

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

TESIS:

**CARACTERÍSTICAS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA
MORTALIDAD HOSPITALARIA. HOSPITAL II ESSALUD.
CAJAMARCA PERÚ 2011 - 2020**

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentada por:

M.Cs. TULIA PATRICIA CABRERA GUERRA

Asesora:

Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ

Cajamarca, Perú

2025



Universidad
Nacional de
Cajamarca
"Norte de la Universidad Peruana"



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Tulia Patricia Cabrera Guerra
DNI: 26604773
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Doctorado en Ciencias, Mención: Salud.
2. Asesor: Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☐ Maestro ☒ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de Investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Características de los determinantes sociales de la mortalidad hospitalaria. Hospital II EsSalud .Cajamarca Perú 2011- 2020
6. Fecha de evaluación: **16/06/2025**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **17%**
9. Código Documento: **3117:467502392**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **20/06/2025**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez DNI: 26674184

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT @ 2025 by
TULIA PATRICIA CABRERA GUERRA
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 9am. horas, del día 23 de mayo del año dos mil veinticinco, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR**, **Dra. DORIS TERESA CASTAÑEDA ABANTO**, **Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**, y en calidad de Asesora la **Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **CARACTERÍSTICAS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA. HOSPITAL II ESSALUD. CAJAMARCA PERÚ 2011-2020**; presentada por la Maestro en Ciencias Mención en Educación, **TULIA PATRICIA CABRERA GUERRA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó Aprobar con la calificación de Distinto (asistente) la mencionada Tesis; en tal virtud la Maestro en Ciencias Mención en Educación, **TULIA PATRICIA CABRERA GUERRA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 10:30 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
Asesora

.....
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
Presidente – Comité Científico

.....
Dra. Doris Teresa Castañeda Abanto
Jurado Evaluador

.....
Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Jurado Evaluador

DEDICATORIAS

Mis ángeles de la guarda papi Uva, Orfelinda y Tulia, que ya no están conmigo, pero viven en mi corazón y en mi pensamiento.

Mis adorados hijos, Carito y Luis, mis dos grandes amores. Y a mi esposo, por compartir su amor y la vida conmigo.

Tulia Patricia

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinita bondad, por permitir que la luz de mi vida no se apagara el mismo día que la vi y por todas las bendiciones dadas en el transcurso de mi vida

A mi asesora Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez, por su valiosa orientación en el transcurso de la investigación, por su paciencia y disposición incondicional.

Al Seguro Social de Salud EsSalud – Hospital II EsSalud Cajamarca, por haberme permitido realizar el presente trabajo de investigación.

EPÍGRAFE

Después de todo la muerte es sólo un síntoma de que hubo vida

Mario Benedetti

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIAS	v
AGRADECIMIENTOS	vi
EPÍGRAFE	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE FIGURAS.....	xii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	xvi
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.1.1.Contextualización	1
1.1.2.Descripción del problema	3
1.1.3.Formulación del problema	7
1.2 Justificación e importancia.....	7
1.2.1.Justificación científica	7
1.2.2.Justificación técnica – práctica.....	8
1.2.3.Justificación institucional y personal.....	8
1.3 Delimitación de la investigación	9
1.4 Limitaciones	9
1.5 Objetivos	9
1.5.1.Objetivo general	9
1.5.2.Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes del estudio.....	11
2.2. Marco epistemológico de la investigación	15
2.3. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio	17
2.3.1.Desde la dolencia y la enfermedad a la muerte	17

2.3.2. Modelo interdisciplinario del proceso salud – enfermedad	18
2.3.3. Teoría de la complejidad.....	19
2.4. Marco conceptual.....	21
2.4.1. Determinantes sociales de la salud	21
2.4.2. Identificación de los determinantes sociales de la salud.....	25
2.4.3. Componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales	26
2.4.4. Políticas públicas	29
2.4.5. Política económica en el Perú	31
2.4.6. Política de protección social y laboral en el Perú.....	33
2.4.7. Políticas públicas y salud	36
2.5. Mortalidad	40
2.5.1. Evolución de la mortalidad	41
2.5.2. La muerte como fenómeno social.....	47
2.5.3. Edad y sexo en la mortalidad	50
2.5.4. Clasificación de las causas de muerte.....	53
2.6. Definición de términos básicos	54
CAPÍTULO III	57
PLANTEAMIENTO DE LAS VARIABLES	57
3.1. Variables	57
CAPÍTULO IV	59
MARCO METODOLÓGICO	59
4.1. Ubicación geográfica	59
4.2. Diseño de la investigación.....	60
4.2.1. Criterios de inclusión	60
4.2.2. Criterios de exclusión	60
4.3. Métodos de investigación.....	60
4.3.1. Método analítico	60
4.3.2. Método sintético	61
4.3.3. Método inductivo - deductivo	61
4.4. Población, muestra, unidad de análisis	61
4.4.1. Población de estudio	61
4.4.2. Muestra de estudio	61
4.4.3. Unidad de análisis.....	62
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	62
4.5.1. Validez y confiabilidad del instrumento	63

4.6. Técnicas para el procesamiento de la información.....	63
4.7. Técnicas para el análisis de la información.....	63
CAPÍTULO V.....	65
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	65
5.1. Presentación de resultados	65
5.1.1.Determinantes sociales estructurales	65
5.1.2.Determinantes sociales intermedios	69
5.1.3 Mortalidad	71
5.2. Discusión.....	79
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
APÉNDICE	109
ANEXO.....	113

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Género como determinante estructural en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 - 2020	65
Tabla 2. Grado de instrucción como determinante estructural en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011-2020	66
Tabla 3. Procedencia como determinante estructural en el Hospital HII EsSalud Cajamarca 2011 – 2020	67
Tabla 4. Residencia como determinante estructural en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020	68
Tabla 5. Etapa de vida como determinante intermedio en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020	69
Tabla 6. Estado civil como determinante intermedio en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020	70
Tabla 7. Mortalidad según lista de tabulación para la mortalidad OPS 6/67. HII EsSalud Cajamarca 2011 - 2020.	71
Tabla 8. Mortalidad según género causas de muerte. Lista OPS 6/67 para la tabulación de la mortalidad (CIE - 10). Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 – 2020.	73
Tabla 09. Mortalidad según etapa de vida y causas de muerte. Lista OPS 6/67 para la tabulación de la mortalidad (CIE-10). Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 - 2020.	74
Tabla 10. Mortalidad según servicio de ocurrencia. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020	75
Tabla 11. Mortalidad por año de ocurrencia. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020	76
Tabla 12. Mortalidad según estancia hospitalaria. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020	77
Tabla 13. Mortalidad según tipo de asegurado. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020	78

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud	28

LISTA DE ABREVIATURAS

CBD:	Causa Básica de Defunción
CELADE:	Centro Latinoamericano de Demografía
CDSS	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
ENT:	Enfermedades No Trasmisibles
ESSALUD:	Seguro Social de Salud
EVN:	Esperanza de Vida al Nacer
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPRESS:	Institución Prestadora de Salud
OMS:	Organización Mundial de la salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAM:	Población Adulta Mayor
PADOMI:	Programa de Atención Domiciliaria
SIS:	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TBM:	Tasa Bruta de Mortalidad
TNM:	Tasa Neta de Mortalidad
UBAP:	Unidad Básica de Atención Primaria
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

El estudio analiza las características de los determinantes sociales de la salud (DSS) en la mortalidad hospitalaria en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 – 2020. Estudio descriptivo, no experimental, de corte transversal. Se analizó 563 defunciones registradas en el sistema epidemiológico WinEpi 3.6 de los Servicios de Hospitalización. Resultados: Los determinantes estructurales identificados fueron: Género, grado de instrucción, procedencia y residencia. Los determinantes intermedios identificados fueron: Etapa de vida y estado civil. En la mortalidad hospitalaria identificó causa básica de muerte, servicio hospitalario, año de ocurrencia de la muerte, estancia hospitalaria y tipo de asegurado. Conclusiones: De los determinantes estructurales, el género más afectado fue el masculino, el grado de instrucción de los fallecidos con mayor porcentaje fue primaria completa, con predominio de la zona urbana y procedentes de la provincia de Cajamarca. De los determinantes intermedios: Etapa de vida, predominó la mortalidad en el adulto mayor y de estado civil casado. En cuanto a las características de la mortalidad la mayor causa básica de muerte fue por neumonía, el Servicio de Medicina, en el año 2020 tuvo mayor mortalidad, con una estancia mayor a 48 horas y el tipo de asegurado pensionista. Al analizar los DSS en la mortalidad hospitalaria se determina que estos generan o fortalecen la estratificación de una sociedad, configuran la salud de un grupo social, determinan la distribución de ingresos, la estructura política, la gobernanza que refuerzan las desigualdades, establecen posiciones socioeconómicas diferenciales de los individuos y son la principal causa de la inequidad en salud, lo que a su vez determina la forma o manera como la población morirá.

Palabras clave: Mortalidad hospitalaria, determinantes sociales de salud, determinantes intermedios, determinantes estructurales, Cajamarca.

ABSTRACT

This study analyzes the characteristics of the social determinants of health (SDH) in hospital mortality at Essalud Cajamarca Hospital II from 2011 to 2020. This was a descriptive, non-experimental, cross-sectional study. A total of 563 deaths registered in the WinEpi 3.6 epidemiological system of the Hospitalization Services were analyzed. Results: The structural determinants identified were gender, educational level, origin, and residence. The intermediate determinants identified were life stage and marital status. In hospital mortality, the underlying cause of death was identified as hospital service, year of death, hospital stay, and type of insurance. Conclusions: Of the structural determinants, the most affected gender was male; the highest percentage of deaths were completed primary education; urban areas and those from the province of Cajamarca were predominant. Of the intermediate determinants, life stage predominated; mortality was found in older adults and those with married marital status. Regarding mortality characteristics, the leading underlying cause of death was pneumonia. The service with the highest mortality rate was Medicine. In 2020, the mortality rate was highest, with a stay of more than 48 hours and the pensioner type of insured. Analyzing SDHs in hospital mortality, it is determined that they generate or strengthen the stratification of a society, shape the health of a social group, determine income distribution, political structure, and governance, which reinforce inequalities, establish differential socioeconomic positions of individuals, and are the main cause of health inequity, which in turn determines the form or manner in which the population will die.

Keywords: Hospital mortality, social determinants of health, intermediate determinants, structural determinants, Cajamarca.

INTRODUCCIÓN

La muerte es un evento único, y obliga a estudiarla bajo diferentes perspectivas, por un lado, refleja la ocurrencia y gravedad de una enfermedad, al mismo tiempo que es la fuente más antigua y común de datos sobre el estado de salud de una población; y tiene también un significado cultural profundo en que se ha revelado las dimensiones sociales del fenómeno. Sin embargo, al tener la muerte diferentes significados según sea el campo de desempeño, se ha dado énfasis a un enfoque meramente cuantitativo, dejando de lado o sin analizar profundamente los aspectos políticos, sociales, económicos y culturales que impactan en ella, aun así, la muerte es un aspecto indisociable del ser humano y es allí donde surge la necesidad de abordarlo en el contexto de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria.

Analizar las características de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria es esencial para comprender como las condiciones sociales, económicas y políticas influyen en la salud de la población y deben ser vistos de manera integral y los gobiernos deben tener en cuenta los determinantes estructurales e intermedios, para dar solución a los problemas de la población, la salud no debe ser visualizada de manera aislada, de todos los aspectos sociales que de ella derivan y que determina la forma o manera como la población muere. En especial cuando se trata de estudiar la mortalidad hospitalaria, fenómeno poco analizado en toda su complejidad.

De ahí la importancia de la presente investigación, que indagó no solo la magnitud del problema, sino también analizó la mortalidad hospitalaria en el marco de los determinantes sociales de la salud en una Institución de Seguridad Social de la Red Asistencial Cajamarca

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

De los componentes demográficos el más antiguamente estudiado es la mortalidad. Ya en el siglo XVII en Inglaterra comenzaron a llevarse registros oficiales de este hecho vital (1). Que, a diferencia de la morbilidad, la muerte es un evento único, claramente identificable, y refleja la ocurrencia y gravedad de una enfermedad. La mortalidad es la fuente más antigua y común de datos sobre el estado de salud de la población. Su registro es obligatorio en la Región de las Américas, dentro del cual se encuentra el Perú. La mortalidad en un lugar y tiempo determinado puede medirse en cifras absolutas, proporciones y tasas. Los datos de mortalidad representan una importante fuente de información demográfica, geográfica y de causa de muerte. Asimismo, se usan para cuantificar los problemas de salud, determinar o monitorear prioridades o metas en salud (2).

La mortalidad, como hecho vital, es un indicador muy importante de ser analizado como apoyo para la mejora en la prestación de servicios de salud. Siendo el aspecto que, paradójicamente, describe mejor la situación de salud de la población. Su medición y análisis puede ser abordado a través de diferentes indicadores, como tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad por edad, tasas diferenciadas por sexo y la mortalidad proporcional. Las medidas de salud utilizadas más frecuentemente reflejan la mortalidad y la

enfermedad más que la salud. Si bien la información sobre mortalidad refleja el daño extremo, para la mayor parte de los países de la Región es la información más completa (3). En este contexto el análisis del proceso enfermedad y muerte, ha respondido a paradigmas que han predominado en el pensamiento de los hacedores y decisores de las políticas de salud.

A mediados del siglo XX, la conceptualización de salud fue remplazada por una definición que la relaciona con un estado de bienestar, y no solo la ausencia de enfermedad. Este nuevo paradigma incorporó la idea de que la salud es la resultante de un conjunto de factores propios de la persona y otros relacionados con el acceso a la atención y el cuidado, al ambiente saludable, a las posibilidades de educación, a la satisfacción de necesidades básicas y a las condiciones de vida. En este marco se consolida el análisis de los determinantes sociales de la salud (3). De otro lado, es imprescindible tener en cuenta el importante valor que ocupan los determinantes sociales en el proceso salud - enfermedad y por ende en la mortalidad.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) definidos por la Organización Mundial de la salud (OMS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (4). Vinculándose estos determinantes con factores sociales que afectan a la salud de manera significativa, que son causa de resultados de salud diferentes entre poblaciones o al interior de una misma población (5).

Lo significativo de estas diferencias en los resultados de salud es que no pueden remitirse a causas meramente naturales, sino que se explican a partir de causas sociales que tienen que ver con estructuras, instituciones, políticas y en general, factores socialmente controlables con consecuencias importantes para la salud de las poblaciones. Cuando se habla de DSS se excluye a los sistemas de protección de la salud y al tratamiento médico de la salud, o al menos se enfatiza la parte que no tiene que ver con estas instituciones. No porque estas instituciones no sean componentes sociales, sino más bien para evaluar la importancia de los factores que afectan a la salud más allá de los sistemas destinados a su cuidado. Entonces cuando hablamos de determinantes sociales de la salud estamos hablando de determinantes no médicos (6).

1.1.2. Descripción del problema

En el año 2019 las principales causas de defunción representaron el 55% de los 55,4 millones de muertes en todo el mundo. Las causas principales de muerte en el mundo, se atribuyen a tres categorías: enfermedades transmisibles (enfermedades infecciosas y parasitarias y afecciones maternas y perinatales y nutricionales), enfermedades no transmisibles (crónicas) y lesiones. A nivel mundial siete de las 10 primeras causas principales de defunción en el año 2019 fueron enfermedades no transmisibles. Estas siete causas representan el 44% de todas las defunciones. Las personas que viven en países de ingresos bajos tienen una probabilidad mucho mayor de morir de una enfermedad transmisible que de una enfermedad no transmisible (7) .

La tasa de mortalidad adulta en varones en América Latina, en el año 2019, fue de 175,34 por cada 1000 varones adultos, mientras que la tasa de mortalidad adulta en mujeres en América Latina para ese mismo año fue de 91,812 por cada 1000 mujeres adultas. Asimismo, el promedio de la tasa de mortalidad en adultos mayores, en Perú, por cada 1000 del 2011 al 2020 fue de 167,2 y de 92,4, por cada 1000 adultos varones y mujeres respectivamente (8). El comportamiento de la tasa de mortalidad general en el Perú por cada 1000 habitantes en los últimos años ha ido incrementándose teniendo una tasa de mortalidad de 5,53 ‰ en el año 2011 y para el año 2019 de 5.79 ‰ (9).

Los patrones de mortalidad en el Perú hacia el año 2016 fueron que el 83,6% de las muertes se atribuyeron a enfermedades no transmisibles (ENT) 8,6% a enfermedades infecciosas, 5,4% a accidentes y lesiones, 0,2% por causas maternas y neonatales, en todos ellos con un (valor de p para tendencia < 0,001) y 2,2% por causas nutricionales con un (valor de p para tendencia = 0,02). De acuerdo con el sexo se observó que desde al año 2011 al 2016, hubo un incremento porcentual de 9,3 para varones en lo concerniente a ENT y un descenso porcentual de 3,9 en enfermedades infecciosas. En el mismo periodo para mujeres se observó un incremento porcentual de 9,6 en ENT y un descenso porcentual de 4,7 en enfermedades infecciosas (10).

El número de defunciones en EsSalud a nivel nacional, desde el año 2011 hasta el año 2020 ha ido en incremento, observándose una tendencia ascendente de la tasa bruta de mortalidad (TBM) con una tasa de 2.3 x 1000

asegurados en el 2011 y hacia el año 2020 de 4.04 x 1000 asegurados, valor que muestra un sustancial incremento, hecho que se explica debido a la pandemia de la Covid 19 (11). El estudio de la mortalidad como indicador hospitalario permite determinar en cierta forma la calidad de atención que recibió el paciente, y también facilita la posibilidad de analizar la dotación de recursos humanos, equipos biomédicos e insumos en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las causas de la mortalidad hospitalaria dependen de las características del hospital, de su complejidad, la importancia de cada uno de los servicios, la prevalencia de las enfermedades en el ingreso hospitalario y la gravedad de las mismas. Existe diferencia entre los establecimientos privados que atienden a pacientes con condiciones socioeconómicas generalmente similares y los públicos, donde existe mayor número de ingresos por emergencias médicas y los enfermos provienen de sectores con diferentes condiciones socioeconómicas y culturales (12).

A nivel de gobierno la acción sobre los determinantes sociales esencialmente se realiza, mediante la formulación de políticas públicas, las cuales deben basarse en las evidencias de determinación, causalidad y riesgo identificadas, de tal manera que faciliten a los gobernantes y a los otros actores sociales del campo sanitario información con evidencia científica sobre los determinantes de la salud, les provea de los conceptos, técnicas y herramientas para formular las políticas públicas, para implementarlas y para calcular el impacto potencial de las intervenciones planeadas (13).

Situación que en el Perú aún no logra concretarse; por lo tanto, aun no es posible un trabajo más minucioso y preciso sobre los determinantes sociales en la población. En la práctica, las políticas públicas en salud, son propuestas desde un enfoque factorial o de causalidad, sin olvidar que el paradigma de formación de recursos humanos es biológico, recuperativo-asistencial y si bien se procura ampliar los servicios de salud, para ser más accesibles a la población, estos en sí no cumplen los estándares básicos, por lo tanto, no tienen capacidad resolutoria, quedando una gran masa poblacional desprotegida, como también es el caso de los servicios de EsSalud.

En el Perú, la investigación sobre mortalidad hospitalaria es limitada y en el Hospital II EsSalud Cajamarca, específicamente, no se han realizado estudios sobre mortalidad hospitalaria y las características de los determinantes sociales de salud, que influyen en esta problemática. Por lo tanto, se hace necesario el conocimiento de esta realidad en la población asegurada. El registro de la mortalidad del Hospital II EsSalud Cajamarca, se realiza a través del software epidemiológico Winepi 3.6, en el subsistema de mortalidad, el comportamiento de la misma se evidencia mediante la aplicación de la tasa bruta de mortalidad y tasa neta de mortalidad hospitalaria.

Desde el año 2011 al 2020 el estándar en la mortalidad bruta fue de 4% y de 3% para la mortalidad neta, a partir del año 2019 el estándar de la mortalidad neta es de 2%. A través del decenio 2011 al 2020 en ambas tasas se

obtuvieron porcentajes muy por debajo del estándar permitido como es 1,03% en el 2011 y de 1,36% para el año 2020 en cuanto a tasa bruta de mortalidad hospitalaria, mientras que la tasa neta de mortalidad fue de 0,9% para el año 2011 y de 1,24% para el año 2020, cifras que aumentaron en el año 2020 explicadas por un aumento de las muertes intrahospitalarias debido a la pandemia Covid 19.

A la mortalidad se le ha dado siempre una interpretación estadístico – epidemiológica, un dato meramente cuantitativo, sin analizar aspectos políticos, sociales, económicos y culturales alrededor de la misma, hecho que debe tenerse en cuenta para abordar a la mortalidad desde un punto de vista histórico, político y sociocultural enmarcado en los determinantes sociales de salud. Ante esta realidad se plantea la siguiente interrogante.

1.1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son las características de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria en el Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020?

1.2 Justificación e importancia

1.2.1. Justificación científica

La investigación hace un aporte teórico con la presentación de un perfil epidemiológico de mortalidad hospitalaria de un decenio, en población asegurada. Al profundizar sobre aspectos relacionados con la mortalidad y

los DSS, genera nuevo conocimiento, contribuyendo a disminuir el vacío de conocimiento sobre mortalidad hospitalaria y las características de los determinantes sociales en la población asegurada de la Red Asistencial Cajamarca. Apoyada en la teoría de los DSS de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la presente investigación sienta una base para otros estudios sobre mortalidad hospitalaria y DSS.

1.2.2. Justificación técnica – práctica

Las consideraciones para elegir este tema como objeto de estudio se fundamentaron en la escasa investigación sobre mortalidad hospitalaria y determinantes sociales de la salud. El presente estudio es el primero en este contexto, develó aspectos no estudiados de la mortalidad hospitalaria. Es de trascendencia para la sociedad por ser un tema poco investigado y ha ayudado a profundizar sobre los determinantes no médicos como causas de muerte en la población asegurada fallecida en un decenio, permitiendo que se ponga énfasis en recomendar acciones preventivo promocionales para disminuir la incidencia de las enfermedades que son causa básica de muerte, generando algunas bases para la toma de decisiones.

1.2.3. Justificación institucional y personal

A nivel institucional la investigación ha permitido contribuir a la identificación de las causas de mortalidad hospitalaria, estableciendo las enfermedades de mayor incidencia en la mortalidad que afectan a la población asegurada de la Red Asistencial Cajamarca en el decenio 2011 – 2020. Las consideraciones de carácter personal se fundamentaron en la

actividad profesional como enfermera, situación que permitió evidenciar que la mortalidad debe visualizarse desde un enfoque de los determinantes sociales de la salud, para ampliar la visión de la complejidad que significa el proceso salud enfermedad y muerte.

1.3 Delimitación de la investigación

En la presente investigación se abordó los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Sistema Institucional Winepi 3.6 en el periodo comprendido del año 2011 al 2020.

1.4 Limitaciones

Las limitaciones se evidenciaron en la información contenida en la base de datos de mortalidad, con algunos datos faltantes de la variable grado de instrucción. Lo que conllevó a la utilización de otra base de datos con el fin de completar la información.

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Analizar las características de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar las características de los determinantes sociales estructurales de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020.
- Identificar las características de los determinantes sociales intermedios de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020.
- Caracterizar a la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 - 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Palacios – Pérez A, Taco-López A. (2024), en su artículo explorando los determinantes sociales de la salud. Revisión sistemática. Cuyo objetivo fue describir los determinantes sociales de la salud, basado en una revisión sistemática de 15 artículos científicos, seleccionados de bases de datos científicas reconocidas. Cuyos resultados y conclusiones fueron que los determinantes sociales de la salud desempeñan un papel crucial en la configuración de la salud y el bienestar de las personas, al estar profundamente influenciados por factores sociales, económicos, ambientales y políticos, y que, para lograr avances significativos, es necesario que combinen investigación, políticas públicas y acción comunitaria, adaptándose a las realidades locales y globales (14).

De la Guardia, M; Ruvalcaba, J. (2020), en su publicación sobre la salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria, concluyeron que la salud de la población mejoraría de manera importante si se establecieran estrategias en salud considerando las desigualdades sociales, es decir con enfoque de abordaje de los determinantes sociales de la salud, esto desde una perspectiva multidisciplinaria, donde se considere lo biológico, social, estilo de vida y entorno ambiental. La posición de una persona en la sociedad tiene su origen en diversas circunstancias que la afectan, como los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales (15).

Imrad A, et. al. (2021), en el estudio sobre mejorar y promover los determinantes sociales de la salud a nivel de sistema. Tuvieron como objetivo abordar los determinantes sociales de las necesidades de salud con atención clínica para mejorar aún más los resultados del paciente y ayudar al alta segura. Mencionan que los determinantes sociales como el bajo nivel socioeconómico, la raza y el origen étnico, las malas condiciones ambientales, la inseguridad alimentaria y el acceso inadecuado a los servicios de atención médica, afectan negativamente los resultados de salud. Sus resultados fueron que la tasa de mortalidad estandarizada por riesgo a 30 días por infarto agudo de miocardio (IAM) se redujo en un promedio del 1% en todo el sistema, mientras que la tasa de complicaciones del IAM estandarizada por riesgo fue del 0%. Concluyeron que, el desarrollo de una herramienta de detección de los determinantes sociales, priorizando factores de riesgo, involucrando a un equipo multidisciplinario han ayudado a abordar y vincular el papel de los determinantes sociales en los resultados de los pacientes, con una tasa de reingreso reducida, mortalidad y complicaciones más bajas (16).

Haeberer M (2020), en su tesis doctoral: Desigualdades en la mortalidad en España y países de las Américas, tuvo como objetivo generar evidencia sobre las desigualdades sociales en salud analizados desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, método: un estudio ecológico con datos de panel y datos individualizados, con resultados en lo concerniente a desigualdades sociales educación y sexo en la mortalidad y supervivencia entre países de las Américas fueron que la tasa de mortalidad adulta no cambio: 1,9 por mil mujeres y 3,7 por 1000 hombres. La esperanza de vida aumentó de 75,6 a 78,7 años en mujeres y, de 68,9 a 72,4 en hombres; concluyendo que, en los países de las

Américas, los hombres tienen mayor riesgo de morir, mueren más tempranamente y viven menos años libres de enfermedad y discapacidad que las mujeres; el nivel educativo es un determinante de la mortalidad y la sobrevida en ambos sexos y las desigualdades educativas son más pronunciadas y ascendientes entre hombres y desproporcionadamente concentradas en las poblaciones socialmente más desfavorecidas (17) .

García F; León E. (2020), realizaron una investigación sobre mortalidad hospitalaria en un centro de alta complejidad del Ministerio de Salud Lambayeque – Perú, 2014 - 2018, estudio descriptivo, retrospectivo con análisis exploratorio. Incluyeron a todos los pacientes fallecidos de los diferentes servicios registrados en el sistema de gestión de la calidad. El objetivo fue describir características clínicas y aspectos de la mortalidad en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque. En sus resultados hubo 1560 fallecidos, la mediana de edad fue de 55 años, el grupo etario más frecuente fue de el de mayor de 75 años y el 50,2% fueron mujeres. Concluyeron que predominó el grupo adulto mayor, con sepsis e insuficiencia respiratoria, atendidos por medicina interna y cuidados intensivos, la mortalidad es elevada, pero con disminución en el tiempo (18).

Chang Y, et al (2020), en su investigación determinantes sociales que inciden en la mortalidad de los menores de cinco años en el Hospital Pediátrico “José Luis Miranda” Santa Clara Cuba, cuyo objetivo fue caracterizar el estado de los determinantes sociales de mayor incidencia en la mortalidad del menor de cinco años fallecidos en esa institución, estudio cuanti - cualitativo, en el periodo de enero 2016 a diciembre 2018, se trabajó con toda la población de pacientes

fallecidos, la variable de estudio se operacionalizó en indicadores estructurales como nivel socioeconómico, escolaridad y lugar de residencia, individuales como color de piel y del sistema de salud (accesibilidad, terapia oportuna y adecuada y causa de defunción) incluyendo descriptores poblacionales como edad y sexo. Resultados: Mayor incidencia de muerte en el grupo etario entre uno y cuatro años con predominio de los varones, un nivel socioeconómico medio, origen rural, con accesibilidad al sistema de salud regular y la principal causa de defunción fueron las enfermedades infecciosas. Concluyen que podría haber un mejoramiento de los indicadores de salud de la población infantil menor de 5 años en la provincia de Villa Clara cuando en la gestión institucional se tome en cuenta el estado de los determinantes de la salud (19).

Cortés - Sierra, D, Forero – Durán N, Sarmiento – Reyes É, Espinoza- Almanza, C. (2019), en su trabajo de investigación mortalidad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital universitario en Bogotá, estudio de corte transversal, retrospectivo, evaluando los egresos hospitalarios de medicina interna del año 2015, estableciendo la tasa de mortalidad y sus causas, dentro de sus resultados se presentaron 152 muertes de 1817 egresos hospitalarios con una tasa de mortalidad de 8,3%, el 54,7% fueron hombres y la mediana de edad de 71 años, las principales causas de muerte fueron en 43% enfermedades infecciosas, seguida de neoplasia sólida en 27% y finalmente de origen cardiovascular 17%. Teniendo como conclusiones una tasa de mortalidad en los pacientes adultos hospitalizados de 8.3%, en estos pacientes es alta la frecuencia de comorbilidades como la hipertensión, cáncer y falla cardiaca (20).

Fernández O, et. al. (2019). En su investigación caracterización epidemiológica de la mortalidad en el área de salud de Delicias 2015 – 2018, estudio descriptivo retrospectivo, obtuvieron como resultados una tasa de mortalidad fue de 8.5 por cada mil habitantes, como primeras causas de muerte enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares y suicidio. Las enfermedades con mayor tasa de letalidad fueron los tumores malignos 11,9%, el suicidio 10,4% y las enfermedades cerebro vasculares con un 8,3%. Se apreció una sobremortalidad masculina de 14 hombres fallecidos por cada 10 mujeres (21).

Alves J, et. al. (2019). En su estudio magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro Oeste de Brasil, cuyo objetivo fue evaluar la magnitud de los determinantes sociales en el área de riesgo para la mortalidad por tuberculosis, estudio ecológico que recogió los casos de muerte por tuberculosis entre el 2006 y 2016 y los determinantes sociales se obtuvieron de las unidades de desarrollo humano. Como resultados se obtuvo 225 muertes por tuberculosis, distribuidas heterogéneamente en el espacio. Concluyen que el riesgo de muerte por tuberculosis es un problema asociado a los determinantes sociales y que las políticas de salud y los programas de protección social pueden contribuir a enfrentarse a este problema (22).

2.2. Marco epistemológico de la investigación

Desde el punto de vista epistemológico en el paradigma positivista y para la presente investigación existe independencia entre el sujeto investigador y el objeto investigado. Asimismo, la naturaleza del fenómeno investigado es objetiva, única,

medible, dentro del terreno axiológico los valores son neutros. Su sustento teórico el de positivismo lógico.

El paradigma lógico - positivista representa el modelo de conocimiento que se sustenta en el método clásico positivista. Este paradigma postula la existencia de una realidad objetiva que es posible conocer empíricamente a través de métodos cuantitativos, construyendo modelos que permiten describir y predecir fenómenos similares, es decir, se sustenta en el ejercicio de generalizar a partir de experiencias fraccionadas (23). Aspecto que va a plasmarse con la identificación de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria, en el decenio 2011 al 2020.

Desde el paradigma positivista, la salud y la enfermedad y por ende la muerte son expresiones naturales de desequilibrio, basadas en los postulados del realismo, del positivismo (unidad metodológica de la ciencia) de la explicación causal y el empirismo). De otro lado, el pensamiento crítico replantea la construcción de la salud, incorporando al aspecto social como parte sustantiva de tal proceso con lo cual le da contenido histórico (23). En la presente investigación, se realizó la identificación de las características de los determinantes sociales y fundamenta la implicancia de determinantes estructurales (políticas económicas, de salud, y de protección social y laboral en el Perú) en la mortalidad.

2.3. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio

2.3.1. Desde la dolencia y la enfermedad a la muerte

La muerte es un acontecimiento universal. Salud, enfermedad y muerte son aspectos indisociables al ser humano. El hombre posee la certeza de que algún día dejará de existir. Por ello, le ha inquietado desde siempre y tiende a verse como un dato objetivo e indiscutible, es un hecho biológico. Sin embargo, la muerte tiene un significado cultural profundo. La representación y las actitudes que han desarrollado diversas culturas, incluyen costumbres, mitos, ceremonias, ritos, etc. han revelado las dimensiones sociales del fenómeno, es cierto que, por medio de las tradiciones culturales, el ser humano prolonga la vida más allá de la muerte.

En la cultura occidental, hasta fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX la figura del médico estaba separada de la muerte. El médico acompañaba al paciente mientras había algo que hacer, cuando excedían sus posibilidades de accionar el agonizante quedaba al cuidado de la familia (24).

Al surgir la medicalización, comienza una fuerte intervención médica, a partir del siglo XIX se empieza a confiar en el diagnóstico médico. Surge la medicina moderna que llevan a la certeza y confianza en el diagnóstico médico de la muerte. Deja de ser patrimonio de la religión y de la filosofía, para ser una cuestión de la ciencia médica. En el siglo XX, el avance de la tecnología de la salud y la aparición de los cuidados intensivos permite

prolongar la vida, modificando los límites de la vida y la forma de morir, el paciente deja de estar acompañado de su familia, la muerte es más científica, más técnica. La muerte pasa a ser un acontecimiento privado, íntimo. El hombre moderno muere en el hospital solo, o apenas rodeado de sus familiares más cercanos (24).

Como paso último del proceso de una enfermedad se encuentra la muerte. En la cultura occidental, la muerte ocupa un lugar secundario, se considera lo contrario de la vida. En este sentido se advierte una profunda diferencia con otras culturas, donde la vivencia de la muerte se interioriza en la vida cotidiana, los muertos y los vivos constituyen una misma comunidad. Vista la salud, enfermedad y muerte desde la antropología sociocultural, la conceptualización de la muerte a través del tiempo ha ido cambiando y en esta investigación se contextualizó a la muerte en el entorno hospitalario, que corresponde a la última fase de este modelo, que debido al surgimiento de la medicalización actualmente la muerte ocurre en un establecimiento de salud, estableciéndose así la mortalidad hospitalaria (24)

2.3.2. Modelo interdisciplinario del proceso salud – enfermedad

El estado de salud enfermedad tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.) determinantes estructurales a nivel socio - estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes

próximos a nivel institucional - familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual, el propio estado de salud. Este modelo propone un enfoque integral para el estudio de los determinantes del proceso salud - enfermedad (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos, etc.) (25) .

El modelo interdisciplinario del proceso salud enfermedad se enmarca dentro de la presente investigación, ya que en ella se visualiza a la mortalidad no solo como un hecho biológico, se buscó la explicación a través de los DSS intermedios de la salud, las características que ellos presentan en la población en estudio y fundamentando de qué manera los DSS estructurales como un marco macro de los cuales dependen los DSS intermedios, repercuten en la mortalidad (factores económicos, sociales y políticos).

2.3.3. Teoría de la complejidad

No existe una concepción única del paradigma de la complejidad, depende del campo en el que sea utilizado y del investigador. Esta teoría señala que un sistema complejo, es un sistema construido a partir de múltiples unidades mutuamente interactuantes. Las múltiples y repetidas interacciones entre dichos componentes resultan en conductas colectivas firmes en el tiempo, adaptables al entorno y que a su vez retroalimentan al sistema en un proceso permanente y dinámico, un ejemplo de sistema complejo es un sistema de salud. Sus componentes no pueden ser entendidos a cabalidad, sino son analizados en conjunto con sus dimensiones histórica, cultural y social (26).

El paradigma de la complejidad representa una epistemología diferente de la prevalente, no se aísla, no es reduccionista en cuanto a saberes, presenta bases para conocer en forma más completa los sistemas físicos, biológicos y sociales y tiene presente los determinantes sociales de la salud. Los modelos sociales o de medicina privada y/o pública, condicionan que el análisis y la comprensión de los sistemas de salud se complementen con el paradigma de la complejidad, para mejorar su eficiencia y calidad (27).

Al tener en cuenta el paradigma de la complejidad a los determinantes sociales de la salud, busca fundamentar el modelo social, las formas de impartir salud de los países para dar alternativas o soluciones desde el enfoque estructural de los determinantes sociales, es ahí donde se basa la conexión de esta teoría con la presente investigación, no solamente por la búsqueda o cuantificación de un evento como la muerte, sino fundamentarlo con los determinantes estructurales de la salud, reconocer que las interacciones complejas y a la vez dinámicas entre estos determinantes intermedios y estructurales, desencadenan eventos como la muerte, reconociendo que el mundo esta interconectado, que debe verse a la complejidad como un componente clave para comprender el entorno del ser humano holísticamente. buscar atenderlo en su integralidad, lo cual hasta el momento parece imposible lograrlo.

Los principios de esta teoría son aplicables definitivamente a la sociedad, la cual tiene diferentes dimensiones, cada vez se han ido incorporando nuevos componentes haciendo de ella un intrincado tejido, cuyos hilos se entrelazan y cada uno de ellos tiene su participación en esa sociedad, cada componente no puede verse por separado y el todo impacta en el ser humano, es aplicable en esta investigación, ya que los determinantes estructurales considerados en la misma, a través de las políticas económicas, de salud, de protección social y laboral, evidencia como cada una de estas políticas, ocupa un lugar preponderante en la forma como el ser humano vive, trabaja, enferma y muere, y que con el transcurrir del tiempo cada vez se va haciendo más compleja su interacción. Por ello al tratar de intervenir en el campo de la salud se advierte este tejido del cual nos habla Morín y su complejidad como fenómeno social (28). Debido a que los tiempos cambian y las necesidades se van haciendo más evidentes y difíciles de ser intervenidas, ya que el sector salud en sí mismo es ya un sistema bastante complejo y muy difícil de ser intervenido.

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Determinantes sociales de la salud

El desarrollo conceptual de los DSS tuvo como base varias iniciativas a través del tiempo, con el Informe Lalonde (1974) en el que se reconoce la influencia del ambiente, estilo de vida, servicios de salud y biología en la salud, se trata del primer documento gubernamental de occidente que pone el foco fuera del sector salud, la declaración de Alma Ata (1978) en la que

se sostiene que la salud es un derecho humano; primera conferencia de la OMS sobre promoción de la salud y la carta de Ottawa (1986); Segunda Conferencia Internacional de la Salud sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Adelaide (1988), Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Sundsvall (1991), Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Yakarta (1997), Comisión de la OMS sobre los DSS (2005) y la publicación en el año 2008 y la Reunión en Río de la Comisión de la OMS (2011). Iniciativas que aportaron en el tiempo elementos importantes para la evolución de las perspectivas de los DSS (29).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2005, creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el objetivo de influir, a través de políticas y programas, sobre aquellos determinantes que fomenten la equidad sanitaria; además para mitigar las desigualdades y la injusticia social que de forma directa o indirecta tienen un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas. Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades (30).

Los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcan factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta

organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud. Marc Lalonde, Ministro de Sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses (1974), enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores: Medio ambiente, los estilos y hábitos de vida, el sistema sanitario y la biología humana (15).

La (OMS) define a los (DSS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser diferentes en varios subgrupos de la población y dan lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. A pesar de haber alcanzado la meta de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) al reducir la tasa de extrema pobreza, la cual se ha detenido en los últimos años, con implicancias graves para la región pues la pobreza repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación y otros factores vitales para la salud. De hecho, la pobreza es el determinante individual más importante de la salud (4) .

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales en que las personas viven influyen fuertemente en sus posibilidades de tener una buena salud. La pobreza, las desigualdades

sociales, la discriminación, la vivienda pobre, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludable en la infancia y la falta de trabajo son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud entre países y dentro de un mismo país. Entre los principales factores que determinan la salud de las personas se postulan los siguientes:

- Educación: Los bajos niveles de educación formal se relacionan con una salud más deteriorada, más estrés y baja autoconfianza.
- Género: Ser mujer u hombre implica distintos tipos de riesgo de enfermedad a diferentes edades.
- Entorno físico: Agua potable, aire limpio, lugares de trabajo saludable, casas seguras, comunidades y calles que contribuyan a tener una buena salud. Tener empleo permite estar más sano/a, especialmente en aquellos casos en que los/las trabajadores/as tienen control sobre sus condiciones de trabajo.
- Redes de apoyo social: El apoyo de las familias, de los amigos y de la comunidad en que las personas viven permiten tener una mejor salud. La cultura propia - valores, costumbres, tradiciones y creencias de las familias y de las comunidades – afecta directamente a la salud de las personas.
- Factores genéticos: Juegan un papel preponderante en determinadas condiciones de salud y en el riesgo de desarrollar cierto tipo de enfermedades. Las conductas individuales y las estrategias de enfrentamiento y control de los factores de riesgo – alimentación equilibrada, actividad física, fumar, beber en exceso y la forma de

enfrentar el estrés - afectan directamente el estado de salud de las personas.

- Servicios de salud: El acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de atención médica, ya sea preventiva o curativa, influye también en estado de salud.
- Ingresos económicos: Diversas investigaciones han concluido en que mayores ingresos económicos se asocian a mejores indicadores de la salud de la población (31).

La complicada interacción de distintos factores biológicos, económicos, sociales y culturales tiene efecto sobre la salud de las personas, y en consecuencia sobre el nivel de mortalidad de las poblaciones (32).

2.4.2. Identificación de los determinantes sociales de la salud

El modelo de determinantes sociales de la OMS, es jerarquizado y distingue determinantes subsumidos uno en el otro: En este modelo no se trata de ver los factores o variables sueltas, no relacionadas, sino verlo como un proceso en el cual se encuentra el determinante estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; y el determinante intermedio que incluye las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar, laboral o social de la persona, el cual, trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades (33).

2.4.3. Componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales

Incluyen a los determinantes estructurales y determinantes intermedios. Los determinantes estructurales se refieren específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica y política de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo estructural recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (15).

Por su parte, los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales como calidad de la vivienda, las circunstancias psicosociales como las relaciones estresantes, los factores conductuales y biológicos como la nutrición y actividad física, la cohesión social como el respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad y el propio sistema de salud con acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades (15).

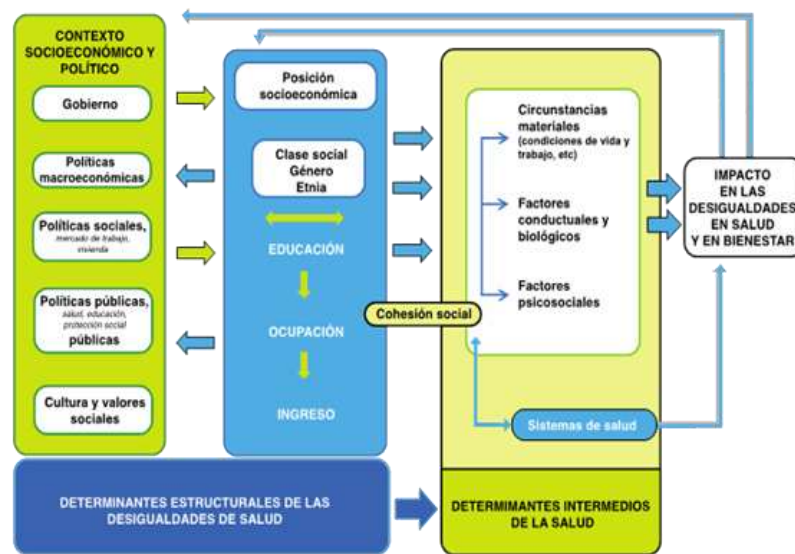
En cuanto, a los DSS, no todos revisten la misma importancia, los más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad, como son los determinantes estructurales, como la distribución

de ingresos o la discriminación por factores como género, etnia o discapacidad, la estructura política, la gobernanza que refuerzan las desigualdades en lugar de reducirlas. Estos determinantes establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas que influyen en las posiciones sociales diferenciales de los individuos y son la causa principal de la inequidad en salud, estas diferencias configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios como la condición de vida, las circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud (34).

Los servicios de salud constituyen un determinante intermedio. El determinante proximal está determinado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia. Sin embargo, categorías como sexo y género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida en que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud (33).

El conjunto de los determinantes estructurales modela la magnitud y la vulnerabilidad de los determinantes sociales intermedios en los grupos sociales, la vulnerabilidad a los determinantes sociales se acumula a lo largo de la vida. Por lo que, la acción de los determinantes sociales de la salud debe plantearse desde una lógica intersectorial, con el liderazgo del sector salud (35).

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la salud.



Fuente: Modelo de determinantes de la Salud OPS/OMS

Al abordar los DSS se ha hecho más notoria la importancia de la acción multisectorial, la inaceptibilidad de las marcadas inequidades en materia de salud y la salud como derecho humano. Para actuar con respecto a los DSS en la región de las Américas sobre la base de la equidad, es necesario reconocer las causas complejas y a menudo duraderas de la mala salud, al abordar las causas de las causas que son fundamentales para la buena y la mala salud, y que explican, el enfoque de los DSS puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en la salud (4). Por lo expuesto los determinantes sociales de la salud deben ser vistos de una manera integral y los gobiernos deben tener en cuenta los determinantes estructurales e intermedios, para tratar de dar solución a los problemas de la población, entre ellos uno de los más importantes como es la salud y que determina la forma o manera como la población morirá, por todos los aspectos sociales que de ello derivan y no visualizar la salud de manera

aislada. Observándose que los gobiernos de los diferentes países y entre ellos el Perú no toman en cuenta el impacto de los determinantes sociales en la salud de la población. Además, un progreso deficiente en la ejecución de un enfoque basado en los determinantes sociales, refleja en parte la incompetencia de la gobernanza en el abordaje de los problemas clave del siglo XXI en el ámbito local, nacional y mundial (34).

Entre los determinantes estructurales se encuentran los escenarios socioeconómico y político, abordado por las políticas macroeconómicas, políticas sociales y políticas públicas. En esta investigación se exponen tres políticas públicas (económica, de protección y salud laboral y la de salud), que a través del contexto, experiencia profesional y evidencia documental se ha visto una marcada injerencia en las condiciones de salud de la población que como país hemos tenido a lo largo del tiempo. Las políticas públicas son el resultado de cómo se organiza el estado a lo largo de su historia, determinan cómo funciona el país, e impactan en los mismos determinantes estructurales e intermedios.

2.4.4. Políticas públicas

En la constitución política del Perú, en el Capítulo II que diserta sobre derechos sociales económicos menciona que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, asimismo en el artículo 9 del mismo capítulo el estado es quien determina la Política Nacional de Salud, a través del poder ejecutivo que norma y supervisa su aplicación, para facilitar a todos los peruanos el acceso equitativo a los servicios de salud (36). La

Carta Magna de Perú claramente refiere que todos los peruanos deben tener derecho a proteger su salud, esto conlleva a que se formulen y apliquen políticas públicas que lleven a este objetivo, sin discriminación alguna tratando de salvar las inequidades existentes.

La OMS en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, instó a los estados miembros a que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los DSS y consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales, y de fortalecerlas, que prevean el fomento de la salud y la prevención de la morbilidad. Igualmente, a velar por el diálogo y la cooperación entre los sectores pertinentes con miras a integrar las consideraciones sanitarias en las políticas Públicas y a que aumenten la acción intersectorial (37).

La mayor parte de la carga de enfermedad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, conocidos como determinantes sociales de la salud, término que incluye los determinantes económicos, sociales, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Un progreso deficiente en la ejecución basado en los determinantes sociales refleja incompetencia en la gobernanza, exige de parte de los gobiernos políticas coherentes en todos los sectores, junto con un compromiso político de todas las partes, asimismo que la población entienda que son las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud (34).

Una política pública no es cualquier acción del gobierno, que puede ser singular y pasajera, en respuesta a particulares circunstancias políticas o demandas sociales. Lo específico y peculiar de la política pública consiste en ser un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que son de naturaleza permanente o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida. La estructura estable de sus acciones, que se reproduce durante un cierto tiempo, es lo esencial y específico de ese conjunto de acciones de gobierno que llamamos política pública (38). Es responsabilidad del gobierno, a través de las políticas públicas intervenir en los problemas del país.

2.4.5. Política económica en el Perú

La trascendencia que tiene una política económica en lo que respecta a salud es innegable, en nuestro país a lo largo del tiempo se ha visto que existe un presupuesto muy exiguo para un sector de tanta importancia como lo es el de salud.

El Perú invierte cerca del 3% de su Producto Bruto Interno (PBI) en salud, en tanto que varios países de América Latina determinan el 6% de su PBI, Cuba y Estados Unidos entre el 8% y 10%. Es evidente que en el Perú se requiere aumentar los recursos en este servicio esencial para brindar a la

población asistencia eficiente y optimizar la capacidad de respuesta de los hospitales ante un aumento de la demanda (39).

En el año 2020, la economía peruana medida a través del PBI a precios constantes del 2007, registró una contracción de -11.1% una de las peores contracciones de la actividad económica desde 1950, explicada por factores exógenos a la actividad económica por la pandemia de la Covid 19, que indujo a tomar medidas sanitarias para controlar el avance del coronavirus, que incidió desfavorablemente en el desencadenamiento de la actividad económica de nuestro país y que afectó en mayor o menor grado a las diferentes economías del mundo (40) .

Si bien el producto bruto interno sirve para determinar el crecimiento económico de un país, no permite medir directamente el bienestar de las personas en términos de salud, sin embargo, si en un país crece su economía, este tendrá la oportunidad de un mayor presupuesto para ejes fundamentales como son la salud y educación basadas siempre en sus políticas públicas.

La salud es más que la acción curativa, el acceso a los servicios necesita que las barreras sean eliminadas, especialmente la barrera financiera, sobre ella se han concentrado los esfuerzos de la política pública en estos últimos 20 años, el Perú ha hecho esfuerzos por implementar estrategias para reducir estas barreras: el seguro escolar, el seguro materno infantil, que se ha derivado en lo que hoy es el Sistema Integral de Salud (SIS). El

financiamiento de salud tiene una brecha que es necesario cubrir en un entorno que no es tan próspero como el que veníamos viviendo los últimos 10 a 15 años, además a esta brecha financiera debemos agregar la brecha de recursos humanos y una brecha tecnológica (entendida como conocimiento) (41).

La OMS recomienda abordar la desigualdad económica e invertir en servicios públicos universales en pro de la equidad en la salud y el bienestar, aunque se ha logrado cierto avance, la desigualdad aún persiste entre países y dentro de cada uno de ellos, la población desfavorecida los que tienen un nivel socioeconómico y educativo bajo y los afectados por la discriminación racial, tienen vidas más cortas y menos saludables (42).

La política económica, abordando la pobreza y la desigualdad económica, puede reducir la mortalidad infantil y la adulta, a su vez estas pueden mejorar el acceso a la educación y al empleo reduciendo la mortalidad prematura al mejorar las condiciones de vida.

2.4.6. Política de protección social y laboral en el Perú

En el Perú la legislación laboral define la forma en que los trabajadores y sus familias tienen acceso a una red de protección social, distinguiéndose a los trabajadores que son contratados por una empresa y que reciben un pago monetario a cambio de su esfuerzo, son los trabajadores asalariados o dependientes, ellos acceden a la protección social utilizando parte de su salario para acceder a la salud, ahorro pensionario, compensaciones por

tiempo de servicio y otros. Y los trabajadores que trabajan por cuenta propia denominados independientes o autoempleados, no gozan de la cobertura social contributiva, pero es el estado quien asume una oferta de seguridad social no contributiva o semicontributiva como el Seguro Integral de Salud (SIS) (43) .

La seguridad social de salud (EsSalud) creada con Ley 27056 en 1997 tiene como asegurados a afiliados regulares, trabajadores asalariados que cumplen con la obligación de cotizar, pensionistas del régimen contributivo e independientes que contribuyen voluntariamente. EsSalud es la entidad llamada a dar servicio a los trabajadores y su familia que por lo general aportan el 9% de su salario para esta cobertura. El derecho a la seguridad social está consagrado en la Constitución Política del Perú. A ello se suma un conjunto de leyes que sirven para organizar el sistema de protección social, determinando su financiamiento y alcances. Según esta legislación, el mecanismo principal de acceso a la seguridad social en salud es el empleo asalariado (43) .

Los tratamientos médicos en la seguridad social, son de exclusividad para pacientes asegurados, teniendo en cuenta que también pueden requerir dichos servicios pacientes que deseen acceder a ellos y que son denominados terceros. El impacto financiero que puede significar una enfermedad compleja en un hogar afiliado a otro tipo de seguro como el SIS es mucho mayor que el que alcanzaría en un hogar afiliado a EsSalud (43).

Analizando esta coyuntura podría afirmarse que los asegurados en EsSalud tienen la posibilidad de hacer menor gasto de bolsillo en su atención en salud, por contar con este seguro que puede brindarles atención en consulta externa, hospitalización y emergencia. Existe también el beneficio de atención a través de una referencia a centros de mayor complejidad para su atención de salud y por ende de mayor resolución en temas de salud.

La OMS, propone una gobernanza inclusiva para unos servicios centrados en las personas, aumentando la integralidad y ampliando la cobertura de la protección social universal a lo largo del curso de vida, lograr la cobertura sanitaria universal a través de una financiación progresiva de la salud y la aplicación de enfoques de atención primaria (42), con el único fin de promover la protección social, en este caso de todos los peruanos y lograr una mejor calidad de vida.

De acuerdo con cifras de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el 91% de la población cuenta con un seguro de salud público (SIS, EsSalud, Sanidad de fuerzas armadas y policiales) y solo un 9% con uno privado (EPS, seguro privado). Pero si bien, el estado concentra la oferta de servicio de salud en el Perú, la calidad de este aún es baja (44).

Las políticas que brindan protección social como la seguridad social y el apoyo a la infancia, pueden reducir la mortalidad relacionada con la pobreza y la exclusión social. Asimismo, las políticas que protegen a los trabajadores de accidentes y enfermedades laborales pueden reducir la mortalidad relacionada con el trabajo.

2.4.7. Políticas públicas y salud

Desde la perspectiva de la OMS, la salud es un estado de bienestar general físico, mental y social de las personas, que entra siempre en contienda con la enfermedad, constituyendo una relación dialéctica, primando una sobre la otra según el desarrollo de una sociedad, de las condiciones de vida, costumbres y actividades de las personas, de valores culturales y religiosos, de la política y acción del estado. La salud entendida como un proceso se encuentran factores de riesgo externo e impactantes y factores determinantes ligados al proceso, económico, cultural, político y demográfico en que se desarrolla una sociedad, integrándose las condiciones internas de la persona, genes, carácter, condiciones biológicas y herencia, con el entorno de la vida misma de la persona en la sociedad (nivel de ingreso, nutrición, educación, vivienda, medio ambiente, hábitos de vida, costumbres etc.) (45).

La salud es un derecho fundamental y debe garantizarse a todo nivel, una población que goza de buena salud garantiza el desarrollo y crecimiento futuro de su país. En las últimas décadas el Perú ha experimentado importantes avances en esta materia (44).

El concepto de responsabilidad de la sociedad por la salud de la población, casi inconcebible hace un siglo, ha ido gradualmente aceptándose con el tiempo y en la actualidad se considera que la reducción de las enfermedades y las tasas de mortalidad son funciones importantes del gobierno, el esfuerzo desplegado en la lucha contra las enfermedades y

disminución de la mortalidad responde a una política gubernamental, incluso en los países en desarrollo donde el rápido crecimiento de la población plantea muchos problemas (32).

La salud en su dimensión económica utiliza recursos para el logro del bienestar general de las personas, siempre está presente la necesidad de la optimización de su uso y que los resultados se vean en el bienestar de las personas. En su dimensión social involucra aspectos que van desde las condiciones de vida de las personas, el medio ambiente y políticas de estado, la respuesta organizada de la sociedad frente a la enfermedad (el sistema de salud), el medio ambiente del trabajo y del hogar (45) .

El hecho de tener una población sana implica reducción de gasto en salud, en poblaciones con estado de salud precarios o con altos porcentajes de población en riesgo limita el desarrollo del país y el bienestar general e induce a mayor gasto, mayores esfuerzos y mayor uso de recursos, merma las capacidades productivas, baja la productividad, producción y desarrollo económico, de allí que la salud se convierte en una necesidad en términos tanto individuales como poblacionales (45).

Las políticas de salud a lo largo de las dos últimas décadas, han sido consideradas como de bajo impacto para la salud en general, de una parte se tiene la normatividad que permite al sector tener las directrices para lograr un mejor nivel de salud en la población, estas políticas no son llevadas a cabo por el deficiente presupuesto asignado al sector y de otra

parte el recurso humano que no realiza las actividades de una manera eficiente y con calidad, llevando a tener un sistema de salud caótico y con serias deficiencias en su atención en todos sus niveles.

De otro lado, existe la fragmentación del sistema de salud en Perú, enmarcado en lo que sería el Ministerio de Salud a través del SIS, EsSalud, Fuerzas policiales y privados cada uno de ellos con sus propias características y problemas pero sobre todo lo que marca una similitud entre ellas es que ninguno logra cubrir la real necesidad de salud que tiene la población, ello por diferentes razones como la accesibilidad al servicio, la calidad del mismo y que debería ser el estado quien garantice ello para lograr el bienestar de las personas, debido probablemente a la crisis estructural del estado y por la ineficaz intervención en los determinantes estructurales de la salud.

La política supranacional de abordaje de los DSS propuesta por la OMS. Ayuda a entender la importancia de focalizar la salud en todas las políticas de un país, para la explicación de las paradojas y contradicciones de las brechas sociales existentes en toda sociedad y explicar de una manera integral porque la población enferma y muere con determinadas patologías (46).

Es necesario resaltar que aunque el modelo hegemónico de análisis para el planteamiento de políticas en salud, sean los determinantes sociales de la salud hasta la fecha en el Perú poco se ha avanzado, hecho que refleja las deficiencias e incompetencia de quienes gobiernan o gerencian el

sistema de salud que se traduce en la prevalencia de inequidades en el acceso, siendo imperativo que quienes asumen responsabilidades en estos aspectos tengan un perfil idóneo para superar los obstáculos políticos y técnicos que inciden en los determinantes sociales de la salud. Aunado a ello el desconocimiento existente en la población de lo que significa determinantes sociales de la salud, para fundamentar el ejercicio de su derecho a la salud.

La OMS propone la construcción de un sector de la salud y asistencial capaz de garantizar la equidad en el acceso y basado en una auténtica participación, con el fin de llevar a cabo un seguimiento de los determinantes sociales de la equidad en la salud (42), y así aminorar las brechas existentes en la atención de salud en la población peruana.

Sin embargo, más allá de los avances en el aseguramiento universal, la mejora efectiva del sistema de salud no podrá realizarse sin el cierre de brechas de recursos humanos y de infraestructura y equipamiento que enfrenta el sector. En cifras generales Piura, San Martín, Loreto, Cajamarca y Puno, en ese orden son los departamentos que presentan mayor brecha para personal médico. La infraestructura y el equipamiento del sector salud se encontraba en condiciones precarias antes de la pandemia. De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud (MINSA) 2020, el inadecuado mantenimiento de los hospitales no deja de ser preocupante, ya que de los 343 que existen en el país, el 51% tiene capacidad instalada inadecuada (44).

Por otro lado, la ejecución del presupuesto destinado al sector ha sido baja. Entre el 2015 – 2019 no se ejecutaron 8,178 millones, un 10% del presupuesto asignado. Esto evidencia una ineficiente gestión de los recursos, dinero que no está siendo utilizado para cerrar las brechas que tanto afectan al país (44).

En resumen, la política económica, de protección social y laboral y la de salud pueden tener un impacto significativo en la reducción de la mortalidad, abordando los determinantes sociales estructurales y reducir los factores de riesgo.

2.5. Mortalidad

La mortalidad ha desempeñado históricamente un papel muy importante en la determinación del crecimiento demográfico, ejerciendo una influencia en la estructura de la población por edad, el estado de salud de una población influye en la mortalidad, se conoce más acerca de los niveles de mortalidad que de las condiciones de salud dentro de los distintos países (32).

Aunque los datos de mortalidad se emplean a menudo como indicadores del estado de salud, a veces puede dar un cuadro erróneo (32). La mortalidad intrahospitalaria es uno de los indicadores tradicionalmente más utilizado, pese a que se ha discutido con frecuencia su validez y precisión para medir la calidad de la atención hospitalaria (47). No obstante, usar la mortalidad como indicador de calidad puede ser reduccionista porque no todas las muertes ocurridas en un hospital pueden atribuirse a deficiencias en la atención (48).

2.5.1. Evolución de la mortalidad

A pesar de que la mortalidad es un hecho inevitable, su comportamiento presenta diferencias notables entre países, regiones, clases sociales y grupos culturales. Esto evidencia lo fundamental de analizar, no solo su patrón general, sino también el de grupos particulares y las principales causas de defunción. La mortalidad ha sido una constante en la historia humana con patrones y tasas que han ido variando según la época, lugar y cultura, y puede medirse en forma precisa, existiendo métodos muy confiables para estimar su magnitud en distintas épocas de la historia de la humanidad (49). Una tabla de mortalidad de la Grecia Clásica, preparada a base de inscripciones funerarias, indica que en el siglo V a.C. el promedio de vida era de unos 30 años (32).

Uno de los principales logros de la humanidad en los últimos 250 años, ha sido la prevención de la muerte a edades muy tempranas, hasta 1750 el balance de la vida y la muerte sufrió cambios imperceptibles. Sin embargo, la invención de la agricultura hace 10000 años, aumento la capacidad para mantener poblaciones más grandes, el aumento de la productividad mejoró la nutrición de la población, lo que condujo a un aumento de la fecundidad y a una disminución de la mortalidad. Este hecho fue de enorme importancia para la evolución de las enfermedades, con el desarrollo de las ciudades, el contacto cercano de gran número de individuos, los agentes infecciosos pudieron sobrevivir, y de esta manera surgen enfermedades como la viruela, por ello las ciudades eran consideradas como cementerios de la humanidad (49).

Las estimaciones sobre la esperanza de vida en distintos países europeos entre el Siglo XIII y XVII, preparadas con datos fragmentarios, van de los 20 a los 40 años, las tasas de mortalidad eran muy irregulares en esa época y las de ciertos años se duplican o triplican la media a largo plazo, estas variaciones se debían a epidemias como la de la viruela y la peste bubónica y las hambrunas (32). En 1662, Jhon Graunt publicó un estudio sobre las notificaciones semanales de la mortalidad en Londres. A finales del siglo XVIII, los gobiernos empezaron a ajustarse a la idea de que las responsabilidades más importantes del estado era proveer de mejores condiciones de vida a todos los ciudadanos y no solo a ricos y poderosos, la esperanza de vida comenzó a aumentar a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX. Entre 1650 y 1750, la esperanza de vida de las familias adineradas europeas empezó a aumentar, aun en la actualidad las sociedades más adineradas tienden a vivir más que las pobres. Las principales causas del aumento de la esperanza de vida para esa época aún se desconocen (49).

En el siglo XVIII hubo una innovación muy importante en la salud pública, la introducción de la vacuna contra la viruela, la agricultura se volvió más eficiente y se tuvo acceso a una dieta más variada, la lana fue reemplazada por el algodón, fue más fácil el lavado de ropa, mejoraron los hábitos de higiene, disminuyendo la posibilidad de la propagación de enfermedades infecciosas, sin embargo, los segmentos pobres de la sociedad no participaron en estos cambios. En el siglo XIX, si bien la disminución de la mortalidad al principio fue principalmente resultado de causas

vinculadas al mejoramiento general del nivel de vida, en la segunda mitad de este siglo las reformas sanitarias y los movimientos en pro de la salud pública fueron factores importantes (49).

En general las tasas de mortalidad se redujeron inicialmente en países europeos Como consecuencia de mejoras socioeconómicas, culturales y nutricionales, la revolución industrial generó una migración hacia las ciudades en búsqueda de riqueza. Por otra parte, desde el punto de vista concepcional, la revolución industrial empeoró las condiciones de vida de la mayoría, no coincidiendo las estadísticas de la mortalidad con esta idea. El primer estudio de la mortalidad en poblaciones pobres se llevó a cabo en Francia, luego de dos años hubo otro reporte, ambos concluyeron que los industriales creaban trabajos y generaban riqueza, pero no proporcionaban salud a los trabajadores. No obstante, la revolución industrial trajo algo inesperado, en 1831 el comercio con la India introdujo el cólera por primera vez en el viejo continente, Europa había estado libre de epidemias, el último brote de peste había ocurrido en Marsella en 1720, y la viruela había sido más o menos controlada por la vacunación, esta situación hizo que el Parlamento Inglés en 1848 creara un Comité Central de Salud que contaba con la autoridad para realizar reformas sanitarias (49).

Las principales causas de mortalidad fueron enfermedades infecciosas que en la actualidad están casi completamente erradicadas, Villerme y Chadwick mostraron que las ciudades más grandes tenían tasas de mortalidad más elevadas y los pobres vivían menos que los ricos, así que

fue fácil proponer que las enfermedades provenían del miasma (olor) de la gente y de la suciedad que acompañan a la extrema pobreza, así a principios del siglo XIX surgió una escuela anticontagionista, planteaba que las enfermedades surgían espontáneamente donde existía el miasma de la pobreza. Los reformadores sociales creían que la reforma social era todo lo que se necesitaba para resolver el problema de la enfermedad, mientras el clero creía que las enfermedades eran producto del pecado (49).

Los industriales fueron anticontagionistas no querían ninguna cuarentena que interrumpiera el comercio internacional y hubo también algunos médicos anticontagionistas. En 1840 un patólogo alemán, Jacob Henle, argumentó que la mayor parte de las enfermedades epidémicas eran causadas por microorganismos, su razonamiento fue por analogía se había demostrado que la fermentación y putrefacción eran resultado de contaminación por seres vivos, como levaduras y hongos y que no aparecían espontáneamente, tanto el proceso de fermentación como el desarrollo de la enfermedad, necesitaban un tiempo para su aparición (incubación), su razonamiento no tuvo influencia en sus contemporáneos y el anticontagionismo permaneció como dogma (49).

En 1854 hubo una tercera epidemia, el cólera que asoló Europa, y en 1855 Jhon Snow demostró que el cólera se transmitía por contaminación del agua, en 1860 Pasteur demostró que cualquier material o método de cultivo adecuadamente esterilizado por calor, permanecería estéril indefinidamente siempre y cuando estuviese protegido de la

contaminación bacteriana. En el siglo XX, una vez identificadas las causas bacterianas de las enfermedades humanas, el interés se trasladó al estudio de los mecanismos de la inmunidad adquirida como resultado del desarrollo de dichas enfermedades, alcanzando logros significativos gracias a las medidas preventivas (49).

Los países de Latinoamérica han experimentado una disminución considerable en el nivel general de la mortalidad en los últimos 35 años, por el aumento de la esperanza de vida al nacer, de 51,8 entre 1950 – 1955 a 66,7 años en 1985 – 1990, en estos últimos años el nivel de mortalidad fue más bajo que en todas las regiones del mundo, con el incremento de la esperanza de vida y a medida que la población envejece, la carga de la mortalidad se desplaza progresivamente desde los grupos de edades más jóvenes hacia los más viejos, como consecuencia de la prevención de la mortalidad prematura (50).

En el Perú la mortalidad ha sido un proceso complejo, con la influencia de factores como la enfermedad, la pobreza, la falta de acceso a los servicios de salud y la violencia. En la época prehispánica, la mortalidad en el Perú era alta debido a enfermedades infecciosas y guerras, durante la época colonial la mortalidad aumentó debido a la introducción de enfermedades europeas y la explotación laboral. En el siglo XIX existe una constante, la presencia de más muertes que nacimientos, el mayor número de muertes y nacimientos se da entre 1858 – 1881, la población crece más en la primera mitad del siglo (51).

En la ciudad de Lima entre 1840 a 1860 las personas morían, por diferentes causas, fue durante las epidemias cuando la población y autoridades empiezan a tomar medidas. No obstante, moría más gente por las endemias, debido a las pésimas condiciones sanitarias, pero como ello sucedía día a día no llamaban tanto la atención. Esto se ubica en el paradigma precientífico, se atendían los síntomas y no las causas de las enfermedades, es un periodo previo a Pasteur, previo a la microbiología y a la bacteriología. Al paradigma de los humores y miasmas se suma la observación anatómica y la experimentación del mundo moderno, pero faltaba aun identificar vectores y el mundo microbiano, hubo debates entre los contagionistas y el anticontagionistas. A mediados del siglo XIX, Manuel A. Fuentes, fue una de las personas que dirigieron la campaña por el establecimiento de la higiene pública, como parte importante de las responsabilidades del estado, propuso que el estado dicte medidas a favor de la higiene pública, para lograr una población saludable (52).

Otro aspecto importante es que una persona padecía un mal o una enfermedad se atendía de acuerdo a sus posibilidades (51). Como contexto el Perú incrementó sus ingresos por el boom del guano, por lo que el estado pudo tener estabilidad política, permitiendo mejorar las condiciones de la ciudad. Entre 1840 y 1845 más del 50% de causas de muerte se debieron a enfermedades infecciosas, como la disentería y entre 1850 y 1860 las fiebres. Además, en 1855 las muertes fueron por fiebre amarilla y en 1860 fue debido a la viruela (52).

En el Perú, los que nacieron entre 1950 y 1955, esperaban vivir en promedio, hasta la edad de 44,1 años; cifra por debajo del promedio en América Latina que era de 51,1 años. Por efecto, sobre todo de la disminución de la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer se incrementa en 32,4 años en el periodo 2015 - 2020. Por lo cual los que nacen en este periodo esperan vivir en promedio hasta los 76,5 años, este nivel es algo mayor al del nivel latinoamericano (75,2 años). En el periodo 1950-1955, la mortalidad para menores de 5 años era extremadamente alta, principalmente por la mortalidad infantil cuya tasa alcanzaba a 158,6 muertes de menores de un año por cada mil nacimientos; en las siguientes edades la mortalidad por edad cae bruscamente de manera que en el grupo de 10 a 14 años toma un valor mínimo; a partir de esta edad, la intensidad de la mortalidad empieza a crecer siendo las más altas al final de la vida (53).

En el quinquenio 1950-1955, la diferencia entre el nivel de mortalidad masculino y el nivel de mortalidad femenino fue de 2,7 años, a favor de las mujeres. Esta diferencia se incrementa a 5,5 años para el quinquenio 2015-2020 (53).

2.5.2. La muerte como fenómeno social

El estudio de la realidad social ha sido replanteado, existiendo nuevos ámbitos de trabajo teórico para las transformaciones que se han efectuado y van más allá de los grandes paradigmas que hace algunas décadas estaban vigentes. Resulta imposible que el estudio de los problemas

sanitarios se encuentre fuera de toda preocupación, de ahí que se redefina y proponga un trabajo interdisciplinario y metodológico para ahondar en las omisiones históricas y sociales con las que se ha hecho el estudio del proceso salud – enfermedad - muerte, dejando su comportamiento a una visión clínica o demográfica. La mortalidad debe abordarse desde una nueva perspectiva a partir de su construcción como fenómeno social (54).

El estudio de la mortalidad desde el punto de la vista demográfico tiene por objeto dar cuenta de la dinámica y estructura de las defunciones ocurridas en una población a lo largo del tiempo, en un espacio geográfico definido. Sus objetivos se han concentrado fundamentalmente en cuantificar la incidencia del fenómeno a través del diseño de diversos indicadores como índices, tasas y tablas. Lo que ha permitido dejar pendiente aspectos que tienen que ver con el origen y las causas y los determinantes de la mortalidad, el análisis de los mecanismos de interacción entre los determinantes y la definición del papel que juegan los contextos social y geográfico en la incidencia del fenómeno (55).

La muerte es una expresión del tipo de relaciones que se establecen en una sociedad y es a la vez depositaria del grado de desarrollo alcanzado por las fuerzas productivas. La muerte más allá de ser un acontecimiento biológico – natural es evidente que se debe a ciertas causas y que su distribución, frecuencia y perfil epidemiológico se sustenta en las condiciones materiales de la vida de la población (54). En otras palabras, al impacto de los DSS que tienen en la vida de los seres humanos.

Los niveles de mortalidad bajos y estables observados desde finales el siglo XIX en los países conocidos como desarrollados, son el resultado de un largo proceso social y económico, existiendo un consenso generalizado que sostiene que el principal determinante fue el mejoramiento de las condiciones de vida (56). Que incluyó elementos como mejor nutrición, mayor disponibilidad de agua potable, mejoras en los sistemas sanitarios, incremento de los niveles de educación, mejoramiento de las condiciones laborales entre otros (55). La información sobre mortalidad es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia (3).

Las causas principales de defunción en el mundo, con arreglo al número total de vidas perdidas, se atribuyen a tres grandes cuestiones: las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías isquémicas, accidentes cerebrovasculares), las enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones de las vías respiratorias inferiores) y las afecciones neonatales, que engloban la asfixia y el traumatismo en el nacimiento, la septicemia e infecciones neonatales y las complicaciones del parto prematuro. Los recursos y las oportunidades socioeconómicas, las condiciones de vida y de trabajo influyen en los resultados de la salud y trasladan las diferencias sociales en diferentes resultados de salud. Podemos mencionar algunos factores sociales que diferencialmente influyen en la salud como las condiciones ambientales, las circunstancias y condiciones laborales, la educación, la renta y riqueza entre otros. (6).

Todo ello también influye definitivamente en las causas de muerte de las personas, por lo que al vincular aspectos sociales con la salud, también se vinculan con la forma de morir de la población, la presente investigación tiene un enfoque social, concretamente afín con la epidemiología social, la cual pretende conocer como los factores sociales afectan a la salud de la población. Una de las mejores maneras que tenemos para valorar los logros sociales que disfruta una determinada comunidad o para entender las injusticias sociales que ésta sufre, es observando las condiciones de salud. Fijemos la mirada en una de las vergüenzas sociales más escandalosas: la extrema desigualdad en la manera de vivir, de enfermar o de morir de los seres humanos (57).

Las causas de defunción pueden agruparse en tres categorías: enfermedades transmisibles (enfermedades infecciosas y parasitarias y afecciones maternas, perinatales y nutricionales), enfermedades no transmisibles (crónicas) y lesiones. Es importante saber por qué mueren las personas para mejorar su forma de vivir. Medir cuántas personas mueren cada año ayuda a determinar la eficacia de nuestros sistemas de salud y a dirigir los recursos hacia donde más se necesitan. (7).

2.5.3. Edad y sexo en la mortalidad

El sexo es una característica permanente de los individuos, mientras que la edad es un atributo que cambia con el tiempo, en el caso de la mortalidad, ambas son importantes para analizar las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres debido al componente biológico y

social de la mortalidad. La mortalidad varía de acuerdo con la edad de los individuos. Por regla general, la mortalidad es alta en las primeras edades, superada la primera semana de vida desciende en forma rápida, es relativamente baja durante la niñez (de los 5 a los 10 años de edad), luego va aumentando hasta alrededor de los 40 a 50 años para posteriormente aumentar su ritmo de crecimiento y alcanzar nuevamente niveles elevados en las últimas edades (55).

La mortalidad es diferencial por sexo. Por causas biológicas y socioeconómicas las mujeres presentan una mortalidad menor que los hombres. La población masculina parece ser biológicamente más débil que la femenina y más expuesta a la muerte por accidentes automotores y laborales. Es difícil estimar qué parte de la sobremortalidad masculina se debe a causas biológicas y qué parte a causas externas. Son muy pocos los países donde la esperanza de vida al nacer de las mujeres es menor, y por lo tanto la mortalidad mayor, que la de los hombres. Actualmente, esto se presenta solamente en algunos países de África y Asia. Esta situación solamente se observa en situaciones de mortalidad elevada, cuando la esperanza de vida al nacer es muy baja (55) .

De otro lado, según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2019 de la OMS siete de las diez principales causas de muerte son enfermedades no transmisibles, lo que constituye un aumento con respecto al 2000, año en que las enfermedades no transmisibles eran cuatro de las diez principales causas de muerte. Las estimaciones revelan las tendencias de las dos últimas décadas en mortalidad y morbilidad por enfermedades y

traumatismos. Asimismo, se recalca la necesidad de prestar una mayor atención en el ámbito mundial a la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neuropatías crónicas, y de reducir los traumatismos, en todas las regiones del mundo (58).

Como en la mayoría de los países en desarrollo, la transición demográfica en nuestro país se inicia con el descenso de la mortalidad, sobre todo en los primeros años de vida, resultado de acciones de salud emprendidas para controlar sobre todo las enfermedades transmisibles, mediante la vacunación y erradicación de vectores portadores, ampliación de los servicios médicos, lo que genera que se incrementen, en el tiempo, la incidencia de muertes originadas por las afecciones crónicas y degenerativas así como las ocasionadas por accidentes y violencia, lo que conduce a un cierto desplazamiento de la mortalidad hacia edades adultas (59).

En América Latina, los cambios en el nivel y estructura de la mortalidad por sexo y edad están estrechamente vinculados con los cambios en la mortalidad por causas específicas. Cuando la esperanza de vida al nacer era inferior a 50 años, más de dos tercios de las muertes se debían a enfermedades transmisibles (las enfermedades infecciosas y parasitarias, las meningitis, infecciones respiratorias agudas, y la neumonía y la influenza), y más del 613% de las muertes debidas a estas enfermedades ocurrían antes de los 25 años de edad. Las enfermedades transmisibles eran la prioridad número uno en salud, y siguen siéndolo en muchos países en desarrollo.

Con el tiempo, la mejoría de las condiciones generales de vida y los avances biomédicos específicos contribuyeron a una drástica reducción de la mortalidad debida a estas enfermedades, particularmente en el grupo de edades de la población más vulnerable a ellas, es decir, los niños menores de 5 años. En los países donde la esperanza de vida al nacer se acerca a los 75 años de edad, más de dos tercios del total de las muertes son causadas por enfermedades crónicas no transmisibles y por causas externas (50).

2.5.4. Clasificación de las causas de muerte

Si se entiende a la muerte como un proceso que generalmente se inicia con un problema de salud, que a su vez aumenta su deterioro y facilita el surgimiento de alguna otra enfermedad, es probable detectar más de una causa en este proceso (denominado cadena causal). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) satisface este requisito ya que es útil para almacenar las causas registradas en los certificados de defunción en forma sintética. La CIE se define como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas. Además del agrupamiento de diagnósticos, la CIE ha establecido lineamientos para estandarizar el registro y la codificación, tanto de las afecciones mórbidas como de las causas de muerte, y reglas para seleccionar la causa básica de defunción (CBD) y la afección principal en los registros de morbilidad.

La CIE, incorporó en la 6ª revisión recomendaciones para el registro de las causas de la muerte definió a la causa básica de la defunción como la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte. La CIE-10 adjudica una

categoría y un código específicos para cada causa que se registra en el certificado de defunción, contemplando la diversidad de formas en que las distintas causas pueden ser expresadas por el médico. La causa de muerte para la tabulación primaria, por una única causa, será la causa básica de la defunción (CBD). Desde el punto de vista de la salud pública, el objetivo de disminuir el número de muertes en la población es lo que da sentido a la selección de una causa única. De esta forma, al seleccionar la CBD se puede conocer sobre qué enfermedades se deben focalizar acciones de prevención. De esta manera, las políticas y los programas de salud que implementen medidas para prevenir la etiología que origina los demás trastornos que conducen a la muerte tendrán mayor eficiencia y efectividad (3).

2.6. Definición de términos básicos

Causa básica de defunción. Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron dichas lesiones. (60).

Determinantes sociales de la salud. Definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. (4).

Determinantes estructurales. Se refieren específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica y política de la gente (15).

Determinantes intermedios. Son aquellos que se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud (15).

Días estancia. Es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado. Si un paciente estuvo hospitalizado en la misma oportunidad en dos o más servicios, las estancias se cargarán al último servicio donde egresa el paciente (61).

Defunción intrahospitalaria después de 48 horas. Todo paciente ingresado al servicio de hospitalización, que egresa por deceso después de las 48 horas de hospitalizado (61).

Defunción intrahospitalaria igual o antes de 48 horas. Todo paciente ingresado al servicio de hospitalización, que egresa por deceso producido antes de cumplir 48 horas de hospitalizado (61).

Mortalidad hospitalaria. Proporción de egresos por muerte antes y después de 48 horas del ingreso, respecto al total de pacientes egresados en un periodo (62).

Servicio de ocurrencia. Servicio hospitalario donde ocurre la defunción (63).

Tasa bruta de mortalidad. Es la proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo periodo, sin considerar si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente. (64).

Tasa neta de mortalidad. Es la proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo periodo, considerando solo las muertes que ocurrieron después de las 48 horas de ingresado el paciente. (64).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LAS VARIABLES

3.1. Variables

Determinantes sociales:

A. Determinantes estructurales:

1. Género
2. Grado de instrucción
3. Residencia
4. Procedencia

B. Determinantes intermedios

1. Edad
2. Etapa de vida
3. Estado civil

C. Mortalidad hospitalaria

1. Causa básica de muerte según CIE-10
2. Servicio de ocurrencia
3. Año de ocurrencia
4. Días estancias
5. Tipo de asegurado

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA. HII ESSALUD CAJAMARCA. PERU 2011- 2020
--

Variables	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de las variables		
		Dimensiones	Indicadores	Fuente o instrumento de recolección de datos
Determinantes Sociales de la salud	Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y mueren. (4)	a. Determinantes estructurales	- Género - Grado de instrucción - Procedencia - Residencia	Ficha de recolección de datos
		b. Determinantes Intermedios	- Etapa de vida - Estado civil	Ficha de recolección de datos
Mortalidad hospitalaria	Proporción de egresos por muerte antes y después de 48 horas del ingreso, respecto al total de pacientes egresados en un periodo (62)	c. Mortalidad hospitalaria	- Causa básica de muerte - Servicio de Ocurrencia - Año de Ocurrencia - Días estancia - Tipo de asegurado	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

La Red Asistencial Cajamarca se encuentra conformada por el Hospital II EsSalud Cajamarca con categoría de II-2, dos Centros de Salud: Celendín y Cajabamba ambos categoría I-3, dos Centros de Atención Primaria CAP II Baños del Inca categoría I-3 y CAP I Hualgayoc categoría I-2 y siete postas médicas: San Marcos, Bolívar, Tembladera, Contumazá, San Miguel, San Pablo y Bambamarca categoría I-2. El Hospital II Cajamarca, es el centro de referencia de los diferentes centros asistenciales de su influencia, ubicado en la parte de la Sierra, capital del Departamento, para la cual hay mayor accesibilidad desde las provincias de Cajabamba, Celendín, San Marcos, Hualgayoc y de menos accesibilidad para las otras provincias. Permitiendo de acuerdo a su capacidad resolutive brindar atención de salud integral (65).

El Hospital II EsSalud Cajamarca, atiende a pacientes referidos de todos los centros asistenciales de las provincias de Cajabamba, Celendín, Provincias de Contumazá, Hualgayoc (incluye Bambamarca), San Marcos, Tembladera, San Miguel, San Pablo y Bolívar, que geográficamente pertenece al Departamento de la Libertad, que dada la mayor accesibilidad a Cajamarca fue asignada a la misma y distrito de Baños del Inca (65).

4.2. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es descriptivo, no experimental de corte transversal y retrospectivo.

4.2.1. Criterios de inclusión

- a. Defunciones ocurridas en los servicios de hospitalización: Medicina, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Cirugía y UCI.
- b. Defunciones ocurridas en el período del 2011 al 2020
- c. Defunciones ocurridas en todas las etapas de vida.

4.2.2. Criterios de exclusión

- a. Defunciones ocurridas en los diferentes servicios de personas no aseguradas en el período 2011 al 2020.
- b. Defunciones ocurridas en el servicio de emergencia en el período del 2011 al 2020.

4.3. Métodos de investigación

En esta investigación se tuvo en cuenta los siguientes métodos:

4.3.1. Método analítico

Consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Permite conocer más del objeto de estudio con lo cual se puede explicar, hacer analogías y comprender mejor su comportamiento (66).

4.3.2. Método sintético

Analiza y sintetiza la información, lo que permite ir estructurando las ideas. El análisis y la síntesis son métodos que se complementan entre sí, no se da uno sin el otro (67) .

4.3.3. Método inductivo - deductivo

La inducción se refiere al movimiento del pensamiento que va de hechos particulares a afirmaciones de carácter general, es decir que permite generalizar los resultados. Y, la deducción permite pasar de afirmaciones de carácter general a hechos particulares. En este proceso debe tenerse en cuenta la forma como se definen los conceptos, se realiza en varias etapas de intermediación que permite pasar de afirmaciones generales a otras más particulares hasta acercarse a la realidad concreta (66).

4.4. Población, muestra, unidad de análisis

4.4.1. Población de estudio

La totalidad de defunciones registradas en el Sistema Winepi 3.6 reportadas en los servicios de hospitalización del Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020 teniendo un total de 563 defunciones.

4.4.2. Muestra de estudio

Se tomó la totalidad de las defunciones registradas en el Sistema Winepi 3.6 reportadas en los servicios de hospitalización del Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 al 2020.

$$n = 563$$

4.4.3. Unidad de análisis

Cada una de las defunciones registradas en el Sistema Winepi 3.6 que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

En la presente investigación la técnica empleada fue la revisión documental, se efectuó la revisión de datos de una fuente secundaria como es la base de datos extraída del software epidemiológico denominado Winepi 3.6, en el cual, a través del Subsistema de Mortalidad, se recopila información de las defunciones ocurridas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en EsSalud (68).

Para fundamentar la confirmación de los resultados a través de la convergencia de diferentes perspectivas se realizó un análisis documental, que consiste en una operación intelectual que da lugar a un subproducto o documento secundario que actúa como intermediario o instrumento de búsqueda obligado entre el documento original y el usuario que solicita información. El calificativo de intelectual se debe a que el documentalista debe realizar un proceso de interpretación y análisis de la información de los documentos y luego sintetizarlo (69). Con tal fin, se elaboró un instrumento consistente en una ficha de recolección de datos, la cual consta de cuatro secciones:

- En la primera sección se consignan datos generales como:
Número de historia clínica del fallecido.
- En la segunda sección se tiene en cuenta los determinantes estructurales de la salud, como: género, grado de instrucción, procedencia y residencia.

- En la tercera sección se abarca los determinantes intermedios de la salud como: etapa de vida y estado civil.
- La cuarta sección se destinó a la mortalidad hospitalaria.

4.5.1. Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento para la presente investigación fue una ficha de recolección de datos, por lo cual no fue necesaria su validación. Por cuanto está diseñada en base a una fuente oficial como es el Subsistema de Mortalidad del Seguro Social de Salud (EsSalud).

4.6. Técnicas para el procesamiento de la información

Luego de la recolección de los datos, se realizó un primer análisis de consistencia, verificándose el vaciado correcto de la información en cada una de las fichas de recolección de datos, el llenado correcto de cada una de las variables, luego se elaboró una base de datos en Excel, procediendo luego a realizar un segundo análisis de consistencia de los datos e identificando los tipos de variables y etiquetando las mismas para facilitar su procesamiento.

4.7. Técnicas para el análisis de la información

Para el análisis de los datos se utilizó el Software libre PSPP, herramienta que permitió realizar el análisis estadístico presentando la información recabada a través de tablas, para lograr mayor claridad, transparencia e interpretabilidad a la información, realizando algunas mediciones estadísticas en este caso el análisis univariado. Para la presentación de las causas básicas de muerte según CIE- 10 y por tener una data con 563 diagnósticos y tener un mejor análisis, se optó por la presentación de los datos agrupados a través de la Lista de tabulación para la

mortalidad 6/67, la cual contiene seis grandes grupos de causas, cabe mencionar que, para ser aplicada como lista de mortalidad, respaldada por la OPS, se consultó a varios expertos en distintos países de las Américas, además de los funcionarios de la OPS en la Oficina Central y representación de la OPS en los diferentes países (70).

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

5.1.1. Determinantes sociales estructurales

Tabla 1. Género como determinante estructural en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 – 2020

Género	N°	%
Femenino	270	47,96
Masculino	293	52,04
Total	563	100,00

Al identificar los determinantes sociales estructurales de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020. Muestra que la mortalidad según género 52,04% corresponde al género masculino y 47,96% al femenino. Cifras con la que se reconoce la mayor vulnerabilidad del género masculino a la muerte, por las condiciones de vida y trabajo de los mismos. Comprobándose la desigualdad al morir según género. El promedio de edad del género masculino fallecidos en la población asegurada fue de 69 años, con un máximo de 99 años y un mínimo de 0 años, una mediana de 74 años y una moda de 82 años, mientras que el promedio de edad del género femenino fallecidos en la población asegurada fue de 68.51 años, con una mediana de 74.5 años. Con un promedio de 27 muertes de mujeres y de 29 muertes de hombres en el decenio estudiado.

Tabla 2. Grado de instrucción como determinante estructural en el Hospital II EsSalud. Cajamarca 2011-2020

Grado de instrucción	N°	%
Ninguno /iletrado	95	16,87
Primaria incompleta	32	5,68
Primaria completa	148	26,29
Secundaria incompleta	18	3,20
Secundaria completa	120	21,31
Superior no universitaria completa	51	9,06
Superior universitaria completa	95	16,87
Superior no universitaria y universitaria incompleta	4	0,71
Total	563	100,00

Al identificar los determinantes sociales estructurales de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020. Se evidencia que la mortalidad hospitalaria según nivel de instrucción, el mayor porcentaje de mortalidad fue en asegurados con grado de instrucción de primaria completa 26,29%, seguido de secundaria completa 21,31% y 16,87% con superior universitaria completa y ningún nivel o iletrado respectivamente.

Tabla 3. Procedencia como determinante estructural en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020

Provincia de procedencia	N°	%
Cajamarca	488	86,68
Celendín	17	3,02
Hualgayoc	14	2,49
Cajabamba	9	1,60
San Marcos	9	1,60
Contumazá	5	0,89
San Pablo	3	0,53
San Miguel	3	0,53
Chota	2	0,36
Chiclayo	2	0,36
Otros	11	1,95
Total	563	100,00

La tabla revela que la mayor proporción de fallecimientos corresponde a asegurados provenientes de la provincia de Cajamarca (86,86 %). En contraste, los asegurados de otras provincias del Departamento de Cajamarca presentan menores porcentajes de mortalidad. Este patrón puede atribuirse a la función del Hospital II como centro de referencia para las IPRESS dentro de su jurisdicción, concentrando la atención de casos de mayor complejidad.

Tabla 4. Residencia como determinante estructural en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020

Residencia	N°	%
Urbana	488	86,68
Rural	75	13,32
Total	563	100,00

Para identificar las características de los determinantes sociales estructurales de la salud en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca, observamos que el mayor porcentaje de mortalidad fue en el asegurado residente en zona urbana 86,68% y 13,32% en asegurados con residencia en zona rural.

5.1.2. Determinantes sociales intermedios

Tabla 5. Etapa de vida como determinante intermedio en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020

Etapas de vida	N°	%
Niño (0 – 11 años)	32	5,68
Adolescente (12 -17 años)	01	0,18
Joven (18 - 29 años)	05	0,89
Adulto (30 – 59 años)	72	12,79
Adulto mayor (> 60 años)	453	80,46
Total	563	100,00

En la presente investigación al identificar las características de los determinantes sociales intermedios de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020. Se evidencia que, según etapa de vida, 80,46% de las muertes ocurrieron en la etapa de vida de adulto mayor, seguido de la etapa de vida adulta con 12,79% y 5,68% en la etapa de niño, (existiendo un 4,09% de causas de mortalidad de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y 1,81% de causas de muerte por malformaciones congénitas). La tabla claramente indica que la etapa de vida es un determinante fundamental en la distribución de la mortalidad, siendo esta información fundamental para la planificación de recursos en salud, diseño de programas de prevención y focalización de intervenciones en esa población vulnerable.

Tabla 6. Estado civil como determinante intermedio en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020

Estado civil	N°	%
Casado	292	51,87
Conviviente	22	3,91
Divorciado	09	1,60
Soltero	151	26,82
Viudo	89	15,81
Total	563	100,00

Para identificar las características de los determinantes sociales intermedios de la salud en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca, se muestra que el mayor porcentaje de mortalidad según estado civil, fue en asegurados de estado civil casado 51,87%, 26,82% estado civil soltero y 15,81% estado civil viudo del total de la mortalidad.

5.1.3 Mortalidad

Tabla 7. Mortalidad según lista de tabulación para la mortalidad OPS 6/67. HII EsSalud Cajamarca 2011 - 2020.

CAUSAS DE MUERTE LISTA 6/67	M	F	N°	%
1. Enfermedades Trasmisibles				
1.01 Enfermedades infecciosas intestinales	0	1	1	0,79
1.02 Tuberculosis	1	0	1	0,79
1.04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	1	0	1	0,79
1.07 Enfermedad por el VIH/SIDA	1	1	2	1,59
1.08 Infecciones respiratorias agudas	78	43	121	96,03
Subtotal	81	45	126	22,38
2. Neoplasias				
2.01 Tumor maligno de estómago	7	5	12	11,65
2.02 Tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea	4	4	8	7,77
2.03 Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon	10	15	25	24,27
2.04 Tumor maligno de la traquea, bronquios y pulmones	5	7	12	11,65
2.05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos,excepto tráquea, bronquios y pulmón	0	1	1	0,97
2.06 Tumor maligno de la mama en la mujer	0	13	13	12,62
2.07 Tumor maligno del cuello del útero	0	4	4	3,88
2.10 Tumor maligno de la próstata	7	0	7	6,80
2.11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	1	6	7	6,80
2.12 Leucemia	1	0	1	0,97
2.13 Tumor maligno de tejido linfático , de otros organos hematopoyéticos y tejidos afines	3	2	5	4,85
2.14 Tumores malignos de otras localizaciones y las no especificadas	3	4	7	6,80
2.15 Tumores in situ, benignos y los de comport.incierto o desconocido	0	1	1	0,97
Subtotal	41	62	103	18,29
3.Enfermedades del sistema circulatorio				
3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas	0	1	1	1,30
3.02 Enfermedades hipertensivas	4	4	8	10,39
3.03 Enfermedades isquémicas del corazón	3	7	10	12,99
3.04 Enfermedad cardiopulmonar , enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	2	6	8	10,39
3.06 Insuficiencia cardiaca	4	1	5	6,49
3.07 Enfermedades cardiovasculares	16	26	42	54,55
3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	0	3	3	3,90
Subtotal	29	48	77	13,68
4. Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal				
4.03 Retardo del crecimiento fetal,desnutricion fetal, gestacion corta y bajo peso al nacer	8	5	13	56,52
4.04 Trastornos respiratorios especificos del periodo perinatal	1	5	6	26,09
4.05 Sepsis bacteriana del recién nacido	1	2	3	13,04
4.06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	1	1	4,35
Subtotal	10	13	23	4,09
5. Causas Externas				
5.03 Caídas	5	1	6	46,15
5.10 Los demás accidentes	5	2	7	53,85
Subtotal	10	3	13	2,31
6. Todas las demas enfermedades				
6.01 Diabetes mellitus	17	18	35	15,84
6.04 Enfermedades del sistema nervioso,excepto meningitis	3	3	6	2,71
6.05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3	4	7	3,17
6.06 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	38	30	68	30,77
6.07 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstruccion intestinal	3	2	5	2,26
6.08 Cirrosis y otras enfermedades del hígado	28	15	43	19,46
6.9 Resto de enfermedades del sistema digestivo	15	8	23	10,41
6.10 Enfermedades del sistema urinario	9	14	23	10,41
6.13 Malformaciones Congénitas	3	1	4	1,81
6.14 Resto de enfermedades	3	4	7	3,17
Subtotal	122	99	221	39,25
Total	293	270	563	100,00
Fuente :Subsistema de Mortalidad WinEpi 3.6				

Los datos de la tabla develan que las enfermedades infecciosas fueron una de las principales causas de muerte, representando el 22.38% del total. Dentro de este grupo, las infecciones respiratorias agudas fueron las más frecuentes (96,03%), predominando las neumonías bacterianas, bronconeumonías y neumonías no específicas (CIE-10).

Las neoplasias ocuparon el segundo lugar, con un 18,29% de los fallecimientos, destacando los tumores del sistema digestivo y del peritoneo excepto estómago y colon (24,27%). Le siguieron las enfermedades del sistema circulatorio 13,68%, donde sobresalen el infarto cerebral, la enfermedad cerebrovascular y la hemorragia intracerebral (54,55%) en este grupo.

Las afecciones perinatales representaron el 4,09%, principalmente por retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (56,52%). En este grupo las principales causas de muerte fueron en el recién nacido prematuro, asfixia del nacimiento, dificultad respiratoria del recién nacido y síndrome de aspiración neonatal.

Las causas externas, como caídas y otros accidentes, sumaron un 2,31%. Por otro lado, un 39,25% de los fallecimientos correspondió a otras enfermedades, con predominio del resto de enfermedades respiratorias (30,77%), las cirrosis y otras afecciones hepáticas (19,46%) y la diabetes mellitus (15,84%) del total de este grupo. Debido a la falta de una categoría específica, los decesos por COVID- 19 en el 2020 fueron incluidos en este grupo. Estos hallazgos reflejan el perfil de mortalidad hospitalaria en el período analizado, evidenciando las principales causas que afectaron a la población atendida.

Tabla 8. Mortalidad según género causas de muerte. Lista OPS 6/67 para la tabulación de la mortalidad (CIE - 10). Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 – 2020.

Causas de muerte lista 6/67	M	%	F	%	Total	%
Enfermedades Trasmisibles	81	27,65	45	16,67	126	22,38
Neoplasias	41	13,99	62	22,96	103	18,29
Enfermedades del sistema circulatorio	29	9,90	48	17,78	77	13,68
Afecciones en el periodo neonatal	10	3,41	13	4,81	23	4,09
Causas Externas	10	3,41	3	1,11	13	2,31
Todas las demás enfermedades	122	41,64	99	36,67	221	39,25
Total	293	100,00	270	100,00	563	100,00

La tabla 8 muestra a los principales grupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad OPS 6/67 y género, destacando el grupo de todas las enfermedades con (39,25%), y que afectó al 41,64% del género masculino, las enfermedades trasmisibles (22,38) % y afectando al 27,65% del género masculino, las neoplasias /18,29) con mayor afectación al género femenino 22,96%. La tabla proporciona una visión clara de los principales patrones de mortalidad en el Hospital II EsSalud en el periodo 2011-2020, destacando diferencias importantes en las causas de muerte entre género masculino y femenino.

Tabla 09. Mortalidad según etapa de vida y causas de muerte. Lista OPS 6/67 para la tabulación de la mortalidad (CIE-10). Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 - 2020.

Causas de muerte lista 6/67	Adulto											
	Niño	%	Adolescente	%	Joven	%	Adulto	%	mayor	%	Total	%
Enfermedades transmisibles	4	12,50	1	100,00	0	0,00	7	9,72	114	25,17	126	22,38
Neoplasias	1	3,13	0	0,00	1	20,00	19	26,39	82	18,10	103	18,29
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	8,33	71	15,67	77	13,68
Afecciones en el periodo neonatal	23	71,88	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	4,09
Causas externas	0	0,00	0	0,00	1	20,00	3	4,17	9	1,99	13	2,31
Todas las demás enfermedades	4	12,50	0	0,00	3	60,00	37	51,39	177	39,07	221	39,25
Total	32	100,00	1	100,00	5	100,00	72	100,00	453	100,00	563	100,00

La tabla 9 permite identificar las principales de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad OPS 6/67 y etapa de vida, siendo el primero el grupo de todas las enfermedades 39,25% y en la etapa de vida adulto mayor 39,07%, seguido de la etapa de vida adulto 51,39%. Resalta también ciertas afecciones en el periodo neonatal 71,88% de la mortalidad en la etapa de vida niño.

Tabla 10. Mortalidad según servicio de ocurrencia. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011-2020

Servicio de ocurrencia	N°	%
Medicina	336	59,68
UCI	190	33,75
Neonatología	28	4,97
Cirugía	05	0,89
Pediatría	04	0,71
Total	563	100,00

En la tabla se muestra la ocurrencia de muerte según servicios hospitalarios La mayoría de muertes ocurrieron en los servicios de medicina 59,68%, Cuidados Intensivos (UCI) 33,75% y neonatología 4,97%.

Tabla 11. Mortalidad por año de ocurrencia. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020

Año de ocurrencia	N°	%
2011	47	8,35
2012	47	8,35
2013	59	10,48
2014	41	7,28
2015	53	9,41
2016	40	7,10
2017	69	12,26
2018	55	9,77
2019	57	10,12
2020	95	16,87
Total	563	100,00

En la tabla se aprecia que la mortalidad por año de ocurrencia, tuvo un promedio de 9,24% hasta el año 2019. Registrándose un incremento de la mortalidad en el año 2020 con aumento de 6,75 puntos porcentuales respecto al año 2019, hecho que podría ser explicado debido a la pandemia la Covid-19. Existiendo sobremortalidad en el año 2020 respecto a la mortalidad hospitalaria de años anteriores. El promedio de muertes del año 2011 al 2019 fue de 52 muertes, aumentando el promedio a 56.3 muertes considerando al año 2020.

Tabla 12. Mortalidad según estancia hospitalaria. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011-2020

Estancia hospitalaria	N°	%
< 48 horas	164	29,13
> 48 horas	399	70,87
Total	563	100,00

La tabla 12 revela que la mortalidad según estancia hospitalaria en mayor porcentaje se dio en pacientes con una estancia mayor de 48 horas con 70,87% y 29,13% de muertes se dieron en pacientes con estancia de menos de 48 horas.

Tabla 13. Mortalidad según tipo de asegurado. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011-2020

Tipo de asegurado	N°	%
Pensionista	330	58,61
Obligatorio	93	16,52
Cónyuge	71	12,61
Hijo	33	5,86
Concubino	14	2,49
Beneficiario Ley 30425	06	1,07
Sector Agrario	04	0,71
Hijo incapacitado	02	0,36
Potestativo/Plan Total	02	0,36
Vital		
Seguro Regular CAS	02	0,36
Seguro Independiente	02	0,36
Servidora del hogar	02	0,36
Otros	02	0,36
Total	563	100,00

La tabla 13 evidencia que la mortalidad según tipo de asegurado el mayor porcentaje de muertes ocurrieron en el asegurado pensionista con 58,61%, obligatorio 16,52% y cónyuge con 12,61%.

5.2. Discusión

Los determinantes sociales pueden influir en la salud más que la atención sanitaria o el estilo de vida, estudios determinan que los determinantes sociales son responsables del 30% al 55% de los resultados sanitarios. Abordar los determinantes sociales para el país debe ser prioritario, para mejorar la salud y reducir las desigualdades (5). El estudiar a los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria, desde todo punto de vista es esencial para comprender como las condiciones sociales, económicas y políticas influyen en la salud de la población.

Los resultados del estudio respecto a los objetivos propuestos se obtuvieron que: Existen diferencias en la mortalidad según género, la mayor carga de mortalidad fue en el género masculino, probablemente debido a la mayor vulnerabilidad de este frente a la muerte. El índice de masculinidad en la mortalidad hospitalaria fue de 109 varones por cada 100 mujeres. Con un promedio de 27 muertes del género femenino y 29,3 muertes de género masculino en el decenio estudiado.

Los datos de la investigación en relación respecto a mortalidad y sexo, concuerdan con Haebeler quien en su estudio concluye que, en los países de las Américas, los hombres tienen mayor riesgo de morir, mueren más tempranamente y viven menos años libres de enfermedad y discapacidad que las mujeres (17). También Fernández O, que en su investigación apreció una sobremortalidad masculina de 14 hombres fallecidos por cada 10 mujeres (21).

Asimismo, los resultados encontrados se fundamentan en lo expuesto por Nuñez, G quien declara que la mortalidad es diferencial por sexo, por causas biológicas y socioeconómicas las mujeres presentan una mortalidad menor que los hombres.

Igualmente, menciona que la población masculina parece ser biológicamente más débil que la femenina y más expuesta a la muerte por accidentes automotores y laborales, son pocos los países donde la esperanza de vida al nacer de las mujeres es menor, y por lo tanto la mortalidad mayor, que la de los hombres (55).

El género es jerárquico y genera desigualdades que se intersectan con otras desigualdades sociales y económicas, asimismo el género influye en la experiencia y el acceso de las personas a la atención médica. La desigualdad de género y la discriminación que enfrentan las mujeres y las niñas ponen en riesgo su salud y bienestar. A menudo enfrentan mayores obstáculos que los hombres y niños para acceder a información y servicios de salud (71). Las políticas públicas peruanas aún presentan limitaciones para abordar adecuadamente las desigualdades de género. Aunque se han implementado programas en salud materna y violencia de género, las mujeres siguen enfrentando barreras en el acceso a servicios especializados, especialmente en zonas rurales. Además, la carga de trabajo no remunerado y la violencia intrafamiliar inciden negativamente en su salud mental y física.

Grado de instrucción

La influencia de la educación en la mortalidad y la salud presenta un claro gradiente en que los grupos con bajos niveles educativos gozan de menores expectativas de vida y peores condiciones de salud en relación con los más instruidos (72). Aspecto que Haeberer en su estudio concluye: Que el nivel educativo es un determinante de la mortalidad y la sobrevivencia en ambos sexos y las desigualdades educativas son más pronunciadas y ascendientes entre hombres y desproporcionadamente concentradas en las poblaciones socialmente más desfavorecidas (17).

En Perú y según el Instituto nacional de Estadística (INEI) menciona que, al primer trimestre del año 2020, el 13,4% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 36,8% alcanzó a estudiar primaria, el 26,8% secundaria y el 23,0% nivel superior, 14,6% superior universitaria y 8,4% superior no universitaria. Existiendo una gran brecha entre hombres y mujeres adultos/as mayores en el nivel educativo, donde el 20,3% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación solo representan el 5,7%, siendo la brecha de 14,6 puntos porcentuales (73). Resultados de la investigación respecto al grado de instrucción concuerdan con las estadísticas nacionales, como es el caso de la categoría ningún nivel /iletrado, que tiene incluso un porcentaje más alto que el nivel nacional (16, 87%) y un porcentaje más bajo respecto a nivel primario con 26,29%, en relación a estudios superiores universitarios y no universitarios se tiene porcentajes más altos que los promedios nacionales. De ello se podría inferir que las personas con menor grado de instrucción, tienen menor cuidado con la prevención de enfermedades y en la adherencia al tratamiento de las mismas. El grado de instrucción en una persona, influye en las decisiones que toma para cuidar de su salud, cambiar sus estilos de vida y/o llevar un tratamiento adecuado.

En Cajamarca, resultados del censo 2017, según nivel educativo, muestra que el mayor porcentaje que alcanzó a estudiar algún año o grado de instrucción primaria (37,2%), seguido de aquellos que lograron estudiar algún grado de educación secundaria (30,4%). Al comparar los censos 2007 y 2017, la proporción de personas con nivel de educación primaria disminuyó; en cambio la población que logró estudiar educación secundaria y superior mejoró en el año 2017. Por área de residencia, la población de 15 y más años de edad del área urbana, obtuvo mayor

acceso a la educación superior que los del área rural con 39,6% y 6,5% respectivamente. Asimismo, el 33,4% de habitantes del área urbana estudio algún grado de educación secundaria, y en el área rural el 28,6% alcanzo este nivel. Con relación a la población sin nivel de educación, el área urbana representó el 5,5% y en el área rural el 17,9% (74).

En los próximos años, el aumento de los niveles educativos de la población mayor asociado al cambio generacional, especialmente entre las mujeres jugará un papel muy positivo en los niveles agregados de salud y de mortalidad de la población (72). Al acceder a un mayor nivel de educación especialmente en las mujeres que son las menos privilegiadas en este aspecto, la población femenina tendrá la oportunidad de mejoras en el aspecto de salud, mejores condiciones de vida; hecho conocido ampliamente que a mayor nivel educativo mejores condiciones de vida y por ende de salud y mayor esperanza de vida.

Las políticas públicas en el Perú, no lograron durante el decenio 2011-2020, integrar de forma efectiva el enfoque educativo en la promoción de la salud, ni garantizar la alfabetización sanitaria en poblaciones vulnerables. El nivel educativo es un determinante social clave que puede ser estructural o intermedio, dependiendo si se analiza como causa primaria de desigualdad o como factor que influye directamente en los resultados de la salud. Mejorar el acceso a la educación es esencial para reducir las inequidades en salud.

Procedencia

En la región Cajamarca , las provincias de acuerdo a su población pueden clasificarse en tres grupos: en el primer grupo se ubican aquellas con más de 100,000 habitantes, perteneciendo a este grupo Cajamarca ,Jaén, Chota, Cutervo y San Ignacio; en el segundo grupo están aquellas provincias que tienen entre 50 y 100,000 habitantes y estos son Hualgayoc, Celendín, Cajabamba, San Miguel y San Marcos y en el tercer grupo se encuentran las provincias de Santa Cruz, Contumazá y San Pablo con menos de 50,000 habitantes (75).

Con respecto a la procedencia se observó que una mayor cantidad de asegurados fallecidos proceden de la provincia de Cajamarca, sin embargo, existen defunciones de asegurados de otras provincias, esto se explica porque el asegurado tiene la posibilidad de ser atendido a nivel nacional en los servicios de hospitalización y emergencia cuando el caso lo requiera. De otro lado la accesibilidad para la atención de salud que se tiene cuando se vive en provincias es limitada, especialmente para la detección de ciertas enfermedades donde se necesita servicios de mayor complejidad.

Después de la provincia de Cajamarca, las provincias con mayor porcentaje de defunciones son Cajabamba, Hualgayoc y Celendín; Cajabamba y Celendín cuentan con un centro médico y Hualgayoc es una Unidad Básica de Atención primaria (UBAP), centros de menor complejidad en los cuales no existen las condiciones para atender patologías que necesitan hospitalización, siendo esta última diseñada para la oferta de servicios de salud en atención primaria. Las defunciones de asegurados procedentes de otras provincias se explican porque los pacientes son referidos, para su atención al centro de mayor complejidad que es el Hospital II Essalud Cajamarca.

Residencia

A nivel nacional la proporción de la población urbana que vive en barrios marginales, asentamientos improvisados o viviendas inadecuadas fue de 45,5% en 2017 y en Cajamarca esta cifra aumenta con 59,3%, superior al promedio nacional (76).

Los resultados del censo del año 2017, en el departamento de Cajamarca revelan que el 35% de la población pertenece a la zona urbana y el 64,6% al área rural. A nivel provincial, los porcentajes más altos de población urbana se encuentran en Cajamarca (60,1%) y Jaén (52,0%); en tanto que en San Miguel (9,6%) registra el menor porcentaje. En el área rural, la población de las provincias de San Miguel (90,4%), Santa Cruz (86,1%) y San Pablo (83,5%) presentan los porcentajes más altos (74).

Según resultados de la investigación existe un mayor porcentaje de mortalidad en el área urbana en relación al área rural, las estadísticas a nivel provincial nos permiten aseverar, que estos resultados se deban a la existencia de una mayor población urbana a nivel provincial y que esta seria población asegurada en EsSalud.

Antes del siglo XX, la mortalidad era generalmente más alta en las zonas urbanas que en las zonas rurales en los países de América del Norte, y las diferencias eran importantes. Los pueblos y ciudades estaban congestionados, insalubres y tenían viviendas colectivas hacinadas y mugrientas, alrededor de los lugares de trabajo, no hay motivos para creer que las viviendas de las zonas rurales fuesen mejores, las malas condiciones de la vivienda en las zonas rurales, también daban lugar a dolencias, quizá distintas de las que había en las ciudades (32).

Así, en la zona urbana las condiciones en las que viven las personas determinan las condiciones que posteriormente la llevarán a tener ciertas enfermedades, por ende, influyen en su calidad de vida. De otro lado, la explicación a un mayor porcentaje de muertes procedentes de la zona urbana se debe a que el mayor porcentaje de población de asegurados de la Red Asistencial Cajamarca tiene como residencia Cajamarca distrito. Asimismo, es una población que tiene un trabajo dependiente y por ello accede a un seguro como el de EsSalud.

Determinantes intermedios

Etapas de vida.

La mayor carga de mortalidad se encuentra en etapas tardías de la vida del ser humano como es la etapa de vida adulto y adulto mayor, se corrobora también que a mayor edad existe mayor riesgo de enfermar y morir. La elevada mortalidad observada en la etapa de vida del adulto mayor, es explicada en parte por el deterioro biológico que existe en esta etapa de vida y la presentación de enfermedades no transmisibles que constituye la mayor carga de mortalidad. Cabe resaltar, que existe un porcentaje significativo en la mortalidad hospitalaria en etapa de vida niño, específicamente en lo que engloba mortalidad neonatal de 0 a 28 días cumplidos de vida. El promedio de edad de los fallecidos fue 69 años, con un mínimo de 0 años y un máximo de edad de 100 años para ambos sexos.

La esperanza de vida al nacer, en el país, para el periodo 2015-2020, se espera que vivan, en promedio hasta la edad de 76,5 años (53), encontrándose que en la mortalidad hospitalaria del Hospital II EsSalud Cajamarca el mayor porcentaje según etapa de vida fue en mayores de 60 años (80,46%). Siendo el promedio de

edad de la población fallecida en el Hospital II EsSalud de 69 años muy por debajo de la esperanza de vida nacional.

En razón a una población adulta y adulta mayor con diversas patologías en la Red Asistencial Cajamarca y en algunas de sus instituciones prestadoras de salud se brinda el servicio de PADOMI, el cual constituye un programa preferencial en salud, este servicio se da para personas mayores de 80 años con incapacidad para desplazarse por dependencia funcional temporal o permanente el objetivo es dar una atención de calidad e integral, lo cual de alguna manera permite atender las necesidades de salud de la PAM. Sin embargo, los servicios de salud también deben ser ofertados a los PAM autosuficientes, esta medida permitiría ofrecer una atención de salud integral que incluya servicios médicos y no médicos (77). El adulto mayor necesita de atención integral para resolver o atender sus patologías debido al deterioro biológico, psicológico y social que se presenta en esta etapa de vida, mediante una atención oportuna, precoz e integral se lograría que, en esta etapa de vida de la población asegurada, sean atendidas sus comorbilidades, mejorando su calidad de vida y prestando los servicios necesarios y asistencia hasta su deceso.

Con lo expuesto se demuestra que existen diferencias marcadas por etapas de vida en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca. Los resultados concuerdan con Núñez G, quien manifiesta que la mortalidad es alta en las primeras edades, superada la primera semana de vida desciende en forma rápida, es relativamente baja durante la niñez (de los 5 a los 10 años de edad) y aumentan alrededor de los 40 a 50 años para posteriormente alcanzar nuevamente niveles elevados en las últimas edades (55).

Analizando la mortalidad neonatal a nivel nacional, puede observarse que el descenso ha sido heterogéneo, es así que en el quinquenio del 2010 al 2015 los departamentos de Puno y Cuzco, todavía mantienen tasas de mortalidad infantil muy altas (43,6 y 35,6 defunciones de menores de un año por cada 1000 mil nacidos, respectivamente); seguido de Loreto (29,5) y Cajamarca (27,0). La mortalidad neonatal no ha tenido, un comportamiento similar al de la mortalidad infantil ya que se ha mantenido entre 9 y 11 defunciones de niños entre 0 a 28 días por cada 1000 nacidos vivos entre el año 2000 y el 2016 y 2017 (76). Asimismo, existe desigualdad en la distribución de la mortalidad neonatal, la pobreza, la educación materna y accesibilidad a la atención de salud, son algunos determinantes sociales que influyen en ello (78). La mortalidad neonatal definitivamente es un problema de salud pública, en el que se ve reflejado el nivel de atención de la gestante y recién nacido, es un reflejo de las intervenciones y la detección oportuna de factores de riesgo.

Para analizar la implicancia de los determinantes sociales estructurales en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca del año 2011 al 2020. Se tuvo en cuenta la política pública de salud. Conociendo que los planes y políticas en salud están enmarcados en la constitución Política del Perú, las Políticas de Estado y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) hacia el 2021. El MINSA forma parte del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN) que tiene por finalidad coordinar y viabilizar el proceso de planeamiento estratégico nacional, el cual es coordinado por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) que facilita metodologías y procedimientos para todos los sectores y niveles de gobierno, a corto, mediano y largo plazo, partiendo del conocimiento de la realidad nacional. En el marco del ejercicio de la

planeación a mediano plazo el MINSA formuló el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) Salud 2016-2021 los objetivos estratégicos fueron, mejorar la salud de la población, ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población y ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población. Sin embargo, los avances han sido muy controversiales en el sector salud, no se brinda los servicios de salud que la población necesita y que por derecho debe acceder (79) .

Un determinante de la salud, ya sea estructural o intermedio incide enormemente en la clase de vida que puedan tener las personas, no obstante, se considera que es el determinante político quien tiene mayor impacto y alcance sobre las condiciones de vida y salud, dentro de cada país es posible observar escenarios de inequidad en el campo de la salud, determinadas por las mismas políticas emanadas de los gobiernos (80). Según la OMS la desigualdad en las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales profundos, siendo las desigualdades procesos sistemáticos y el resultado de políticas que toleran, o incluso, favorecen la distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios para el acceso universal de la salud (34).

Se debe agregar que existe dentro de la Normativa Nacional, la Ley N° 30490 Ley de la persona adulta mayor, que fundamenta las actividades en beneficio de esta población y en el Artículo 19, referente a la atención en salud indica: La persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención. Corresponde al sector salud promover servicios diferenciados para la persona adulta mayor en los establecimientos de salud para su atención integral, considerando sus necesidades específicas. El gobierno

nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales realizan, en forma coordinada, intervenciones dirigidas a prevenir, promover, atender y rehabilitar la salud de la persona adulta mayor. El Ministerio de Salud y EsSalud son los encargados de promover servicios diferenciados para la población adulta mayor que padezca enfermedades que afectan su salud (81). Observándose que en la etapa de vida de adulto mayor se hace necesaria una atención del estado con mayor responsabilidad y que tenga en cuenta acciones multisectoriales en beneficio de esta población.

Estado civil.

El tener mayor porcentaje de asegurados con estado civil casado, podría explicarse porque en el Perú, la mayoría de personas en décadas pasadas consideraban la unión conyugal como un aspecto primordial y muy valorado en la sociedad.

La mortalidad en relación al estado civil es objeto de interés desde hace mucho tiempo. Según un estudio realizado en estados unidos a base de datos de 1940, menciona que las personas casadas tenían la tasa de mortalidad más favorable, en tanto que las solteras tenían una tasa más baja que las viudas y divorciadas, se observaron similares resultados de 1950-1960. La importancia de los factores socioeconómicos para establecer esa diferencia fue sugerida por el hecho de que las personas casadas habían completado más años de estudio, resultados que difieren con lo encontrado en la presente investigación.

El comportamiento del estado civil o conyugal de la población peruana ha mostrado variación en los últimos años 36 años, estos cambios pueden estar asociados a los

nuevos roles de la sociedad en su conjunto. Según los resultados del Censo 2017, el número de convivientes se ha incrementado progresivamente a través del tiempo, mientras que el porcentaje de casados ha disminuido en forma acentuada. (82).

Mortalidad.

Los resultados obtenidos en la investigación respecto a las causas básicas de muerte, coinciden de alguna manera con Lema C, el cual menciona que las causas principales de defunción en el mundo, se atribuyen a tres grandes cuestiones: las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías isquémicas, accidentes cerebrovasculares), las enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones de las vías respiratorias inferiores) y las afecciones neonatales, que engloban la asfixia y el traumatismo en el nacimiento, la septicemia e infecciones neonatales y las complicaciones del parto prematuro. Los recursos y las oportunidades socioeconómicas, las condiciones de vida y de trabajo influyen en los resultados de la salud y trasladan las diferencias sociales en diferentes resultados de salud. Podemos mencionar algunos factores sociales que diferencialmente influyen en la salud como las condiciones ambientales, las circunstancias y condiciones laborales, la educación, la renta y riqueza entre otros. (6).

De otro lado, los resultados obtenidos también se reflejan en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2019 de la OMS, la cual menciona que siete de las diez principales causas de muerte son enfermedades no transmisibles, lo que constituye un aumento con respecto al 2000, año en que las enfermedades no transmisibles eran cuatro de las diez principales causas de muerte. Las estimaciones revelan las tendencias de las dos últimas décadas en mortalidad y morbilidad por enfermedades y traumatismos. Asimismo, se recalca la necesidad de prestar una mayor atención

en el ámbito mundial a la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neuropatías crónicas, y de reducir los traumatismos, en todas las regiones del mundo (58).

Asimismo, los resultados son similares en cuanto a las causas básicas de muerte con Sierra y Forero, quienes en los resultados de su investigación tienen como principales causas de muerte enfermedades infecciosas, neoplasias sólidas y causas de origen cardiovascular en la mortalidad hospitalaria (20).

En cuanto a las causas de mortalidad los resultados coinciden con las principales causas de mortalidad en el Perú como son las infecciones respiratorias agudas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades del hígado, resto de enfermedades del sistema respiratorio, en ambos sexos y en la etapa de vida adulto (83). Alcanzando un índice Swaroop de 87.92% que mide la proporción de muertes en personas mayores de 50 años de una población, mientras el resultado sea más alto se puede inferir que se evitó las muertes a edades más tempranas, debido probablemente a factores como un estilo de vida saludable, atención de patologías, en síntesis, a mejores condiciones de vida.

Asimismo, se debe tener en cuenta que las causas de la mortalidad hospitalaria dependen de las características del hospital, de su complejidad, la importancia de cada uno de los servicios, la prevalencia de las enfermedades en el ingreso hospitalario y la gravedad de las mismas (13). Las causas de mortalidad se relacionan con la forma de vive la persona, su contexto social y económico.

En la mortalidad hospitalaria motivo de esta investigación, se aplica el modelo desde la dolencia y la enfermedad a la muerte, por cuanto la muerte es un aspecto indisociable del ser humano, de otra parte, por la medicalización el hombre muere en un centro hospitalario. Respecto al modelo interdisciplinario del proceso salud enfermedad, surge la enfermedad por la interacción de múltiples factores que vendrían a ser los factores intermedios y mediante la teoría de los DSS de la OMS porque los determinantes intermedios están influenciados directamente por los determinantes estructurales enmarcados dentro de las diferentes políticas públicas del país.

En relación a las causas de muerte Fernández O, en su investigación obtuvo como resultados una tasa de mortalidad fue de 8.5, como primeras causas de muerte enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares y suicidio. Las enfermedades con mayor tasa de letalidad fueron los tumores malignos 11,9%, el suicidio 10,4% y las enfermedades cerebro vasculares con un 8,3% (20). Causas de mortalidad que también se aprecian en los resultados obtenidos en la presente investigación.

La OMS que indica que en el año 2019 las principales causas de defunción representaron el 55% de los 55,4 millones de muertes en todo el mundo. Atribuyendo las causas principales de muerte en el mundo, a tres categorías: enfermedades transmisibles (enfermedades infecciosas y parasitarias y afecciones maternas y perinatales y nutricionales), enfermedades no transmisibles (crónicas) y lesiones. Haciendo énfasis que a nivel mundial siete de las 10 primeras causas principales de defunción en el año 2019 fueron enfermedades no transmisibles. Estas siete causas

representan el 44% de todas las defunciones e indican que las personas que viven en países de ingresos bajos tienen una probabilidad mucho mayor de morir de una enfermedad transmisible que de una enfermedad no transmisible (7) .

En los últimos años, el perfil demográfico de la población peruana se ha orientado al envejecimiento, que aunado a las nuevas tendencias de consumo cada vez más menos saludables, ha provocado un traslado de la carga epidemiológica hacia el grupo de enfermedades no trasmisibles. En 1990, el 48% de enfermedades eran trasmisibles, maternas neonatales y nutricionales, mientras que en el 2017 la carga epidemiológica se concentró en las enfermedades no trasmisibles (66%), como las cardiovasculares, la cirrosis, la diabetes y el cáncer (44). Situación que corrobora los resultados encontrados en la presente investigación según causa básica de muerte.

La complicada interacción de distintos factores biológicos, económicos, sociales y culturales tienen efecto sobre la salud de las personas y, en consecuencia, sobre el nivel de mortalidad de las poblaciones (32).

Servicio de ocurrencia

La ocurrencia de mayor porcentaje de muertes en el Servicio de Medicina, tiene su explicación por el tipo de patologías que se presentan en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca, que son patologías clínicas sustentadas según la causa básica de muerte. Como las enfermedades trasmisibles (enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis); las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y otras con mayor incidencia como diabetes, cirrosis y otras enfermedades del hígado.

Año de ocurrencia

La mortalidad hospitalaria en los nueve primeros años de estudio, tuvo una tendencia lineal, sin embargo, existe un crecimiento exponencial para el año 2020, aumentando debido a la presencia de la pandemia por la Covid 19, en que la población asegurada buscó la posibilidad de tener una atención hospitalaria, especialmente en aquellos casos complicados. De otra parte, se pudo observar una vez más la desigualdad existente en muchos aspectos, como es el aspecto económico, social y de accesibilidad a los servicios de salud con ello la posibilidad de recibir atención adecuada, eficaz y oportuna, teniendo mayor oportunidad de atención quien tuvo mayor poder adquisitivo e influencia social, demostrando así la inequidad en salud.

En la investigación se observa que existen diferencias en la mortalidad según año de ocurrencia. Estos resultados se fundamentan con lo que sustenta Acevedo G et. al. quien manifiesta que en años más recientes se sostiene con mayor énfasis que las condiciones sociales en que las personas viven influyen fuertemente en sus posibilidades de tener buena salud. La pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la pobre vivienda, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludable en la infancia y la falta de trabajo son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud entre países y dentro de un mismo país (31). Corroborado a su vez porque el número de defunciones en EsSalud a nivel nacional, desde el año 2011 hasta el año 2020 ha ido en incremento, observándose una tendencia ascendente de la tasa bruta de mortalidad (TBM) con una tasa de 2.3 x 1000 asegurados y hacia el año 2020 de 4.04 x 1000 asegurados, valor que muestra un sustancial incremento, sustentado debido a la pandemia del Covid 19 (11).

Días de estancia

Para identificar las características de los determinantes sociales intermedios de la salud en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca, evidencia que la mortalidad según estancia hospitalaria en mayor porcentaje se da en una estancia mayor de 48 horas con 70,87% y 29.13% con estancias de menos de 48 horas. Lo cual a través de ello se determina la tasa neta de mortalidad hospitalaria, la cual sirve para obtener una apreciación global de la calidad de atención que se brinda en los servicios de hospitalización (84). La estancia prolongada tiene como factores asociados a la edad avanzada, comorbilidades y causas administrativas (85).

A su vez puede agregarse una situación observada en la práctica, la gravedad de la enfermedad que aqueja al paciente y que muchas veces es imprescindible que permanezca hospitalizado para un tratamiento paliativo más no recuperativo. Cabe resaltar que un paciente con mayor estancia hospitalaria, tiene mayor probabilidad de tener una infección asociada a la atención de salud y por ello aumentar la probabilidad de muerte.

Tipo de asegurado

La Red Asistencial Cajamarca a diciembre del año 2019 tuvo una población de 17,564 de asegurados de 60 años a más, obteniendo un 9,1% del total de la población asegurada de Red, siendo considerada como una red en situación de envejecimiento moderado, información importante de tener en consideración cuando se planifica la atención de salud, prestaciones sociales y económicas de los asegurados (86).

La población adulta mayor según INEI en el primer trimestre del año 2020 menciona que según tipo de seguro de salud, el 40,8% de los adultos mayores acceden al seguro Integral de Salud (SIS) y el 39,1% solo a EsSalud. Comparado con el primer trimestre del año 2019 la cifra aumentó en 1,3 puntos porcentuales a nivel nacional en EsSalud (73).

CONCLUSIONES

1. Las características identificadas de los determinantes sociales estructurales en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca en el decenio del 2011 al 2020, se tiene que el género con más afectación fue el masculino, siendo la mitad de la población; según grado de instrucción el grupo de primaria completa fue el más afectado, con un cuarto de la población; según zona de residencia predominó la zona urbana y según procedencia fue la provincia de Cajamarca, ambos con más de las tres cuartas partes de la población estudiada.
2. Las características identificadas de los determinantes sociales intermedios en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca en el decenio del 2011 al 2020 se observa que; etapa de vida, predomina la mortalidad en el adulto mayor con más de las tres cuartas partes de la población y de estado civil casado con más de la mitad de la mortalidad hospitalaria.
3. Las características identificadas en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca en el decenio del 2011 al 2020, se tiene que, según causa básica de muerte la neumonía no especificada (J18.9) fue la primera causa de muerte, el servicio con mayor número de defunciones fue medicina, el año con mayor mortalidad fue el 2020, más de la mitad de las defunciones tuvieron una estancia mayor a 48 horas y el tipo de asegurado más afectado fue el pensionista.
4. Al analizar los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca en el decenio del 2011 al 2020 se concluye que estos determinantes generan o fortalecen la estratificación de una

sociedad, configuran la salud de un grupo social, determinan la distribución de ingresos, la estructura política, la gobernanza que refuerzan las desigualdades en lugar de reducirlas, establecen posiciones socioeconómicas diferenciales de los individuos y son la principal causa de la inequidad en salud, lo que a su vez determina la forma o manera como la población morirá.

RECOMENDACIONES

1. Al Director de la Red Asistencial Cajamarca que lidere y promueva una atención integral para disminuir la carga de morbilidad y mortalidad de la población asegurada de la Red Asistencial Cajamarca.
2. Al Director de la Red Asistencial Cajamarca que fortalezca la implementación de planes de intervención para enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y metabólicas, causas con mayor incidencia según causa básica de muerte en la población asegurada investigada.
3. Al Director de la Red Asistencial Cajamarca que implemente un Comité de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad en el Hospital II EsSalud Cajamarca, para analizar las causas de muerte y, tener así una perspectiva más objetiva de la mortalidad, orientando futuras intervenciones de salud pública hacia los grupos y causas de muerte más vulnerables.
4. A los profesionales de la salud del Hospital II EsSalud Cajamarca, que realicen investigaciones sobre mortalidad hospitalaria y no hospitalaria y su relación con los determinantes sociales de la salud en la población asegurada.
5. A la Escuela Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca promover la realización de investigaciones sobre mortalidad hospitalaria y sus diferentes enfoques.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palladino CA. Introducción a la demografía. [Internet].; 2010 [citado 2021 marzo 22]. Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/INTR%20DUCCI%C3%93N%20A%20LA%20DEMOGRAF%C3%8DA%20APS.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativos. [Internet].; 2018 [citado 2021 octubre 14. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>.
3. Organización Panamericana de la salud. Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. [Internet].; 2017 [citado 2021 marzo 19. Disponible en : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34492/9789275319819-spa.pdf?sequence=7>.
4. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Internet].; 2017 [citado 2021 agosto 19. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
5. Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud. [Internet].; 2020 [citado 2021 octubre 14. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
6. Lema Añon C. La revolución de los determinantes sociales de la salud : derecho a la salud y desigualdad. [Internet].; 2020 [citado 2021 octubre 14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7498771>.
7. Organización Mundial de la Salud. Las 10 primeras causas de defunción. [Online].; 2020 [cited 2021 marzo 18. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
8. Banco Mundial. Tasa de mortalidad en un año (por cada 1000 personas) Latinoamérica y el caribe. [Internet].; 2019 [citado 2021 Noviembre 22. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CDRT.IN?locations=ZJ>.
9. Datosmacro.com. Datosmacro.com. [Internet].; 2021 [citado 2021 Agosto 18. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad>.
10. Bernabé- Ortiz A, Carrillo - Larco R. La transición epidemiológica en el Perú: análisis de los registros de mortalidad del 2003 al 2016. [Internet].; 2020 [citado 2021 marzo 19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300258.

11. Roca Reyes C. Informe de perfiles de Mortalidad General del 2020. Informe Tecnico. Lima: Seguro Social de Salud.EsSalud, Oficina de Onteligencia Santaria e Información sanitaria; 2021.
12. Miceli I. Análisis de la Mortalidad hospitalaria.Medicina Buenos Aires. [Internet].; 2013 [citado 2022 febrero 10. Disponible en: http://scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200017.
13. Ministerio de Salud. Determinantes Sociales de la Salud en el Perú. [Internet].; 2005 [citado 2021 noviembre 22. Disponible en : <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417810/47800007377998182620191106-32001-1ialtrd.pdf>.
14. Palacios - Pérez AJ, Taco- López AM. Explorando los determinnates sociales de la Salud.Revisión sistemática. [Internet].; 2024 [citado 2025 mayo 31. Disponible en: <https://revistasinstitutoperspectivasglobales.org/index.php/sanitas/article/view/482>.
15. De la Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes,promoción de la salud y educacion sanitaria. [Internet].; 2020 [citado 2021 agosto 19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081.
16. Imrad A, Rawal D, Botre N, Patil A. Mejorar y promover los determinnates sociales de la salud a nivel de sistema. [Internet].; 2022 [citado 2022 junio 7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35780015/>.
17. Haereber M. Desigualdades sociales en la mortalidad en España y en países de las Américas. [Internet].; 2020 [citado 2022 julio 12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=285901>.
18. Garcia AF, León FE. Mortalidad Hospitalaria en un centro de alta complejidad del Ministerio de Salud , Lambayeque Perú, 2014 - 2018. Revista Medica Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2020 febrero;(13).
19. Chang Yandry A, Gomez Garcia N, Quintama Gómez F, Pimienta Perez N, Gonzáles Díaz J, Suarez Morales O. Determinantes sociales que inciden en la mortalidad de los menores de 5 años. [Internet].; 2020 [citado 2022 setiembre 02. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000400489.
20. Cortes- Sierra D, Forero -Durán N, Sarmiento - Reyes É, Espinoza - Almanza C. Mortalidad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital universitario. Acta Médica Colombiana. 2019 Enero- Marzo; 44(1).

21. Fernandez Arzol O, Peña Garcia Y, Riveron Prada R, Utria Velasquez L, Pérez Diéguez Y. Caracterización epidemiológica de la mortalidad en el área de salud de Delicias : 2015 - 2018. [Internet].; 2019 [citado 2022 noviembre 20. Disponible en:
<http://medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/viewFile/265/150>.
22. Alves JD, Henrique AL, Arcoverde Marcos AM, Cartagena - Ramos D, Berra Thais Z, Alves Isea. Magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro - Oeste de Brasil (Internet). Gaceta Sanitaria. 2020 junio; 34(2).
23. Carmona L. La determinación social , una visión epistemológica para comprender el proceso salud- enfermedad. [Internet].; 2019 [citado 2022 febrero 22. Disponible en : <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56263341005/index.html>.
24. Flores - Guerrero R. Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. [Internet].; 2004 [citaado 2022 marzo 22. Disponible en:
<http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/10/paper03.pdf>.
25. Arredondo A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud Enfermedad. [Internet].; 1992 [citado 2022 marzo 22. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrQqWspcjLfhB8Qh/?format=pdf&lang=es>.
26. Cavieses B. Teoria de Complejidad ,¿Cómo se ha incorporado en la investigación en salud ? [Internet].; 2013 [citado 2023 setiembre 22. Disponible en:
<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n11/art20.pdf>.
27. Fajardo G, Fernandez M, Ortiz A, Olivares R. La dimensión del Paradigma de la Complejidad en los sistemas de salud. [Internet].; 2014 [citado 2023 setiembre 20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-la-dimension-del-paradigma-complejidad-S000974111500033X>.
28. Montagud N. La teoria del pensamiento complejo de Edgar Morin. [Internet].; 2019 [citado 2023 mayo 23. Disponible en :
<https://psicologiyamente.com/inteligencia/teoria-pensamiento-complejo-edgar-morin>.
29. Luxardo N, Passerino L, Sasseti F, Heredia C, Palermo C, Billordo J. Antecedentes del concepto determinantes sociales de la salud en el estudio de las desigualdades. [Internet].; 2020 [citado 2022 julio 23. Disponible en:
<https://www.teseopress.com/investigacion/chapter/antecedentes-del-concepto-determinantes-sociales-de-la/>.
30. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la sociales de la

salud: resumen analítico del informe final. [Internet].; 2008 [citado 2022 febrero 11. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>.

31. Acevedo G, Martinez D, Utz L. Manual de Medicina Preventiva y social. [Internet].; 2014 [citado 2021 marzo 22. Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>.
32. Naciones Unidas.Centro latinoamericano de demografía (CELADE). Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. [Internet].; 1978 [citado 2024 setiembre 12. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/db97144e-00c5-4bba-a619-e73371918a05/content>.
33. Hernandez LJ, Ocampo Jovana , Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. [Internet].; 2017 [citado 2022 febrero 11. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/393-395/es>.
34. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha :La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet].; 2011 [citado 2023 Octubre 20. Disponible en: https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/10/politica_de_accion_sobre_los_determinantes_sociales_de_la_salud.pdf.
35. Ministerio de Salud Pública.República Oriental del Uruguay. Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay. [Internet].; 2014 [citado 2024 agosto 24. Disponible en: https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP_Determinantes%20sociales_Documento%201.pdf.
36. Congreso de la República del Perú. Constitución Política del Perú. [Internet].; 1993 [ciado 2023 setiembre 22. Disponible en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/constitucion-noviembre2022.pdf>.
37. Organización Mundial de la Salud. 62. Asamblea Mundial de la Salud. [Internet].; 2009 [citado 2025 enero 9. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf.
38. Aguilar Astorga C, Lima Facio M. ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas? [Internet].; 2009 [citado 2024 junio 2. Disponible en: https://proxse16.univalle.edu.co/~secretariageneral/consejo-academico/temasdediscusion/2014/Documentos_de_interes_general/Lecturas_politica_publica/Que%20son%20y%20para%20que%20sirven%20las%20politicas%20publicas_Aguilar.pdf.
39. El Peruano. Presupuesto histórico. [Internet].; 2020 [citado 2023 setiembre 28. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/100391-presupuesto->

historico#:~:text=Como%20hemos%20se%C3%B1alado%20anteriormente%20e
n,seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de.

40. INEI. Panorama de la Economía Peruana 1950 - 2020. [Internet].; 2021 [citado 2023 octubre 4. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1799/libro.pdf.
41. CENTRUM Católica - Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La Salud hoy :Problemas y Soluciones. [Internet].; 2015 [citado 2023 setiembre 28. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3443.pdf>.
42. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Progresos respecto del informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en la salud. [Internet].; 2023 [citado 2024 mayo 21. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_21-sp.pdf.
43. Ñopo H. Políticas de protección Social en el Perú: Una espiral de buenas intenciones, malos resultados y peores respuestas. [Internet].; 2021 [citado 2023 setiembre 29. Disponible en: <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/politicas-de-proteccion-social-y-laboral-en-el-peru-una-espiral-de-buenas-intenciones-malos-resultados-y-peores>.
44. Sociedad de Comercio Exterior de Perú. Informe de Calidad del Gasto Público en Salud-Perú. [Internet].; 2019 [citado 2025 enero 13. Disponible en: <https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/reportes/informe-calidad-001.pdf>.
45. Zanabria Montañez C. El Rol del Estado y la salud en el Perú. [Internet].; 2000 [citado 2023 octubre 4. Disponible en: https://economia.unmsm.edu.pe/publ/arch_rev-fce/RevistaFCE_15.pdf.
46. Cárdenas E, Juárez C, Moscoso R, Vivas J. Determinantes Sociales en Salud. [Internet].; 2017 [citado 2023 octubre 24. Disponible en: <https://repositorio.esan.edu.pe/handle/20.500.12640/1215>.
47. Palma M, García L, Rodríguez A, Sarría A. Análisis de la mortalidad intrahospitalaria de la cirugía de revascularización coronaria. [Internet].; 2003 [citado 2024 agosto 15. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-analisis-mortalidad-intrahospitalaria-cirugia-revascularizacion-articulo-13049651>.
48. Canadian Institute for health Information. HSMR: A New Approach for Measuring Hospital Mortality Trends in Canada. Ottawa: CIHI. [Internet].; 2007 [citado 2022 febrero 11. Disponible en: https://secure.cihi.ca/free_products/HSMR_hospital_mortality_trends_in_canada.pdf.

49. Marco V J, Borgaro R. Historia Universal de la mortalidad. [Internet].; 1989 [citado 2024 04 mayo. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/107/100>.
50. Chackiel J, Plaut R. América Latina : Tendencias demográficas con énfasis en la mortalidad. [Internet].; 1994 [citado 2024 julio 20. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/3d26485d-3329-4d22-ade1-78dba5f6ac75>.
51. Casalino C. La muerte en Lima en el Siglo XIX : una aproximación demográfica, política, social y cultural. [Internet].; 1999 [citado 2024 agosto 23. Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5165>.
52. Casalino C. Mortalidad por epidemias y endemias según causas y condiciones sanitarias a mediados del siglo XIX en Lima, Perú. [Internet].; 2017 [citado 2024 junio 7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300026.
53. INEI. Situación y perspectivas de la mortalidad PreCOVID 19, por sexo y grupos de edad, nacional y departamental 1995 - 2030. [Internet].; 2022 [citado 2024 junio 8. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3402320/Per%C3%BA%3A%20Situaci%C3%B3n%20y%20Perspectivas%20de%20la%20Mortalidad%20Pre%20Covid-19%2C%20por%20Sexo%20y%20Grupos%20de%20Edad%2C%20Nacional%20y%20Departamental%2C%201995-2030.pdf?v=1657726389>.
54. Gonzáles Gonzáles N. El estudio de la muerte como fenomeno social. [Internet].; 2000 [citado 2021 abril 14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/598/59854309.pdf>.
55. Nuñez G. Determinantes Contextuales de la Mortalidad en México. [Internet].; 2011 [citado 2022 junio 18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=182089>.
56. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en america Latina y el Caribe : algunas lecciones de los años 80 y 90. [Internet].; 2001 [citado 2022 noviembre 28. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KPt8R5JmZtJk6Sy7rbwZwGs/>.
57. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? [Internet].; 2005 [citado 2021 Noviembre 26. Disponible en: https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/375/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf.

58. Organización Mundial de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo : 2000 - 2019. [Internet].; 2020 [citado 2021 marzo 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>.
59. INEI. Situación y Perspectivas de la Mortalidad por sexo y grupos de edad, nacional y por departamentos, 1990 -2025. [Internet].; 2010 [citado 2024 setiembre 14]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0901/libro.pdf>.
60. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. [Internet]. Washington,D.C; 2003 [citado 2022 Octubre 24]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6283/Volume2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
61. Seguro Social de Salud.EsSalud. Glosario - Sistema estadístico de salud del Seguro Social de Salud. 2020..
62. Ministerio de Salud. Indicadores de gestion y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y Diresa. [Internet].; 2013 [citado 2022 02 23]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>.
63. Seguro Social de Salud.Essalud. Vigilancia de Mortalidad General en Essalud. [Internet].; 2016 [citado 2024 julio 26]. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/743>.
64. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Manual de Indicadores hospitalarios. [Internet].; 2000 [citado 2021 marzo 20]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/iih/protocolos/17.pdf>.
65. Seguro Social de Salud - Unidad de Planificación ,Calidad y Recursos Médicos. Plan Operativo Institucional. 2019..
66. Rojas Soriano R. El Proceso de la Investigación Científica. [Internet].; 2010 [citado 2022 marzo 22]. Disponible en: <https://raulrojassoriano.com/cuallitlanezi/wp-content/themes/raulrojassoriano/assets/libros/proceso-investigacion-cientifica-5-7-27-03-2014.pdf>.
67. Maya E. Métodos y técnicas de investigación. [Internet].; 2014 [citado 2022 marzo 22]. Disponible en: https://www.academia.edu/40046700/M%C3%A9todos_y_t%C3%A9cnicas_de_investigaci%C3%B3n.
68. Seguro Social de Salud - Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Manual de Usuario WinEpi v.3. 2007..

69. Castillo L. Análisis documental. [Internet].; 2005 [citado 2023 julio 17. Disponible en: <https://www.uv.es/macass/T5.pdf>.
70. Organización Panamericana de la Salud. Nueva lista OPS 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE- 10. [Internet].; 1999 [citado 2022 abril 19. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31848/BE_v20n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
71. Organización Mundial de la Salud. Género y salud. [Internet].; 2023 [citado 2025 enero 30. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1.
72. Blanes A, Trias - Llimós S. Vivir menos y con peor salud: el peaje de la población menos instruida de España. [Internet].; 2021 [citado 2023 agosto 24. Disponible en: https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques_024_ESP.pdf.
73. Instituto Nacional de Estadística. Informe Técnico población adulta mayor. [Internet].; 2020 [citado 2022 noviembre 16. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>.
74. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca. Resultados definitivos. [Internet].; 2018 [citado 2025 febrero 21. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1/558/06TOMO_01.pdf.
75. Gobierno Regional de Cajamarca. Diagnóstico Sociodemográfico Proceso ZEE - OT. [Internet].; 2010- 2011 [citado 2023 Junio 6. Disponible en: <https://zeeot.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/DiagnosticoSociodemografico.pdf>.
76. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología PyCdE. Análisis de Situación de Salud del Perú , 2018. [Internet].; 2019 [citado 2022 junio 26. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.
77. Blouin C, Tirado E, Mamani F. La situación de la población adulta mayor en el Perú :Camino a una nueva política. [Internet].; 2018 [citado 2022 junio 26. Disponible en: <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/133591/publicacion-virtual-pam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
78. Avila J. Mortalidad Neonatal :Problema de salud pública por resolver. [Internet].; 2020 [citado 2022 junio 29. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v81n2/1025-5583-afm-81-02-00260.pdf>.
79. Ministerio de salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. [Internet].; 2019

[citado 2024 mayo 02. Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.

80. Gómez J, Gónzales M, Ramírez R. Determinantes políticos de la salud: Un concepto de importancia para el profesional en salud pública. [Internet].; 2019 [citado 2024 mayo 8. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087383/art-opinion-sp.pdf>.
81. Plataforma del estado peruano. Ley N° 30490, Ley de la persona adulta mayor. [Internet].; 2016 [citado 2024 mayo 18. Disponible en:
<https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd6976768c74>
82. Insituto Nacional de Estadistica e informática. Perú: Perfil sociodemográfico 2017.[Internet]; 2017 [citado 2022 junio 30. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf.
83. Ministerio de Salud. Infecciones respiratorias agudas y enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de muerte en el Perú. [Internet].; 2018 [citado 2023 mayo 9. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/23403-infecciones-respiratorias-agudas-y-enfermedades-cerebrovasculares-son-las-principales-causas-de-muerte-en-el-peru>.
84. EsSalud- GCPP-GGI Subgerencia de Estadistica. Boletin Estadistico de Prestaciones de Salud. 2019..
85. Suasnabar Davila JA. Factores Asociados a prolongacion de estancia hospitalaria en pacientes postoperados en el Servicio de Cirugía de la clinica Good Hope, en el año 2016. [Internet].; 2018 [citado 2022 noviembre 25. Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1257>.
86. Seguro Social de Salud. Gerencia Central de Planeamiento y presupuesto. El envejecimiento y la salud en la población asegurada de Essalud, 2019-2021. [Internet].; 2022 [citado 2024 mayo 4. Disponible en :
<https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/3652>.

APÉNDICE

INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA. HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA 2011- 2020

El presente instrumento tiene como objetivo recabar la información de la base de datos del software Winepi 3.6 para determinar las características de los determinantes sociales de la salud en mortalidad hospitalaria. Hospital II EsSalud Cajamarca 2011- 2020.

Nº FICHA:

Nº DE REGISTRO EN LA BASE DE DATOS:

I. DATOS GENERALES

1. Nº de historia clínica:

II. DETERMINANTES ESTRUCTURALES (ANÁLISIS DOCUMENTAL)

1. Política económica

2. Políticas sociales: Política de protección social y laboral

3. Políticas públicas: Salud

4. Género:

a. Masculino ☐

b. Femenino ☐

5. Grado de Instrucción:

a. Ninguno /Iletrado ☐

b. Primaria completa ☐

c. Primaria incompleta ☐

d. Secundaria completa ☐

e. Secundaria incompleta ☐

f. Superior no universitaria completa ☐

g. Superior no universitaria incompleta ☐

h. Superior universitaria completa ☐

i. Superior universitaria incompleta ☐

6. Procedencia:

- a. Departamento.....
- b. Provincia
- c. Distrito.....

7. Residencia:

- a. Urbana ☐
- b. Rural ☐

III. DETERMINANTES INTERMEDIOS

8. Edad: ☐

9. Etapa de vida

- a. Niño 0 – 11 años ☐
- b. Adolescente 12 – 17 años ☐
- c. Joven 18 – 29 años ☐
- d. Adulto 30 – 59 años ☐
- e. Adulto mayor > 60 años ☐

10. Estado civil

- a. Casado ☐
- b. Soltero ☐
- c. Viudo ☐
- d. Divorciado ☐
- e. Conviviente ☐

III. MORTALIDAD

1. Causa básica de muerte según CIE-10:

2. Servicio de ocurrencia:

- | | |
|-----------------|----------------------|
| a. Medicina | <input type="text"/> |
| b. Pediatría | <input type="text"/> |
| c. Cirugía | <input type="text"/> |
| d. Obstetricia | <input type="text"/> |
| e. Ginecología | <input type="text"/> |
| f. Neonatología | <input type="text"/> |
| g. UCI | <input type="text"/> |

3. Año de ocurrencia.....

4. Estancia hospitalaria:

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| a. Menor de 48 horas | <input type="text"/> |
| b. Mayor o igual a 48 horas | <input type="text"/> |

5. Tipo de asegurado:

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| a. Obligatorio | <input type="text"/> |
| b. Pensionista | <input type="text"/> |
| c. Pensionista | <input type="text"/> |
| d. Cónyuge | <input type="text"/> |
| e. Beneficiario Ley 30245 | <input type="text"/> |
| f. Concubino | <input type="text"/> |
| g. Hijo | <input type="text"/> |
| h. Otros | |

MATRIZ DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA. HII ESSALUD CAJAMARCA. PERU 2011- 2020

Formulación del problema	Objetivos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Fuente o instrumento de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
¿Cuáles son las características de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria en el Hospital II EsSalud Cajamarca desde el año 2011 al 2020?	Objetivo general: Analizar las características de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad hospitalaria registrada en el HII Essalud Cajamarca 2011- 2020 Objetivos específicos 1. Identificar las características de los determinantes sociales estructurales en la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 -l 2020. 2. Identificar las características de los determinantes sociales intermedios en la mortalidad registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011-2020. 3. Caracterizar a la mortalidad hospitalaria registrada en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2011 - 2020.	Determinantes Sociales Mortalidad intrahospitalaria	Determinantes estructurales. Determinantes intermedios. Mortalidad	- Género - Grado de instrucción - Procedencia - Residencia - Etapa de vida - Estado Civil - Causa básica de muerte - Servicio de ocurrencia - Año de ocurrencia - Días Estancia - Tipo de asegurado	Ficha de recolección de datos Ficha de recolección de datos Ficha de recolección de datos	Análisis documental	Total, de defunciones registradas en software Winepi v.3.6 2011- 2020

ANEXO

Cuadro 2. Lista OPS 6/67 para la tabulación de mortalidad (CIE-10)

0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas (R00-R99)

1.00 Enfermedades transmisibles (A00-B99, G00-G03, J00-J22)

- 1.01** Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)
- 1.02** Tuberculosis (A15-A19)
- 1.03** Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia (A20,A44, A75-A79, A82-A84, A85.2, A90-A98, B50-57)
- 1.04** Ciertas enfermedades inmunoprevenibles (A33-A37, A80, B05, B06, B16, B17.0, B18.0-B18.1, B26)
- 1.05** Meningitis (A39, A87, G00-G03)
- 1.06** Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)
- 1.07** Enfermedad por el VIH (SIDA) (B20-B24)
- 1.08** Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)
- 1.09** Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (residuo de A00-B99, i.e. A21-A32, A38, A42-A43, A46-A74,A81, A85.0-A85.1, A85.8, A86, A88-A89, A99-B04, B07-B15,B17.1-B17.8, B18.2-B19.9, B25, B27-B49, B58-B99)

2.00 Neoplasias (Tumores) (C00-D48)

- 2.01** Tumor maligno del estómago (C16)
- 2.02** Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea (C18-C19)
- 2.03** Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo,excepto estómago y colon (C15, C17, C20-C26, C48)
- 2.04** Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón (C33-C34)
- 2.05** Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos,excepto tráquea, bronquios y pulmón (C30-C32, C37-C39)
- 2.06** Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)
- 2.07** Tumor maligno del cuello del útero (C53)
- 2.08** Tumor maligno del cuerpo del útero (C54)
- 2.09** Tumor maligno del útero, parte no especificada (C55)
- 2.10** Tumor maligno de la próstata (C61)
- 2.11** Tumor maligno de otros órganos genitourinarios (C51-C52,C56-C57, C60, C62-C68)
- 2.12** Leucemia (C91-C95)
- 2.13** Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (C81-C90, C96)
- 2.14** Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (residuo de C00-C97, i.e. C00-C14, C40-C47, C49, C50 en hombres, C58, C69-C80, C97)
- 2.15** Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (D00-D48)

3.00 Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)

- 3.01** Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas (I00-I09)
- 3.02** Enfermedades hipertensivas (I10-I15)
- 3.03** Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)
- 3.04** Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (I26- I45, I47-I49, I51)
- 3.05** Paro cardíaco (I46)
- 3.06** Insuficiencia cardíaca (I50)
- 3.07** Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)
- 3.08** Aterosclerosis (I70)
- 3.09** Las demás enfermedades del sistema circulatorio (I71-I99)

- 4.00 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)**
 - 4.01** Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas (P00, P04)
 - 4.02** Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (P01-P03, P10-P15)
 - 4.03** Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (P05, P07)
 - 4.04** Trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20-P28)
 - 4.05** Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)
 - 4.06** Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (residuo de P00-P96, i.e. P08, P29, P35, P37-P96)
- 5.00 Causas externas (V01-Y89)**
 - 5.01** Accidentes de transporte terrestre (V01-V89)
 - 5.02** Los demás accidentes de transporte y los no especificados (V90-V99)
 - 5.03** Caídas (W00-W19)
 - 5.04** Accidentes por disparo de arma de fuego (W32-W34)
 - 5.05** Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)
 - 5.06** Accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)
 - 5.07** Exposición a la corriente eléctrica (W85-W87)
 - 5.08** Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)
 - 5.09** Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X40-X49)
 - 5.10** Los demás accidentes (W20-W31, W35-W64, W88-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y84)
 - 5.11** Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (X60-X84)
 - 5.12** Agresiones (homicidios) (X85-Y09)
 - 5.13** Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)
 - 5.14** Las demás causas externas (Y35-Y36, Y85-Y89)
- 6.00 Todas las demás enfermedades (D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99)**
 - 6.01** Diabetes mellitus (E10-E14)
 - 6.02** Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53)
 - 6.03** Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)
 - 6.04** Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (G04-G99)
 - 6.05** Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)
 - 6.06** Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J39, J60-J98)
 - 6.07** Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal (K35-K46, K56)
 - 6.08** Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76)
 - 6.09** Resto de enfermedades del sistema digestivo (residuo de K00-K93, i.e. K00-K31, K50-K55, K57-K66, K71, K72, K75, K80-K93)
 - 6.10** Enfermedades del sistema urinario (N00-N39)
 - 6.11** Hiperplasia de la próstata (N40)
 - 6.12** Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
 - 6.13** Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
 - 6.14** Resto de las enfermedades (residuo de A00-Q99, i.e. D55-D89, E00-E07, E15-E34, E65-E90, H00-H59, H60-H95, L00-L99, M00-M99, N41-N99)