cual se ha venido desarrollando un conjunto de políticas nacionales y promoviendo la adopción de medidas concretas para el desarrollo de las mujeres (73).

Sin embargo la inequidad, la falta de oportunidades, la violencia, la ignorancia, la pobreza y las muertes evitables, entre otros aspectos relevantes, siguen afectando la salud de las mujeres (74), sobre todo en la zona rural como es el caso de Cajamarca. Las inequidades de género son injustas, evitables, prevenibles a la vez constituyen la raíz del problema, siendo uno de los determinantes más vulnerados que restan oportunidad de acceso y atención en los servicios de salud. Las inequidades por razón de género tienen efectos perjudiciales en la salud de las personas.

Existen investigaciones que demuestran que los factores sociales, culturales, económicos y biológicos impactan en forma negativa y diferenciada la salud de las mujeres en comparación con los hombres. Por ejemplo: en el caso de las mujeres existen principios propuestos por entidades estatales para mejorar el acceso y la atención en los servicios de salud entre ellos se mencionan: Fortalecimiento del enfoque de género en los tres niveles de gobierno, dentro de una cultura de respeto y valoración de las diferencias de género, reduciendo brechas educativas entre mujeres y hombres para mejorar la salud y garantizar los derechos sexuales y reproductivos, así mismo garantizar los derechos económicos en condiciones de equidad e igualdad de oportunidades con los hombres, reduciendo la violencia de género en sus diferentes expresiones e incrementando su participación en la toma

de decisiones y la participación política y ciudadana, valorando el aporte de las mujeres en el manejo sostenible de los recursos naturales (75).

- **Raza y grupo étnico**

La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas (62).

- **Ocupación**

Es importante considerar que el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones autoestima y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales. Por lo que la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) pide que el empleo y el trabajo digno sean objetivos centrales de las políticas sociales y económicas nacionales e internacionales, que aseguren a los hombres y mujeres empleos de calidad suficientemente remunerados, que tengan en cuenta el costo real y actual de una vida sana, que todos los trabajadores estén protegidos por normas y políticas laborales básicas internacionales y que se mejore las condiciones laborales en todos los trabajadores (76).

Estas Políticas Nacionales de Empleo se enmarcan en los objetivos nacionales desarrollados en el Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021, el mismo que a su vez se sustenta en la Declaración Universal de los Ministerios de Trabajo, Promoción y Políticas Nacionales de Empleo. Estas fundamentadas en un esquema articulador y de organización, donde se consideran: entorno, empleo, empleabilidad, equidad, emprendimiento y espacio, teniendo como objetivos generales promover: la generación de empleo decente para mujeres y hombres con igualdad y equidad de género en el mercado laboral (77). Está demostrado que el desempleo es un riesgo para la salud y la evidencia se muestra cuando las familias corren un riesgo sustancialmente mayor de muerte prematura, cuyos efectos están vinculados a consecuencias psicológicas y problemas financieros (78).

Un análisis en el que se compara el trabajo remunerado con el no remunerado indica que la jornada laboral de las mujeres es más larga que de los hombres. La carga de la atención domiciliaria sigue recayendo en las mujeres, lo que limita drásticamente su capacidad para participar en la economía; siendo la tasa de desempleo urbana más elevada entre las mujeres. La estadística también demuestra que la mayoría de mujeres se encuentran en el primer quintil de pobreza que son las que tienen ingresos inferiores, ya que a menudo no pueden costear una asistencia domiciliaria y sanitaria, entonces queda demostrado que la realidad socioeconómica de la población tiene una relación directa con los determinantes estructurales vinculadas con la posición social, educación, ocupación, ingreso económico, género y la etnia o raza que, a su vez, influyen en los determinantes intermedios, aquellos que dependen de las condiciones y los estilos de vida, el acceso a servicios públicos, las oportunidades y condiciones laborales, entre otras (77).

Los estilos de vida son reflejo de la educación y la cultura, estos son directamente influidos por la accesibilidad o inaccesibilidad a la educación, a la salud y la calidad de la misma. Los estilos de vida modifican los patrones culturales que no contribuyen a una mejora en salud, incluso los aspectos biológicos (la etnia o la raza) terminan comportándose como determinantes sociales, ya que ello se vincula con las posibilidades de acceder o no a mejores condiciones de salud, a tener una mejor atención en un sistema de salud con mayor o menor capacidad de resolución (79).

2.2.2.2 Determinantes intermedios

Los determinantes estructurales requieren mecanismos para operar, estos son determinantes más específicos y se le denomina intermedios o intermediarios, se distribuyen según la estratificación social y determinan desigualdades en cuanto a la exposición y vulnerabilidad de las personas y las condiciones perjudiciales para su salud. Nos referimos a sus principales categorías como son:

✓ Las Circunstancia Materiales.

Estas son las condiciones en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen se desarrollan durante su ciclo vital, determinando sus formas de subsistencia y sus posibilidades de satisfacer sus necesidades como las condiciones medio ambientales, de

vivienda, el barrio de residencia, en nivel de ingresos percibidos y las condiciones de trabajo (57, 80).

✓ **Los factores conductuales y Biológicos.**

Son los que inciden en la calidad de vida de las personas, por ejemplo, los estilos de vida que dañan la salud, la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que se distribuyen de forma diferente en los distintos grupos sociales. Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación de los demás factores. Están vinculados a la composición de la población y son relevantes para el diseño de estrategias a nivel local, como es el caso del sexo, la edad y la etnia (57, 80). La constitución genética del ser humano son factores determinantes de la salud, la dotación genética proporciona una serie de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos son determinantes de la salud en algunos casos la dotación genética, parece predisponer a ciertos individuos a problemas de salud o discapacidad (40).

✓ **Las Circunstancias psicosociales.**

Estos factores determinantes e importantes tomando en cuenta el embarazo, siendo una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de nuevas funciones que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales, la interacción social (81), falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), El poco control sobre la vida, los estilos de afrontamiento (o la falta del mismo) etc. (57).

✓ **La Cohesión social**

Donde la confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores sociales, contribuye a la manera en que las personas valoran su salud. Asimismo el apoyo de la familia, los amigos y las comunidades se asocian con una mejor salud. Las respuestas efectivas al estrés, el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud (40).

✓ **El Sistema de Salud:**

Es un determinante intermedio muy importante, en cuanto a la salud de la población y su rol, se hace relevante a través de la exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo,

acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas. Se estima que los resultados de salud dependen en un 25% de los servicios de salud. Por tanto, juegan un rol relevante contribuyendo a permitir el acceso desde el enfoque de derechos humanos. El principal problema de salud en la mayoría los países de América Latina son las inequidades, en el acceso a los servicios sociales y de salud (80). El sistema de salud juega un importante rol en cuanto a la distribución desigual de la salud en la población, ya que el menor acceso a los servicios sanitarios y la menor calidad de los mismos para las personas de clases sociales menos favorecidas, afectan los derechos humanos de estos grupos y aumentan su vulnerabilidad. Además el pago de los servicios de salud puede generar o agudizar las situaciones de pobreza de la población de estas clases sociales (57).

El Sistema de Salud peruano necesita fortalecerse para operar y brindar servicios en condiciones adecuadas, en términos de calidad y oportunidad. Por ello, se requiere modernizar su infraestructura y dotarlo con equipamiento suficiente. Asimismo, se necesita mejorar los niveles y distribución de los recursos humanos que permitan atender las necesidades de salud de las poblaciones dispersas o localizadas en zonas remotas del país. De otro lado, se requiere mejorar la gestión de los servicios de salud, fortaleciendo las capacidades gerenciales de los directivos y funcionarios de salud, para producir resultados acordes con las expectativas de la ciudadanía. En estas circunstancias, el reto es avanzar hacia un Sistema de Salud enfocado en el ciudadano, para lo cual es fundamental cerrar las brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión para: (a) mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; (b) responder a las características culturales de la población; (c) garantizar un trato digno e igualitario al usuario; (d) proveer de información para decisiones acertadas por parte del usuario (60).

- **Problemas del sistema de salud:**

- a) Insuficiente aseguramiento en salud donde la población desprotegida que no accede a servicios de salud por falta de recursos económicos.
- b) Descentralización del sector salud incompleta: mantenimiento en el nivel central de funciones y competencias de los niveles regionales y locales y deficiencia de las capacidades para el ejercicio de las funciones que se transfieren.

- c) Insuficiente calidad de los servicios: débil garantía de la calidad y seguridad del paciente, falta de acreditación de servicios, falta de auditoría de la calidad y falta de manejo estandarizado.
- d) Inadecuada oferta de servicios: infraestructura y equipamiento insuficiente, servicios fragmentados, deficiente organización de las redes.
- e) Insuficiente atención a poblaciones excluidas y dispersas. Inadecuado desarrollo de recursos humanos: localización inequitativa de recursos humanos calificados en salud, falta de regulación de la formación profesional, falta de conciliación entre necesidades y demandas.
- f) Deficiente acceso y disponibilidad de medicamentos en los sectores más pobres, deficiente calidad de medicamentos y alto gasto de bolsillo.
- g) Deficiente financiamiento en salud: bajo gasto en salud, distribución inequitativa del financiamiento y gasto ineficiente en salud.
- h) Deficiente rectoría: falta desarrollar y fortalecer el rol rector (planificación, articulación, supervisión, regulación y financiamiento) del MINSA en el contexto de la descentralización y modernización del Estado.
- i) Deficientes sistemas de información que dificultan la toma de decisiones para la gestión de la salud pública.
- j) Poca participación ciudadana en el desarrollo de propuestas y establecimiento de compromisos, en el quehacer sanitario, en la gestión en salud y en la vigilancia (82).

En resumen si los determinantes intermediarios no son mejorados en cada una de sus esferas, los determinantes estructurales tampoco tendrán un cambio significativo y no se lograría disminuir los problemas de salud. Por ello se propone considerar a la educación como eje fundamental de mejora, ya que la educación propicia oportunidades de cambio tanto conductuales, que llevan a asumir estilos de vida saludables disminuyendo costos en el nivel curativo y recuperativo; así como de autorrealización personal. La interacción de estos elementos da una idea de las vías de acción que siguen los determinantes para generar impacto en la salud y bienestar de la población a su vez se observa, como estas vías pueden retroalimentarse, reproducirse y persistir en el tiempo.

Todo el conjunto de elementos estructurales e intermedios de este modelo, determina que se genere un estado de vulnerabilidad que se expresa en un determinado territorio y que no es igual en cada uno de ellos. Esta situación hace que en estos lugares se limite las

posibilidades de que se logren disminuir las muertes maternas llevándonos a una situación de exclusión social. .

2.2.3. Origen de las inequidades en salud o teoría de la distribución de la salud

La explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales está sobre la base de tres perspectivas teóricas que dan mayor importancia para explicar el origen del fenómeno (44). Explicar los procesos complejos y sus relaciones entre el proceso biológico de la mortalidad materna con los determinantes sociales implica analizar las teorías de producción social de la salud y la enfermedad, lo cual se sabe que no se puede reconocer a las teorías existentes orientadas a los mecanismos de causalidad de la enfermedad. Cuando nos referimos a las teorías sobre inequidades en salud, tenemos:

La teoría psicosocial, hace referencia a las respuestas conductuales endógenas y biológicas de las personas según el lugar que ocupan en la jerarquía en sociedades profundamente desiguales que causa serios daños a la salud y se ve reflejado en la menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad en grupos poblacionales (40). También señala que la percepción y la experiencia del estado personal en sociedades desiguales conducen al estrés y la mala salud. Así mismo Orielle 2014, señala que estos patrones se vinculan a la percepción y experiencia individual que se tiene de la vivencia en una determinada posición en jerarquía social, por lo que se establecen patrones de alteración neuroendocrina que comprometen la salud de manera que aumenta la vulnerabilidad del organismo a las enfermedades y las desigualdades en la riqueza disminuye el capital social lo que repercute negativamente en la salud (45). Al mismo tiempo estas sociedades desiguales rompen vínculos y redes sociales, lo que conlleva a deteriorar la salud. La evidencia empírica de esta teoría lo constituyen la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad en grupos que no tienen satisfechas sus necesidades básicas y que incluso cuentan con ingresos inferiores al promedio nacional en sus países y que viven en sociedades altamente desiguales como por ejemplo: la población afro descendiente de los Estados Unidos y las poblaciones indígenas de cualquier país centro sur americano (46).

Quienes defienden esta perspectiva manifiestan que el problema se origina en la distribución desigual de factores sociales como la falta de redes de apoyo y algunos efectos traumáticos en la vida los cuales afectan a los grupos más pobres. Por lo tanto

afirman que las sociedades más cohesionadas socialmente, con mayores niveles de participación social y política, con estructuras estatales y redes sociales de apoyo presentan mejores niveles de salud independientemente de su ingreso (46).

Producción social de la enfermedad, (Teoría materialista y neo materialista) afirma que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud produciendo enfermedades (47). Está confirmado que las prioridades del capitalismo como son la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de las personas que menos tienen en la sociedad y sobre todo en las que son desiguales. Esta perspectiva afirma que los factores psicosociales operan en sociedades desiguales, pero se requiere un análisis más ordenado de las condiciones materiales.

Los que apoyan la perspectiva material estructuralista sostienen que las condiciones materiales precarias como la alimentación insuficiente, vivienda inadecuada, ambiente laboral inseguro, generan riesgos diferenciales para los diferentes estratos sociales y estos riesgos se expresan en forma de inequidades en salud la cual afecta a la población, sobre todo a las mujeres. Garriga et al. 2013 sostienen que las personas con mejores condiciones materiales de vida tienen a tener mayores recursos económicos y de conocimientos para prevenir daños en la salud y a utilizar de una manera eficiente la información sobre la prevención de las enfermedades (46). El vínculo entre la jerarquía social y la salud permanece especialmente en las causas estructurales de las inequidades que indica una relación con los procesos sociales y no en el conocimiento de estas, como lo refiere la teoría marxista y neo marxista. Rotundamente recalca la intervención sobre las condiciones económicas y políticas de la salud y la enfermedad.

Reuniendo a los elementos de la teoría psicosocial y de la producción social de la enfermedad tenemos:

Teoría o perspectiva Eco social, la cual construye una plataforma teórica multinivel donde se entiende que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud de las personas en una población. Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico,

interactúa con la biología y cómo los individuos «encarnan», es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan (46).

Aparte de los condicionantes biológicos o psicológicos personales, los determinantes políticos, económicos, ecológicos, sociales, demográficos e históricos afectan a nuestra salud. Ello ocurre a través de la “encarnación” (embodiment), concepto que se refiere a cómo incorporamos biológicamente el mundo material y social en el que vivimos. “Las personas incorporan biológicamente sus experiencias de desigualdad social desde la vida intrauterina hasta la muerte” (45).

En resumen, este modelo permite analizar las variables estructurales e intermedios con enfoque de equidad y podría orientar la aplicación del comportamiento de la mortalidad materna de mujeres que acuden al Hospital Regional de Cajamarca, en la medida que ofrece información referida a la posición socioeconómica y acceso a los recursos y también permitirá observar aquellas variables que dan cuenta de la vulnerabilidad (políticas sociales, servicios de salud, comunidad, familia). Así mismo, permite aproximación al hecho de que si no se interviene sobre los determinantes estos pueden permanecer en el tiempo, lo que explicaría la alta incidencia de mortalidad materna en nuestra región.

2.2.4.. Recomendaciones de la Comisión de los Determinantes sociales de la salud

La OMS, mediante la **Comisión de los Determinantes sociales de la salud** lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud, que consistió en trazar una estrategia para aplicar el conocimiento científico, acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud; e intentar recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud. Las recomendaciones de la Salud en base a los antecedentes vistos se preocupan en **mejorar las condiciones de vida diaria**, invirtiendo en los primeros años de vida, es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias (48), partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y mejorando la gestión de desarrollo urbano y de servicios de atención de salud de calidad con un enfoque de atención primaria de salud.

También manifiestan que se debe **luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos**, manteniéndose la equidad en salud en el más alto nivel del gobierno y ser coherente en las políticas incrementando la inversión en programas y servicios de salud sexual y reproductiva y fortalecer la cobertura y los derechos universales. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales (48). Importante es la **medición y análisis del problema y evaluar el impacto de la acción**, de esta manera para combatir con eficacia la inequidad sanitaria, se debe invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, dando importancia a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública y en la formación médica (48).

2.2.2. Muerte materna

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (83), está fuertemente asociada a la situación de pobreza, desnutrición, analfabetismo, falta de empleo, malas condiciones ambientales, servicios de salud insuficientes, difícil acceso a los servicios de salud, etc. por lo que se considera que no solamente es un problema médico sino, por el contrario es un problema social, que de ser atendido adecuadamente con acciones y programas de política social, muchas muertes podrían ser evitadas, ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidas, además se cuenta desde hace mucho tiempo con el conocimiento científico y la tecnología para impedir las.

La muerte de una mujer durante el proceso grávido- puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos: Muerte materna obstétrica directa, indirecta e incidental o accidental

2.2.2.1. Panorama de la mortalidad materna como un asunto de derechos humanos

La muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio merece la más seria atención por parte de las instituciones y personas: servidores de salud, promotoras de los derechos humanos y ciudadanía en general. Este problema afecta a unas mil mujeres en el Perú

anualmente. Junto a Ecuador, Bolivia y Haití, el Perú destaca en América Latina por la gravedad y persistencia de este problema, convirtiéndose en un drama para las familias y violación a los derechos fundamentales de las mujeres, toda vez que la gran mayoría de muertes son prevenibles. Nuestra intuición moral nos dice que morir en el proceso de crear nueva vida es una de las mayores injusticias que puede sufrir un ser humano (84).

El gobierno del Perú ha asumido obligaciones, tanto bajo la legislación nacional como la internacional, para abordar los distintos factores que conducen a obtener altos niveles recurrentemente de mortalidad materna. Las obligaciones de abordar la mortalidad materna se derivan de los derechos enumerados en los tratados internacionales de los cuales el Perú es parte, algunos de los cuales también las mujeres han sido implementadas mediante la Constitución del Perú y la Legislación Nacional (85).

Se menciona que en los lugares rurales las mujeres son culpables de su muerte y una de las causas es que demoran en tomar la decisión de atenderse, todo esto se relaciona con las inequidades del sistema de salud, que imperan en la sociedad peruana, donde se ve una desigualdad en la distribución de los establecimientos de salud, de los servicios de Cuidados obstétricos de Emergencia (CoEm) que no están en muchos casos disponibles e inaccesibles. La PHR (médicos por los derechos humanos) manifiesta que este problema puede atribuirse a las barreras económicas de mujeres sin Seguro Integral de salud (SIS) a la falta de sensibilidad y aceptación cultural en los establecimientos de salud, como el respeto por las costumbres tradicionales en la atención, provocan, demoras en la decisión de buscar ayuda (85). Por lo tanto es necesario que los gobiernos de los países y los asociados en materia de desarrollo formulen compromisos políticos concretos y realicen inversiones financieras para cumplir las metas y llevar a cabo las estrategias destinadas a poner fin a la muerte materna prevenible, que es un imperativo desde la perspectiva de los derechos humanos (86).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) incluye el empoderamiento, la participación, la no discriminación, la transparencia, la sostenibilidad, la rendición de cuentas y la asistencia internacional como principios fundamentales para abordar la mortalidad y morbilidad maternas a través de un enfoque basado en los derechos humanos. Mejorar la condición jurídica y social de la mujer, garantizando los derechos de salud sexual y reproductiva, prestando atención al

problema de los abortos peligrosos. Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el seguimiento y la evaluación son elementos necesarios de un marco estratégico basado en los derechos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas (87).

En la región Cajamarca en el 2015, se han registrado 32 muertes maternas que muestran causas médicas objetivas, según el Informe proporcionado por el área de prevención de muertes maternas de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca. En el Hospital Regional de Cajamarca ocurrieron 10 MM pero, qué pasa con aquellas mujeres que fallecieron por falta de atención, o por una referencia no oportuna, esto es un problema en nuestra región, lo cual es importante para los derechos humanos (88).

2.2.2.2. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna

En cuanto a la salud materna se terminó la fecha límite de 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), pero el nivel de mortalidad materna prevenible sigue siendo un problema pendiente de resolver y uno de los desafíos más cruciales en todo el mundo pese a los significativos progresos realizados en el último decenio. Aunque las muertes maternas en todo el mundo han disminuido un 45% las mujeres siguen muriendo cada día por causas en gran medida prevenibles antes, durante y después del parto. Estas muertes se registran de forma desigual. El 99% de las defunciones maternas prevenibles ocurren en países de ingresos bajos y medianos (89). En los países, el riesgo de fallecer es desproporcionadamente más elevado entre los segmentos más vulnerables de la sociedad. Para que los progresos continúen y se aceleren, la salud, el bienestar y la supervivencia de la madre deben seguir siendo un objetivo central y una prioridad en materia de inversión en el marco del desarrollo sostenible posterior a 2015, y se ha de poner énfasis en la reducción de las desigualdades y la discriminación. Los esfuerzos por reducir la mortalidad y la morbilidad maternas deben ir acompañados de mejoras en la asistencia que se presta a mujeres y niños durante todo el ciclo vital, incluidos los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y la supervivencia neonatal e infantil. Es hora de movilizar voluntades a nivel mundial y nacional para poner fin a la mortalidad materna prevenible. Los análisis indican que podemos alcanzar «una amplia convergencia» si, realizando esfuerzos concertados, logramos eliminar las grandes desigualdades actuales en este ámbito y reducir los elevados niveles de mortalidad materna en todo el mundo (tanto en los países como a nivel internacional) hasta alcanzar

las tasas que actualmente se registran en los países de ingresos medios con mejores resultados en esta esfera (90). Esto supondría un gran avance hacia la equidad mundial y reflejaría la voluntad compartida de establecer un marco de derechos humanos para la salud. Para que los programas de salud materna sean altamente eficaces hay que concienciarse de que el panorama epidemiológico está cambiando: las principales causas de muerte materna están variando y las tasas de mortalidad materna están disminuyendo, fenómeno conocido como «transición obstétrica» (90). En las estrategias para reducir la mortalidad materna se deben tener en cuenta las pautas cambiantes de la fertilidad y las causas de muerte. La capacidad de contabilizar todas las muertes maternas y neonatales es esencial para entender las causas inmediatas y subyacentes de estas muertes y diseñar intervenciones programáticas basadas en datos probatorios y específicos para cada contexto con el fin de evitar más muertes. Las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible se basan en un enfoque de la salud de la madre y del recién nacido basado en los derechos humanos y están centradas en la eliminación de las considerables desigualdades persistentes a nivel nacional e internacional que conllevan disparidades en el acceso a la atención sanitaria y en su calidad y resultados. Es necesario que los gobiernos de los países y los asociados en materia de desarrollo formulen compromisos políticos concretos y realicen inversiones financieras para cumplir las metas y llevar a cabo las estrategias destinadas a poner fin a la maternidad materna prevenible, que es un imperativo desde la perspectiva de los derechos humanos.

2.2.2.3. Avances y Logros en la Salud Materna

En los últimos años, el Ministerio de Salud ha mejorado la oferta integral de servicios y diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, ha desarrollado estrategias para reducir las barreras de acceso, económica y cultural de las gestantes a los servicios de salud, lo que ha permitido reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, refieren que nuestro país está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna (91).

La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, lo que representa un descenso de 10% en éste índice (92). Esto responde al esfuerzo técnico y presupuestal del estado peruano para mejorar la atención de la madre y el recién nacido

con una mejor oferta de servicios, una respuesta oportuna a los diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva; así como a la asignación de importantes recursos para la implementación de planes y programas. En este sentido, la atención prenatal se incrementó entre los años 2009 y 2014 de 94,3% a 96,9%, respectivamente, mostrando un incremento importante en la zona rural de 87,1% a 91,9%, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (93).

El parto institucional también se incrementó de 81.3% en 2009, 88% en el 2013, a 89.2% en el 2014, y notoriamente en la zona rural de 57,6% a 72% en los mismos periodos (93). Cifras que indica que se ha mejorado el acceso a los servicios de salud con la implementación de estrategias como el mejoramiento de la capacidad resolutive, la adecuación cultural de los servicios de salud, atención del parto vertical con adecuación cultural, las casas de espera materna y el seguro integral de salud. Estas mejoras en los indicadores relacionados a la salud materna e infantil obedecen, entre otros, a la disminución de las barreras económicas, gracias a la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), y el plan bienvenidos dirigida a la población más vulnerable, JUNTOS, FED, Convenio Belga entre otros que favorece la salud materna,

El presupuesto asignado al Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN) también se incrementó de un millón 35 nuevos soles en el año 2011 a un millón 735 mil nuevos soles en el 2014, es decir un 67,7% de incremento (62).

Este presupuesto está destinado a financiar el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 que contempla la universalización del SIS para mujeres gestantes y recién nacidos, la prevención del embarazo no planificado y mejorar la APN (76). La mortalidad materna en el Perú es de 93 x 100 mil nacidos vivos y según proyecciones al año 2015 el país debería presentar una mortalidad cercana a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecida en 66 x 100 mil nacidos vivos (94). En cuanto a la demanda de atenciones de Planificación Familiar, el Perú presentó un crecimiento entre 1992 al 2013, el uso de anticonceptivos aumentó al 75.5 %. La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres en edad fértil de 41.3% en 1992 a 51.8% en el 2013 (5).

2.2.2.4. Salud materna, problema de salud e intervención institucional

Este problema muestra contrastes importantes, pues la OMS refiere que una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene de 100 a 200 veces más riesgo de morir, que una mujer en un país desarrollado (95). Es por ello que la mortalidad materna es un problema de salud pública (96, 97, 15), que se relaciona con el nivel de desarrollo de los países y con la importancia que se le da a la mujer en la sociedad, pero que con el reconocimiento del problema, con voluntad política y compromiso de los diferentes entes involucrados se puede tratar y así disminuir la razón de muertes y toda la tragedia que cada muerte representa (98); ya que es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva.

A pesar del impacto que causan los porcentajes en que se reducen las muertes maternas, detrás de cada una de ellas se esconde la historia de vida de miles de mujeres. Por lo que es indispensable transmitir a toda la estructura de salud una filosofía de trabajo fundada en valores éticos y sociales; además de ponderar el trabajo de todo el personal de salud como una actividad eminentemente humana, con prioridad en las pacientes con una vulnerabilidad específica del proceso reproductivo; se requiere una modernización y actualización de intervenciones con mayor pertinencia social y acorde con los estilos de vida (99).

Sin embargo son las políticas públicas las que den respuesta a problemas públicos como éste y el lugar natural para diseñar las estrategias para atenderlos; pues las personas demandan un sistema de salud más eficiente y sobre todo, más humano, con estándares de calidad acordes con el trabajo que se realiza que es atender a seres humanos (99). Por ende, el análisis de la mortalidad, además de un ejercicio histórico, se ha convertido en un instrumento de vigilancia epidemiológica y de evaluación oportuna de los programas de salud.

Así mismo, el Estado Peruano como parte de su compromiso con los ODM en la reducción de la mortalidad materna, está obligado legítimamente a reducir la tasa de mortalidad materna a 66 x 100,000 nacidos vivos para el año 2015, por lo que el Ministerio de Salud (MINSA) ha desarrollado el Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna, sin embargo este plan no obliga a los gobiernos

regionales, y aunado a esto, no se tiene fondos suficientes para formular o implementar un plan de promoción sostenible (3).

Además que el Ministerio de Salud del Perú permanentemente viene desarrollando diferentes actividades para contribuir en el logro de tales metas. En parte de estos esfuerzos han surgido propuestas plasmadas en guías, una de éstas es la Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, que es consultada por todo el personal profesional y técnico que labora en los servicios de salud del país, poniendo de esta manera al alcance de la población la posibilidad de acceder a una atención oportuna, de calidad y adecuada para afrontar las emergencias obstétricas en los diferentes niveles de atención (100). Esta guía facilita al personal de los servicios de salud el manejo clínico de las emergencias obstétricas, ya que describe los procesos de atención a desarrollarse.

2.2.2.5. Pobreza y mortalidad materna

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad y la exclusión social. Más de medio millón de muertes maternas se producen anualmente en el mundo. El 99% sucede en los países en desarrollo y en estos países es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres (8). Vivir en condiciones de pobreza limita a las mujeres el acceso a los recursos económicos, sociales y a la educación básica y a la atención en salud. De ese modo, disminuye su capacidad de tomar decisiones informadas en salud y nutrición. La mortalidad materna expresa, además, la inequidad de género para la toma de decisiones, para los derechos fundamentales y los servicios de salud.

La mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres, excluidas de los servicios de educación y salud, quienes carecen de poder para decidir aún en el seno de sus propias familias. Detrás de estas muertes se oculta la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres (101). Por lo menos la cuarta parte de hogares con varones como jefes de familia, las mujeres aportan con más de la mitad de los ingresos (102). La muerte de esa mujer profundiza la pobreza familiar, es aún peor cuando la mujer que muere es cabeza de familia. En Perú esto sucede en 20% de hogares (93).

El costo social de la mortalidad materna se expresa en la consecuente desorganización familiar. Los niños ven incrementarse el riesgo del abandono, con sus consecuencias de desnutrición y deficiente educación. Los niños de un hogar que pierde a su madre se profundizan en el círculo vicioso de la pobreza. Más aun, se ha descrito que sólo uno de cada diez recién nacidos que perdieron a su madre alcanza a cumplir su primer año.

Existen varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales influyen en el estado de salud, con el fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos tipos de determinantes y definir puntos de entrada para generar estrategias. La OMS considera que la pobreza es la principal causa de enfermedades y que las desigualdades socioeconómicas son los factores que explican mejor las diferencias de salud dentro de una misma sociedad (7).

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Determinantes sociales de la salud

Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (48).

2.3.2. Inequidad en salud

Nos referimos a la ausencia de diferencias en salud injusta y evitable entre grupos poblacionales definidos socialmente, económica, demográficamente o geográficamente. Implica una dimensión ética (88).

2.3.3. Desigualdad en salud

Se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado y entre países que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen. Es decir es la falta de igualdad, oportunidad tratamiento, recursos, posición económica. (15, 88).

2.3.4. Muerte materna

Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo, parto o su atención (83).

2.3.5. Tasa de Mortalidad materna

Número de muertes maternas por 100,000 mujeres en edad reproductiva definida como de 15 a 49 años. Mide el riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio (3).

2.3.6. Razón de mortalidad materna

Esta formulada como el cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100,000 nacidos vivos. Expresa el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (3).

2.3.7. Muerte materna directa.

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultan de cualquiera de los hechos mencionados (64).

2.3.8. Muerte materna indirecta:

Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente de una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio, que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo (64).

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	
VARIABLE 1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Son las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen y que están relacionadas con los aspectos socioeconómicos, conductuales, psicosociales, ambientales y biológicos (86).	Determinantes estructurales	Determinantes - Sociales	Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria superior	Ordinal	
			Ocupación	Ama de casa Trabajo eventual Estudiante	Nominal	
		- Económicos	Ingreso económico familiar	Menor o = al MV Mayor al MV	Ordinal	
	Determinantes intermedios	Circunstancias materiales		Lugar de residencia	Rural Urbana	Nominal
				Agua Luz Desagüe	Sí, No Sí, No Sí, No	Nominal
				Tenencia de la vivienda	Propia, Alquilada Familiar	Nominal
		Biológicos		Edad	< a 19 a. De 20- 35 años > de 35 años	Intervalo
				Momento del fallecimiento	Embarazo Parto Puerperio	Nominal
				Vía de terminación del embarazo	Aborto Vaginal Cesárea	Nominal
				Uso de método PF	Sí No	Nominal
				Periodo intergenesico	< 2 años > 2 años	Nominal
		Sistema de salud		Número de APN	No controlada - Ninguno - De 1 a 5. Controlada - > de 6	Intervalo
				Seguro integral de Salud	Sí No	Nominal
				Paciente referido	Sí No	Nominal
				Tiempo de llegada al establecimiento	Menos de 1 hora De 2 a 5 horas De 6 a 10 horas	Intervalo
		VARIABLE 2 MUERTE MATERNA: Es la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación. (63)			Tipo de muerte materna	Directa Indirecta

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Ámbito de estudio y ubicación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Cajamarca (HRC), el cual es una institución referencial de mayor complejidad de la Región Cajamarca de categoría II-2 que brinda atención sanitaria integral, especializada y desarrolla actividades de prevención, recuperación y de rehabilitación, así como docencia e investigación; dispone con todas las especialidades, facilitando el acceso sobre todo a la población de bajos recursos económicos de la provincia del departamento de Cajamarca.

El HRC no tiene población asignada. Se atiende a población referida de las 13 provincias del Departamento de Cajamarca, lo que equivale a una población referencial o población objetivo de 1,529, 755 habitantes. En los últimos años, en la Región Cajamarca se han presentado diversos cambios demográficos, epidemiológicos, nutricionales y sociales los cuales vienen repercutiendo en el estado de salud de la Región, cambios que se evidencian al realizar cada año el Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

El HRC se encuentra ubicado en la ciudad de Cajamarca, en la región Quechua, a 2.720 msnm, en la vertiente oriental de la Cordillera de los Andes. Se extiende en la parte noroeste del valle de Cajamarca que forman los ríos Mashcón y Chonta, en las faldas de los cerros Cumbe, Shilcona y Cajamarcorco (10).

3.2. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación es no experimental, de tipo epidemiológico de tendencia histórica y según su secuencia temporal es longitudinal.

3.3. Población y muestra

El presente trabajo de investigación estuvo constituido por 42 muertes maternas directas e indirectas, ocurridas en el Hospital Regional de Cajamarca durante los años 2010 – 2015.

3.4. Unidad de análisis y unidades de observación

3.4.1. Unidad de análisis.

La historia clínica de la muerte materna registrada en el Hospital Regional de Cajamarca durante los años 2010 – 2015.

3.4.2. Unidad de observación.

Constituidas por cada muerte materna, la historia clínica, ficha epidemiológica, carnet perinatal, actas de reunión del comité de mortalidad materna cuando se produce una muerte materna.

3.5. La población objetivo cumplió los siguientes criterios

3.5.1. Criterios de inclusión:

Muertes maternas ocurridas por causas directas e indirectas, en el Hospital Regional de Cajamarca 2010-2015.

3.5.2. Criterios de exclusión:

Muertes maternas ocurridas por causas incidentales, (las causadas por accidentes de tránsito u otra causa que no sean las causas de las directas e indirectas.

3.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Procedimiento

En una primera fase del estudio se solicitó el permiso a la Dirección del Hospital, oficina de Estadística y oficina de Epidemiología y archivo de historias clínicas para poder acceder a las Historias clínicas y fichas epidemiológicas de las muertes maternas.

En la segunda fase del estudio se procedió al **recojo de la información**, empleando como instrumento la ficha de recolección, (Anexo 1) el mismo que fue elaborado por la tesista sobre la base de los Determinantes Sociales de la salud, destinado a recolectar información de las muertes maternas de las historias clínicas, carnet perinatal y ficha epidemiológica, obteniéndose de esta manera todas las variables para el estudio. Asimismo para calcular la razón de muerte materna fue necesario obtener información de la oficina de estadística del Hospital Regional de Cajamarca, datos referentes al número de nacidos vivos por año desde el 2010 al 2015.

La ficha de recolección de datos consta de 3 partes; la primera orientada a identificar las causas y tipo de muerte materna. La segunda referida a los determinantes estructurales: socioeconómicos; la tercera sobre los determinantes intermedios: circunstancias materiales, biológicos, sistemas de salud.

3.6.2. Técnica.

La técnica utilizada fue la revisión documental de los siguientes documentos.

- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Ficha epidemiológica
- Actas de reunión del comité de mortalidad materna

3.6.3. Instrumento

3.6.3.1, ficha de recolección de datos

Consta de las siguientes partes relacionadas a recolectar información sobre las variables en estudio.

1- Datos generales: tipo y causa de muerte materna.

2- Determinantes estructurales:

Socioeconómicos: grado de instrucción, ocupación, Ingreso económico familiar.

3- Determinantes intermedios

Circunstancias materiales: lugar de residencia, tenencia de la vivienda, servicios básicos,

Biologicos: edad materna, momento del fallecimiento, vía de terminación del embarazo, uso de planificación familiar, periodo intergenésico.

Sistema de Salud: número atenciones prenatales, Seguro Integral de Salud referencia. Tiempo de llegada al hospital.

3.7. Confiabilidad e instrumento

Se aplicó la ficha a 10 historias clínicas de MM ocurridas en el 2010-2011, en el Hospital Regional de Cajamarca. El instrumento fue sometido a una prueba de validez de contenido; para ello se contó con el criterio de cinco expertos y se aplicó el coeficiente de V de Aiken, el cual toma en cuenta el contenido, la estructura interna, la relación con otras variables, proceso de respuesta y consecuencias de la aplicación. Dio como resultado que el contenido de la encuesta es válida con $>$ de 0.70. (Anexo 2).

Coeficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{(n(C-1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria

n= Numero de jueces= 5 jueces

C= Número de valores = 3 (A,R,M)

Coeficiente V-AIKEN > 0.70 es valido

3.8. Procedimiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del programa IBM SPSS V.21 y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples, frecuencias absolutas y relativas, para el análisis estadístico respectivo.

3.8.2. Análisis de datos

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva: consistió en describir los resultados de los determinantes sociales de las muertes maternas, en base a las estadísticas obtenidas en el proceso, comparando con las teorías y antecedentes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Determinantes estructurales.

a. Determinantes estructurales sociales y económicos.

Tabla 1. Muertes maternas según determinantes estructurales: socioeconómicos. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015

Determinantes estructurales	N°	%	IC:95%
Grado de instrucción			
Sin instrucción	9	21.4	(11.4 - 31.4)
Primaria	24	57.2	(45.2 - 69.2)
Secundaria	8	19.1	(9.5 - 28.7)
Superior técnico	1	2.4	(0.0 - 6.1)
Ocupación			
Ama de casa	25	59.5	(47.6 - 71.4)
Trabajo eventual	10	23.8	(13.4 - 43.2)
Trabajo estable	4	9.5	(2.4 - 16.6)
Estudiante	3	7.1	(0.9 - 13.3)
Ingreso económico familiar			
< o = al MV	32	76.2	(65.8 - 86.6)
> al MV	10	23.8	(13.4 - 34.2)
Total	42	100.0	

Fuente: Fuente: Historia clínica y reporte de la oficina de epidemiología. H.R.C. 2010- 2015

La presente tabla muestra los determinantes estructurales socioeconómicos de las muertes maternas, donde se observa que la mayoría de pacientes fallecidas tuvieron nivel de instrucción primaria con el 57.2%, sin nivel educativo 21.4%, secundaria 19.1% y solamente el 2.4% con estudio superior técnico.

Referencia a la ocupación se tiene que más de la mitad se dedicó a los quehaceres del hogar con el 59.5%, seguido de trabajo eventual 23,8%, trabajo estable 9,5% y estudiante en un 7.1%. Con referencia al ingreso económico familiar, se observa que el 76.2% vivían con menos o igual a un mínimo vital, mientras que el 23.8% entre 1 y 2 MV.

4.2. Determinantes intermedios.

a. Circunstancias materiales

Tabla 2. Muertes maternas según circunstancias materiales. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015.

Circunstancias materiales	N°	%	IC:95%
Lugar de residencia			
Urbana	14	33.3	(21.8 - 44.8)
Rural	28	66.7	(55.2 - 78.2)
Tenencia de la vivienda			
Propia	22	52.4	(40.3 - 64.5)
Alquilada	14	33.3	(21.8 - 44.8)
Familiar	6	14.3	(5.8 - 22.8)
Saneamiento básico			
Vivienda con agua			
Si	29	69.0	(57.8 - 80.2)
No	13	31.0	(19.8 - 42.2)
Vivienda con luz			
Si	28	66.7	(55.2 - 78.2)
No	14	33.3	(21.8 - 44.8)
Vivienda con desagüe			
Si	19	45.2	(33.1 - 57.3)
No	23	54.8	(42.7 - 66.9)
Total	42	100.0	

Fuente: Fuente: Historia clínica y reporte de la oficina de epidemiología. H.R.C. 2010- 2015

En la presente tabla se observa los determinantes intermedios: circunstancias materiales que la mayoría procedían de la zona rural con el 66,7%, mientras que el 33,3% son de la zona urbana. En cuanto a la tenencia de la vivienda tuvieron propia 52,4%, mientras que el 33,3% vivían en casa alquilada y el 14,3% en vivienda familiar. Con respecto al saneamiento básico, las viviendas de las pacientes fallecidas se caracterizaron por poseer en el 69.0% servicios de agua, luz 66.7%; sin embargo un importante 54,8% no contaron con servicios de desagüe.

b. Biológicos.

Tabla 3. Muertes maternas según determinantes intermedios biológicos. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015

Biológicos	N°	%	IC:95%
Edad			
< a 19	5	11.9	(4.0 - 19.8)
20 a 34	27	64.3	(52.7 - 75.9)
>35	10	23.8	(13.4 - 34.2)
Momento del fallecimiento			
Embarazo	2	4.8	(2.4 - 16.6)
Parto	3	7.1	(0.0 - 6.1)
Puerperio	37	88.1	(80.2 - 96.0)
Método de PPF			
Si	15	35.7	(24.1 - 47.3)
No	27	64.3	(52.7 - 75.9)
Periodo intergenésico			
< a 2 años	28	66.7	(55.2 - 78.2)
> a 2 años	14	33.3	(21.8 - 44.8)
Termino de la gestación			
Aborto	2	4.8	(0.0 - 10.0)
Vaginal	8	19.0	(9.5 - 28.5)
Cesárea	32	76.2	(65.8 - 86.6)
Total	42	100.0	

Fuente: Fuente: Historia clínica y reporte de la oficina de epidemiología. H.R.C.

2010- 2015

En la presente tabla se observa a los determinantes intermedios biológicos, la distribución por grupos de edad se muestra que el 35.7% se encontraron en edades extremas y de gran riesgo obstétrico es decir las mayores de 35 y menores de 19 años (23.8% y 11.9% respectivamente), mientras que 64.3% correspondieron al grupo de 20 a 34 años en mayor porcentaje. En relación al momento del fallecimiento el 88.1% fallecieron durante el puerperio, 9.5% el embarazo y finalmente en el parto en el 2.3%. Con referencia al uso de un método de planificación familiar tenemos que 64.3 no uso ningún método anticonceptivo, y el 35.7% si utilizo método de PF. El periodo intergenesico fue menor a 2 años con el 66,7% de los casos mientras que con el 35.7% fue mayor de 2 años. Finalmente la vía de terminación del embarazo fue por la vía cesárea con un 76,2%, vía vaginal 19,0% y terminaron en aborto el 4,8%.

c. Sistema de Salud.

Tabla 4. Muertes maternas directas según sistema de salud. Hospital. Regional de Cajamarca 2010 – 2015.

Sistema de Salud	N°	%	IC:95%
Numero de APN			
Ningún	12	28.6	(17.6 - 39.6)
1 a 5	23	54.8	(42.7 - 66.9)
> 6	7	16.7	(7.6 - 25.8)
SIS			
Si	34	81.0	(71.5 - 90.5)
No	6	14.3	(5.8 - 22.8)
Otro	2	4.8	(0.0 - 10.0)
Referencia			
Sí	28	66.7	(55.2 – 78.2)
No	14	33.3	(21.8 – 44.8)
Tiempo al hospital			
Meno de 1 hora	15	35.7	(24.1 - 47.3)
De 1 a 5 horas	18	42.9	(30.9 - 54.9)
5 a 10 horas	9	21.4	(11.4 - 31.4)
Total	42	100.0	

Fuente: Fuente: Historia clínica y reporte de la oficina de epidemiología. H.R.C. 2010- 2015

En la tabla que antecede se aprecia a los determinantes intermedios referentes al Sistema de Salud de las MM. En relación a la atención prenatal, se observa que el 54,8% tuvo atenciones incompletas es decir entre 1 y 5 APN, mientras que un importante 28,6% no tuvo ninguna APN y solo el 16,7% fueron gestantes controladas es decir atenciones completas. El 80,95% tuvieron seguro integral de salud (SIS), frente al 14,3% que no lo tuvo y el 4,8% tuvieron otro seguro. En cuanto a la referencia de la paciente se aprecia que el 66.7% fueron referidas frente al 33,3% que no lo fueron. Con respecto al tiempo de distancia al hospital se aprecia que de las 42 pacientes, el 42.9% la distancia fue de 2 a 5 horas. 35.7% fue de 1 hora y el 21.4% fue de 6 a 10 horas.

4.2. Tipo y causa de muerte materna

Tabla 5. Tipo y causa de muerte materna ocurridas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015

Tipo de Muerte Materna	Causa de muerte	N°	%	IC: 95%
Directa	Trastornos Hipertensivos	23	54.8	(39.7 - 69.9)
	Hemorragias	4	9.5	(2.4 - 16.6)
	Shock séptico	6	14.3	(5.8 - 22.8)
	Total	33	78.6	
Indirecta	Pioderma gangrenosa	1	2.4	(0.0 - 6.1)
	Tirotoxicosis	1	2.4	(0.0 - 6.1)
	Influenza	1	2.4	(0.0 - 6.1)
	Cardiopatía	2	4.8	(0.0 - 10.0)
	Tuberculosis	2	4.8	(0.0 - 10.0)
	Post transfusión	1	2.4	(0.0 - 6.1)
	Neumonía atípica	1	2.4	(0.0 - 6.1)
Total		9	21.4	

Fuente: Historia clínica y reporte de la oficina de epidemiología. H.R.C. 2010- 2015

En la tabla 2 tenemos que del 100% de las causas de muerte materna directa, la primera causa fueron los Trastornos hipertensivos del embarazo: Pre eclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp con el 54.8%; seguida del Shock Séptico: abortos infectado, endometritis con 14.3%; hemorragias: Shock hipovolémico con el 9.5%. Del 100 % de las muertes indirectas, hubo 2 muertes por cardiopatía y 2 muertes por tuberculosis con un 4,8% respectivamente, seguida de la pioderma gangrenosa, tirotoxicosis, la influenza, post transfusión y neumonía atípica con el 2,4% respectivamente.

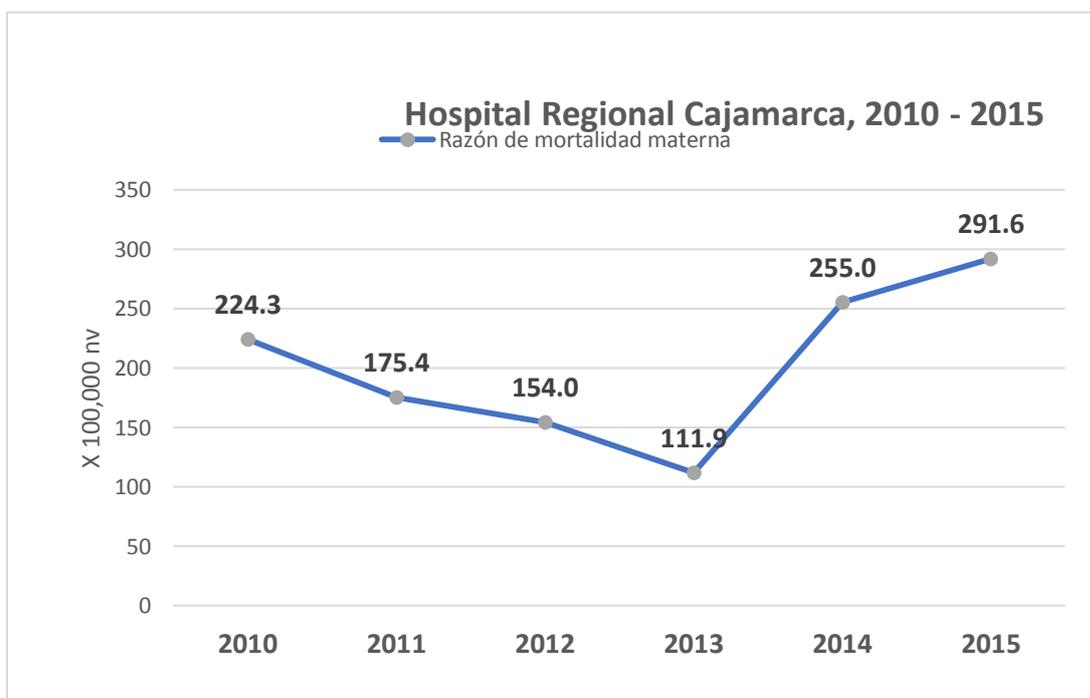
4.3. Razón de muerte materna

Tabla 6. Razón de muertes maternas según años de ocurrencia. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2015

Año	Muertes Maternas	Número de recién nacidos	Razón de muerte materna
2010	8	3567	224.3
2011	6	3420	175.4
2012	5	3246	154.0
2013	4	3574	111.9
2014	9	3529	255.0
2015	10	3429	291.6
Total	42	20765	00

Fuente: Historia clínica y reporte de la oficina de epidemiología. H.R.C. 2010- 2015

En la presente tabla se muestran la razón de mortalidad materna por año durante 6 años que comprendió el estudio. Se observa mayor ocurrencia en el año 2015 con una razón de 291.6, seguido en el 2014 con 255, en el 2010 fue de 224.3 en el 2012 con 154.0 y finalmente con menor ocurrencia en el 2013 con una razón de 111.9 por 100.000 nacidos vivos respectivamente.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Los determinantes sociales de la salud forman parte del contexto explicativo de la muerte materna en la región y en particular en el Hospital Regional de Cajamarca, en tanto estos determinantes no sean abordados con políticas macroeconómicas, sociales y públicas asimismo con estrategias innovadoras, creativas en el marco de un trabajo mutisectorial desarrollado principalmente en el escenario local, persistirá la situación de la muerte materna en la región afectando los logros alcanzados, y creando más inequidad e injusticia social. El Estado ha asumido varios compromisos respecto a la reducción de la mortalidad materna y al logro de una maternidad saludable, sin embargo no se reflejan los resultados esperados.

En la primera tabla sobre los determinantes estructurales se reafirma lo señalado por los DSS donde muestra que las condiciones sociales de las madres que llegan y fallecen en el hospital dependen de las condiciones socioeconómicas, factor biológico y finalmente el sistema de salud. Diversos estudios realizados, señalan como una de las principales barreras a la atención de salud, al acceso económico de las mujeres, afectando principalmente a los sectores más pobres. Para atender esta necesidad, desde inicios de los 90, se fueron implementando sistemas de financiamiento público, tales como el Seguro Escolar, Seguro Materno Infantil, Seguro Integral de Salud y actualmente el Plan de Aseguramiento Universal. Como parte del compromiso del Estado, el Ministerio de Economía y Finanzas, ha destinado recursos a través de la gestión por resultado (PPR), FED, priorizando la reducción de la mortalidad materna y neonatal, el mismo que ha sido considerado en el marco de la descentralización.

La multicausalidad de la mortalidad materna, es difícil de afrontar y sobre todo en una región como la nuestra con altos índices de pobreza, analfabetismo, bajo status de la mujer, malnutrición, usos y costumbres inadecuados, vías de comunicación en mal estado, inaccesibilidad geográfica y sistemas de salud con problemas de organización y capacidad de respuesta, aunados al escaso involucramiento de la familia y la comunidad en el cuidado de la gestante y el recién nacido.

Sin embargo, la experiencia demuestra que es posible reducir la mortalidad materna y perinatal, cuando la sociedad en su conjunto reconozca y valore la vida de las mujeres y

recién nacidos, identifique oportunamente los signos de peligro, sepan que hacer y a dónde acudir en caso de complicaciones. Así mismo cuando el sistema de salud fortalezca su capacidad resolutoria y de respuesta oportuna y efectiva.

La OMS manifiesta que las personas con escasa educación presentan tres veces mayor de morir, que aquellas que tienen un nivel educativo alto. Como apreciamos en los resultados, las mujeres que fallecieron tuvieron educación primaria y en algunos casos eran analfabetas situación que no ayuda a la mujer su salud como debiera ser y tomando en cuenta que tienen otras obligaciones. La educación contribuye a las personas de conocimientos y actitudes para solucionar problemas otorgándoles un sentido de control sobre determinadas circunstancias de su vida y en el caso de la salud materna le permite a la mujer reconocer que la maternidad es importante y que no solamente es la reproducción biológica.

Por lo tanto podría decirse que la salud se mejora con el nivel educativo de la madre, lo cual determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social (CUNA MÁS, QALI WARMA, JUNTOS), quienes influyen en la accesibilidad a los servicios de salud. La OMS (2009), señala que la educación y la salud están íntimamente unidas, por lo que la educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer.

Los resultados encontrados son similares a los reportados por Mejía (2011) Aguilar (2012) Vigo R. (2013), Culque Y. (2010) en sus estudios encontraron que el 50%, 33,9%, 43,5%, respectivamente, poseían estudios de primaria o menos (19, 36, 37, 28). Sin embargo difiere con Paredes K. (2016) quien encontró que las pacientes que fallecieron tenían nivel secundario en 69.4% (32). Es importante resaltar que la quinta parte de las muertes maternas no tuvieron ningún nivel de instrucción (21,4%), resultados parcialmente similares con los reportados por Silberman (2013) (24).

No hay trabajos que nos contradigan sobre la ocupación, los datos son contundentes. Ser ama de casa no es tarea fácil, es más entraña graves riesgos, tanto físicos como psíquicos. Uno de los determinantes en Cajamarca es ser ama de casa, donde el objetivo es la producción de bienes y servicios que satisfacen las necesidades de los miembros de

familia y sobre todo si se trata de pacientes procedentes de la zona rural, donde el trabajo es más arduo y pesado donde no solo tiene que cumplir con la labor doméstica sino también con labores agrícolas y comunitarias propias de su comunidad, es decir cumplir con múltiples roles agregado a esto el rol reproductivo que poco a poco va a ir deteriorando su salud.

De otro lado tenemos a las madres con trabajos eventuales, con sobre carga de trabajo y en la mayoría de casos mal remunerados, lo que conlleva a la discriminación y desigualdad, lo señalado anteriormente lo confirma la OPS y OMS 2012 quienes señalan que en la economía actual, determinados grupos están más desfavorecidos que otros. Asimismo Arcos 2011 señala que la salud reproductiva y mental se deteriora cuando las mujeres tienen empleos precarios o no los poseen, llevando a situaciones de inequidad respecto a la mujer, que siendo el ser fundamental que promueve situaciones de mejora de la calidad de vida al interior de la familia, se encuentra rezagada, tanto en la educación como en el profesionalismo, como en lo laboral, constituyendo determinantes importantes del estado de salud negativo durante el embarazo (20). En el estudio se encontró que la mayoría (59,52%), es ama de casa, resultados que guardan cierto grado de similitud con los reportados Culque Y. (2010), Aguilar R. (2010), Mejía (2011), MINSA (2015) 94,1%, 88,1%, 68,3% respectivamente (28, 36, 19, 92).

La pobreza es un factor de alto riesgo claramente determinado en la MM. Las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos tienen menos probabilidad que las de estratos altos de gozar de buena salud, de oportunidades de educación, de buscar y recibir atención médica. Como la mayoría de las madres fallecidas tuvieron grado de instrucción deficientes, amas de casa, convivientes y con ingreso económico familiar menor a un mínimo vital debido a que sus esposos en su mayoría son pequeños agricultores, trabajadores agrícolas con poca o sin tierra, trabajan en otros empleos rurales o urbanos mal pagados, desempleados y subempleados rurales y urbanos son todos víctimas del círculo de la pobreza. Estos son algunos de los indicadores que explican la vulnerabilidad este grupo de madres fallecidas, exponiendo a la familia a mayores situaciones de riesgo o profundizar su pobreza.

La mayoría de las mujeres que enferman gravemente o fallecen en gestación o por causas relacionadas con el embarazo, estas están anémicas, desnutridas, porque carecen de una dieta adecuada y equilibrada. Los bajos factores socioeconómicos el hecho de vivir en zona rural, desempleo, pobre higiene y no disponibilidad de cuidados prenatales tiene una alta influencia en la MM (18). Se ha comprobado la influencia de determinantes sociales de la salud y las condiciones de pobreza de las mujeres se constituyen en estresores que generan sensaciones de desesperanza, frustración, pérdida de control, traducándose en síntomas de depresión que llevan al descuido de su salud (40).

Respecto al ingreso económico familiar la mayoría vivieron con uno o igual al mínimo vital y solamente alrededor de la cuarta parte con más del mínimo vital. Los resultados encontrados guardan similitud con los reportados por Gonzales et al. (2014) quien manifiesta que las morbilidades y las muertes maternas en la mayoría son de estrato económico bajo (104).

Por lo tanto los determinantes estructurales como tales, definen el estilo de vida de la población y de la familia como eje central de la estructura poblacional. Hemos visto que éstos provocan la división de las clases sociales pero tal bifurcación, es el resultado de un conjunto de factores que interrelacionados definen cada nivel jerárquico poblacional y por qué no decirlo, deciden la esperanza de vida en un determinado país. Está demostrado que los estudios secundarios completos constituyen la escolaridad mínima que necesita una persona para mejorar sus condiciones de vida (27).

Por lo que se puede señalar que la situación social de las mujeres limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica por lo tanto todo esto da paso a la imposibilidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. La pobreza, las barreras educativas, los servicios de salud, la inestabilidad sociopolítica como expresión de la persistencia de inequidad entre los géneros y la desigualdad económica y social, son factores trascendentales que contribuyen a una mala salud. Con base en esto puede afirmarse que las diferencias en las condiciones en salud derivadas de las desigualdades sociales son evitables, ya que no son diferencias producidas por los individuos.

Por otro lado tenemos las reformas del Estado llevadas a cabo en nuestro país, a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994 y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, el gobierno peruano,

al igual que la mayoría de los países, se comprometió a garantizar el acceso universal a los servicios de SSR para el año 2015. No obstante, en la práctica, los compromisos todavía no se reflejan completamente en la legislación nacional y las políticas y programas en esta materia aún están lejos de alcanzar la meta establecida. Si bien la intensidad de estas modificaciones ha dependido de los contextos económicos y políticos, las tendencias reformistas han pasado por varias etapas que han ido desde la descentralización de los servicios y recursos para la salud, la introducción de la competencia entre instituciones públicas y privadas, la implementación de los subsidios a la demanda y la instauración de formas de financiamiento basadas en esquemas de aseguramiento individual, hasta la introducción de cambios más recientes que buscan devolver centralidad al papel del Estado en la salud y que han puesto de nuevo en la agenda pública la discusión de temas como el derecho a la salud, la universalidad e igualdad en el acceso a los servicios de salud.

Pese a los esfuerzos por elevar la calidad de los servicios de salud, esto no se ha traducido en mejores indicadores de desempeño en temas de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva (SSR). Es así que los casos de muerte materna en el Hospital Regional de Cajamarca, muestran que todavía hay mucho por avanzar en materia de equidad y calidad de la atención (Según tablas 1,2), los resultados del presente estudio muestran que la muerte de una madre se concentra en mujeres pobres, con deficiente nivel de instrucción, amas de casa. Estas cifras ilustran la dimensión del problema en nuestra región.

La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios o intermediarios, los cuales a su vez determinan las desigualdades en salud. Estos factores son las circunstancias materiales a lo que entendemos por las condiciones de vida y de trabajo, estilos de vida. El enfoque de la investigación ubica al lugar de residencia, tenencia de la vivienda y servicios básicos dentro las circunstancias materiales de los determinantes intermedios, los resultados del lugar de la residencia, señala que la gran mayoría de las pacientes fallecidas procedieron de la zona rural. El resultado encontrado coincide con Aguilar (2012); sin embargo Culque (2010) refiere que un buen número vinieron de la zona urbana en 41,2% (28).

La zona de residencia y su nivel socioeconómico se ha asociado al nivel de salud de la población, de manera que puede haber diferencias en las formas de trabajo, de vivir y de

relacionarse de las personas que viven en ella y es determinante del acceso a los recursos, detectándose diferencias entre las poblaciones urbanas y las rurales, entre distintas regiones dentro de cada país, o entre comunidades, lugares de una misma región.

El presente estudio demuestra grandes diferencias, entre pacientes de la zona rural y urbana. La mayoría de las madres fallecidas procedían de la zona rural. Estas madres generalmente vivían en zonas de alta dispersión geográfica, alejadas de los núcleos urbanos, con poco acceso a la educación y salud. Los datos indican que las desigualdades más graves observadas en los niveles de educación por ingresos y por residencia urbana frente a residencia rural dan lugar a un ciclo de pobreza que se perpetúa en sí mismo ya que las familias con menos educación presentan un mayor riesgo de desnutrición infantil y de embarazos entre adolescentes. Por lo que se afirma que la educación también determina la oportunidad de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud (49).

La proximidad a los centros de salud es una preocupación importante en la zona rural en comparación con los residentes urbanos, los rurales tienen que recorrer distancias mayores para llegar a los establecimientos de salud; además de requerir un transporte adecuado entre su comunidad y el centro de salud, los residentes rurales tienen que soportar una carga mayor en lo que respecta a tiempo invertido en salud. En cuanto a las residentes de las zonas urbanas, dado que en los centros se concentran los recursos, su crecimiento sin duda brinda más oportunidades de participación social y política, así como acceso a los medios de comunicación, a la información, a la tecnología y al empleo. Las zonas urbanas también aumentan el acceso del personal de salud a los grupos de población destinatarios y proporcionan a los residentes mayor disponibilidad de servicios de agua potable, saneamiento, educación, establecimientos de salud y transporte, también ofrecen a las mujeres mejores establecimientos educativos y más opciones diversas de trabajo, que pueden ayudarles a romper el ciclo de pobreza.

En la tenencia de la vivienda se muestra que más de la mitad de madres fallecidas tuvieron vivienda propia y en menor porcentaje es familiar es decir propiedades de sus padres, suegro u otro familiar de la paciente y alrededor de la tercera parte alquilado. Los

resultados del estudio guardan cierto grado de similitud con los reportados por Ugaz (2013), que manifiesta que la vivienda al ser una necesidad básica, eleva la calidad de vida de los habitantes (103).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI 2015, reporta que en Cajamarca el 80.2% de la población cuenta con vivienda propia, porcentaje mayor a lo encontrado en el presente trabajo de 52,4% (93). Sin embargo hay un porcentaje significativo 33,3% que aún no accedieron a la tenencia de vivienda que podría relacionarse con la edad en su mayoría fueron jóvenes y a pesar de la unión conyugal aún vivían junto a familiares o alquilaban; provocando el hacinamiento en sus familias.

Con respecto a los servicios básicos se encontró que más del 50% de madres fallecidas en estudio tuvieron servicios de agua, luz, desagüe. Estos resultados coinciden con los reportados por Vigo (2013) quien señala que la mayoría de su población en estudio cuentan con estos servicios (37), sin embargo difieren con lo referido por Aguilar (2012) quien señala que el 66,1% no cuentan con servicio de agua, luz y desagüe (36). La falta de estos servicios básicos y sobre todo el agua segura, es un indicador de pobreza de una comunidad, de una familia, derecho indispensable para tener una vida con dignidad humana y su abastecimiento a los lugares que no cuentan con estos servicios constituye un elemento importante para reducir la pobreza.

Los problemas relacionados con el agua y el saneamiento, está entre las preocupaciones importantes de las poblaciones ya que permite reducir las enfermedades y por ende elevan las condiciones de vida de la mujer y la familia. Las personas de las zonas rurales también tienen una carga de morbilidad diferente a los de las zonas urbanas, ya que están expuestos a distintos factores de riesgo relacionados con la ocupación y su entorno. Por lo que se concluye que las barreras físicas o geográficas, la distancia que separa a las madres y/o pacientes de los servicios de salud son particularmente relevantes, ya que la sola disponibilidad de servicios por sí sola no es suficiente para que las personas acudan a los puntos de atención, aun cuando estos servicios sean gratuitos. Los costos de transporte y tiempos de desplazamiento son determinantes para que se inicie la búsqueda de atención en salud, y ésta puede verse afectada si no existen los medios indispensables para lograrla. El problema de las barreras geográficas no es exclusivo de zonas rurales o marginales, puesto que en áreas urbanas se ha encontrado que la ubicación de los servicios

constituye un elemento fundamental del acceso a la atención a la salud. En cuanto a las barreras socioeconómicas se distinguen aquellas que se derivan del gasto de bolsillo, debido a costos que debe asumir las madres para obtener los servicios, como lo son el pago de cuotas para consulta, medicamentos, pruebas diagnósticas o tratamientos. Incluso, la ponderación de las pérdidas y ganancias en el trabajo constituyen en barreras económicas que son tenidas en cuenta por las madres y que puede postergar la atención a la gestante y finalmente llevarlas a la muerte.

Toda esta problemática se podría revertir con la intervención del Fondo de Estímulo al Desempeño (FED) el cual sus logros serán muy significativos con la participación de las autoridades de salud y la comunidad en general alcanzando los objetivos propuestos y disminuyendo las brechas existentes en los lugares de extrema pobreza.

Son múltiples los determinantes de riesgo biológicos relacionados con la mortalidad materna y que son importantes de destacar entre los más frecuentes y conocidos aparecen la edad donde más de la tercera parte de las muertes se han producido en los extremos de la edad reproductiva. Resultados del presente estudio guarda cierto grado de similitud con los reportados por Arcos y cols. (2011), Culque Y. (2010), 70%, 36,3% (20, 28). Sin embargo son discrepantes con los reportados por Ordaz-Martínez, (2010) quien señala que la mayor parte de casos se ubicó en el rango de 19 a 24 años de edad con 40%, le sigue el grupo entre 25 a 34 años de edad con 36,37%, en el grupo de menores de 19 años (14).

Según el MINSA 2015 se observa que en los últimos siete años, el mayor número de muertes maternas se concentró en el grupo de edad de 30-39 años con el 39.4% y en el grupo de 20 a 29 años se observa una tendencia similar ya que represento en promedio el 38.3% del total de casos en este periodo de tiempo (92).

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. Se requiere considerar cuando una mujer joven se embaraza marca, entre otras cosas el inicio de una responsabilidad económica y social a largo plazo para lo cual estas mujeres cuentan con escasos recursos, lo que, aunando a las limitadas oportunidades laborales, que con el embarazo se limitan más, favorecen un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza,

como se ha evidenciado en algunos estudios, quienes señalan que si una mujer joven se embaraza se origina principalmente condiciones de pobreza y a su vez, tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del embarazo joven, puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por lo que en los contextos de pobreza la maternidad temprana supone la perpetuación de las desventajas socioeconómicas y la inequidad que sufren las mujeres.

Según momento del fallecimiento se encontró que la mayoría se dio en la etapa del puerperio, estos resultados se asemejan con Ordaz y col. (2010), Culque (2010), Delgado R. (2015) quienes manifiestan que las muertes ocurrieron durante el puerperio en 77,6%, 58.8% respectivamente (14, 28, 92). Los resultados del presente estudio demuestran claramente la probabilidad de falta de identificación precoz de los signos de alarma de una parte de la gestante y su familia y de otro lado la falta de organización por parte del personal de los diferentes establecimientos de salud principalmente en el nivel primario de atención. Si bien es cierto la mayoría de pacientes son referidas al Hospital Regional de Cajamarca, estas llegan en condiciones graves o muy graves con compromiso irreversible de su salud, que es poco o nada lo que se puede hacer.

Coincide también con lo manifestado con el Informe de Mortalidad materna en el Perú donde manifiesta que el 46% de los fallecimientos ocurre en el puerperio (105). Y con el informe de MINSA (2015) donde el 63% de las muertes maternas de causa directa e indirecta ocurrió durante el puerperio (92). En cuanto a las pacientes que fallecieron en el embarazo el 7,14%, este resultado difiere con lo reportado por el MINSA (2015) quienes reportan que el 27% fallecen durante la gestación (106). También con lo reportado por Delgado R. (2015) que las pacientes fallecieron en el puerperio en un 90% (33).

Esta situación es clara porque las pacientes embarazadas que llegan al hospital que es de referencia y donde se tiene que salvar la vida de la madre y del feto estas pasan a sala de operaciones o centro obstétricos o unidad de cuidados intensivos (UCI) inmediatamente y es en muchos casos donde se soluciona el caso pero en otros no, porque la complicación fue muy grave.

Una de las estrategias que señala la OMS, OPS, MINSA, para la disminución de la muerte materna es la planificación familiar sin embargo el 64,3% de las muertes producidas en el hospital durante el periodo de estudio, no planificaron su familia. Távara et al. (2011) manifiesta que si se produce un fortalecimiento de las actividades de planificación familiar podemos cumplir con las metas establecidas por los objetivos del milenio en relación al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sin discriminación y reducir aún más la razón de muerte materna (29). En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo en 1994, la PF es reconocida como una estrategia de salud, que bien aplicada puede contribuir al desarrollo de las naciones.

A través de los últimos años se ha podido constatar que los beneficios de la PF no solo están dirigidos a prevenir embarazos no deseados, si no también prevenir abortos inducidos, la muerte materna y mejora la salud infantil, mejora el acceso a la educación de los niños en el mundo, favorece el empoderamiento de las mujeres, no solo en el campo laboral sino también en otras áreas como en lo político y con ello, el concepto de género, contribuye a disminuir la pobreza estimulando el desarrollo económico y el nivel de vida de las personas (29), Gutiérrez M. (2013) A pesar de la evidencia de sus beneficios, aún persisten barreras sociales, culturales, políticas o religiosas que hacen que exista una necesidad insatisfecha en planificación familiar, que no se respete el derecho de las personas a elegir y decidir el número de hijos que desean tener y que impiden el disfrute de una sexualidad sana (31). La OMS afirma que un importante porcentaje de muertes maternas se puede evitar tan solo con la planificación familiar, reduciendo el número de embarazos no deseados y con la coordinación entre las instituciones de salud internacional y nacional para el cumplimiento y generación de proyectos, capacitación del personal de salud e implementación de nuevas tecnologías.

Los Comités de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de la sociedad de Obstetricia y Ginecología, durante los últimos años han tenido afortunadas coincidencias en su compromiso con la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DS y R) de las mujeres de América Latina y en particular del Perú. Sin embargo no se ven reflejados estos avances en las zonas rurales donde a pesar de las actividades que se vienen realizando a nivel nacional, regional y local, con el propósito de contribuir al cumplimiento de los Objetivos del Milenio no se ven resultados positivos pero aún existen brechas a superar en la atención obstétrica y actividades de planificación

familiar, dado que la fecundidad no ha bajado y las mujeres se siguen embarazando en cifras altas, hay un número importante de embarazos no deseados y como consecuencia las cifras de abortos inseguros son alarmantes (29). El objetivo de la anticoncepción es básicamente impedir que se produzca un embarazo, pero, más allá de su definición, el concepto de anticoncepción humana engloba mucho más: es un derecho, un avance en la conquista de nuestra libertad sexual, una forma de poder del cuerpo y de la fertilidad (107).

Con respecto al periodo intergenesico la mayoría de las pacientes que fallecieron, su periodo intergenesico fue menos a 2 años. Al realizar la revisión de diversos trabajos de investigación coinciden en señalar que los intervalos más cortos se asocian con mayor riesgo de mortalidad y que los nacimientos más seguidos le dejan menos oportunidades a la madre para recuperarse del desgaste del embarazo y la lactancia antes de repetir el proceso. Muchas son las publicaciones que muestran en forma consistente que los intervalos inter embarazos cortos se asocian con mayor riesgo de varios resultados perinatales adversos: bajo peso, partos pre términos, peso bajo para la edad gestacional. Recientemente se ha establecido como intervalo optimo 18, 23 meses. Asimismo Cordero y cols. (2011) señala que el periodo intergenesico tiene una connotación importante; un intervalo de embarazos menos de 6 y más de 59 meses, está asociado con mayor riesgo de resultados maternos adversos (18).

La terminación de los embarazos fue principalmente por cesárea, estos resultados difiere con el estudio de Ordaz y col. (2010) quienes manifiestan que las cesáreas solamente fueron en un 29,7% (14). En este caso en la atención a la gestante que llego con una complicación grave la primera opción es practicarle la cesárea de emergencia por la gravedad del caso, sin embargo este procedimiento tampoco evito salvarle la vida. Álvarez et al. (2011) señala que la cesárea es considerada como la intervención quirúrgica más frecuente en el mundo actual, con grandes riesgos para la salud de la madre y del niño y grandes costos a los sistemas nacionales de salud en relación con el parto normal. En Cuba alrededor del 40% de los nacimientos se producen de parto trans abdominal, por lo que no coincide con el estudio. La indicación de la cesárea lleva aparejada un aumento de riesgos de infecciones más frecuentes y graves, como resultado de la agresión que se le hace al organismo materno por causa externa como consecuencia de una mayor

manipulación intrauterina, presencia de necrosis, hematomas y material de sutura, sin embargo este procedimiento es el que salva la vida de la mujer en muchos casos.

Al explicar y analizar las muertes maternas en nuestra región sobre los determinantes intermedios biológicos se intenta dar explicaciones a su ocurrencia, generalmente se encuentran explicaciones biomédicas, con intento de esclarecimientos relacionados con algunos factores de riesgo (edad, gestaciones, paridad, vía de terminación de la gestación, periodo intergenesico entre otros), sin llegar a deducir las causas suficientes de estas patologías obstétricas. La OMS (2009), señala que la atención médica puede prolongar la supervivencia después de algunas enfermedades graves, pero las condiciones sociales y económicas que determinan que las personas se enfermen son más importantes para las ganancias de salud en la población en general (76).

En el estudio se ha considerado entre los determinantes intermedios del sistema de salud a la atención prenatal (APN). La mayoría de madres que fallecieron sus APN fueron incompletas y más de la cuarta parte no la tuvieron. El resultado del estudio guardan cierto grado de similitud con el reportado por Rodríguez Y. (2012), Mejía (2011) quienes llegaron a la conclusión que el 99% y el 77% tuvieron entre cuatro a cinco APN respectivamente (22,19). Los estudios de Gonzales et al (2014), concluyeron que las pacientes fallecidas en su mayoría no tuvieron sus atenciones prenatales completas es decir que están consideradas como no controladas (104). Culque (2010), en su estudio reporta que no tuvieron CPN en un 54,9% y 45% si lo tuvieron lo cual se asemeja al resultado del presente estudio (28).

Al respecto Cáceres (2011), considera que la APN es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto (79). El control prenatal es la única herramienta que crea un espacio para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Según la guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo los objetivos del control prenatal son identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia, los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los

mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo (108).

Marrugo (2015) refiere que a mayor grado de escolaridad, las mujeres más se concientizan sobre la importancia de asistir a las APN y que la posición socioeconómica del hogar influye en el número de APN y de igual forma, la educación de la madre tiene una relación directa con las visitas y la afiliación al seguro de salud, lo que resulta determinantes a la hora de acceder a los servicios (16).

Según el INEI 2014 la APN se ha incrementado entre el año 2000 y 2012 en 15 puntos porcentuales de 82,6% a 98,4% respectivamente. En relación a las gestantes que recibieron 6 o más APN este indicador se ha incrementado a nivel nacional de 50,6% en el año 2000 a 87,3% en el 2013; en la zona rural este incremento ha sido de 29,9% a 82.1% del año 2000 al 2013 (72). Sin embargo en el presente estudio solamente el 16.7% tuvieron más de 6 controles, encontrándose entonces la falta de promoción de salud en los lugares más alejados. Está demostrado que la APN, por sí sola no es suficiente para reducir la MM, porque no siempre pueden predecirse ciertas complicaciones durante el parto y el puerperio, tales como la atonía uterina o la retención de la placenta.

Con respecto al Sistema del Seguro Integral de Salud (SIS), se reporta que la mayoría tuvo SIS, entonces nos preguntamos ¿porque nuestras madres siguen falleciendo?, ¿si casi la totalidad cuentan con seguro?, la investigadora piensa que la salud no solo depende de un seguro social, sino también intervienen otros factores como la ruralidad, distancia para llegar al establecimiento de salud, compra de medicamentos que no cuenta el SIS, estadía de los familiares cuando sus pacientes son referidas, que demanda un costo adicional, además empatía con el personal que la va atender, factores culturales, entre otros. Otro factor determinante es la dispersión poblacional sobre todo en el área rural.

El INEI 2014 reporta que las que tenían acceso al SIS se presentaron mayormente entre las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (81,4%), sin nivel de educación (73,5%); y se encontraron en los departamentos de la Sierra como: Apurímac (78,2%), Huancavelica (75,1%), Amazonas (69,7%), Cajamarca (69,2%) y Ayacucho (65,6%) (72). A pesar del apoyo del estado con sus diferentes programas sociales, sobre todo en los lugares de pobreza y pobreza extrema se percibe que aún son insuficientes ya que la

pobreza sigue siendo la principal barrera a la que se enfrenta nuestra región fuente generadora de estas inequidades.

El Seguro Integral de salud (SIS) se ha convertido a la fecha en la principal fuente de aseguramiento de la población peruana. El acceso a los servicios de salud es una parte importante del derecho de las mujeres a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud. Sin embargo este programa tiene serias deficiencias sin cubrir algunos gastos necesarios para la atención y también se toma en cuenta que en muchos casos hay una gestión ineficiente el cual lleva a no asegurar a las personas que más lo necesitan y esto es evidente en el hospital de estudio, donde hay pacientes que fallecen y no han tenido SIS y esto dificulta los resultados de disminuir las muertes maternas.

La mayoría de las madres fallecidas fueron referidas al hospital (66.6%), sin embargo no fueron oportunas porque fallecieron, probablemente debido a factores sociales, culturales, y porque no decirlo también debidas al sistema de salud: establecimientos de salud cerrados, demora en la atención, personal de salud no capacitado para atender la emergencia obstétrica, entre otros. El sistema de referencias y contra referencia, siendo un elemento esencial de los sistemas de salud, es de importancia en la atención durante el embarazo y el parto, ya que proporciona acceso a una atención obstétrica de urgencia y sirve de apoyo a la APN y el parto en centros de salud. Sin embargo, los patrones de referencia, según lo informan los hospitales de referencia de los países en vías de desarrollo, muestran que el uso real de un sistema de referencias para la atención obstétrica es inversamente proporcional a la evaluación de las necesidades profesionales (109). Algunos factores determinantes conocidos del uso de la atención obstétrica de referencia, son la distancia, los costos, la calidad atribuida a la atención obstétrica, la actitud del personal de salud y su respeto por las necesidades sociales de las mujeres, la etiología atribuida a las complicaciones y las preferencias socioculturales.

Debería darse prioridad a la calidad de la atención obstétrica en el nivel de referencia, sobre todo en el primer nivel, calidad que ha de ser objeto de seguimiento y mejora y de manera conjunta con la sociedad, deberían buscarse soluciones locales para garantizar el traslado siempre que sea precisa una evacuación. Otra estrategia para mejorar las referencias es conversar con el personal de salud, la comunidad con el objeto de

acrecentar la conciencia de las complicaciones y las señales de peligro en el entorno familiar.

El sistema de referencias no debería limitarse a complicaciones relacionadas con la gestación. Sin embargo, la referencia obstétrica ofrece un buen punto de partida para la mejora porque las urgencias maternas comprenden una parte considerable de todas las urgencias, porque la mayoría de las MM se puede evitar mediante una intervención a tiempo. En muchos casos la referencia y la contra referencia de la gestante en riesgo clínico es inadecuada: no hay seguimiento, las pacientes llegan solas a los hospitales o es derivada sin la compañía del personal de salud.

Una de las grandes determinantes para la muerte materna en el Hospital Regional de Cajamarca es las referencias tardías por parte del establecimiento del primer nivel, para disminuir la muerte materna, el MINSA a través de la Dirección de Salud Cajamarca, está realizando capacitaciones en servicio al personal responsable de la salud materna, para lograr el manejo oportuno de las complicaciones producidas durante el embarazo, parto y puerperio, para un adecuado diagnóstico, estabilización y referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad. Se ha designado personal capacitado para que realice el enlace del Hospital a todos los establecimientos de salud o visiversa, tomando en cuenta el diagnóstico de la paciente al momento del alta, para su respectivo seguimiento.

Referente a la distancia para llegar al hospital la mayoría demoraron de 1 a 5 horas y más de la tercera parte demoraron menos de 1 hora, quiere decir que un buen porcentaje de las madres fallecidas vivían cerca, entonces la comunicación de las complicaciones fue tardía o las pacientes no tuvieron conocimiento de los riesgos de su embarazo o fueron pacientes sin APN, porque en este proceso debieron ser informadas de los signos y síntomas de alarma y comunicar o pedir ayuda a tiempo para ser atendidas. En el caso de las barreras físicas o geográficas, la distancia que separa a las madres fallecidas de los servicios de salud es particularmente relevante, ya que la disponibilidad de servicios por sí sola no es suficiente para que las personas acudan a los puntos de atención, aun cuando estos servicios sean gratuitos. Como se señalaba anteriormente a esto se suma los costos de transporte y tiempo de desplazamiento son determinantes para que se inicie la búsqueda

de atención en salud y esta puede verse afectada si no existen los medios indispensables para lograrla.

También es importante mencionar que en Cajamarca tiene problemas de accesibilidad geográfica y esto está relacionado a la ruralidad en el que habita la mujer y la competencia del profesional de salud para la atención de las emergencias obstétricas, por lo que se debe considerar como un determinante importante en la MM, estos son factores que se ubican dentro del sistema de salud. Sin embargo se debe dar mayor importancia en la educación en salud sexual y reproductiva, esta educación es responsabilidad del personal de salud, pero este tiene problemas muy delicados en cuanto a la falta de personal y al alta tasa de rotaciones que hace que ellos desconozcan la realidad del lugar, especialmente en las zonas rurales lo que disminuye la capacidad del sistema de salud, para mantener la disponibilidad de profesionales de la salud y a su vez de una buena atención de calidad en los lugares más necesitados de servicios de salud.

Es una tarea para los gobiernos a través de las políticas públicas y programas de protección social, ya que las MM en muchos casos se debe a la falta de economía para poder acceder a los servicios de salud y si no hay recursos y buena calidad humana de atención, las mujeres no recurren a estos establecimiento y por lo tanto de acuerdo a su cultura y costumbres, utilizan los servicios de las personas empíricas, como las parteras o familiares, quienes no están debidamente capacitadas para resolver estos problemas o complicaciones, esto conlleva a una de las demoras para trasladar a la paciente a tiempo y poder salvar su vida.

Pacientes fallecidas que vivían entre 2 a 5 horas, tiempo largo para poder llegar a tiempo a una atención oportuna, generalmente estas vinieron referencia y con el Seguro Integral de Salud (SIS), pero ya no se pudo hacer nada para salvar su vida. Estos datos tomados de la historia clínica son datos muy subjetivos, porque en muchos casos la realidad es distinta, porque hay otros factores que influyen que la paciente no llegue a tiempo, como pueden ser que el personal no estuvo dispuesto en el momento, no hubo movilidad, o en otros casos debieron de buscarla y sobre esto se suma la parte económica, importante en un momento de emergencia.

En muchos casos estas muertes maternas están muy relacionadas con la inequidad de género porque la última decisión lo tiene el hombre y en el caso del personal de salud se ha visto que falta sensibilización para brindar una atención esmerada y de calidad.

Las pacientes que demoraron en llegar al hospital en más de 5 a 10 horas son las que vinieron de lugares alejados, donde podemos apreciar que la ruta crítica que tiene una mujer con complicaciones en el embarazo hasta su resolución, está compuesta por una serie de barreras y limitaciones que demora la calidad de atención, en los lugares antes de llegar al establecimiento. Tomando en cuenta que las mujeres en casos desconocen los signos de riesgo, demoran en la decisión de pedir ayuda, problemas en el traslado y a esto se suma la mala atención o la falta de profesionales en el lugar donde viven, lo cual amenazan su vida (110).

Las dificultades de comunicación y transporte, son determinantes importantes, configurando una barrera geográfica para el acceso a los servicios de salud. Por otra parte tiene que negociar y pagar el transporte y destinar tiempo de su trabajo para desplazarse al consultorio, lo que podría traducirse en pérdida de salarios o cultivos. En muchos casos los residentes de las comunidades rurales pueden verse obligados a recorrer distancias todavía mayores para resolver problemas de salud más complejos, lo que complica aún más los problemas relacionados con los traslados (111).

A esto se suma otros factores como lo manifiestan diferentes estudios que nos indican el por qué las personas no se acercan a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, mostrándonos como primera causa el costo en el 40.6 %, temor 29.3 %, trato recibido 20.4%, tiempo de espera 14.8 %, vergüenza 10.8% y distancia 8.1% (91). Es por ello que contar con un EE.SS que sea accesible y que cuente con los medios para resolver las emergencias obstétricas, a lo cual la OMS propugna la presencia de Cuidados obstétricos de emergencia (COEm) cerca, esto permitirá la reducción de la muerte materna.

Referente al tipo de MM las que predominaron fueron las obstétricas directas 78.6%; las causas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis y las hemorragias. Estas muertes son consecuencia de las decisiones tardías de las mujeres de la capacidad resolutoria de los centros de salud, permitiendo complicaciones en el embarazo y el puerperio, graves que llevan a la muerte. Los determinantes siempre son los mismos en

todos los países sobre todo en los más pobres donde las mujeres son los grupos vulnerables debido a diferentes riesgos a su salud. Los hallazgos encontrados en el estudio se asemejan a los presentados, Mazza. (2012), Facho (2015), Delgado (2016), Del Carpio (2012), MINSA (2015), con el 57.7%, 70.5%, 86%, 63.4% respectivamente (23, 38, 33, 30, 92) quienes refieren como determinantes los tipos directos obstétricas en las muertes maternas. Sin embargo en el estudio de González y cols. (2010) en México concluye que las muertes directas tienen poca diferencia con las indirectas es decir el 60% frente a 40% respectivamente (15).

Así mismo alrededor de la quinta parte (21,42%), de muertes maternas en este periodo de estudio fueron de tipo obstétricas indirectas, es decir por patologías que no están necesariamente ligadas al estado reproductivo de las mujeres pero que pueden exacerbarse con la gestación, llevar al deterioro de la salud de la madre y posteriormente a un desenlace fatal. Entre ellas se encuentran patologías como la tuberculosis, tirotoxicosis y agudas como la septicemia, influenza, pioderma gangrenosa y otras no especificadas, estas debieron ser detectadas en sus atenciones anteriores es decir en sus controles prenatales pero no fue así porque en algunos casos las mujeres no asisten a estas atenciones, lo cual dificulta su tratamiento e impidiendo su evitabilidad. Los resultados similares son reportados por el MINSA (2015) con el 30% y Facho (2016) con el 29,4% de muertes indirectas (92, 38).

Un determinante importante para la adecuada atención de una gestante están los aspectos culturales, entre ellos tenemos aquellas que no quieren atenderse en lugares donde encuentran profesionales que ellos desconocen, estar lejos de sus familiares, las formas de dar a luz, los maltratos recibidos cuando han tenido experiencias negativas, esto hace que no lleguen a un establecimiento de alto nivel. Entonces es necesario el trabajo en periferie del personal de salud.

En cuanto a las causas de MM la mayor frecuencia está representada por los trastornos hipertensivos del embarazo (Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de hellp) 54,8% seguida de la sepsis puerperal (endometritis, aborto séptico) con el 14,3% y de las hemorragias (atonía uterina, shock hipovolémico, desprendimiento de placenta) con 9,5%. Los resultados son similares con Delgado (2016), Mazza y cols. (2012), Culque Y.

(2010), González y cols. (2010), Facho y cols. (2016), con el 38.1%, 40%, 33.3% y 27% respectivamente (33, 23, 28, 15, 38), donde refieren que las enfermedades hipertensivas son las causas de MM. Difiere con lo reportado por el MINSA (2015), Facho y cols. (2016) quienes reportan que la primera causa de muerte materna, son debidas a las hemorragias obstétricas (92).

Las MM por los trastornos hipertensivos del embarazo demuestran las limitaciones que tiene el modelo biomédico que predomina en nuestra realidad y cómo se manifiestan las inequidades en salud, las mismas que surgen de las condiciones en las que la mujer vive, se desarrolla y envejece y sobre todo, en el contexto social y político en el que se encuentra. Las principales causas de muerte materna entre ellas está la Preeclampsia severa, a Eclampsia y el Síndrome de HELPLL, estas son complicaciones obstétricas de etiología desconocida por lo que requiere atención médica especializada.

La realidad sobre la muerte materna descrito anteriormente nos demuestra la situación en el Hospital Regional de Cajamarca. Para el análisis de los resultados de este estudio se tomó en cuenta el modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la salud creado por la OMS en el 2005, cuyo camino es la reducción de las inequidades y la mejora de los resultados en salud, para los grupos desfavorecidos, como es de las gestantes de pobreza y extrema pobreza. Tomando en cuenta que para salvar la vida de las madres no se necesita solamente de la intervención médica sino también del entorno social. Miles de mujeres en el mundo no tienen por qué morir durante el embarazo, el parto y el puerperio peor si las causas son evitables.

La razón de MM es un indicador utilizado para medir la mortalidad materna, la cual ha sido definida como el número de muertes maternas directas e indirectas sobre el número de recién nacidos en el mismo año por 100 mil nacidos vivos en la misma área geográfica (88); indicador de salud que con más fidelidad expresa la inequidad y la exclusión social. La razón de MM en el Perú por décadas se ubicó entre los tres primeros países con mayor razón de mortalidad materna en América Latina (185 por cada 100 mil nacidos vivos), por lo que este problema de salud pública ha sido considerado como una prioridad en la salud. Sin embargo, en la actualidad, la mortalidad materna en el país ha bajado a 93 por cada 100 mil nacidos vivos, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014 (72), lo que representa un importante descenso.

Al realizar la revisión de la razón de la MM en la región Cajamarca, permitió tener un claro panorama de la situación actual y demostrar una reducción sostenida que al 2010 fue de 157 x 100,00 nacidos vivos (43 MM) y al 2015 fue de 111x 100,000 nacidos vivos, año en el que se tuvo la razón más baja (30 MM) (111). Esta reducción de la razón de mortalidad materna probablemente a que se cuenta con profesionales capacitados, con infraestructuras adecuadas y equipamiento en algunos establecimientos de salud, además de contar con el apoyo de programas y políticas públicas favorables a la salud materna como es el Fondo de estímulo al desempeño (FED), que a través de sus estrategias, brinda servicios integrales y de calidad, en salud y educación, con la finalidad de cerrar brechas existentes en el acceso a estos servicios en los quintiles 1 y 2 de las poblaciones consideradas en el Convenio de Asignación por desempeño (CAD), bajo responsabilidad del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), esta estrategias tiene por objetivo proteger a los niños y niñas desde los 0 a 5 años por lo tanto protege a la madre durante su embarazo, con sus controles, análisis de laboratorio y con el sulfato ferroso y el ácido fólico y esto es muy importante para la salud materna porque contribuye para evitar muerte materna (112).

A sí mismo el SIS el cual constituye un programa que va al aseguramiento universal, con principios de equidad, justicia y universalidad, protegiendo la salud de los peruanos y poblaciones vulnerables, sobre todo en el apoyo económico que es uno de los motivos más importantes, porque es lo que demora en hacer una atención oportuna en los servicios de salud. JUNTOS tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y como propósito generar capital humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema, en un marco de corresponsabilidad hogar – Estado, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud, nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de derechos básicos, así como otras normas técnicas de salud: planificación familiar, salud sexual y reproductiva, salud materno, que contribuyen a mejorar la salud de las personas, pero aún continúan los problemas, donde la pobreza con índices altos donde el analfabetismo ocupa los primeros lugares a nivel nacional. Importante es mencionar que el patrón cultural muy arraigado en las mujeres, sigue influyendo en la toma de decisiones al momento de presentarse una complicación lo que conlleva a que la gestante enferme y finalmente muera.

Sin embargo en el Hospital Regional de Cajamarca la situación fue distinta, hace 6 años (2010) se tuvo una razón de mortalidad materna de 224,27 por cien mil nacidos vivos (8 MM), cifra que llamó la atención de las autoridades regionales, cobrando sentido la situación de la salud materna y su determinación de la mortalidad materna como indicador de impacto regional. Aunque las cifras se redujeron (2013) a 111,92 x 100 mil nacidos vivos (4 MM), esta disminución probablemente se produjo por las políticas del momento y estrategias regionales, como el Seguro integral de salud (SIS), que persigue el acceso universal y el Programa JUNTOS, condicionante económico a cambio de la educación y cuidados en salud materna infantil, se espera que estas políticas disminuyan estos niveles de pobreza y mejoren el acceso a los servicios de salud para mejorar la calidad de vida.

Todo esto puede traducirse en las condiciones sociales en que las madres vivieron y que a la vez reflejaron no solo las limitaciones que tuvo el modelo biomédico predominante, si no que profundamente exterioriza las causas principales de las inequidades en salud, las mismas que surgen de las condiciones en las que la mujer nace, vive, se desarrolla y envejece sobre todo, del contexto social y político en el cual se encuentra subsumida (37).

Coefficientes similares al estudio fueron reportados por el Hospital Nacional Hipólito Únanue (2015), que siendo un hospital de mayor nivel (categoría III-1) con mayor capacidad resolutive y con personal altamente calificado, la mortalidad materna fue de 215 X 100 mil nacidos vivos, siendo un gran problema comparada con las cifras nacionales (113).

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio de investigación, de acuerdo a los objetivos, permitieron arribar a las siguientes conclusiones:

1. Los determinantes sociales de la salud estructurales socioeconómicos que predominaron fueron: tener grado de instrucción en su mayoría, primaria (57.2%), cuya ocupación fue ama de casa (59.5%), y con ingreso económico menos al mínimo vital (76.2%).
2. Los determinantes sociales de la salud intermedios de las muertes maternas que predominaron fueron:
 - Circunstancias materiales: la mayoría procedieron de la zona rural (66.7%), cuya tenencia de la vivienda fue propia (52.4%), con servicios básicos: agua (69%), luz el 66.7% y con el servicio de desagüe (54.8%).
 - Biológicos: las muertes maternas ocurrieron entre los 20 y 35 años (64.3%), no planificó número de hijos (64.3%), el periodo intergenesico fue de menor de dos años (66.7%), el momento del fallecimiento fue en el puerperio (88.1%) y la vía del parto fue por cesárea (76.2%).
 - Sistema de salud: Se consideró pacientes controladas con el (54.8%), y no controladas un (16.7%), con Seguro Integral de Salud (80.1%), el ser referidas al hospital de otros establecimientos de salud represento el (66.7%), demoraron en llegar al hospital de 1 a 5 horas (42.9%), menos de una hora (35.7%), en menor porcentaje de 5 a 10 horas (21.4%).
3. El tipo de muerte materna fue: directas en un 78.6% y la causa principal fue los trastornos hipertensivos del embarazo. Las indirectas en un 21,4% y la causa principal tuberculosis y cardiopatía 4.8%.
4. La Razón de muerte materna más alta en el Hospital Regional de Cajamarca fue en el 2015 con el 291.6 x 100 mil nacidos vivos.

RECOMENDACIONES

Región Cajamarca.

- Comprometer al Gobierno Regional, y gobiernos locales a tener como prioridad y política regional de desarrollo y de salud, la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en el marco de la lucha contra la pobreza.

Al sector salud

- Implementar un sistema de capacitación permanente en salud sexual y reproductiva a todo nivel, para fortalecer las competencias del recurso humano y mejorar la capacidad resolutive y de respuesta de los servicios de salud para la reducción de la mortalidad materna.
- Desarrollar un programa permanente de educación en Salud Integral en el nivel comunitario, que favorezcan una maternidad saludable y segura, dirigido a población general y autoridades locales e institucionales; con énfasis en promoción, prevención y conductas saludables, con enfoque de género, interculturalidad, de derechos y responsabilidades y de no violencia.
- Enfocar sus estrategias a la atención de calidad, y cambiar el enfoque biomédico y tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud e incluirlas dentro de los protocolos como criterios de detección oportuna de las complicaciones obstétricas.
- Las estrategias deben estar dirigidas a la promoción de salud y prevención de enfermedades, tomando en consideración cuales son las principales causas de la morbimortalidad materna y perinatal en nuestra región.

A las universidades

- Que son formadores de profesionales de Salud, que tengan preparación adecuada para enfrentar los retos que se presentan en las comunidades y ser conocedores de la importancia de la atención en salud con enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, considerando el contexto socioeconómico de las mujeres para no terminar en una muerte materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N° 348, noviembre del 2015. [Internet] Acceso 28 de noviembre del 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Citado 12 de Diciembre del 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf
3. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna Perinatal. Perú: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las personas. [Internet] 2009-2015 [Fecha de acceso 13 de setiembre del 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. 2007.
5. Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Citado 12 de Diciembre del 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna. Uruguay: OPS/OMS; 2014.
7. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Institucional 2012-2016. Perú. Pag.2-8. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/pei/2012/PEI2012-2016MINSAReprog.pdf>
8. Guevara E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. **Rev Peru Investig Matern Perinat** 2016; 5(2):7-8.
9. Dirección Regional de Salud. Análisis de la situación de Cajamarca. Oficina Regional de Epidemiología. Cajamarca. 2015.
10. Análisis de la Situación de Salud. Hospital Regional de Cajamarca. Cajamarca; 2015. Disponible en:

<http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/DOCUMENTO%20ASIS%202015%20HRDC.pdf>

11. Organización Panamericana de la Salud: Determinantes e Inequidades en Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional. Recuperado el 15 de marzo del 2016 en:
http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_dogman&task=doc_view&gid=163&Itemid=
12. Determinantes sociales de la salud, la enfermedad e intervenciones. Antonio Ivo de Carvalho Paulo Marchiori Buss)
13. Álvarez L. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2009; 8(17): 69-79 [Consultado 15 noviembre 2015]. Disponible en:
http://www.Rev_gerenc_polít_salud.Javeriana.edu.co/vol8_n_17/estudio_1.pdf
14. Ordaz-Martínez K, Rangel R, Hernández C. Factores de riesgos asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos. México: **Revista Ginecol Obstet Mex**; 2010; 78 (7): 357-364.
15. González R, Ayala I, Cerda J, Cerón M. Mortalidad Materna en el Hospital general de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie durante un periodo de 10 años. Mexico 2010.
16. Marrugo C, Moreno D, Salcedo F, Marrugo V. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. Colombia 2010
17. Girón P. Los determinantes de la salud percibida en España. [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010
18. Cordero M, *González J*. Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión socio económico y de salud relacionado con la mortalidad materna. México: **Rev. Cienc.Biomed** 2011; 2 (1): 77-85
19. Mejía, M. Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. Jalisco, México. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.** 2011; vol.78 (6)
20. Arcos E, Muñoz L, Sánchez X, Vollrath A, La Torre C, Bonattí C, Jauregui J. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. Chile: **Rev. Méd.** 139 (6).

21. Rodríguez I, Alomá J, Sánchez I, Cabrera E, Torres P. Una mirada crítica a como se abordan hoy las causas de las causas. Cuba. 2012.
22. Rodríguez Y, Rodríguez A, Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. **Rev, Mov.cient.** 2012; vol. 6 (1): 132-143
23. Mazza, M, Vallejo C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras **Rev Obstet Ginecol Venez;** 72(4): 233-248, dic. 2012.
24. Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública. México: **Rev. Fac. Med.** 2013, vol.56 (4).
25. Ruiz María, Fernández J, Gómez V, Sánchez M. Relación entre la mortalidad materna y la gobernanza de los países iberoamericanos. *Gaceta Sanitaria.* 2014, España; 28(Especial Congreso): 125
26. Martínez A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. **Rev Panam Salud Pública.** 2014;35(4):264–9
27. Lozano L, Bohórquez A, Zambrano G. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. Colombia. *Rev Univ. Salud.* 2016; 18(2):364-372.
28. Culque Y. Características Epidemiológicas de casos de Muerte Materna en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2000 – 2010. Trujillo, 2010.
29. Távara et al. La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna. Lima. **Revista peruana de ginecología y obstetricia.** 2011; vol. 157 (3).
30. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012. Perú. *med. exp. Salud pública* 2013; vol.30 (3).
31. Gutiérrez M. La Planificación Familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2013; 30(3):465-70.
32. Paredes R. características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa en el período 2000-2015. [Tesis de grado] Universidad de San Martín de Porres, Lima, 2015.
33. Delgado R. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015 [Tesis de grado] Universidad Nacional de San Marcos. Lima, 2015

34. Cavero-Arguedas D, Cruzado de la Vega V, Cuadra-Carrasco G. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017; 34(3):528-37.
35. Medina N. El aborto: perspectivas de género y grupo social. Mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca del MINSA. [Tesis doctoral] Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca; 2010.
36. Aguilar Q. Determinantes Sociales de la Mortalidad Materna en la DISA Cajamarca. 2009-2010. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Cajamarca. 2012.
37. Vigo R. Determinantes sociales de la salud y su relación con la pre eclampsia, Cajamarca- 2012. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Cajamarca. 2013.
38. Facho E, Ruíz I, Arce M. Mortalidad materna en el departamento de Cajamarca durante el periodo 2010-2016, a propósito de la evaluación del Plan Participativo Regional de Salud 2010-2014. *Rev. Perspectiva*. 2016. 17 (4); 501-512
39. Gallo M, Políticas públicas, salud materna y derechos fundamentales Nous, *Revista de Investigación Jurídica de Estudiantes*. 2016; 7 (9). Cajamarca.
40. Álvarez A, García A, Bonet M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud. Cuba. **Rev. Salud Pública** 2009; 33 (2).
41. Ávila, M. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la salud. *Acta Méd. Costarricense*. 2009; 52(2).
42. Frenz P. Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. Chile. **Revista Chilena de Salud Pública** 2005; Vol. 9(2). 103- 110.
43. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud. Citado 2012 Abr 26; Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/es/index.html.pdf
44. Determinantes sociales: teorías, debates y reflexiones en torno al modelo propuesto por OMS. Encuentro Latinoamericano de Salud Pública Universidad del Valle Cali – Colombia 23 de Octubre 2014

45. Orielle S, Determinantes sociales: teorías, debates y reflexiones en torno al modelo propuesto por la OMS. Encuentro Latinoamericano de Salud Pública. Universidad del valle. Colombia 2014.
46. Garriga Y, Navarro J, Saumell A, Serviat T, León de la Hoz J, Garcia S. et al. Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. Cuba 2013.
47. Vega R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización mundial de la Salud. Colombia. **Revista gerencia y política de Salud.** 2009: 8(16).
48. Organization Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62 Asamblea mundial de la Salud. 2009.
49. Organización Panamericana de la Salud: Determinantes e Inequidades en Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional.
50. Organización Mundial de la Salud .Comisión de los Determinantes de la Salud. Informe final. 2006: Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
51. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud 2011. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.
53. Moiso A. Fundamentos de Salud Pública; Los determinantes de la salud.2007. Disponible en:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4
54. Texto original de la UN ESCAP, Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico.
https://issuu.com/eapucr/docs/05-_gobernanza_y_buen_gobierno
55. Marco macroeconómico multianual 2013- 2015. Aprobado en sesión de consejo de ministros 30 de mayo del 2012. Disponible en:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM2013_2015.pdf

56. Graglia E. En la búsqueda del bien común. Manual de Políticas Públicas. Buenos Aires ;Konrad Adenauer Stiftung, 2012. 1 ed.
57. Ministerio de Salud. Aproximación conceptual al enfoque de determinantes sociales de la salud. División de planificación sanitaria. Diagnósticos regionales de Salud pública basados en el enfoque de los determinantes sociales de la salud. 2011 .Recuperado el 15 de enero del 2016. Disponible en: <http://studylib.es/doc/626864/determinantes-sociales-de-la-salud>
58. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. [Internet]. 2011 [fecha de acceso 28 de diciembre del 2014]; Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/qandAs/es/index.html
59. Avanzando hacia una mejor educación para el peru. MAKING DEVELOPMENT HAPPEN; OCDE Vol. 3 2016
60. Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud 2013. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>
61. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014 pag 26. Seguridad ciudadana con rostro humano. Diagnóstico y propuestas para América Latina 2014
62. Ministerio de Salud. Determinantes Sociales de la Salud que intervienen en la diferenciación de las coberturas de vacunación en el Perú: 2014.
63. Avanzando Juntos. Boletín técnico 016 Marzo 2016 Cajamarca. Cobertura Del Programa JUNTOS en Cajamarca.
64. Diaz, Juan José y Saldarriaga, Víctor (2016). Promoting prenatal health care in poor rural areas through conditional cash transfers: evidence from JUNTOS in Peru. Lima:GRADE. Avance de Investigación, 25
65. Ministerio de Economía y Finanzas. Apoyo presupuestario al programa articulado. Nutricional; EUROSPAN http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2124%3Aapoyo-presupuestario-al-programaarticulado-nutricional-european&catid=211%3Apresupuesto-por-resultados&Itemid=100751&lang=es
66. Minsa Seguro integral de salud Informe anual julio 2011y julio 2012
67. Mikkonen J, Raphael D. Determinantes sociales de la Salud: Los hechos canadienses. Salud Canadá. [Libro electrónico]. Toronto: Política y gestión de la Escuela de Salud de la Universidad de York; 2010.

68. UNESCO. Cultura y desarrollo. Evolución y perspectivas. Decenio Mundial para el Desarrollo Cultural, 1988-1997. Programa de Acción; 1997 Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000852/085291sb.pdf>
69. UNESCO. Cultura y desarrollo. La Habana; 2013 Disponible en: http://www.unesco.lacult.org/doc/CyD_9_es.pdf
70. Herrera J. Cozzubo A. Pobreza igualdad y políticas sociales. Balance 2011-2016 y Agenda de investigación 2017-2021. Consorcio de investigación económica y social
71. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde américa latina y el caribe. La lucha contra la pobreza y el hambre. . Acceso 5 de Julio 2016 Cap 2.
72. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Lima: INEI. 2014. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/
73. Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombre. Ley N° 28983. El peruano. 2007. Disponible en: http://www.minedu.gob.pe/files/2083_201202211120.pdf
74. Moctezuma D, Navarro J, Orosco L. La mujer en México: Inequidad, pobreza y violencia. **Revista mexicana de ciencias políticas y sociales**. Universidad autónoma de México. 2014; 54(220):117-146.
75. Schwarcz R, Fesina R, Durverges C. Obstetricia, 6ta edición. Buenos Aires. El Ateneo. 2009; 184-189.
76. Organización mundial de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Argentina. La estampa S.A 2009.
77. Políticas nacionales del empleo. Ministerio de trabajo y promoción del empleo. 2da edición. Perú, 2012
78. Tejada D. Alma Ata: 25 años después. **Revista, perspectivas de salud**. Organización Panamericana de Salud. 2003.
79. Ministerio de la Salud. Modelo de Atención Integral Basado en la Familia y la Comunidad. Lima Perú 2011. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>

80. Quiero A. Determinantes Sociales de la Salud. Chile. Asociación chilena de Municipalidades. 2011.
81. www.bvsde.paho.org. Impactos de la vivienda en la salud.2000. Citado 4-01-16. URL Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/cinco.pdf>
82. Plan Nacional Concertado de Salud. MINSA 2007-2020
83. Informe de la reunión de expertos sobre los determinantes de mortalidad materna en México y américa central: hacia un enfoque multisectorial. México, 2009 p. 10.
84. Anderson, J. Mortalidad Materna y Derechos Humanos. Perú. Centro de investigación de la Universidad del pacifico; 2011. 38(69). Pág. 101-127.
85. Forosalud.org.pe. (Artículo) Demoras fatales, Physicians for Human Rights (PHR).Mortalidad materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. Impreso en los Estados Unidos de América. Perú 2007.Citado el 20 de octubre del 2016. Disponible en:
http://www.forosalud.org.pe/reddepacientes/Demoras_Fatales.pdf
86. Souza J, Cecatti J, Parpinelli M, Souza M, Lago T, Pacagnella R, Camargo R. Maternal morbidity and near miss in the community: Findings from the 2006 brazilian demographic health survey. BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology.2010.vol 133.
87. Demoras fatales. Physicians for Human Rights (PHR). Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. Impreso en los Estados Unidos de América. Perú: 2007.
88. Borrel C. Las desigualdades sociales en salud que son, su relevancia y sus causas. España. Agencia de Salud Pública de Barcelona Bilbao. 2007. Recuperado el 13 de enero del 2016.
89. Organización Mundial de la Salud. (2014). Nota descriptiva sobre la mortalidad materna. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. 2
Jamison DT, et al. (2013). «Global health 2035: a world converging within a generation». Lancet; 382: 1898–955. Disponible en línea en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4). 3
90. Souza JP, et al. (2014). «Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths». BJOG; 121 (Suppl. 1): 1–4.

91. Ministerio de la Salud. Salud materna en el Perú y el mundo 2012-2014. [Internet]. Perú. MINSA Recuperado el 15 de enero del 2016. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portaIweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7
92. Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 – 74. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
93. Instituto Nacional de estadística e informática. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. [Internet]. 2015. Citado 15-12-16. Disponible en [http://elcomercio.inei.gob.pe/endes \(2014/Libro.pdf,](http://elcomercio.inei.gob.pe/endes (2014/Libro.pdf)
94. www.minsa.gob.pe. Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014. 2015. Citado el 09 mayo del 2015. URL Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>.
95. Peñuelas J, Ramírez M, González M, Gil J, Cárdenas A, García N. Factores asociados a mortalidad materna. Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. GastéIum”. A S Sin 2008; Vol. 2(3): 86-90.
96. Posadas F. Reducción de la mortalidad materna en San Luis Potosí.Mexico. Ginecol Obstet. 2011; 79(6):358-367.
97. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. El salto de la autonomía de los márgenes al centro. Informe Anual 2011. Disponible en: http://segib.org/news/files/2011/03/Informe_OIG_2011.pdf
98. Figueroa L. Mortalidad materna. [Monografía]. Facultad de Medicina. Universidad de Colima. 2011. Disponible en: http://digeset.ucoI.mx/tesis_posgrado/Pdf/ANA_LESLIE_LUCIO_FIGUEROA.pdf
99. Posadas F. Reducción de la mortalidad materna en San Luis Potosí.Mexico. **Rev, Ginecol Obstet.** 2011; 79(6):358-367.
100. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad. Perú. Sinco Editores. 2007.
101. Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). Ministros de América Latina suscriben declaración para reducir la Mortalidad Materna a través de programas de salud intercultural. Perú. 2011. Citado 15-12-16. Disponible en: <Http//Bolivia.unfpa.org/content/ministros-de-america-latina-suscriben-declarac%C3n-para-reducir-la-mortalidad-materna- trav%C3%A9s->
102. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2006. LC/G.2326–P/E. Diciembre 2006.

103. Ugaz E. Determinantes sociales y culturales en la salud materna y perinatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca 2013. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Cajamarca. 2013.
104. Gonzales O, Gómez A, Vélez A, Agudelo L, Gómez D, Wylie J. Características de la atención hospitalaria su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2014; 35(1):15-22.
105. Mortalidad Materna en el Perú. Edición impresa el 30 de mayo del 2015. Recuperado el 16 de febrero del 2016. Disponible en: <http://larepublica.pe/impres/opinion/18834-mortalidad-materna-en-el-peru>
106. Ministerio de la Salud. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 – 74. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
107. Jerónimo C, Álvarez J, Carbonell W, Neira J, Sexualidad y métodos anticonceptivos. Ica. 2009. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/byrevistas/acta_medical/2009_n3/a06v26n3.pdf
108. Ejército Nacional de Colombia. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. [En línea] Dirección de Sanidad del Ejército Nacional. 2012.
109. Albrecht J, Vicent De Brouwere. El sistema de referencias en el embarazo y el parto: conceptos y estrategias.
110. Ministerio de Salud. Tan cerca tan lejos: una mirada a las expectativas exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú. Lima. Ebra; 2007
111. Análisis de la Situación de Salud. Hospital Regional de Cajamarca. Cajamarca; 2016. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/333185028/ASIS-2016>
112. Ministerio de Desarrollo e Inclusión social. 2014. Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/fed/sobre-el-fed/el-fed>
113. Minsa. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Análisis situacional de Salud Hospitalario 2015. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/EPIDEMIOLOGIA/ASIS/ASIS%20HNHU%202015.pdf>
114. Juárez F. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. **International Journal of Psychological Research**, Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia vol. 4(1), 2011, pp. 70-79

115. Villar A. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. **Acta Med Per** 28(4) 2011
116. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Revenue Statistics in Latin America and the Caribbean, OECD Publishing, Paris; 2015 Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/rev_lat-2015-en-fr
117. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Perfil de Estratos Sociales en América Latina: Pobres, Vulnerables y Clases Medias, (United Nations Development Programme), New York; 2014. Disponible en: www.sv.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/vihsida/Grupos_sociales_AL.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

A. Tipo de muerte materna. Directa..... () Indirecta..... ()

B. Causa de la muerte materna.

C. Lugar de procedencia.....

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. DETERMINANTES ESTRUCTURALES

1.2. Socioeconómicos

1.2.1. Grado de instrucción:

Sin instrucción	()	Primaria completa	()
Primaria incompleta	()	Secundaria completa	()
Secundaria incompleta	()	Superior	()

1.2.2. Ocupación

Ama de casa. () Trabajo eventual () Estudiante ()

1.2.3. Ingreso económico familiar

< o = al MV () > al MV ()

2. DETERMINANTES INTERMEDIOS

2. 1. Circunstancias materiales.

2.1.1. Lugar de residencia

Urbana. () Rural ()

2.1.2. Tenencia de la vivienda.

Propia () Alquilada () Familiar. ()

2.1.3. Servicios Básicos

Agua	Si ()	No ()
Luz	Si ()	No ()
Desagüe	Si ()	No ()

2.2. BIOLÓGICOS

2.2.1. Edad materna.

< De 19 años () 20 a 34 años () >35 años ()

2.2.2. Momento del fallecimiento

Gestación () Parto () Puerperio ()

2.2.3. Vía de terminación del embarazo

Aborto () Vaginal () Cesárea ()

2.2.4. Periodo intergenésico

< 2 años () > 2 años ()

2.2.5. Uso de planificación familiar.

Sí () No ()

2.3. SISTEMA DE SALUD

2.3.1. Número atenciones prenatales

Ninguno () De 1 a 5 () De 6 a más ()

2.3.2. Seguro Integral de Salud

Sí () No ()

3. Referencia.

Sí. () No. ()

4. Tiempo al hospital:

Menos de 1 hora ()

De 1 a 5 horas ()

> 5 a 10 horas ()

ANEXO 2

VALIDEZ DE CONTENIDO A TRAVES DEL COEFICIENTE DE VALIDACION "V" DE AIKEN

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	S	V de Aiken	Descripción
Item1	2	2	2	2	2	10	1	Válido
Item2	2	2	2	2	1	9	0.9	Válido
Item3	2	2	2	2	2	10	1	Válido
Item4	2	2	2	2	2	10	1	Válido
Item5	2	2	2	1	1	8	0.8	Válido
Item6	2	1	2	2	2	9	0.9	Válido
Item7	2	1	2	2	2	9	0.9	Válido
Item8	2	2	2	2	2	10	1	Válido
Item9	1	2	2	2	2	9	0.9	Válido
Item10	2	2	2	2	2	10	1	Válido
Item11	2	2	2	2	2	10	1	Válido
Item12	1	2	2	2	2	9	0.9	Válido
Item13	1	2	2	2	2	9	0.9	Válido
Item14	2	2	2	2	2	10	1	Válido
Item15	1	2	2	2	2	9	0.9	Válido
Item16	1	2	2	2	2	9	0.9	Válido

Calificación

A: ítem aceptable (2)

B: ítem que se modifica (1)

R: ítem que se rechaza (0)

Coefficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{(n(C-1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S=

Sumatoria

n= Numero de jueces= 5 jueces

C= Número de valores = 3 (A,R,M)

Coefficiente V-AIKEN > 0.70 es valido

MATRIZ DE CONSISTENCI

Determinantes Sociales de las muertes maternas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010-2015							
Formulación del problema	Objetivos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Fuente o instrumento de recolección	Metodología	Población
¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud de las muertes maternas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010 - 2015?	<p>Objetivo principal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar e identificar los determinantes sociales de las muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional de Cajamarca 2010- 2015. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los determinantes estructurales: socioeconómicos de las muertes maternas. ✓ Identificar los determinantes intermedios: Circunstancias materiales, Biológicos, Sistema de salud de las muertes maternas. ✓ Identificar tipos y causas de las muertes maternas. ✓ Identificar la razón de muerte materna en el HRC. 	<p>VARIABLE 1</p> <p>Determinantes sociales de las muertes maternas</p> <p>variable 2 muerte materna:</p>	<p>Determinantes estructurales</p> <p>Determinantes intermedios</p> <p>Directa</p> <p>Indirecta</p>	<p>Socioeconómicos</p> <p>Circunstancias materiales Biológicos Sistema de salud:</p>	Ficha de recolección de datos.	Trabajo epidemiológico o de tendencia histórica. Longitudinal	Todas las Muertes maternas directas e indirectas. (42) registradas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo 2010 al 2015