

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA



TESIS

**“Mortalidad materna en gestantes y su relación con los
aspectos socio-económicos, demográficos y geográficos en el
Hospital Hermilio Valdizán De Huánuco durante los años 2016-
2019”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN CIENCIAS
DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA

AUTORA: Oscátegui Torres, Dora Narví Zulema

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina básica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 72774143

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Pozo Pérez, Martha Alejandrina	Doctora en ciencias de la salud	22408219	0000-0003-4564-9025



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
ESCUELA DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRO (A) EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11:30 horas del día 24 del mes de Octubre del año 2025, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados de Maestría y Doctorado de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. Juana Irma PALACIOS ZEVALLOS (PRESIDENTA)
- Dra. Maricela MARCELO ARMAS (SECRETARIA)
- Dra. Martha Alejandrina POZO PEREZ (VOCAL)

Nombrados mediante Resolución N°753-2025-D-EPG-UDH, de fecha 23 de octubre de 2025, para evaluar la sustentación de la tesis intitulada: **"MORTALIDAD MATERNA EN GESTANTES Y SU RELACIÓN CON LOS ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS Y GEOGRÁFICOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN DE HUÁNUCO DURANTE LOS AÑOS 2016-2019"**; presentado (a) por el/la graduando **Dora Narvi Zulema OSCÁTEGUI TORRES**, para optar el Grado Académico de Maestro con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) A. PROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de Diecisiete y cualitativo de MUY BUENO.

Siendo las 12:30 horas del día 24 del mes de Octubre del año 2025, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Juana Irma PALACIOS ZEVALLOS

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DNI: 22407304

SECRETARIA

Dra. Maricela Luz MARCELO ARMAS

Código ORCID: 0000-0001-8585-1436

DNI: 04049506

VOCAL

Dra. Martha Alejandrina POZO PEREZ

Código ORCID: 0000-0003-4564-9025

DNI: 22408219



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: DORA NARVÍ ZULEMA OSCÁTEGUI TORRES, de la investigación titulada "MORTALIDAD MATERNA EN GESTANTES Y SU RELACION CON LOS ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS Y GEOGRÁFICOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO DURANTE LOS AÑOS 2016 - 2019", con asesor(a) JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 174-2022-D-EPG-UDH del P. A. de MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 15 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 23 de octubre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

27. OSCÁTEGUI TORRES DORA NARVÍ ZULEMA.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	6%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	3%
	Fuente de Internet	
2	1library.co	1%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.unu.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.undac.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	www.scielo.org.mx	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.udh.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	cusam.edu.gt	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.uancv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
9	revistasochog.cl	<1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios padre por ser creador de todo, es quien me guía me da fortaleza, sabiduría en todo momento de mi vida.

A mis padres Ramón y Dora por su inmenso amor que en cada enseñanza me impulsaron a ser una persona mejor cada día con valores de responsabilidad, agradecimiento respeto a la vida y siempre estuvieron para ayudarme a levantarme en cada caída.

A mis hermanos Iván, Evelyn por estar siempre a mi lado con sus palabras de aliento sus espíritus luchadores para nunca rendirme en los estudios y poder cumplir con mis ideales.

A mis sobrinos Iarov, Ridick, Valentina, Mishell por ser fuente de motivación e inspiración para mi superación como persona y profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

La realización del presente trabajo de investigación ha sido gracias al apoyo incondicional de mis seres queridos.

A la Universidad de Huánuco por haberme brindado conocimientos para seguir avanzando profesionalmente.

Agradezco a la Dra. Julia Palacios Zevallos mi asesora quien me impulso y apoyo en el desarrollo de la tesis.

Gracias a una gran amiga Jenny Olarte Chavez quien sin esperar nada a cambio compartió sus conocimientos y compañía para lograr este sueño se haga realidad

Al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano por brindarme las facilidades para ejecutar este trabajo de investigación.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA.....	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL	17
1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIA	17
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	17
1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	17
1.3.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	18
1.3.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL.....	18
1.4. OBJETIVOS	18
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.5. LIMITACIONES	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	23
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	27
2.2. BASES TEÓRICAS	29
2.2.1. HISTORIA DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	29
2.2.2. MUERTE MATERNA	30

2.2.3. ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS DIRECTAS MÁS COMUNES	32
2.2.4. ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS INDIRECTAS MÁS COMUNES	32
2.2.5. IMPACTO DE LA MUERTE MATERNA	33
2.2.6. PANORAMA GENERAL.....	34
2.2.7. FACTORES SOCIO ECONÓMICOS Y CULTURALES.....	35
2.2.8. MORTALIDAD MATERNA INDICADOR DE LA CALIDAD DE SALUD	37
2.2.9. MORTALIDAD MATERNA PARA EL CIE-10	38
2.2.10. DEMORAS O RETRASOS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE MORIR	40
2.2.11. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS MUERTES MATERNAS	43
2.2.12. ACCESO GEOGRÁFICO Y MUERTE MATERNA.....	46
2.2.13. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS	47
2.2.14. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA EDUCACIÓN.....	49
2.2.15. ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES.....	51
2.2.16. FACTORES GEOGRÁFICOS.....	53
2.2.17. FACTORES DEMOGRÁFICOS	54
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	56
2.4. HIPÓTESIS	57
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	57
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	58
2.5. VARIABLES.....	58
2.5.1. VARIABLE DE SUPERVISIÓN	58
2.5.2. VARIABLES ASOCIATIVAS	58
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	59
CAPÍTULO III.....	62
METODOLOGÍA	62
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	62
3.1.1. ENFOQUE	62
3.1.2. DISEÑO METODOLÓGICO	62

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	63
3.3. TÉCNICAS, MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	
FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
3.4. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	63
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	63
CAPÍTULO IV.....	65
RESULTADOS	65
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	65
4.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	65
4.1.2. ANÁLISIS INFERENCIAL Y/O CONTRASTACIÓN DE	
HIPÓTESIS	77
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las Muertes maternas	65
Tabla 2. Distribución de las muertes maternas según grupo etario.....	66
Tabla 3. Distribución de las Causas de Muerte Materna	67
Tabla 4. Aspectos socioeconómicos de la población en estudio	68
Tabla 5. Aspectos demográficos de la población en estudio	69
Tabla 6. Aspectos geográficos de la población en estudio	69
Tabla 7. Aspectos socioeconómicos asociados a la Muerte Materna	70
Tabla 8. Aspectos demográficos asociados a la Muerte Materna	71
Tabla 9. Aspectos geográficos asociados a la Muerte Materna	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de las Muertes maternas	65
Gráfico 2. Distribución de las muertes maternas según grupo etario.....	66
Gráfico 3. Distribución de las Causas de Muerte Materna	67
Gráfico 4. Aspectos socioeconómicos de la población en estudio	68
Gráfico 5. Aspectos demográficos	69
Gráfico 6. Aspectos geográficos de la población en estudio	70
Gráfico 7. Aspectos socioeconómicos asociados a la Muerte Materna	71
Gráfico 8. Aspectos demográficos asociados a la Muerte Materna	73
Gráfico 9. Aspectos geográficos asociados a la Muerte Materna	76

RESUMEN

El estudio analizó la relación entre la mortalidad materna y los factores socioeconómicos, demográficos y geográficos en el Hospital Hermilio Valdizán (2016-2019). Se utilizó un diseño no experimental, transversal y retrospectivo con enfoque cuantitativo. La muestra comprendió 11 historias clínicas de muertes maternas. Se evidenció que el 91 % de las fallecidas tenían más de 15 años y solo el 9 % eran menores. El 64% ⁽⁷⁾ de estas mujeres tenían una situación económica de pobreza mientras que el 36% ⁽⁴⁾ la situación económica fue de extrema pobreza, el 45% ⁽⁵⁾ pertenecían a una familia nuclear, el 55% ⁽⁶⁾ pertenecía a una familia extensa, todas contaban con servicios de salud. Asimismo, el 45% ⁽⁵⁾ tuvieron secundaria completa, mientras que el 9% ⁽¹⁾ era analfabeta igual porcentaje se observa con primaria incompleta, el 73% ⁽⁸⁾ fueron amas de casa y el 27% ⁽³⁾ fueron estudiantes. En cuanto al estado civil el 45% ⁽⁵⁾ fueron solteras, mientras que el 36% ⁽⁴⁾ fueron convivientes y el 18% ⁽²⁾ fueron casadas. Con respecto a la procedencia el 91% ⁽¹⁰⁾ procedían de otros lugares fuera de la ciudad solo 9% ⁽¹⁾ fue de un pueblo joven, es decir el 45 % ⁽⁵⁾ fueron del área rural, mientras que el 27% ⁽³⁾ fueron del área urbana igual porcentaje fueron de la zona urbano marginal. En relación a las vías de acceso a su domicilio el 55% ⁽⁶⁾ tuvieron como acceso a su vivienda carretera sin asfalto, el 18% ⁽²⁾ tuvieron como acceso a su vivienda carretera sin asfalto y el 9% ⁽¹⁾ tuvo como acceso a su vivienda la trocha, igual porcentaje fueron como acceso el camino y la quebrada, el 73% ⁽⁸⁾ tuvieron como medio de transporte el carro y el mototaxi, mientras que el 27% ⁽³⁾ no contaban con este medio de transporte solo se trasladaban a través del camino. En cuanto a la distancia desde la vivienda al establecimiento de salud el 36% ⁽⁴⁾ el domicilio quedaba a 1 hora, mientras que el 9 % ⁽¹⁾ el domicilio quedaba a 6 horas, el 55% ⁽⁶⁾ tenían acceso al transporte las 24 horas mientras que el 45% ⁽⁵⁾ no tenían acceso a un medio de transporte durante las 24 horas. En conclusión, las muertes maternas se relacionan con los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos.

Palabras Clave: Mortalidad, gestantes, relación, socio, demográficos, geográficos, hospital.

ABSTRACT

This study analyzed the relationship between maternal mortality and socioeconomic, demographic, and geographic factors at Hermilio Valdizán Hospital (2016-2019). A non-experimental, cross-sectional, and retrospective design with a quantitative approach was used. The sample comprised 11 medical records of maternal deaths. It was found that 91% of the deceased were over 15 years old, and only 9% were younger. 64% ⁽⁷⁾ of these women lived in poverty, while 36% ⁽⁴⁾ lived in extreme poverty. 45% ⁽⁵⁾ belonged to a nuclear family, and 55% ⁽⁶⁾ belonged to an extended family. All had access to healthcare services. Likewise, 45% ⁽⁵⁾ had completed secondary education, while 9% ⁽¹⁾ were illiterate; the same percentage had incomplete primary education. 73% ⁽⁸⁾ were housewives and 27% ⁽³⁾ were students. Regarding marital status, 45% ⁽⁵⁾ were single, while 36% ⁽⁴⁾ were cohabiting and 18% ⁽²⁾ were married. With respect to their place of origin, 91% ⁽¹⁰⁾ came from places outside the city; only 9% ⁽¹⁾ was from a shantytown. That is, 45% ⁽⁵⁾ were from rural areas, while 27% ⁽³⁾ were from urban areas, with the same percentage coming from the urban-marginal zone. Regarding access routes to their homes, 55% ⁽⁶⁾ had access to an unpaved road, 18% ⁽²⁾ had access to an unpaved road, and 9% ⁽¹⁾ had access to a dirt track. An equal percentage had access via a path and a stream. 73% ⁽⁸⁾ used cars and motorcycle taxis as their means of transportation, while 27% ⁽³⁾ did not have access to these means of transportation and traveled only by road. As for the distance from their homes to the health facility, 36% ⁽⁴⁾ had a 1-hour drive, while 9% ⁽¹⁾ had a 6-hour drive. 55% ⁽⁶⁾ had access to transportation 24 hours a day, while 45% ⁽⁵⁾ did not. In conclusion, maternal deaths are related to socioeconomic, demographic, and geographic factors.

Keywords: Mortality, pregnant women, relationship, socio, demographic, geographic, hospital.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en el planeta todavía es un problema muy serio de salud pública, porque los números siguen siendo demasiado altos y, lo más doloroso, es que muchos de esos casos se podrían evitar con los recursos y la atención oportuna. Basta recordar que en el año 2015 se calculaba un promedio de ochocientas treinta muertes al día, una cifra que ya de por sí muestra la dimensión del asunto. Ahora bien, no todas las mujeres enfrentan los mismos riesgos: durante el embarazo, en el parto y en esas semanas frágiles después de dar a luz, las posibilidades de morir no se reparten igual, y en los países más pobres son quince veces mayores que en las naciones con más ingresos. En este sentido, la explicación suele encontrarse en la falta de equipos, en la escasez de profesionales de salud formados, o en la debilidad de sistemas de salud que simplemente no alcanzan a dar respuestas. Por otra parte, la razón de mortalidad materna es vista como un indicador que dice mucho sobre la salud, el desarrollo y la calidad de vida, porque deja en evidencia la gran brecha entre países pobres y ricos. De todas maneras, el año 2015 también fue importante por otra razón: marcó la puesta en marcha de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, una agenda pensada para mejorar la vida de las personas. Dentro de esos objetivos, el tercero apunta directamente a garantizar una vida sana y a promover el bienestar en todas las edades, y fija como meta que al 2030 la mortalidad materna global baje a menos de setenta muertes por cada cien mil nacidos vivos, una aspiración que refleja la urgencia de actuar juntos.

El problema de la mortalidad materna, que toca lo social, lo económico, lo político y también la salud pública, ha bajado un poco en los últimos años en varios países de América Latina y el Caribe, aunque todavía está lejos de ser un asunto resuelto. En el caso del Perú, sí se han dado pasos adelante, en parte porque la vida de muchas mujeres ha mejorado, porque hay factores sociales como el acceso a la educación que pesan cada vez más, y porque los sistemas de salud se han ido fortaleciendo poco a poco, dándole más herramientas a las políticas públicas para enfrentar las muertes maternas. Sin embargo, a pesar de estas mejoras, todavía se ven con claridad

desigualdades muy fuertes entre distintos grupos. Estas brechas traen consigo dos preocupaciones grandes: primero, que la razón de mortalidad materna a nivel nacional sigue siendo alta si la comparamos con lo que debería considerarse aceptable; y segundo, que esa mortalidad no se reparte por igual, pues hay regiones con más fallecimientos y otras con menos, lo que muestra diferencias fuertes entre territorios. En este sentido, diversos estudios, tanto mundiales como nacionales, han señalado que las cifras de mortalidad materna en el Perú van bajando desde los primeros años de la década del 2000. De todas maneras, la mayoría de estos trabajos se queda en los promedios nacionales y no logra mostrar qué pasa en cada región, y solo unos pocos se han animado a mirar el problema desde una óptica regional. Hasta donde se sabe, no existe un estudio integral que abarque de verdad esta problemática atendiendo a los factores propios de cada zona. Por lo mismo, se hace clave mirar con calma y entender cómo está la mortalidad materna en el país, cuáles son sus causas y cómo se distribuye entre las regiones, porque con esa información se pueden orientar mejor las estrategias de prevención, fortalecer las políticas de salud y de bienestar social y al mismo tiempo ayudar en el seguimiento, la planificación y el reparto de recursos. Al final de cuentas, contar con este conocimiento sirve para tomar decisiones que son esenciales si queremos reducir las muertes maternas y acercarnos a una sociedad más justa.

El objetivo de este estudio fue: Determinar la relación entre mortalidad materna y los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos en el hospital Hermilio Valdizán en el periodo 2016- 2019.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Primeramente, debemos saber que la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio debe ser una experiencia satisfactoria que asegure una buena condición de salud y bienestar tanto para la mujer como para el producto de la concepción. Sin embargo, existe circunstancias, enfermedades e incidentes que puede implicar un riesgo para el embarazo, parto y puerperio que agrava este proceso y cuando mucho causar la muerte.

La muerte es un hecho complejo que implica el aspecto biológico y que trasciende el ámbito social, médico, legal, religioso, etc. cada quien procura atribuye un entendimiento. Dentro de este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado una definición formal de la muerte materna que busca aclarar las circunstancias en las que se reconocen estos fallecimientos. Según la OMS, una muerte materna ocurre cuando una mujer fallece durante el embarazo o dentro de los cuarenta y dos días posteriores al final de la gestación, ya sea que este haya terminado en un parto o en otra forma de interrupción. Esta definición se aplica sin importar cuánto tiempo duró el embarazo o dónde ocurrió, destacando que la duración y el lugar no son factores determinantes. La muerte debe atribuirse a una causa directamente relacionada con el embarazo, o a una condición que se agravó por el mismo o por la atención médica recibida durante ese periodo. Sin embargo, la definición excluye de manera específica las muertes que se producen por accidentes externos o por sucesos incidentales que no están relacionados con el embarazo⁽¹⁾.

Los determinantes sociales juegan un papel importante en la salud materna, ya que permite reconocer las estructuras institucionales y las características sociodemográficas que originan las desigualdades y mayores probabilidades de morir. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud se entienden como el amplio

rango de circunstancias que rodean a las personas desde el momento mismo en que nacen, a lo largo de su niñez y juventud, durante sus años de trabajo y hasta la vejez. Estos determinantes no se limitan a las situaciones personales, sino que también incluyen a las fuerzas, instituciones y sistemas más amplios e interconectados como las políticas económicas, las normas culturales, las redes sociales y las estructuras políticas que configuran e influyen en las condiciones en las que se desarrolla la vida cotidiana⁽²⁾. Esta estructura de vida incluye políticas sociales, sistemas económicos, normas y programas de desarrollo, estas condiciones pueden marcar subgrupos de población ocasionando diferencias respecto a la salud, la resultante de esta inequidad es la pobreza tiene implicancias graves en el limitado acceso a una vivienda digna, la educación, servicios básicos (luz, agua y desagüe), transporte y otros factores esenciales para la salud y bienestar general.

Cabe mencionar que los mayores costos de salud están dirigido a la salud de la mujer a la vez es más vulnerable que el hombre a la pobreza y al desempleo. La probabilidad de que la salud de la mujer se complique o muera a consecuencia del embarazo y el parto está estrechamente ligada a la condición social, cultura, económica, geográfica, normas y valores, es decir cuanto más pobre y marginada el riesgo de muerte es mayor. estas condiciones se ven reflejadas en las diferencias de las tasas de mortalidad materna entre países pobres y ricos⁽³⁾.

Hasta el momento la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que cada día fallecen casi 800 mujeres en el mundo por causas prevenibles asociadas al embarazo y el parto, es decir cada 2 minutos se produce una muerte materna; el 2020 murieron 287000 mujeres⁽¹⁾. Aproximadamente el 95% de los fallecimientos fueron en los países de bajos y medianos ingresos como en África Subsahariana y Asia Meridional que fueron alrededor del 87%. Hubo progreso en la disminución de las muertes maternas desde el 2000 al 2020 en Europa Oriental, Asia Meridional, Latinoamérica y África de un 30 a 50%, aun así actualmente las cifras de muertes maternas son elevadas en algunas regiones del mundo, esta realidad señala las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de calidad, en las condiciones

socioeconómicas y el ámbito territorial en el que se encuentran, son entornos de vida que representa el riesgo de muerte materna de muchas mujeres en los países subdesarrollados; esto quiere decir que una mujer de 15 años tiene la probabilidad de morir por una causa vinculada a la salud materna; los valores publicados por la OMS es preocupante en los países de altos ingresos es de una mujer en 5300 frente a una en 49 mujeres en los países de bajos ingresos^(1,4).

En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la salud (OPS) publicó cifras conmovedoras en el 2020 donde aproximadamente 8400 mujeres fallecieron por causas relacionadas al embarazo y parto, de ellas 1300 correspondieron al Caribe y lo restante a América Latina, la mortalidad disminuyó entre 1990 al 2020 en un 15% pero estas cifras se vio incrementada en la época de la pandemia del COVID-19 fundamentalmente en los países donde los sistemas de salud no estuvieron preparados para contener esta epidemia ocasionando así un retroceso de 20 años alcanzando una razón de 87 muertes por 100000 nacidos vivos en los indicadores de la salud materna en América Latina y el Caribe (5). Las principales causas de mortalidad materna fueron la hemorragia postparto, infecciones, enfermedades hipertensivas, embarazo ectópico y el aborto, los países que alcanzaron las más altas tasas fueron Bolivia, Haití, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana y Honduras, los países con bajas tasas fueron Uruguay, Cuba, Chile y Costa Rica, por otra parte Argentina, México y Perú tuvieron una tasa intermedia entre el 2020 al 2021⁽⁶⁾.

En el Perú, la mortalidad materna ha ido disminuyendo en los últimos años, pero sin embargo aún se encuentra por encima de los objetivos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de reducir la tasa mundial mortalidad materna a menos de 70 por cada 100000 nacidos vivos al 2030⁽¹⁾. El Perú no ha sido ajeno a la epidemia por el COVID-19 los esfuerzos que hizo para reducir la mortalidad materna se han visto afectada por esta situación elevándose así las cifras al 47.1% respecto al año anterior inclusive llegó a valores parecidos al 2012; el 2020 se registró 439 fallecimientos y el 2021 fue de 493 siendo las causas directas (46,9%) la preeclampsia y las hemorragias, seguido del COVID-19 como causa indirecta

(46,7%) y las incidentales fueron el 4%⁽⁷⁾. Luego del descenso de la epidemia mejoró la situación de la muerte materna, el Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades publicó que el número de fallecimientos el 2022 fue de 291 y el 2023 a la semana epidemiológica 20 fue de 103 muertes maternas⁽⁸⁾. Entre el 2017 y el 2023 ha ocurrido 2362 defunciones, las principales regiones de ocurrencia fueron Lima, Loreto, Piura, Cajamarca, Puno, La libertad y las regiones con menores casos fueron Moquegua, Tacna, Tumbes⁽⁸⁾. El Ministerio de Salud informó el 2023 hasta la semana epidemiológica 20 que 48.7% de muertes han sido por causas directas, el 39,3% indirectas y el 6,8% por muertes incidentales; las edades al momento de la defunción fue el 52,5% entre los 20 a 35 años, 27,9% mujeres mayores de 35 años y el 19, 7% menores de 19 años⁽⁸⁾.

En el año 2020 en la región de Huánuco, ocurrieron 13 muertes maternas, el 2021 se incrementó a 17 defunciones por falta de acceso y capacidad de respuesta frente a la epidemia del COVID-19, posterior al control de esta situación por medio de la vacuna el 2022 descendió a 14 muertes y el 2023 hasta la semana epidemiológica 20 se ha registrado 5 fallecimientos, el momento del fallecimiento fue en el puerperio, seguido del embarazo y finalmente el parto siendo la primera causa las hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos, otras causas obstétricas e infecciones⁽⁹⁾.

Las cifras muestran que las áreas geográficas con altos porcentajes de mortalidad materna son las regiones nororiental y sur andina particularmente la zona rural, donde se encuentra mayor desigualdad social y económica, limitado acceso a los servicios básicos, mayor índice de pobreza, menor uso de métodos de planificación familiar, menor participación de la mujer en la toma de decisiones la que influyó en su salud reproductiva⁽¹⁰⁾.

Considerando que las determinantes sociales como: el grado de escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud, juegan un papel importante en el bienestar y la calidad de vida de la mujer, he propuesto un estudio detallado a cerca de la relación entre mortalidad materna la y los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos en el Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco, durante el periodo 2016- 2019, estos datos

contribuirían a tomar decisiones y plantear estrategias para disminuir las muertes maternas en nuestra región.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación entre la mortalidad materna y los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos en el Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco, durante el periodo 2016- 2019?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIA

- ¿Cuáles son aspectos socioeconómicos relacionados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019?
- ¿Cuáles son los aspectos demográficos relacionados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019?
- ¿Cuáles son los aspectos geográficos relacionados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

los resultados obtenidos del estudio servirán como referente a las futuras investigaciones relacionadas a la mortalidad materna, es un tema de interés e impacto social, puesto que las determinantes sociales son factores que tienen implicancia directa en la salud de la mujer.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Uno de los problemas que afronta la salud pública es la muerte materna, considerado un evento nefasto y un indicador negativo para el desarrollo de un país, la detección temprana de los factores de riesgo y

la atención inmediata de calidad hacen que tal evento sea evitable. Por tanto, es importante estudios que nos permitan conocer oportunamente estos fenómenos y plantear estrategias dirigidas a la atención de la salud de mujer, mujer gestante y al recién nacido.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Con la presente investigación se pretende generar evidencia científica y a la vez servirá como referente para futuros estudios relacionados al tema también se generó un instrumento de recolección de datos valido para nuestra realidad.

1.3.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El investigar a cerca de la mortalidad materna y los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos que influye en la salud de la mujer, nos permite comprender este evento como uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud y del contexto en la que viven las mujeres de nuestra región. Con ello se busca que conozcan estos factores que deterioran la salud de la mujer gestantes que conlleva a la muerte cuya consecuencia es grave para la familia y la sociedad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre mortalidad materna y los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos en el hospital Hermilio Valdizán en el periodo 2016- 2019.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación entre la mortalidad materna y los aspectos socioeconómicas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

- Identificar la relación entre la mortalidad materna y los aspectos demográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.
- Determinar la relación entre la mortalidad y los aspectos geográficas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

1.5. LIMITACIONES

No hubo limitaciones para la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Mancuello A. y Diaz V. Paraguay, 2024. Publicaron un estudio sobre **Caracterización epidemiológica de la mortalidad materna en Paraguay. Enero 2018-diciembre 2022.** El objetivo planteado por las autoras fue, Describir las características epidemiológicas de la mortalidad materna en Paraguay desde enero 2018 a diciembre 2022, determinar las características socio-demográficas, caracterizar tipos de demoras, e identificar tipo de mortalidad materna. En este trabajo se revisaron los casos de muertes de madres reportadas en el país durante varios años, y para eso se usaron datos guardados en dos registros nacionales bastante completos. Se analizaron todas esas historias con números y comparaciones, buscando entender por qué se dieron y qué situaciones se repiten. Al mirar los resultados se ve que la mayor parte de estas muertes ocurrió en mujeres que tenían entre treinta y casi cuarenta años, lo cual llama la atención porque muchas veces se piensa que el mayor riesgo está en edades más jóvenes. Dentro de los pueblos originarios, los Avá Guaraní aparecieron con más frecuencia, seguidos por los Pái Tavytera y los Nivaclé, y entre los tres sumaron más de la mitad de los casos. Algo parecido pasó con las zonas del país, ya que Alto Paraná, Central y Caaguazú fueron los departamentos donde se registraron más pérdidas. Por otra parte, cuando se revisaron las causas directas, las más comunes fueron la neumonía que trajo el coronavirus, las hemorragias fuertes relacionadas con el parto y la eclampsia, que es un problema de presión alta. Varias de estas muertes se dieron en las primeras veinticuatro horas después del parto, y allí jugaron un papel importante las demoras que suelen darse, ya sea por no decidir a tiempo buscar ayuda, por tardanzas en llegar a un centro de salud o por la calidad de la atención recibida. Al mismo tiempo se notó que las mujeres

que tuvieron pocos controles durante el embarazo sufrieron más muertes pasadas esas primeras horas del puerperio. Todo esto lleva a la conclusión de que la atención antes y después del parto marca una gran diferencia. De todas maneras, lo que más resaltó fue que las muertes de origen directo fueron las que predominaron, algo que se repite en distintos lugares y que muestra la necesidad de mejorar los cuidados en momentos clave, sobre todo cuando hay cesáreas de por medio y cuando la decisión de acudir o no a un hospital puede cambiarlo todo ⁽¹¹⁾.

Nuñez D. et al. Colombia, 2023. Publicaron un estudio sobre **Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, Norte de Santander, Colombia, en el período 2021-2022.** El objetivo principal fue evaluar la accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, departamento Norte de Santander (Colombia) en el período 2021-2022. En este trabajo se planteó un estudio con números y encuestas bastante sencillo: se conversó con veinticinco mujeres embarazadas que iban al centro de salud de la zona durante ese tiempo y, con los datos que dieron, se hicieron cálculos de porcentajes y algunas estimaciones para tener un panorama más claro. Al revisar lo que respondieron, se notó algo serio, pues seis de cada diez mujeres habían tenido menos de tres chequeos durante el embarazo o ninguno en absoluto, y eso ya es un signo de alerta. Cuando se preguntó por las razones que hacían más difícil llegar a los servicios de salud, la distancia apareció como el mayor problema con un treinta y seis por ciento, seguido por la falta de dinero que mencionó casi una cuarta parte de ellas, y en menor medida un doce por ciento señaló trabas médicas. De esta forma quedó claro que los obstáculos más fuertes para las gestantes rurales de Lourdes están relacionados con el lugar donde viven, muchas veces lejos de un centro de atención, y con la economía familiar que no siempre alcanza. A esto se suma que casi tres de cada cuatro mujeres se ubicaban en niveles socioeconómicos bajos o muy bajos, lo que sin duda agrava la situación. Algo que llamó la atención es que se vio una relación muy marcada entre tener menos estudios y estar en esos grupos más pobres, lo que a la vez

llevaba a que se asistiera a menos chequeos prenatales. En otras palabras, la falta de educación y las carencias económicas se mezclan y terminan reflejándose en un acceso limitado a la salud, un tema que no solo se ve en estas mujeres sino en muchas otras realidades parecidas de la región ⁽¹²⁾.

Ibarra z. y Mata C. México, 2023. Publicaron en una Revista Internacional de Ciencia y Tecnología de la Información Geográfica, sobre **Modelado de los patrones de distribución espacial de la muerte materna en San Luis Potosí, México 2010-2015**. El objetivo principal del estudio fue, analizar la dinámica y tendencias espacio temporales de la MM en el estado de San Luis Potosí en el periodo de 2010 a 2015, considerando los sitios de deceso y los sitios de atención materna. Cuando una mujer muere en el embarazo, en el parto o en los días posteriores, no se trata solo de un problema médico puntual, sino de una muestra clara de que hay trabas más grandes en la forma en que se llega a los servicios de salud y en cómo se organizan esos cuidados. Mirar este tema con la ayuda de enfoques geográficos permite tener otra visión, más completa y con un sustento que ayuda a las autoridades a tomar mejores decisiones. Al revisar los datos con mapas y tiempos, se vio que, en varias jurisdicciones, entre la III y la VII, los casos parecían agruparse de manera evidente, como si hubiera un patrón que se repetía en esas zonas. Y cuando la mirada se bajó a un nivel más cercano, apareció un dato fuerte: casi el catorce por ciento de las muertes sucedieron en lugares donde la atención estaba muy lejos, tanto que el viaje a un hospital de referencia podía tardar más de cinco horas, lo que ya de por sí marca una diferencia en las posibilidades de salvar una vida. Incorporar estas técnicas ligadas al territorio ayuda, de todas maneras, a planear mejor las estrategias de salud, porque permite ver el problema en un mapa, ubicarlo y darle un rostro más real. En este sentido, el análisis del espacio y del tiempo convirtió al territorio en la pieza central del estudio, usando datos referidos a lugares específicos, lo que ayudó a visibilizar cómo las dificultades para llegar a tiempo a un servicio terminan moldeando la historia de la salud materna ⁽¹⁵⁾.

Martínez J. Ecuador, 2020. Desarrolló un trabajo de investigación sobre **Factores sociales y obstétricos asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud Alejo Lascano en Ecuador, periodo 2014-2019** cuyo objetivo fue evaluar los factores sociales y obstétricos asociados a la mortalidad materna, la metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, de casos y controles, recolectó datos de las historias clínicas para los casos ⁽⁴³⁾ y controles ⁽⁴³⁾. En los resultados el estudio reveló que el 17% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres de 35 años o más, el 27% de las muertes se registraron en zonas urbano marginales, el 23% de las mujeres que fallecieron estaban casadas, el 30% de las mujeres fallecidas tenían un nivel de instrucción primaria y el 19% de las mujeres que fallecieron se dedicaban al comercio; la investigación también encontró una asociación significativa entre las enfermedades hipertensivas del embarazo, las hemorragias postparto y la sepsis con la muerte materna, la mayoría de las muertes ocurrieron durante el parto y el postparto. El estudio concluye que tanto los factores sociales como los obstétricos están relacionados con la muerte materna⁽¹⁴⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Pastrana R. San Martín, 2024. Realizó un estudio sobre **Características epidemiológicas de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2010 al 2020.** El objetivo fue, Determinar las características epidemiológicas de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha el 2010 al 2020, para llevar a cabo este estudio se optó por un enfoque numérico y descriptivo, mirando hacia atrás en los casos ocurridos, y se trabajó con un grupo único que incluyó a las cincuenta y una mujeres que lamentablemente perdieron la vida. Como se trataba de toda la población disponible, la muestra fue del cien por ciento, lo que se conoce como censal. Lo que se buscó fue entender el perfil epidemiológico de estas muertes, tomando en cuenta aspectos tan variados como la edad, el nivel de estudios, el tipo de trabajo que tenían, su estado civil, el grupo étnico al

que pertenecían y, por supuesto, el número de controles prenatales que recibieron. Para obtener la información se usaron fichas de recolección basadas en el sistema perinatal SIP 2000 y se revisaron las historias clínicas, lo cual dio un panorama bastante detallado. Los resultados pintan un cuadro complejo. En las edades se encontró que un pequeño dos por ciento correspondía a madres muy jóvenes, de catorce años o menos, casi un tercio tenía entre quince y diecinueve, más de la mitad estaba entre veinte y treinta y cinco, y un catorce por ciento tenía más de treinta y cinco años. En la educación se vio que predominaba la secundaria incompleta con un sesenta y siete por ciento, seguida de niveles primarios y un pequeño grupo con estudios superiores no universitarios, sin que hubiera casos con universidad completa. Al mirar el trabajo, una parte eran independientes, otros dependientes, muchos apoyaban en actividades familiares y casi un tercio trabajaba en su propio hogar. El estado civil mostró que la gran mayoría convivía, mientras que pocas estaban casadas o divorciadas. En lo étnico aparecieron pequeños porcentajes de Shipibo y Konibo, aunque en la mayoría no había registro. Finalmente, un dato clave fue el de los controles prenatales: la gran mayoría, un ochenta y cuatro por ciento, tuvo seis o menos visitas médicas, y solo una minoría pasó de esa cifra. En conclusión, se determinó que los factores más marcados que se relacionaron con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante la década estudiada fueron sobre todo la edad, seguida de la falta de controles prenatales y la educación. Además, se confirmó algo que ya suele comentarse en el ámbito de la salud: cuando el embarazo ocurre en edades maternas avanzadas, las probabilidades de complicaciones obstétricas aumentan considerablemente, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer los cuidados antes, durante y después del parto ⁽¹⁶⁾.

Roman L. Perú, 2023. Realizó un análisis sobre **Características y diferencias de la mortalidad materna en el Perú antes y durante la pandemia por COVID – 19**. Cuyo objetivo fue determinar las diferencias sobre las características sociodemográficas y obstétricas en los casos

de mortalidad materna antes y durante la pandemia por COVID – 19 entre 2018 y 2021 en Perú. En esta investigación se compararon dos momentos distintos, los años antes de la pandemia y los que correspondieron a la pandemia, con un análisis que permitió mirar cómo fue cambiando la situación. Se aplicaron métodos estadísticos que ayudaron a medir las diferencias y quedó en evidencia un aumento de los casos: en 2018 se contaron 382 muertes, en 2019 bajaron a 323, pero luego en 2020 subieron a 444 y en 2021 alcanzaron el número más alto con 508. Al revisar dónde se dieron más muertes, Lima destacó con casi diecisiete por ciento y Loreto con cerca de ocho, lo que muestra que los problemas no solo fueron en lugares lejanos, también en la capital. Al mismo tiempo, el perfil de las mujeres reflejó que la mayoría tenía entre 22 y 37 años, una edad que muchas veces se considera de menor riesgo, aunque los datos dicen lo contrario. Más de una cuarta parte había estudiado secundaria, y en cuanto al estado civil, la mayoría convivía con su pareja. El fallecimiento ocurrió en mayor medida durante el puerperio, poco después del parto, y casi tres de cada cuatro muertes fueron dentro de establecimientos de salud, lo que invita a pensar en la calidad de la atención brindada. En relación a los embarazos previos, casi siete de cada diez eran multigestas, y la falta de controles prenatales volvió a marcar una gran diferencia, ya que más del cuarenta por ciento de las mujeres no había asistido a chequeos. Sobre las causas, la hemorragia fue la más común, responsable de cerca de un tercio, seguida de los problemas de presión en el embarazo. De esta forma, el autor señaló que sí hubo cambios entre las características de las mujeres que fallecieron antes y durante la pandemia, lo que deja en claro que se deben reforzar las estrategias de salud. Al fin y al cabo, la prevención de la mortalidad materna no depende solo de un factor, sino de varios que se van sumando, y de ahí la necesidad de respuestas más firmes y oportunas ⁽¹⁷⁾.

Salazar P. Lima, 2023. Presentó un estudio sobre **Control prenatal tardío como factor de riesgo para mortalidad materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal Periodo 2010-2020** con el

objetivo de determinar si el control prenatal tardío es un factor de riesgo para mortalidad materna, el método de estudio fue no experimental observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, realizó una revisión sistemática de 79 historias clínicas (casos) y 250 (controles), los resultados encontrados fueron que el 78,48% de los casos inicio atención prenatal antes de las 13 semanas, mientras que el 50,4% de los controles lo realizó de igual manera. También encontró que las gestantes con un seguimiento prenatal deficiente mostraron un riesgo 1.9 veces mayor de sufrir un desenlace fatal. Observó significancia estadística entre el nivel de instrucción básica, la modalidad de ingreso de la gestante referida o no y la condición de puérpera al ingreso se asocian a la mortalidad materna; en conclusión la autora menciona que el control prenatal tardío no es un factor de riesgo para la mortalidad materna, pero si su estudio destaca la importancia de la educación para prevenir la muerte materna, la forma en que la madre ingresa a la atención de salud por referencia tiene un impacto en la probabilidad de supervivencia, también identificó que el ingresar como puérpera tiene mayor riesgo de fallecer⁽¹⁸⁾.

Castro F. San Martin, 2021. Realizó una investigación sobre **Perfil epidemiológico de la mortalidad materna en la región San Martín 2016 - 2018**. El objetivo planteado fue Identificar el perfil epidemiológico de la mortalidad materna en la región San Martín, 2016 - 2018; Este estudio se trabajó con un enfoque numérico y descriptivo, mirando de manera transversal lo que pasó en miles de partos y poniendo especial atención en los 39 casos de mujeres que lamentablemente fallecieron, registrados en fichas epidemiológicas. Se revisaron tanto los datos sociodemográficos como los obstétricos y clínicos para entender mejor qué factores influyeron en esas muertes. Los resultados muestran una realidad compleja. Más de la mitad de las mujeres tenía entre 20 y 35 años, una edad que suele considerarse relativamente segura, aunque aquí no lo fue tanto. La mayoría convivía con una pareja, y casi la mitad había llegado solo hasta la secundaria. Más de la mitad vivía en zonas rurales y en el campo, lo que seguramente complicó el acceso a

servicios, aunque la gran mayoría estaba asegurada en el SIS. En lo obstétrico, predominaban las mujeres con varios embarazos previos y muchas tuvieron intervalos muy cortos entre gestaciones, algo que siempre trae riesgos. Un quinto de ellas nunca recibió controles prenatales, lo cual resulta preocupante y significativo. En cuanto a las causas clínicas, sobresalieron el shock hipovolémico, los problemas de presión alta en el embarazo y la sepsis, aunque también hubo un tercio de muertes por otras condiciones. La mayoría de los decesos se clasificó como directa, seguida de indirecta y en menor medida incidental. Un dato positivo apareció en 2018, cuando la tasa de mortalidad materna bajó de manera notable a 3.3 por cada 100 mil mujeres en edad fértil. Al final, la conclusión es clara: no recibir controles prenatales, junto con complicaciones graves como hemorragias, hipertensión del embarazo y sepsis, fueron determinantes en las muertes maternas de la región San Martín. Esto nos recuerda que, aunque algunos factores parecen inevitables, la prevención y la atención oportuna pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte ⁽¹⁹⁾.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Ramos G. Huánuco, 2023. Realizó un estudio sobre **Mortalidad Materna: Análisis de las Cuatro Demoras. Estudio de Caso, Hospital de Tingo María 2017**, el objetivo principal fue analizar las causas de la muerte materna cuyo diseño de investigación fue el estudio de caso, al revisar la historia clínica tuvo acceso a investigar las cuatro demoras que ocasionaron la muerte de la gestante, los resultados fueron: Primera demora sobre el reconocimiento de las señales de Alarma y busca de ayuda (la gestante adolescente por su estatus sociocultural y su estado gestacional no estuvo concientizada sobre los factores de riesgo, no reconoció los signos de peligro), Segunda demora la toma de decisiones para buscar ayuda (el grado de instrucción, la condición socio económica, cultural y la dependencia de la gestante adolescente relacionada a la pareja y a familia no le permitió tomar una decisión oportuna, así mismo la familia no comprendió la gravedad y las

circunstancia en la que se encontraba la adolescente), Tercera demora acceso a los servicios de salud y Logística para la referencia (la condición sociocultural de la familia no permitió una pronta referencia a ello se suma una inadecuada atención por el profesional de salud en el diagnóstico y tratamiento) y Cuarta demora recibir atención oportuna y adecuada en el establecimiento (la deficiente calidad en la atención, el no contar con profesionales capacitados, la falta de insumos, el no cumplir con los protocolos establecidos según normas para el tratamiento adecuado y oportuno sumó el fatal desenlace); la investigadora concluye y recomienda que el uso del Modelo de las Cuatro Demoras permite reconocer y analizar las determinantes asociadas a la defunción materna, favorece a mejorar la calidad de atención y consecuentemente contribuye a que la mujer tenga un proceso de gestación, parto y puerperio en la mejor de las condiciones⁽²⁰⁾.

Chavez R. y García C. Huánuco, 2020. realizaron una investigación sobre **Incidencia de la mortalidad materna en la región Huánuco. Dirección Regional de Salud. Huánuco 2009 – 2019** con el objetivo de identificar la incidencia de la mortalidad materna en la región Huánuco, el diseño metodológico usado fue no experimental, retrospectivo, transversal, descriptivo simple, estudió una muestra de 164 casos de muertes maternas, los datos fueron recogidos a través de la técnica documentaria. Los resultados fueron: el 42,7% de las muertes fueron por causas indirectas (diabetes, tuberculosis, cardiopatías y malaria), 94,4% de las muertes que se dieron en el parto fue por causas directas (hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones) y en el puerperio las causas directas fueron por las hemorragias postparto, infecciones y retención placentaria. En conclusión, durante el período 2009-2019, se registraron 164 muertes maternas en la región Huánuco, incluyendo muertes directas, indirectas e incidentales y el año con mayor incidencia fue 2010 (23 muertes, 14%) y el año con menor incidencia fue 2019 (7 muertes, 4,3%)⁽²¹⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HISTORIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Dicen muchos que la reproducción humana es de lo más asombroso que tiene la naturaleza, casi mágico, aunque claro, nada en esta vida es del todo perfecto. Siempre aparecen momentos inesperados, situaciones que uno no puede evitar, y en este sentido hasta lo más bonito viene acompañado de ciertos tropiezos. De todas maneras, traer un hijo al mundo nunca ha sido tarea sencilla, porque siempre hubo riesgos, unos de los que se hablaba antes y otros de los que todavía hoy seguimos conversando, incluso en charlas comunes, como cuando alguien recuerda experiencias de familiares o amigos.

En la antigua cultura egipcia , las mujeres imploraban a deidades como Tueris y Bes por su protección, esta cultura valoraba la fertilidad y los niños , pero sin embargo el parto implicaba un alto riesgo de fallecer, un hallazgo arqueológico confirma esta realidad con el descubrimiento de una tumba de 3,700 años que contiene restos de una mujer embarazada con su feto, este hallazgo confirma que el parto era una experiencia precaria para la mujer ya que la muerte materna era un peligro real y que aún persiste en algunos lugares⁽²²⁾. En el siglo XVII y antes, la muerte materna era un acontecimiento casi esperado durante el embarazo y el parto, si la mujer no sobrevivía era reemplazada por otra para la procreación. El Rey Luis XIV de Francia incorporó a los médicos varones a la atención de los partos para proteger a las mujeres, hasta ese momento solo las matronas atendían los partos, con un alto índice de mortalidad materna por los partos complicados; consecuentemente nace la Obstetricia Moderna lo que contribuyó a la reducción de la muerte materna. Con el origen de la cirugía en el siglo XIX, se incorpora instrumentos tocoquirúrgicos para la atención del parto, con el fin de proteger la vida de la madre y de hijo. En el siglo XX la Gineco Obstetricia se apoya de la estadística y epidemiología en búsqueda de mejorar científicamente la atención de la concepción, gestación y el parto, después de la Segunda Guerra Mundial se formalizó

el estudio de la mortalidad materna⁽²³⁾. En el año 2000 varios países de la ONU se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, el objetivo fue Mejorar la salud materna, buscaba alcanzar una tasa de 22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2015, solo 13 países logró alcanzar la meta el 2011 demostrando que fue un desafío persistente para reducir la muerte materna a nivel mundial, otros países no lograron la meta lo que evidencia la necesidad de un esfuerzo continuo para mejorar la salud materna⁽²⁴⁾.

Las cifras epidemiológicas de la mortalidad materna siguen siendo igual hace varios años por las desigualdades entre países, regiones y continentes. Aproximadamente el 98% de las 600,000 muertes maternas anuales se registran en países en desarrollo. Mientras que países industrializados como Canadá, Estados Unidos y la mayoría de Europa tienen tasas inferiores a 15 por cada 100.000 nacidos vivos, en África y América no es raro encontrar tasas 10 a 100 veces mayores. La tasa de mortalidad materna es un indicador importante para el desarrollo económico y social de un país, los fallecimientos maternos tienen características comunes generalmente son por causas directas propias de la gravidez y el puerperio como los trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias del parto y post parto, las infecciones puerperales y las complicaciones del aborto vinculadas a una educación deficiente, el retraso en la identificación de los signos de alarma, la inaccesibilidad a la atención de salud y la calidad limitada⁽²⁵⁾.

2.2.2. MUERTE MATERNA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define cuando se habla de muerte materna se está haciendo referencia al fallecimiento de una mujer que ocurre mientras atraviesa el embarazo o dentro de los cuarenta y dos días que siguen después de haber dado a luz o de que termine la gestación. Esta explicación se mantiene igual sin importar si el embarazo fue corto o largo, y tampoco cambia por el lugar donde suceda el hecho. Lo que realmente cuenta es que la causa esté ligada al embarazo, que este haya complicado la salud de la mujer o que

incluso el manejo médico haya empeorado un problema ya existente, dejando de lado, claro está, los fallecimientos que provienen de accidentes o de situaciones sin relación con el embarazo ⁽²⁶⁾. Ahora bien, también existe lo que se conoce como muerte materna tardía, y se habla de ello cuando la mujer pierde la vida después de esos cuarenta y dos días, a causa de complicaciones obstétricas directas o indirectas que tienen que ver con el embarazo o con lo que quedó después. De esta forma, y para poder estudiarlo mejor, las muertes maternas suelen dividirse en dos grandes grupos que ayudan a entender más de cerca este tema tan delicado y del que todavía se conversa bastante, tanto en el ámbito médico como en la vida diaria ⁽²⁷⁾:

Muerte materna directa

La muerte materna directa se refiere a la situación en la que una mujer pierde la vida como resultado de complicaciones que surgen directamente del embarazo, del proceso de dar a luz o del periodo posterior al parto. Estas muertes pueden ocurrir no solo por las dificultades naturales asociadas a estas etapas, sino también como consecuencia de intervenciones médicas realizadas de manera incorrecta, de cuidados que se omitieron o de tratamientos inadecuados. En algunos casos, el desenlace fatal también puede originarse en una secuencia de hechos que empieza con uno de estos problemas y que finalmente conduce a la muerte.

Muerte materna indirecta

La muerte materna indirecta describe el fallecimiento de una mujer que está vinculado a una condición de salud que ya existía antes de que empezara el embarazo o a una enfermedad que apareció durante la gestación. Estas muertes no se deben de manera directa a causas obstétricas, pero se vuelven más graves y peligrosas debido a los cambios fisiológicos y al esfuerzo adicional que el embarazo impone en el organismo.

Muerte no relacionada con el embarazo

Es la muerte materna no relacionada con el embarazo se utiliza para clasificar los fallecimientos que están conectados con causas accidentales o incidentales. Este grupo suele abarcar casos como accidentes fatales, suicidios, homicidios y situaciones de violencia familiar que, de manera trágica, conducen a la pérdida de la vida de una mujer embarazada.

2.2.3. ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS DIRECTAS MÁS COMUNES

- Muerte durante el embarazo temprano: embarazo ectópico, aborto (espontáneo, inducido y séptico).
- Sangrado antes del parto: placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.
- Sangrado durante el parto: placenta retenida.
- Sangrado posparto: atonía uterina, trauma, retención de restos placentario.
- Parto obstruido: ruptura del útero y otras causas.
- Enfermedad hipertensiva: preeclampsia, eclampsia, hipertensión crónica y síndrome Hellp.
- Sepsis: relacionadas con RPM, tejido placentario retenido, vía urinaria e infecciones post operatorias.

2.2.4. ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS INDIRECTAS MÁS COMUNES

- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos: defectos de la coagulación, anemia hemolítica, púrpura y otras afecciones hemorrágicas, leucemias y linfomas.
- Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales: enfermedades tiroideas y diabetes mellitus.

- Enfermedades del sistema circulatorio: insuficiencia cardíaca, coronariopatías, hipertensión arterial crónica, arritmias cardíacas, cardiomiopatías, malformaciones arteriovenosas.
- Enfermedades del sistema respiratorio: neumonías, tuberculosis, otras infecciones, insuficiencia respiratoria.
- Enfermedades del sistema digestivo: apendicitis, úlcera gastroduodenal, hepatopatías y colecistopatías.
- Otras: patologías presentes desde antes del embarazo que son agravadas por la gestación, puerperio o parto.

2.2.5. IMPACTO DE LA MUERTE MATERNA

La mortalidad materna sigue siendo uno de los problemas más duros que arrastra la salud pública, un tema que golpea fuerte a las familias y a las comunidades, y que se siente con más fuerza todavía en los países pobres donde el acceso a una buena atención de salud suele ser limitado y las redes de apoyo son frágiles. Cuando una madre se va, las consecuencias no terminan en su casa, alcanzan a toda la sociedad, dañan la estabilidad y generan nuevas cargas que alimentan, de una u otra forma, ese círculo de pobreza y desigualdad que parece no tener fin.

Y es que la muerte de una madre nunca debería considerarse como algo natural o aceptable. En la familia, su ausencia deja un vacío que duele en lo emocional pero que también pesa en lo cotidiano: los hijos pequeños quedan sin ese cuidado cercano, se enfrentan a obstáculos enormes para crecer y desarrollarse, y los padres o familiares hacen lo posible por llenar un espacio que en realidad nadie puede reemplazar del todo. Al mismo tiempo, más allá de números y registros oficiales, cada deceso trae consigo una historia de dolor y de cambios profundos. Para los hijos, a menudo significa vivir con un futuro lleno de incertidumbres, dependiendo de otros o del poco apoyo que puedan dar las instituciones, convirtiéndose poco a poco en una carga económica y social para el país.

Por eso la prevención es, sin lugar a dudas, la meta más importante. Se trata de asegurar que las mujeres reciban atención de calidad en el embarazo, el parto y el puerperio. Pero no basta con eso: es necesario también que las mujeres tengan la oportunidad de aprender, de tomar decisiones libres y conscientes sobre su salud y su cuerpo, que tengan la fuerza para decidir sobre su vida. De esta forma, invertir en salud materna es mucho más que un gasto médico, es una apuesta por la justicia social, por la igualdad y por el futuro. Claro que nada de esto se logra de manera aislada. Se necesita conciencia, compromiso y la unión de todos los sectores, porque solo con un esfuerzo sostenido y compartido podremos llegar a un tiempo donde la mortalidad materna deje de ser una realidad y podamos hablar, al fin, de un país más justo y con esperanza para todos⁽²⁹⁾.

2.2.6. PANORAMA GENERAL

La mortalidad materna todavía se mantiene en cifras que no deberían aceptarse, porque son demasiado altas y dolorosas. En el año 2020 se calcula que cerca de 287 mil mujeres murieron por complicaciones vinculadas al embarazo o al parto, y la mayor parte de estas pérdidas sucedió en países con pocos recursos y con sistemas de salud débiles. África Subsahariana y Asia Meridional cargan con el peso más grande, concentrando alrededor del 87 por ciento de las muertes maternas. Estos números tan fuertes nos recuerdan lo urgente que es actuar. Hacerlo pasa por invertir de manera constante en la salud de las madres, mejorar la atención médica y sobre todo dar a las mujeres la posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo y su salud. De esta forma, y solo así, se puede enfrentar una tragedia que sí puede evitarse, abriendo espacio para un futuro más justo y más sano para todos⁽¹⁾.

Ahora bien, tampoco se puede dejar de lado lo que ya se ha avanzado. Entre los años 2000 y 2020 las cifras de mortalidad materna bajaron en varias partes del mundo, y hay casos que llaman la atención como Europa Oriental y Asia Meridional, que lograron mejoras importantes. Incluso África Subsahariana, que sigue teniendo los niveles

más altos, mostró progresos que demuestran que sí se puede cambiar la historia. Aun así, queda mucho por recorrer. Por eso es clave seguir sumando esfuerzos, compromisos y trabajo conjunto, no solo desde lo global sino también en lo nacional y en lo local, porque únicamente con un empuje sostenido y compartido se logrará que la mortalidad materna deje de ser una sombra y se convierta en un recuerdo superado.

2.2.7. FACTORES SOCIO ECONÓMICOS Y CULTURALES

- **Económicos:** las personas sin empleo o con empleos precarios carecen de ingresos necesarios para cubrir sus necesidades básicas de salud, educación y alimentación. Este aspecto limita su acceso a un mínimo de bienestar, estando expuestos a mayor riesgo de enfermedades, menor desarrollo intelectual y social, dificultades para acceder a una vivienda digna, exclusión social.
- **Vivienda y servicios básicos:** Las condiciones deficientes de la vivienda como los pisos, techos, energía eléctrica, iluminación, ventilación, hacinamiento, falta de agua potable y alcantarillado, estas condiciones favorece la aparición de riesgos asociados a patologías comunes; puesto que la vivienda es un determinante de salud y el acceso a una vivienda digna es fundamental para la salud y bienestar de las personas.
- **Educación:** Las tradiciones, creencias, hábitos y costumbres influye en estado de salud de las personas, estas características pueden determinar la exposición a riesgos o la adopción de prácticas saludables.

Estos aspectos predominan en la nutrición, en el riesgo de enfermedades crónicas e infecciosas, también afecta en la búsqueda oportuna de atención médica.

- **Sociales:** La salud de la mujer embarazada está condicionado desde el punto de vista social, educación, estilo y calidad de vida. Estas particularidades influyen en el proceso de salud – enfermedad.

- **Ambiente:** Respecto al medio donde vive la gestante, como la extrema pobreza incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo, asimismo el desarrollo y la industrialización puede generar riesgos ambientales como la contaminación.
- **Estado de salud:** La conducta y cuidados como la falta de atención prenatal, una dieta deficiente, el consumo de sustancias tóxicas, las enfermedades preexistentes pueden afectar la salud materna y la del bebé.
- **Accesibilidad y calidad de la atención de salud:** La accesibilidad y la calidad de la atención en salud marcan la diferencia en la vida de una mujer. Cuando llegar a un centro médico se vuelve difícil por falta de transporte, porque el costo es demasiado alto o porque el servicio que se brinda no tiene la calidad suficiente, las consecuencias se sienten fuerte. De todas maneras, ese acceso limitado no solo retrasa la ayuda que se necesita a tiempo, sino que también abre la puerta a complicaciones que no se tratan y que terminan aumentando el riesgo de muerte materna, algo que debería poder evitarse.
- **Comportamiento en materia de procreación:** El comportamiento reproductivo también tiene mucho que ver con estas situaciones. La edad en que la mujer se embaraza, la cantidad de hijos que ya tuvo, el tiempo que pasa entre un embarazo y otro e incluso si la gestación fue buscada o no, son factores que se mezclan y que de una u otra manera hacen que el cuerpo esté más vulnerable. En este sentido, cada uno de estos elementos, tomados por separado o juntos, va marcando los riesgos de que surjan complicaciones serias que pongan en peligro tanto la vida de la madre como la del hijo. Y es que, al final, todos conocemos casos donde una mezcla de circunstancias parecidas generó problemas, lo que demuestra que no se trata de simples números, sino de realidades muy cercanas.

- **Mujeres que viven solas o que no reciben ayuda:** el estado civil es una característica que tiene impacto sobre la salud materna.

2.2.8. MORTALIDAD MATERNA INDICADOR DE LA CALIDAD DE SALUD

La mortalidad materna, es un indicador de la calidad de la atención obstétrica y perinatal, refleja una de las situaciones más dramáticas en la asistencia obstétrica diaria. Con repercusiones profundas a nivel humano, familiar y social, su ocurrencia representa un fracaso de la asistencia médica. A nivel mundial, constituye un problema de salud pública de gran importancia, siendo uno de los indicadores que mejor define las diferencias socioeconómicas y sanitarias entre países(30). A pesar de una reducción en la mortalidad materna desde 1990, se estima que en 2013 aún fallecieron 293.000 mujeres por causas relacionadas al embarazo o parto. Esta cifra, especialmente alta en países no desarrollados, refleja una grave injusticia y un problema socio-sanitario producto de la insuficiente asistencia médica. La situación en algunos países de África es particularmente dramática⁽¹⁾.

Para entender bien lo que significa la incidencia de la mortalidad materna no basta con contar cuántas mujeres mueren, sino que hay que mirar ese número en relación con la cantidad de mujeres en las que ocurre este problema. Solo así se puede tener una idea más clara de su frecuencia. En este sentido, la Tasa de Mortalidad Materna se usa como un indicador que muestra la relación entre las muertes y el total de mujeres en edad de tener hijos, lo que al final refleja el riesgo que existe en toda esa población. De todas maneras, hay otra medida muy usada que es la Razón de Mortalidad Materna, que se calcula comparando las muertes con el número de nacidos vivos registrados en el mismo tiempo. Este dato resulta clave porque conecta de manera directa las muertes con los resultados del embarazo. Por otra parte, también está la Probabilidad de morir por causas maternas, que se mira más a largo plazo y que muestra la posibilidad de que una mujer pierda la vida en algún momento de sus años reproductivos. De esta forma, cuando se

observan juntos, estos indicadores no solo son números fríos, también sirven para que la sociedad y los sistemas de salud entiendan mejor el problema y tomen decisiones que, en teoría, deberían ayudar a reducir estas pérdidas que siguen marcando a tantas familias⁽³¹⁾.

2.2.9. MORTALIDAD MATERNA PARA EL CIE-10

La Mortalidad materna adopta el siguiente concepto ⁽³²⁾:

Muerte materna (MM)

Se trata de la muerte de una mujer que sucede mientras está esperando un hijo o en los cuarenta y dos días que siguen después de que terminó su embarazo. En este sentido, las razones pueden estar ligadas directamente al propio embarazo o pueden verse empeoradas por los cambios físicos que la gestación trae consigo, e incluso por la atención médica que recibe o, muchas veces, por la falta de un cuidado adecuado. De todas maneras, en cualquiera de estos casos, lo que se observa es cómo el cuerpo de la mujer y las condiciones que la rodean hacen más frágil ese momento que debería ser de vida y no de pérdida.

Tipos de muerte materna

Según Cabero R ⁽³³⁾ clasifica en:

a) Según el momento de la muerte

- **Muerte materna durante el embarazo**, es la que ocurre antes del inicio del trabajo de parto.
- **Muerte materna durante el parto**, es la que ocurre a partir del inicio del parto hasta la expulsión o extracción de la placenta.
- **Muerte materna durante el puerperio**, es la que ocurre tras la expulsión de la placenta y hasta los 42 días posparto.
- **Mortalidad materna tardía**, la vigilancia epidemiológica se centra en estos tres tipos de mortalidad, aunque hay estudios recientes que

demuestran que hasta un 20% de las muertes maternas de causa obstétrica directa o indirecta acontecen pasados esos 42 días y hasta el día 365 posparto.

b) Según las causas de la muerte

- **Muerte materna de causa obstétrica directa**, este tipo incluye las muertes que ocurren como consecuencia directa de complicaciones durante el embarazo, el parto o el período posterior al parto. Dichas complicaciones pueden surgir de las dificultades propias del proceso reproductivo, pero también pueden estar asociadas a intervenciones médicas realizadas de forma incorrecta, a omisiones en la atención que debió brindarse o a tratamientos inadecuados. En muchos casos, una secuencia de hechos relacionados que empieza con alguna de estas situaciones puede terminar en un desenlace fatal. Esta categoría también abarca casos como complicaciones anestésicas y otras condiciones iatrogénicas de origen médico o quirúrgico.
- **Muerte materna de causa obstétrica indirecta**, estas muertes están vinculadas a enfermedades o condiciones de salud que ya existían antes de que comenzara el embarazo, o a enfermedades que se desarrollaron durante la propia gestación. No son provocadas directamente por problemas obstétricos, pero se vuelven más graves debido a los cambios físicos y fisiológicos que atraviesa el cuerpo durante el embarazo. Condiciones como enfermedades cardiovasculares, diabetes o trastornos renales son ejemplos comunes. En todos estos casos, el esfuerzo que implica la gestación agrava la enfermedad de base y contribuye al riesgo de muerte materna.

c) Según el lugar de la muerte

- **Muerte materna hospitalaria**, se entiende como aquella que ocurre en cualquier momento durante la presencia de una mujer en un hospital, clínica o cualquier tipo de puesto de salud, sin importar

cuánto tiempo haya pasado desde su llegada para recibir atención. Esta definición resalta que lo importante es el lugar donde ocurre el fallecimiento y no la duración de la estancia de la paciente. En los casos en que la mujer muere mientras es trasladada en una ambulancia y aún no ha ingresado físicamente al hospital, por acuerdo general también se considera una muerte materna hospitalaria, ya que la intención era recibir atención dentro de la institución y el hecho está directamente vinculado a ese proceso.

- **Muerte materna no hospitalaria**, el resto de situaciones.

2.2.10. DEMORAS O RETRASOS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE MORIR

Thaddeus et al en 1994, llevaron a cabo un estudio enorme, tomando en cuenta nada menos que medio millón de mujeres que tuvieron complicaciones en el embarazo, en el parto o en los días posteriores. Lo que buscaban era entender qué era lo que realmente frenaba el acceso a una atención obstétrica que fuera rápida, segura y de buena calidad. Y es que al mirar los casos más de cerca se dieron cuenta de que había varios tipos de trabas, distintas demoras que al final ponían en peligro la vida de las madres. De todas maneras, esas dificultades terminaron agrupándose en lo que más tarde se conoció como las tres demoras, un marco que, por cierto, todavía se sigue usando bastante en los estudios de salud materna para explicar por qué muchas mujeres, aun con ganas de atenderse, no llegan a tiempo o no reciben lo que deberían⁽³⁴⁾:

Primera demora en decidir buscar atención

La decisión de salir a buscar ayuda es casi siempre el primer paso, y a veces el más difícil, para que una mujer reciba atención obstétrica de emergencia. No depende solo de ella, sino también de lo que su familia o la gente a su alrededor pueda hacer para darse cuenta de que esa complicación ya se volvió peligrosa y pone en riesgo su vida. En este sentido, también influye mucho la información que ella tenga a la mano,

si sabe a qué lugar puede acudir y si siente confianza en que allí le darán la atención que realmente necesita. De todas maneras, hay otros factores muy prácticos que terminan marcando la diferencia. La distancia que separa la casa del centro de salud, la disponibilidad y la confianza que se tenga en el transporte, el tiempo que puede tomar llegar y el dinero que se necesita para el traslado. Todo eso cuenta, y todo eso influye en la decisión de buscar ayuda. Porque al final, aunque la necesidad esté clara, no siempre es tan sencillo salir corriendo a un hospital cuando hay tantas barreras de por medio.

Segunda demora en identificar y acceder a un servicio de salud

La segunda demora está relacionada con el momento de identificar y llegar a un servicio de salud. Aquí influyen cosas muy concretas como la distancia entre la casa y el centro médico, la disponibilidad de un transporte que sea confiable, el tiempo que se demora en llegar y el dinero que cuesta ese traslado. En este sentido, para muchas mujeres de zonas alejadas o con pocos recursos, todos estos factores se convierten en barreras enormes, y la diferencia puede ser dramática: llegar a tiempo para recibir ayuda o llegar demasiado tarde cuando ya poco se puede hacer.

Tercera demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno

La tercera demora se refiere a lo que pasa una vez que la mujer finalmente entra al hospital o al centro de salud. Y conviene recordarlo con fuerza: muchas mueren dentro de los mismos hospitales, aun cuando ya pasaron las barreras de las etapas anteriores. Aquí la vida depende de la capacidad real del establecimiento para dar atención obstétrica de emergencia. Todo cuenta, desde el número de profesionales capacitados hasta la existencia de medicinas y materiales básicos como antibióticos, sulfato de magnesio o sangre segura, sin olvidar la infraestructura misma, quirófanos y salas que funcionen como

deberían. Dicho en pocas palabras, es la condición general del hospital lo que termina marcando la diferencia entre la vida y la muerte.

El Plan Choque para la Reducción de la muerte materna ⁽³⁵⁾ puso en evidencia cuatro tipos de retrasos que complican la atención. Estos retrasos se convirtieron en determinantes de la mortalidad materna, porque impidieron que muchas mujeres tuvieran la posibilidad de contar con un servicio rápido, eficiente y de calidad en etapas tan delicadas como el embarazo, el parto y el posparto. Y es que, al final, aunque las cifras sean frías, detrás de cada caso hay historias de familias y comunidades que cargan con esa pérdida.

Primer Retraso en conocer los signos y síntomas de complicaciones por parte de la gestante, relacionado con la falta de información sobre complicaciones del embarazo, el alumbramiento y señales de peligro.

- Desconocimiento del problema con prontitud por parte de la gestante.
- Desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación (signos y síntomas de peligro o alarma).
- Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desconocimiento de derechos y deberes en salud.

Segundo Retraso y dificultades en asistir a un centro de atención en salud cuando la gestante presenta complicaciones, relacionado con factores socioculturales y económicos.

- Inconvenientes familiares, culturales y/o económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica.
- Experiencias negativas en los servicios de salud (demoraron la decisión de solicitar atención).

Tercer Retraso en la prestación de los servicios de urgencias de parte de los prestadores de salud, relacionado con la disponibilidad de establecimientos y la facilidad de acceso a los mismos.

- Inaccesibilidad geográfica o por orden público.
- Falta de estructura vial y de comunicaciones.
- Factores económicos que dificultaban el trabajo.
- Inaccesibilidad en la atención en salud debido a que se solicita pago por algún servicio.
- Demora en la remisión oportuna

Cuarto Retraso en la prestación de servicios con calidad, relacionado con la calidad de la atención desde los niveles inferiores.

- Tratamiento médico inadecuado e inoportuno
- Calidad de la atención prenatal en cuanto a identificación del riesgo.
- Personal insuficiente y capacitado para la atención del parto
- Falta de evaluación y cumplimiento de guías de atención
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, etc.
- Programas de Promoción y Prevención ineficientes.
- Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.

2.2.11. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS MUERTES MATERNAS

Las estructuras sociales, vistas como esa red de lazos culturales y de relaciones que ordenan la vida en comunidad, marcan de manera decisiva lo que viven las mujeres durante un embarazo en situaciones

de fragilidad. En este sentido, no se trata solo de los recursos o de las oportunidades que puedan tener a la mano, sino también de cómo su entorno entiende lo que están pasando, de qué forma se las apoya o incluso de cómo se les pone barreras. De todas maneras, estas mismas estructuras, que a veces parecen invisibles, terminan pesando mucho más de lo que uno cree en la experiencia de cada mujer⁽³⁶⁾.

a) La procedencia y el entorno como condicionantes

El lugar de dónde vienen las mujeres, sea del campo o de barrios urbanos en situación de pobreza, marca mucho sus condiciones de vida y lo que pueden esperar durante un embarazo. En las zonas rurales, por ejemplo, es común que tengan problemas para conseguir controles prenatales, para acceder a médicos especialistas o hasta para recibir información clara sobre la salud materna. Y si a eso le sumamos la falta de centros de salud bien implementados y la escasez de personal preparado, la situación se complica más todavía. En este sentido, no es raro escuchar historias de mujeres que deben viajar largas horas para un simple control, o que dependen de la buena voluntad de un personal que a veces ni siquiera está disponible.

b) Migración rural-urbana: aislamiento y pérdida de autonomía

La migración del campo a la ciudad muchas veces se presenta como la búsqueda de una vida mejor. Sin embargo, en la práctica, para las mujeres embarazadas este cambio puede traer más problemas de los que se piensa. Dejar la comunidad y la familia atrás no solo rompe los lazos de apoyo, también genera un sentimiento de soledad y desarraigo. Y aunque se espera que en la ciudad haya más servicios, muchas terminan viviendo en zonas periféricas con condiciones precarias y sin acceso real a hospitales de calidad. Así, las gestantes pueden verse en medio de una contradicción: dejaron su tierra buscando oportunidades y terminan enfrentando nuevas barreras, con menos independencia y mayor vulnerabilidad. De todas maneras, esta situación refleja cómo los cambios sociales, aunque parezcan positivos, no

siempre aseguran una mejora real en la vida de las personas.

d) Dependencia económica y control sobre el cuerpo

La dependencia económica de la pareja, presente en muchos hogares, termina colocando a las mujeres en una situación en la que no siempre pueden decidir libremente sobre su propio cuerpo. De todas maneras, no se trata solo de dinero, sino de cómo esa falta de independencia abre la puerta a relaciones de poder desiguales, donde muchas veces la voz de la mujer se ve silenciada. Así, decisiones tan personales como continuar un embarazo, recibir cierta atención médica o simplemente elegir lo que quieren para su vida, se ven condicionadas por el control de otro. Y claro, cuando no se cuenta con ingresos propios, se vuelve más difícil pagar un servicio de salud, exigir un derecho o proyectar un futuro con autonomía.

e) Precariedad laboral y desigualdad social

Las mujeres que trabajan en condiciones precarias, en oficios informales como el servicio doméstico o la venta en las calles, cargan con una doble desventaja. Por un lado, sus ingresos escasos e inestables no alcanzan para cubrir una atención médica adecuada durante el embarazo. Por otro lado, al estar en la informalidad, quedan fuera de derechos que deberían ser básicos, como el descanso por maternidad, la seguridad social o un seguro de salud. En este sentido, la falta de protección laboral hace que vivan la gestación con más incertidumbre y más fragilidad. De esta forma, la precariedad laboral no solo muestra la desigualdad social, sino que la alimenta, repitiendo un ciclo en el que las mujeres siguen estando en desventaja tanto en lo económico como en su bienestar diario.

f) Hacia un análisis interseccional

Es importante entender que las experiencias de las mujeres embarazadas no son iguales para todas, ni mucho menos. Cada historia está atravesada por factores distintos como la clase social, la edad, la

raza o la pertenencia a un grupo étnico. Y de todas maneras, cada uno de estos aspectos pesa en cómo se vive el embarazo: desde el acceso a los servicios de salud hasta el trato recibido en una consulta o la posibilidad real de evitar complicaciones. En este sentido, un análisis interseccional ayuda a mirar cómo estas variables se mezclan y se cruzan entre sí, mostrando que hay mujeres que cargan con desafíos mucho más fuertes que otras. A veces puede parecer que el embarazo se vive igual en todos lados, pero en realidad no es así, porque los contextos cambian y con ellos cambian las vulnerabilidades. De esta forma, reconocer estas diferencias no es un simple detalle académico, es una forma de aceptar que la desigualdad también se refleja en el cuerpo y en la vida de las mujeres en gestación.

2.2.12. ACCESO GEOGRÁFICO Y MUERTE MATERNA

El acceso a la atención médica de calidad no es igual para todas y, en este sentido, la distancia termina siendo una barrera que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Las mujeres que viven en pueblos alejados o en comunidades rurales suelen tener mucho más riesgo de complicarse durante el embarazo o el parto, porque simplemente no cuentan con servicios de salud cercanos o porque llegar a ellos implica un viaje largo y costoso. En este sentido, la geografía no solo dibuja el paisaje, también condiciona la salud y, de todas maneras, puede convertirse en el factor que decide el desenlace de una emergencia⁽³⁷⁾.

Factores que influyen en la muerte materna por acceso geográfico:

- **Distancia a los servicios de salud:** la distancia hacia los establecimientos de salud cumple un papel fundamental. Las mujeres que residen lejos de hospitales, maternidades o puestos de salud suelen tener dificultades para acceder a controles prenatales, a asistencia calificada en el parto o a una atención adecuada después del nacimiento. Estos retrasos hacen más probable que las

complicaciones no sean detectadas ni tratadas a tiempo, aumentando el riesgo de un desenlace fatal.

- **Falta de infraestructura:** las limitaciones de infraestructura agravan el problema. En muchas zonas rurales hay pocas o ninguna carretera pavimentada, el transporte público es irregular o inexistente y los servicios de emergencia suelen ser inaccesibles o demasiado costosos. Cuando surge una complicación, estas barreras pueden impedir un traslado oportuno al hospital, lo que significa que se pierden minutos u horas cruciales. En consecuencia, la falta de infraestructura confiable refuerza la desigualdad y aumenta de manera significativa la probabilidad de muerte materna.

2.2.13. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Baker y Brogan citado por Agualongo ⁽³⁸⁾ explica que el nivel socioeconómico se entiende desde dos lados distintos pero conectados. Por un lado, está lo social, que tiene que ver con la educación que alcanzó la persona, el trabajo que realiza, el prestigio o el reconocimiento que recibe, la participación en la vida política, el origen étnico y hasta la historia familiar que arrastra. Por otro lado, está lo económico, relacionado directamente con los ingresos de cada persona y, en algunos casos, también con la situación económica de la zona en la que vive, porque no es lo mismo crecer en un barrio con recursos que en un lugar donde todo escasea.

De todas maneras, este nivel no se mide solo en individuos, también se observa en la familia y hasta en la comunidad entera. Para evaluar el nivel socioeconómico de un hogar se toman en cuenta varias cosas: cuánto ganan sus miembros, qué estudios tienen los padres, qué prestigio tiene el jefe o jefa del hogar, los oficios que desempeña cada integrante y la posición que la familia ocupa frente a la comunidad. Al final, todas estas piezas juntas permiten ver no solo el lugar económico de la familia, sino también las oportunidades que puede tener y las barreras que seguramente enfrenta en su día a día.

Figuerola en el 2021 investigó cómo ciertos factores estaban relacionados con la mortalidad materna en el Perú, tomando como base los datos de la ENDES entre 2015 y 2018. En sus resultados encontró que elementos como el nivel de riqueza del hogar, la cantidad de hijos que había tenido la mujer, la edad y hasta el lugar donde ocurrió la muerte estaban asociados directamente con la mortalidad materna. Además, el estudio mostró que en las zonas rurales la incidencia era mucho más alta, llegando al 19,4 por ciento, y señaló la pobreza extrema como un factor económico clave que explicaba buena parte de estos casos(39). De otra parte, Ávila analizó cómo las políticas públicas en el país habían tratado de dar más herramientas a las mujeres, a sus familias y a sus comunidades para reducir la mortalidad materna. La autora reconoce que hubo mejoras importantes en el sistema de salud, pero advierte que todavía existen desigualdades sociodemográficas y económicas que siguen marcando las diferencias. Y no solo en el promedio nacional, sino también en la forma en que las muertes se distribuyen en las distintas regiones, de manera muy desigual. En este sentido, Ávila sostiene que aún persisten barreras estructurales que impiden que todas las mujeres se beneficien por igual de los avances logrados en salud materna⁽⁴⁰⁾.

De todas maneras, los aspectos económicos terminan siendo clave para el bienestar de una familia, porque en gran medida son los que marcan si se pueden cubrir o no las necesidades básicas de todos sus miembros. Cuando se logra un ingreso suficiente y más o menos estable, no solo se asegura la comida, la casa, la ropa o la atención en salud, también aparece una sensación de seguridad que trae calma y hasta esperanza. Y esa tranquilidad, tanto material como espiritual, es esencial, porque sostiene la vida en el día a día y al mismo tiempo abre la puerta para que las familias puedan pensar en crecer, en desarrollarse y en buscar un futuro un poco mejor. En este sentido, no se trata solo de dinero, sino de lo que ese ingreso representa: la posibilidad de vivir con menos angustia y con más confianza. Incluso, podría decirse que detrás de cada mejora económica hay también un alivio emocional, porque la

estabilidad permite no solo sobrevivir, sino también planear, soñar y hasta arriesgarse a avanzar.

2.2.14. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA EDUCACIÓN

Los ingresos, que en gran medida dependen del tipo de trabajo que realiza una persona, representan uno de los pilares más esenciales para establecer el nivel socioeconómico de los individuos y sus familias. El empleo no solo proporciona recursos monetarios, sino que también refleja el grado de estabilidad y de oportunidades que tiene un hogar. Un estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el año 2000 mostró que las personas que alcanzaban mayores niveles de educación tenían más posibilidades de obtener mejores salarios y empleos de mayor calidad. Esto subraya la importancia de la educación como un instrumento clave de movilidad social, ya que brinda habilidades que aumentan la productividad y la competitividad. En contraste, quienes no tuvieron acceso a la educación formal quedaron con frecuencia relegados a trabajos de baja remuneración, lo que limitó sus posibilidades de alcanzar un mejor nivel de vida⁽³⁸⁾.

Dos décadas después, en el 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) resaltó que la prevención de la mortalidad materna requiere más que servicios médicos por sí solos. Según la OPS, la provisión de una atención de salud efectiva y de calidad para mujeres, niñas, madres y recién nacidos debe estar enmarcada dentro de un esfuerzo más amplio de colaboración intersectorial. Esto significa que los resultados en salud están profundamente conectados con el funcionamiento de otros sistemas, como el acceso a agua limpia y saneamiento, carreteras y transporte confiables, redes de comunicación e incluso los sistemas educativos, jurídicos y financieros de un país. La mortalidad materna, en ese sentido, no es únicamente un reflejo de las condiciones de salud individuales, sino también un espejo de las desigualdades estructurales dentro de la sociedad. Abordar estos problemas de manera conjunta es esencial para lograr mejoras

sostenibles en la salud materna⁽⁴¹⁾.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que la salud de las niñas y de las mujeres debe estar en el centro de las prioridades de una sociedad, porque de eso depende en gran parte la equidad y el bienestar colectivo. No basta con darles un lugar, también es necesario reconocerlas y valorarlas, además de darles las herramientas para que tengan poder de decisión sobre su vida. Ese empoderamiento pasa por garantizar igualdad en el acceso a recursos básicos, como la educación, que incluye la educación sexual integral, y a información clara y confiable. Solo así se puede enfrentar la violencia de género y la discriminación que siguen presentes en todo el mundo y que afectan directamente la salud reproductiva de las mujeres en las distintas etapas de su vida. Y cuando estas condiciones no se cumplen, lo que aparece son consecuencias duras: embarazos no planificados, complicaciones durante la gestación que pudieron evitarse, muertes maternas, lesiones e infecciones de transmisión sexual.

Ahora bien, hablar de empoderamiento en la salud reproductiva y materna significa mucho más que un concepto. Implica que las mujeres tengan la posibilidad real de decidir, de elegir y de hacerlo con libertad. Sin embargo, esto no se logra de manera aislada, pues exige la participación activa de los gobiernos y de todas las instituciones en diferentes niveles, para mejorar las bases sociales, económicas, educativas, sanitarias y laborales. En este sentido, el UNFPA recuerda que sin esa cooperación amplia no es posible reducir de manera sostenida las muertes maternas que podrían evitarse. Por otra parte, la evidencia científica confirma que la educación es quizás la herramienta más fuerte para disminuir la mortalidad materna. Porque educar a una mujer no solo le da conocimientos, también le brinda confianza y autonomía para cuidarse, para tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo y sobre la atención que necesita. Y lo interesante es que esto no se queda en ella: repercute en sus hijos, en su familia y, de una u otra manera, en toda la comunidad. De todas maneras, cuando una mujer

está educada y tiene poder de decisión, no solo mejora su propia vida, también mejora el futuro de quienes la rodean⁽⁴¹⁾.

2.2.15. ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES

Se entiende que los factores sociales son ese conjunto amplio de relaciones humanas que marcan la vida de cada día, sumados a las características demográficas como la edad, el género o cómo está formada la familia, además de las estructuras más grandes de la sociedad y de la cultura donde cada persona crece y se desenvuelve. Al final, todo esto arma el escenario donde se construyen las oportunidades, las decisiones y hasta el bienestar de la gente en distintos momentos de su vida⁽⁴²⁾.

Por su parte, Dennis señala que los factores socioculturales forman un sistema complejo, entrelazado, que no se limita a lo que cada uno decide, sino que abarca el ambiente social completo. Allí entran los sistemas de creencias, las leyes o prácticas religiosas, la influencia moral y espiritual, pero también las experiencias que se van acumulando en el trabajo y en la vida personal. De igual forma, están los alimentos que se consumen, las costumbres y tradiciones que orientan el comportamiento, junto con las prácticas curativas y los ritos que las comunidades usan, sobre todo cuando se trata de enfermedades crónicas. En este sentido, los factores socioculturales muestran cómo se cruzan la cultura, la fe y la vida diaria, y cómo todo eso termina influyendo en la salud, en la identidad y en la manera en que nos relacionamos con los demás⁽⁴³⁾.

Para la investigadora Mirtha Latanzzi, el concepto de factor social no se queda en lo evidente. Ella sostiene que también abarca lo psicológico, lo biológico y hasta lo orgánico, además de lo político, lo económico y lo cultural que se entrelazan en los hechos sociales de cada día. Incluso plantea que estos factores sociales son capaces de empujar cambios dentro de la educación, modificando la forma en que se enseña y en cómo las instituciones van transformándose con el tiempo⁽⁴⁴⁾. Por otra parte, otros autores amplían la mirada y señalan que dentro del

factor social se debe considerar el tamaño de la población, los niveles de pobreza, el crecimiento de la economía, el propio sistema educativo y los rasgos culturales y tradicionales que moldean la vida de las comunidades. A esto se añaden las tensiones que generan las guerras y la violencia, la reducción de oportunidades laborales, la desigualdad en el acceso a recursos materiales y, de manera cada vez más fuerte, el impacto de la globalización. De todas maneras, todos estos aspectos se entrecruzan y muestran que los factores sociales no son piezas aisladas, sino condiciones que juntas influyen en el desarrollo de una sociedad, en su estabilidad y también en las brechas que la atraviesan⁽⁴⁴⁾.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas señala que la muerte de una mujer, o las complicaciones que pueda sufrir durante el embarazo, el parto o el puerperio, están muy ligadas a su situación económica, social y geográfica. Dicho en simple, mientras más pobre y marginada sea, más alto es el riesgo de fallecer. Este panorama deja clara la desigualdad que se da entre los países desarrollados y los que todavía luchan con sistemas de salud débiles, porque en los primeros la atención materna suele estar a cargo de personal capacitado, mientras que en muchos lugares menos desarrollados las mujeres no cuentan con esa garantía, y por eso las cifras de muertes siguen siendo altas. A esto se suma que la pobreza y la falta de educación vuelven a las mujeres más vulnerables, no solo porque tienen menos acceso a servicios de salud, sino porque muchas veces tampoco reciben el apoyo social básico que necesitan. Y el problema se agrava con las desigualdades de género que aún están muy arraigadas. Esas diferencias limitan a las mujeres a decidir sobre su salud, a aceptar ayuda de la comunidad o del Estado, o a buscar mejores oportunidades de estudio y de trabajo. Todo esto vulnera directamente su derecho a la salud sexual y reproductiva. De todas maneras, lo que se ve es un círculo vicioso: la pobreza, la desigualdad y la falta de servicios se van reforzando entre sí. Por eso, hablar de mortalidad materna no es solo hablar de un problema médico, sino de una realidad social, económica y cultural que define si una mujer puede vivir con dignidad o queda atrapada en condiciones que

amenazan su vida y la de su familiaa⁽⁴⁵⁾.

2.2.16. FACTORES GEOGRÁFICOS

Los elementos físicos de un país, como su relieve, los ríos, el clima o la vegetación, no son simples datos de un mapa, sino factores que terminan influyendo en el rumbo de su desarrollo. De hecho, de ellos dependen cosas tan básicas como la disponibilidad de agua y tierras de cultivo, la manera en que se reparte la población o el acceso a los mercados. También están ligados a las vías de comunicación y a los medios de transporte, ya sea por tierra, aire, río o mar, que permiten que las personas se muevan de un lugar a otro. Todo esto, en conjunto, marca las posibilidades de comercio, el traslado de bienes y de gente, y en definitiva la actividad económica de un país, razón por la cual son considerados determinantes en su crecimiento⁽⁴⁶⁾.

Por otra parte, Rendón et al subrayan que, en lo que respecta a la salud materna, no basta con que una mujer sepa que hay riesgo durante el embarazo o el parto. Muchas lo saben, pero se topan con trabas muy concretas: recorrer largas distancias hasta un centro de salud, pagar pasajes que resultan caros, lidiar con un transporte que pasa poco o que no cumple horarios, o incluso con la desconfianza hacia la atención que reciben en los establecimientos. En este sentido, las barreras no son solo personales, son también estructurales, y terminan impidiendo que las mujeres lleguen a tiempo para recibir una atención adecuada y salvar sus vidas⁽⁴⁷⁾.

La Organización Panamericana de la Salud señala que la prevención de la muerte materna no se entiende sin mirar de frente a las barreras que existen. Y estas no son pocas: están las sociales, las geográficas y también las estructurales, que en conjunto empujan a que se produzcan retrasos en momentos decisivos. Muchas mujeres demoran en llegar a un centro de salud porque viven lejos, porque el transporte es caro o simplemente porque pasa muy de vez en cuando. Otras, cuando al fin logran llegar, se encuentran con más demoras antes de recibir atención y a veces con servicios que no alcanzan el nivel de

calidad que se necesita para salvar vidas. Esa cadena de retrasos se convierte en un riesgo enorme, y en muchos casos, en la causa directa de que una madre no regrese a casa. Ante este panorama, la OPS insiste en que se necesita un compromiso político real y una coordinación entre varios sectores al mismo tiempo. No se trata solo de abrir más hospitales, sino de mejorar la educación, de reforzar los sistemas de salud, de contar con mejores carreteras y caminos que permitan llegar rápido a un centro, de asegurar agua limpia, saneamiento y condiciones de higiene que reduzcan complicaciones. También se necesita más personal de salud, sobre todo en las zonas donde casi no hay médicos ni enfermeras, y programas bien articulados que funcionen en la práctica, con profesionales capacitados y recursos suficientes. En este sentido, la OPS recuerda que reducir la mortalidad materna no depende de una sola acción, sino de atacar todas estas limitaciones de manera conjunta, porque cada una está ligada a la otra y todas, de alguna manera, definen si una mujer puede recibir atención a tiempo o no⁽⁴¹⁾.

2.2.17. FACTORES DEMOGRÁFICOS

La demografía, más allá de sonar como un concepto técnico, es básicamente el estudio de cómo se mueve y se organiza la población dentro de un territorio. No se trata solo de contar personas, sino de entender sus características más comunes: cuántos hombres y mujeres hay, qué edades tienen, en qué lugares viven, a qué se dedican y de qué manera logran sostener a sus familias. Estos datos, que parecen fríos en un papel, en realidad son los que ayudan a comprender cómo cambian las sociedades con el tiempo y cómo se pueden planificar políticas o servicios para atender lo que la gente realmente necesita⁽⁴⁸⁾.

En el caso peruano, la demografía refleja una historia marcada por contrastes. A lo largo del tiempo, se ha mantenido una especie de dualidad entre lo moderno y lo tradicional, entre quienes tienen dinero y quienes apenas sobreviven, entre los que pudieron acceder a la educación y la cultura y aquellos que fueron dejados de lado. Estas diferencias no son solo estadísticas, también se traducen en comportamientos distintos y en tendencias demográficas que terminan

afectando la salud y la vida de la población en general. De esta forma, estudiar la demografía en el Perú es como mirar un espejo que muestra la diversidad cultural, pero también las desigualdades que persisten y que marcan el rumbo del desarrollo del país⁽³¹⁾.

La población del país alcanzó 33 millones 35,304 habitantes en la actualidad (INEI) con el transcurso del tiempo la población peruana ha experimentado cambios en su estructura relacionadas a los cambios en las tasas de fecundidad y mortalidad; la población de 15 a 50 años representa el 62,5%, la población femenina representa el 50.4% (16 millones 641,000) del total de mujeres, el 23,5% son menores de 15 años (3 millones 999 mil), el 52,0% tiene de 15 a 49 años, es decir, se encuentran en edad fértil (8 millones 832 mil). El Perú es un país con diversidad étnica y lingüística donde existe 55 pueblos indígenas (51 amazónicos y 4 indígenas) incluye también la población afroperuana; de ellos el 22.3% es de origen quechua, el 2.4%, aimaras, y el 1% de las etnias amazónicas; además el 82,6% tiene como lengua materna el español, el 13,9% habla el quechua, el 1,7% aimara, y el 0,8% alguna lengua amazónica. En relación a la Tasa Global de Fecundidad para el año 2020 es de 1,9 hijos por mujer y la tasa de natalidad es de 17,6 nacimientos por cada 1000 mujeres. En el año 2023 se registró 91 muertes maternas por causas directas e indirectas, el mayor número de fallecimientos fue en Lima Metropolitana. A nivel nacional las edades en el momento del deceso fue 6,6% ⁽⁶⁾ en menores de 18 años , 39,6% ⁽³⁶⁾ entre los 18 a 29 años y 53,8% ⁽⁴⁹⁾ entre los 30 a 49 años ⁽⁴⁹⁾. El Centro de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades del MINSA informó el año 2023 a cerca de las características de los fallecimientos maternos, el 62,8% de los decesos fue en el puerperio, 27,9% en el embarazo, 8,1% en el parto y el 1,2% por causas desconocidas; según el lugar del fallecimiento el 58,1% fue en el MINSA y el 8,1% en Essalud; relacionado a las muertes extrainstitucionales el 16,3% fue en el trayecto, el 15,1% en el domicilio y 2,3% en otros lugares y por último los fallecimientos según categoría d establecimiento el 57,9% fue en el Nivel II, el 33,3% en el Nivel III, 7% en el Nivel I y el 1,8% no registra datos.

Las muertes maternas en el Perú según las causas directas fue del 63,1% de ellas el 25,1% fue por hemorragias obstétricas, el 22% por trastornos hipertensivos, el 6,6 por otras causas obstétricas, el 2,4% por aborto y sus complicaciones, el 2,4% por infecciones obstétricas/sepsis y el 4,5% por otras causas directas poco específicas; en cuanto a las causas indirectas el 3,5% por la enfermedad del COVID 19 y el 33,4% por otras causas indirectas⁽⁹⁾.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

- a. **Mortalidad Materna.** La Organización Panamericana de la Salud explica la mortalidad materna como la muerte de una mujer que ocurre durante el embarazo o en las seis semanas siguientes de haber terminado la gestación, ya sea por parto o porque el embarazo fue interrumpido. No importa cuánto tiempo duró el embarazo ni en qué lugar se encontraba la mujer, lo que realmente cuenta es que el fallecimiento se deba a problemas vinculados con la gestación o que se hayan agravado por ella o por la atención que recibió en ese proceso. Por otro lado, no se incluyen aquí los casos en que la causa es un accidente, una herida o cualquier situación incidental que no tenga relación con el estado de embarazo⁽⁵⁰⁾.
- b. **Aspectos socioeconómicos.** En cuanto a los aspectos socioeconómicos, estos se entienden como la manera en que se describe la vida de una persona tomando en cuenta su nivel de estudios, cuánto gana y el tipo de trabajo que tiene. A partir de eso se habla de si alguien pertenece a un nivel bajo, medio o alto, una clasificación que puede sonar simple pero que en la práctica refleja desigualdades muy marcadas. De todas maneras, estas categorías son usadas en investigaciones y en las políticas públicas para reconocer diferencias en las oportunidades, en la calidad de vida y en el acceso que tienen las personas a la educación o a la atención en salud. Y claro, no es lo mismo crecer con recursos limitados que hacerlo con mayores ventajas, porque esa diferencia termina influyendo en casi todos los aspectos de la vida⁽⁵¹⁾.

- c. Aspectos demográficos.** Cuando hablamos de los aspectos demográficos nos referimos a la información que describe cómo están formados los grupos de personas en una población. No es solo contar cuántos hombres o mujeres hay, ni fijarse en la edad o en dónde viven, también se incluyen datos sobre el tipo de trabajo que realizan, los ingresos con los que cuentan o cómo está organizada su familia. Al juntar todos esos detalles se obtiene un retrato más completo de la comunidad y de cómo va cambiando con los años, porque no es lo mismo una población joven que una más envejecida, ni un barrio con empleos estables que otro donde abunda el trabajo informal. Estos aspectos ayudan a entender los movimientos migratorios, las diferencias sociales y la forma en que se reparten los recursos y las oportunidades entre la gente⁽⁵²⁾.
- d. Aspectos geográficos.** Los aspectos geográficos tienen que ver con el lugar en el que vivimos y con la relación que establecemos con el entorno. El ser humano no solo ocupa un espacio, también lo transforma: lo convierte en ciudades, pueblos, carreteras, mercados o campos de cultivo. En ese mismo espacio suceden fenómenos naturales como el clima, las lluvias o la sequía, pero también procesos creados por las personas, como la urbanización o el comercio. Todo esto, en conjunto, organiza la vida social y determina muchas veces qué tan cerca están los servicios, cómo se mueve la gente o qué oportunidades económicas se pueden aprovechar. Al mismo tiempo, la geografía influye en la cultura, en las costumbres y en la manera en que una sociedad se adapta a los cambios, mostrando que el lugar donde se vive puede marcar grandes diferencias en la vida diaria⁽⁵³⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe relación entre mortalidad materna y los aspectos sociales, económicos, demográficos y geográficos en el hospital Hermilio Valdizan en el periodo 2016- 2019.

Ho: No existe relación entre mortalidad materna y los aspectos sociales, económicos, demográficos y geográficos en el hospital Hermilio

Valdizan en el periodo 2016- 2019.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi1: La mortalidad materna se asocia a los aspectos socioeconómicas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 - 2019.

Ho1: La mortalidad materna no se asocia a los aspectos socioeconómicas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 - 2019.

Hi2: La mortalidad materna se asocia a los aspectos demográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 - 2019.

Ho2: La mortalidad materna no se asocia a los aspectos demográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 - 2019.

Hi3: La mortalidad materna se asocia a los aspectos geográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 - 2019.

Ho3: La mortalidad materna no se asocia a los aspectos geográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 - 2019.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Muerte materna

2.5.2. VARIABLES ASOCIATIVAS

Aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRES DE LA VARIABLE	DE	DEFINICION TEÓRICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIONES O CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE
Variable de supervisión Mortalidad Materna		Es la muerte de una mujer embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.	Muerte materna Es la muerte materna directa (resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio); muerte materna indirecta (resulta de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo) y muerte materna incidental (por causas accidentales o incidentales).	Cualitativo	Muerte materna directa	Nominal	Si NO	Historia clínica
					Muerte materna indirecta	Nominal	Si NO	Historia clínica
					Muerte materna incidental	Nominal	Si NO	Historia clínica
Variable asociativa Aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos		El contexto demográfico, social y económico comprende distintos aspectos como la demanda para los diferentes niveles educativos, la	Aspecto socioeconómico: Es la descripción de la educación, los ingresos económicos y el tipo de trabajo que tiene.	Cualitativo	Ingreso familiar	Nominal	- Sin ingresos - Menor a S/. 930 - S/. 930 - Mayor a S/. 930	Historia clínica
					Ocupación:	Nominal	- Ama de casa - Estudiante - Empleado - Trabajo independiente	Historia clínica

distribución de la población en las distintas zonas – urbana y rural –, la capacidad económica del país para financiar la demanda por educación, entre otros	Aspectos demográficos: son información sobre grupos de personas según ciertos atributos como la edad, el sexo,	Cualitativo	Edad	Nominal	- Adolescente - Joven - Adulta - Añosa	Historia clínica
			Estado civil:	Nominal	- Soltera - Casada - Conviviente - Separada - Otro	Historia clínica
			Grado de instrucción	Nominal	- Primaria - Secundaria - Superior no Universitaria - Universitaria	Historia clínica
			Gravidez	Nominal	- Primigesta - Multigesta - Gran multigesta	
			Atención prenatal	Nominal	- Controlada >6 APN - No controlada <6APN - Sin APN	
	Aspectos geográficos: Es el espacio geográfico como el lugar de residencia.	Cualitativo	Procedencia		- Rural - Urbano	Historia clínica
			Transporte accesible las 24 horas	Nominal	- Si - No	Historia clínica
			Tiempo aproximado desde su domicilio al Establecimiento de salud.	Ordinal	- Menos de 30min - 1 a 2 horas - 3 a 4 horas - 5 a 6 horas - Más de 10 horas	Historia clínica
			Medio de transporte para	Nominal	- Camino - Carro, mototaxi	Historia clínica

	llegar al	- Otros
	establecimiento	
	de salud	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

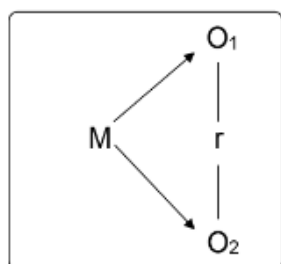
Básico, descriptiva relacional, en esencia, el diseño básico sigue siendo sencillo, pues consiste en obtener información de dos o más variables en una muestra de individuos y luego aplicar procedimientos estadísticos para evaluar la relación entre esas variables, lo cual se reconoce como correlacional

3.1.1. ENFOQUE

Cuantitativo, según Hernández Sampieri la investigación cuantitativa se apoya en la recolección sistemática de datos para evaluar hipótesis, utilizando la medición numérica y los procedimientos estadísticos con el propósito de identificar patrones de conducta y aportar pruebas que respalden o cuestionen teorías existentes ⁽⁶³⁾.

3.1.2. DISEÑO METODOLÓGICO

No experimental, transversal, retrospectivo



Denotación:

M = Muestra de Investigación:

O1 = Variable: mortalidad materna

O2= Variable: aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos

r = Relación entre variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Por ser 11 casos de muerte materna todos serán estudiados.

3.3. TÉCNICAS, MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue documental, se elaboró para el instrumento una ficha de recolección de datos teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, la recolección de datos fue de una fuente secundaria, las historias clínicas de los casos de muertes maternas.

El instrumento consta de dos parte, la primera referente a la muerte materna donde se consigna 3 ítems, la segunda parte trata sobre los aspectos socioeconómicos consta de 2 ítems, los aspectos demográficos tiene 5 ítems y geográficos de 4 ítems.

3.4. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La recolección de datos se ha realizado a través de una ficha elaborada, la primera parte se basa en recolectar datos sobre mortalidad materna: directa, indirecta o incidental; la segunda parte trata sobre los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos. La información fue tomada de la revisión de 11 historias clínicas. Para lo cual primeramente se tramitó la solicitud dirigida al director del Hospital Hermilio Valdizán quien a través de la Oficina de Capacitación e investigación autorizó la ejecución del proyecto.

Los datos fueron tomados retrospectivamente luego se codificó y se digitó en el programa Excel, los mismos que fueron ingresados al software SPSS versión 25, los que me han permitido realizar la estadística descriptiva y presentar los datos en frecuencias y porcentajes en tablas y gráficos, como también se ha realizado la estadística inferencial para la significancia estadística Correlación de Pearson, ha permitido estudiar la relación de dos variables cualitativas.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación ha seguido de manera rigurosa las disposiciones establecidas por el Reglamento General de Grados y Títulos 2020, junto con

los Lineamientos de Política Investigativa y las Líneas de Investigación vinculadas a los programas académicos de pregrado y posgrado de la UDH2020, que fueron emitidos formalmente por la universidad. Además, es importante resaltar que la ficha de recolección de datos no contenía información personal; en su lugar, a cada historia clínica se le asignó un código numérico sencillo para garantizar que los participantes permanecieran anónimos y protegidos. Del mismo modo, no se revelará información de identificación si los resultados se publican posteriormente, y las personas que no formen parte del estudio no tendrán acceso a los datos obtenidos. Por esta razón, el estudio consideró la Declaración de Helsinki, en particular sus Principios Básicos para la Investigación Médica, numeral 10, donde se indica que los médicos deben salvaguardar la vida, la salud, la privacidad y la dignidad humana.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. Distribución de las Muertes maternas

Muerte materna	Frecuencia	Porcentaje
Muerte materna directa	8	72.7
Muerte materna indirecta	2	18.2
muerte materna incidental	1	9.1
Total	11	100

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

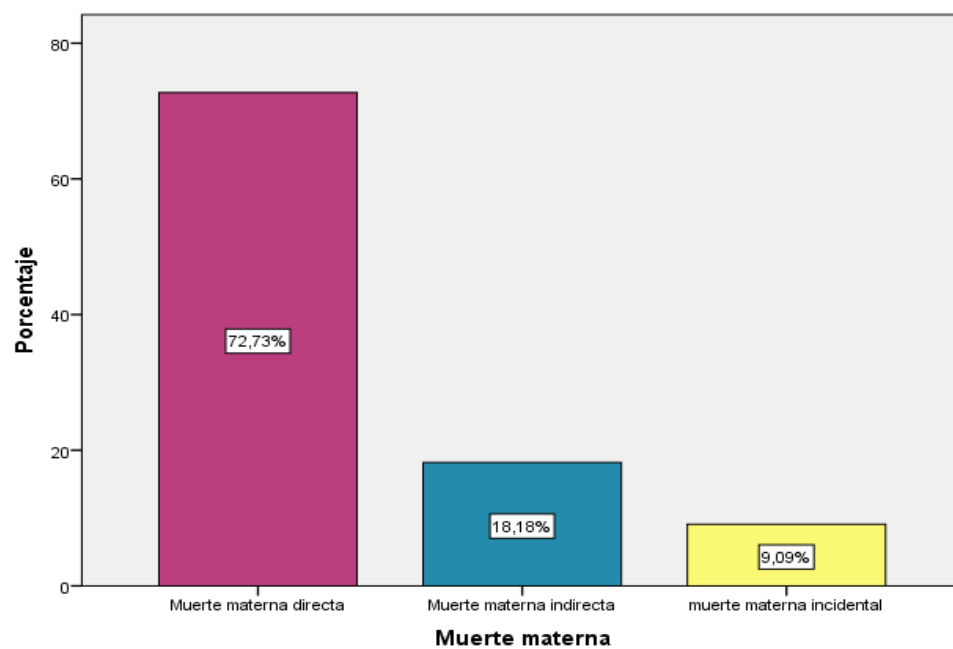


Gráfico 1. Distribución de las Muertes maternas

Interpretación y análisis

En el gráfico se aprecia que del total de muertes maternas (n=11) el 72,7% fueron muertes maternas directas, seguido del 18,2% de muertes maternas indirectas y el 9,1% fueron muertes incidentales.

Tabla 2. Distribución de las muertes maternas según grupo etario

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente	2	18,2
Joven	4	36,4
Adulta	4	36,4
Añosa	1	9,1
Total	11	100,0

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

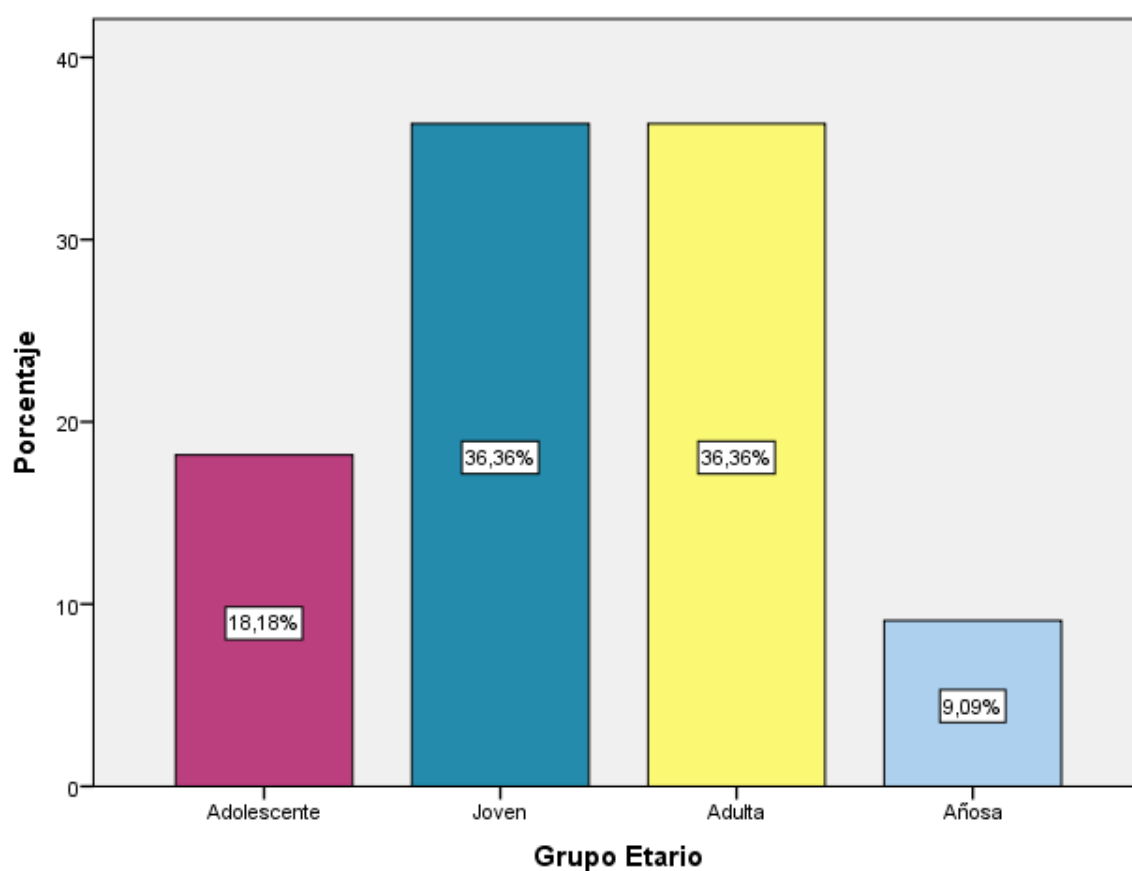


Gráfico 2. Distribución de las muertes maternas según grupo etario

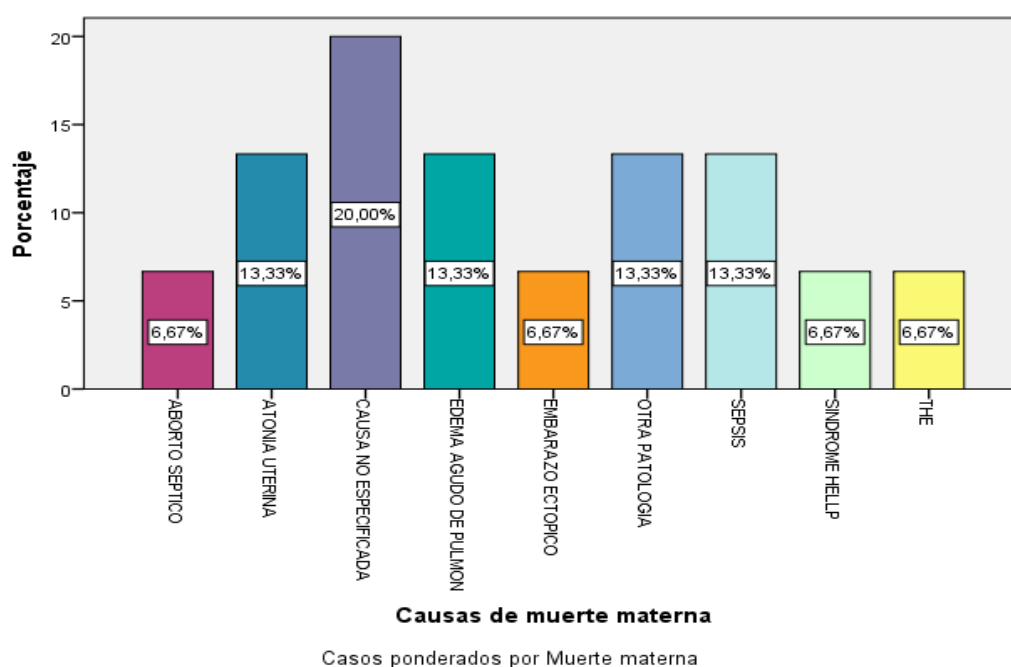
Interpretación y análisis

En el gráfico se observa que del total de muertes maternas ($n=11$) el 36,4% correspondió a mujeres jóvenes y el mismo porcentaje a mujeres adultas, seguido del 18,2% fueron adolescentes y el 9,1% fueron añosas.

Tabla 3. Distribución de las Causas de Muerte Materna

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Aborto séptico	1	9,1
Atonía uterina	2	18,2
Causa no especificada	1	9,1
Edema agudo de pulmón	1	9,1
Embarazo ectópico	1	9,1
Otra patología	1	9,1
Sepsis	2	18,2
Síndrome HELLP	1	9,1
Trastorno hipertensivo del embarazo	1	9,1
Total	11	100,0

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

**Gráfico 3.** Distribución de las Causas de Muerte Materna

Interpretación y análisis

En el gráfico se aprecia que del total de muertes maternas (n=11), el 37% fallecieron debido a hemorragias durante el embarazo, parto o puerperio. El 18% de las muertes se debieron a enfermedades hipertensivas del embarazo, y el mismo porcentaje a casos por sepsis. Además, el 9% de muertes maternas se atribuyó a edema agudo de pulmón, con iguales porcentajes asignados a causas no especificadas y a otras patologías respectivamente.

Tabla 4. Aspectos socioeconómicos de la población en estudio

Aspecto socioeconómico		Frecuencia	Porcentaje
Ingreso familiar	Sin Ingresos	5	45.5
	Menor a S/.930	6	54.5
	Total	11	100.0
Ocupación	Ama de casa	8	72.7
	Estudiante	3	27.3
	Total	11	100.0

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

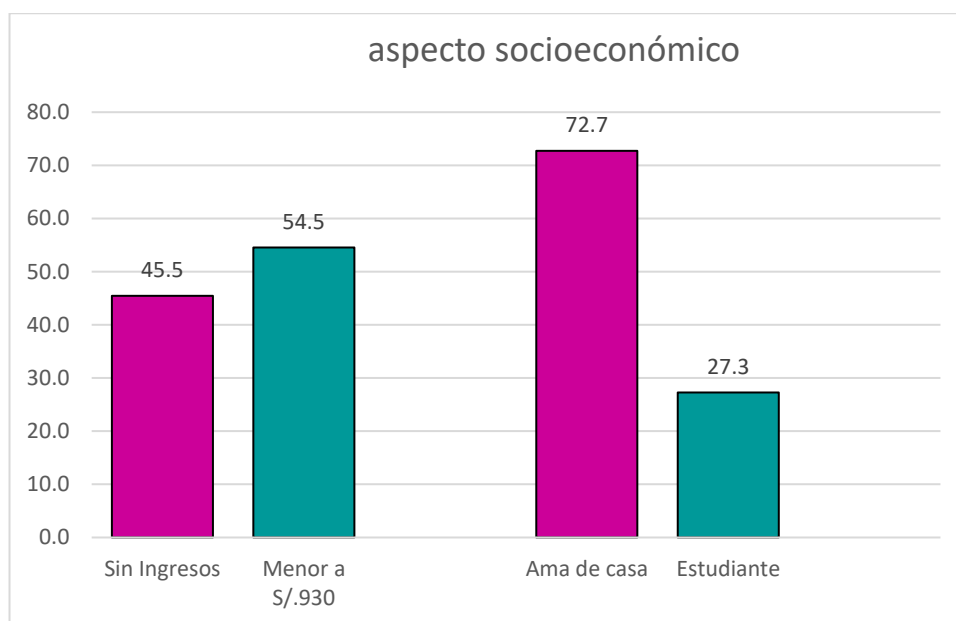


Gráfico 4. Aspectos socioeconómicos de la población en estudio

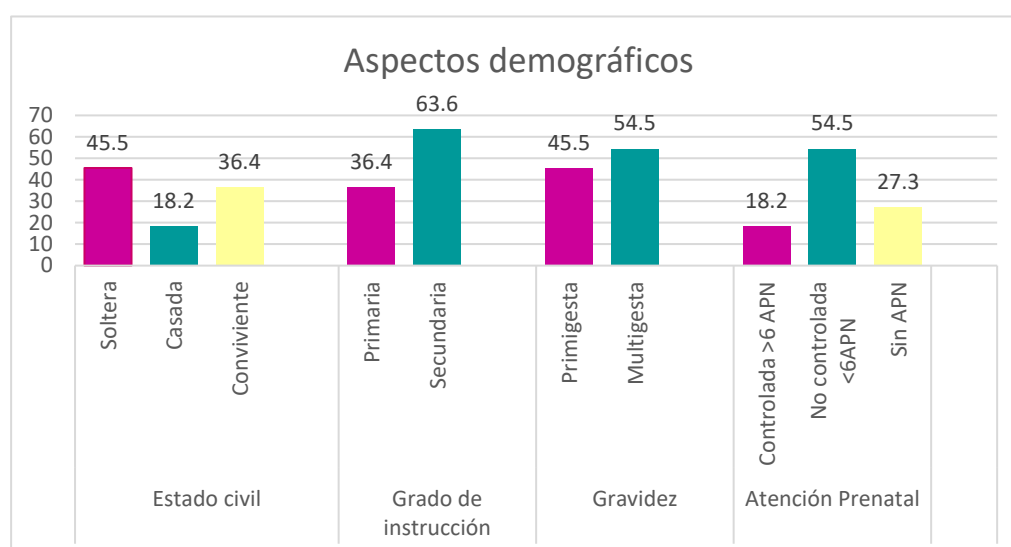
Interpretación y análisis

En la tabla se observa que del total de muertes maternas ($n=11$), el 54,5% de las mujeres tenían un ingreso menor a S/.930, mientras que el 45,5% no percibían ningún ingreso. En cuanto a la ocupación; el 72,7% de las mujeres fallecidas eran amas de casa y el 27,3% eran estudiantes.

Tabla 5. Aspectos demográficos de la población en estudio

Aspectos demográficos			
		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Soltera	5	45.5
	Casada	2	18.2
	Conviviente	4	36.4
	Total	11	100.0
Grado de instrucción	Primaria	4	36.4
	Secundaria	7	63.6
	Total	11	100.0
Gravidez	Primigesta	5	45.5
	Multigesta	6	54.5
	Total	11	100.0
Atención Prenatal	Controlada >6 APN	2	18.2
	No controlada <6APN	6	54.5
	Sin APN	3	27.3
	Total	11	100.0

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

**Gráfico 5.** Aspectos demográficos

Interpretación y análisis

En la tabla se observa que del del total de muertes maternas (n=11), el 45,5% eran solteras, el 36,4% eran convivientes y el 18.2% estaban casadas. En cuanto al grado de instrucción, el 63,3 tenían educación secundaria y el 36,4% educación primaria. El 54,5% de las mujeres fallecidas eran multigestas y el 45,5% eran primigestas. En relación a la atención prenatal, el 54,5% tuvo menos de 6 atenciones prenatales y solo el 18,2% tuvo más de 6 atenciones prenatales.

Tabla 6. Aspectos geográficos de la población en estudio

Aspectos geográficos			
		Frecuencia	Porcentaje
Procedencia	Rural	7	63.6
	Urbano	4	36.4
	Total	11	100.0
Transporte accesible 24 horas	Si	8	72.7
	No	3	27.3
	Total	11	100.0
Tiempo aproximado del domicilio al EESS	Menos de 30min	2	18.2
	1 a 2 horas	7	63.6
	3 a 4 horas	1	9.1
	5 a 6 horas	1	9.1
	Total	11	100.0
Medio de transporte para llegar al EESS	Camino	3	27.3
	Carro, mototaxi	8	72.7
	Total	11	100.0

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

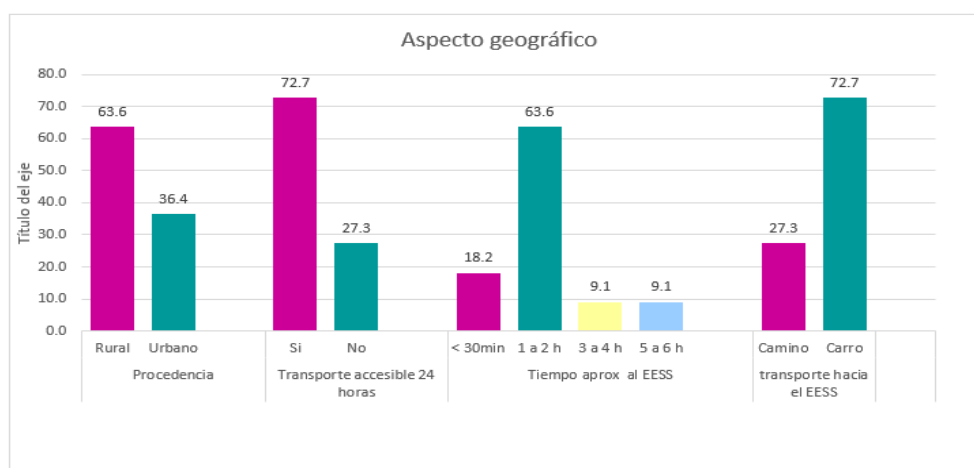


Gráfico 6. Aspectos geográficos de la población en estudio

Interpretación y análisis

En la tabla se aprecia que del del total de muertes maternas (n=11), el 63,6% de las mujeres provenían del área rural y el 36,4% del área urbana. En cuanto al acceso a transporte las 24 horas, el 72,7% tenía acceso, similar porcentaje se observa en relación al tipo de transporte, mientras que el 27,3% no disponía de este servicio. En relación al tiempo aproximado del domicilio al establecimiento de salud, el 63,6% se encontraba a una distancia de 1 a 2 horas, el 18,2% a menos de 30 minutos, y el 9,1% a una distancia de 3 a 4 horas, y el 9,1% restante a una distancia de 5 a 6 horas.

Tabla 7. Aspectos socioeconómicos asociados a la Muerte Materna

Aspecto socioeconómico		Muerte materna directa		Muerte materna indirecta		muerte materna incidental		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ingreso familiar	Sin Ingresos	5	45.5	0	0.0	0	0.0	5	45.5
	Menor a S/.930	3	27.3	2	18.2	1	9.1	6	54.5
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
Ocupación	Ama de casa	6	54.5	1	9.1	1	9.1	8	72.7
	Estudiante	2	18.2	1	9.1	0	0.0	3	27.3
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100

Fuente: ficha de recolección de datos (anexo 2)

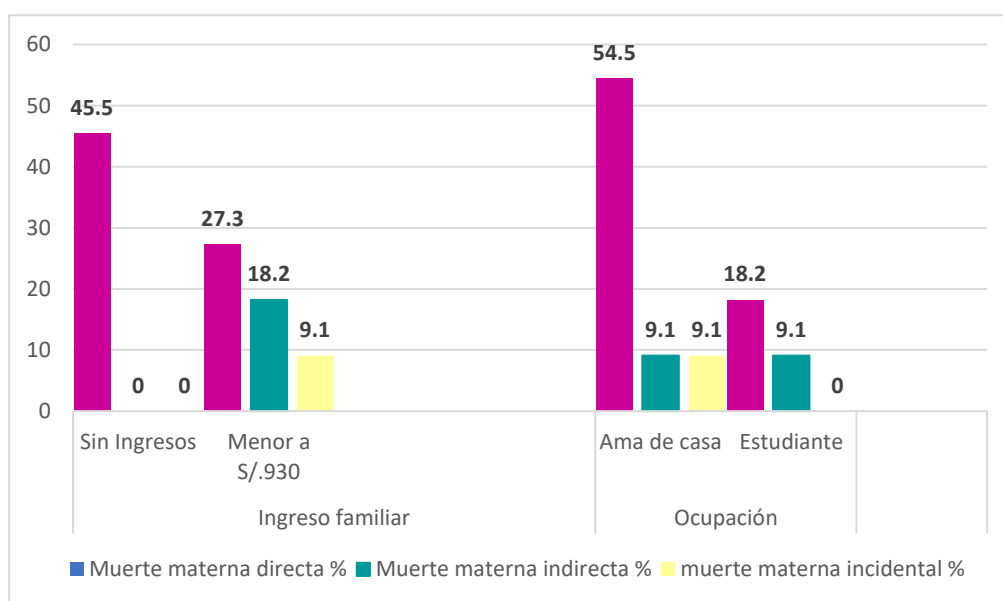


Gráfico 7. Aspectos socioeconómicos asociados a la Muerte Materna

Interpretación y análisis

En la presente tabla se aprecia en relación al aspecto socioeconómico y muerte materna lo siguiente; un alto porcentaje de las mujeres que fallecieron por causas maternas directas no percibían ingresos (45,5%), y la mayoría de mujeres con ingresos menores a S/.930 también fallecieron por causas maternas directas (27,3%). En cuanto a la ocupación la mayoría de las mujeres fallecidas eran amas de casa (72.7%), con predominio de muertes maternas directas (54,5%), mientras que las estudiantes representaron el 27,3% del total de muertes maternas.

Tabla 8. Aspectos demográficos asociados a la Muerte Materna

Aspectos demográficos		Muerte materna directa		Muerte materna indirecta		muerte materna incidental		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Edad	Adolescente	0	0.0	1	9.1	1	9.1	2	18.2
	Joven	3	27.3	1	9.1	0	0.0	4	36.4
	Adulta	4	36.4	0	0.0	0	0.0	4	36.4
	Añosa	1	9.1	0	0.0	0	0.0	1	9.1
	Total	8	72.7	1	9.1	0	0.0	11	100
Estado civil	Soltera	3	27.3	1	9.1	1	9.1	5	45.5
	Casada	1	9.1	1	9.1	0	0.0	2	18.2
	Conviviente	4	36.4	0	0.0	0	0.0	4	36.4
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
Grado de instrucción	Primaria	1	9.1	2	18.2	1	9.1	4	36.4
	Secundaria	7	63.6	0	0.0	0	0.0	7	63.6
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
Gravidez	Primigesta	3	27.3	1	9.1	1	9.1	5	45.5
	Multigesta	5	45.5	1	9.1	0	0.0	6	54.5
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
Atención Prenatal	Controlada >6 APN	2	18.2	0	0.0	0	0.0	2	18.2
	No controlada <6APN	4	36.4	2	18.2	0	0.0	6	54.5
	Sin APN	2	18.2	0	0.0	1	9.1	3	27.3
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

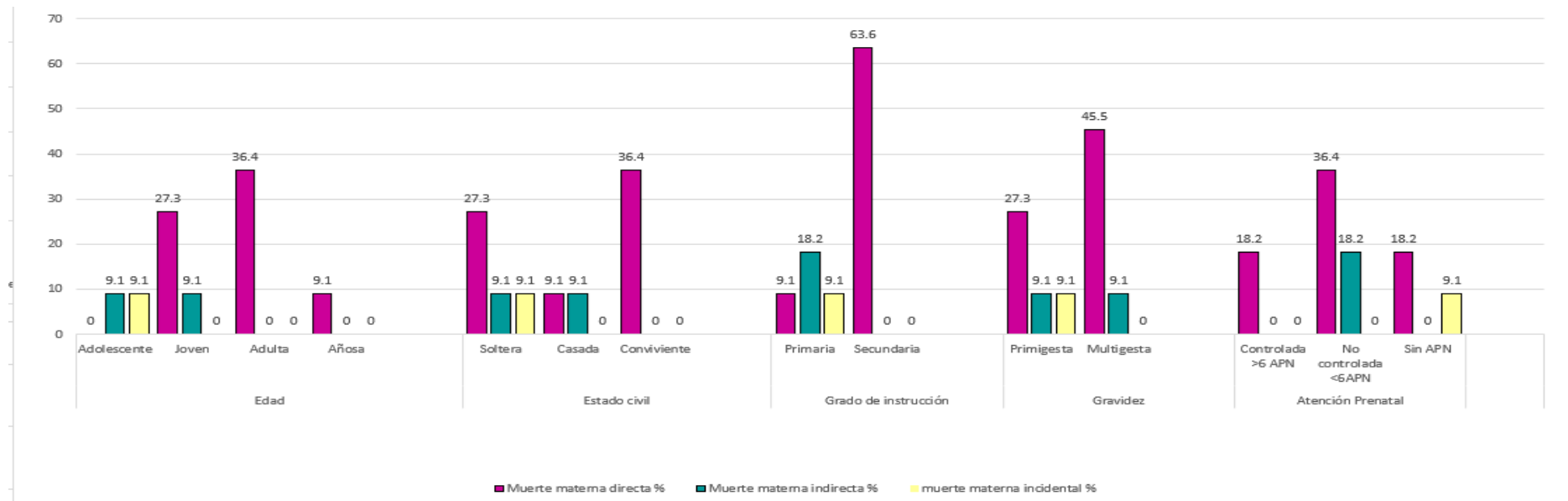


Gráfico 8. Aspectos demográficos asociados a la Muerte Materna

Interpretación y análisis

De la tabla y del gráfico muerte materna según aspectos demográficos se observa, que la mayoría de muertes maternas ocurrieron en los grupos etarios de mujeres jóvenes (27,3%) y adultas (36.4%) principalmente por causas directas. En cuanto al estado civil el 36,4% de los casos correspondieron a mujeres convivientes, mientras que el 27,3% fueron solteras, todas ellas fallecidas por causas maternas directas. En relación al grado de instrucción el 63,6% tenía educación secundaria y fallecieron por causas maternas directas, mientras que el 18,2% con educación primaria fallecieron por causas maternas indirectas. Respecto a la

situación de gravidez, el 45,5% eran multigestas y el 27,3% primigestas, ambos grupos de mujeres fallecieron por causas maternas directas. Por último, en cuanto a la atención prenatal, el 36,4% recibió menos de 6 controles y fallecieron por causas maternas directas, mientras que el 18,2% no recibió ninguna atención prenatal y fallecieron por causas maternas directas.

Tabla 9. Aspectos geográficos asociados a la Muerte Materna

Aspectos geográficos		Muerte materna directa		Muerte materna indirecta		muerte materna incidental		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi=8	%
Procedencia	Rural	4	36.4	2	18.2	1	9.1	7	63.6
	Urbano	4	36.4	0	0.0	0	0.0	4	36.4
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
Transporte accesible 24 horas	Si	6	54.5	2	18.2	0	0.0	8	72.7
	No	2	18.2	0	0.0	1	9.1	3	27.3
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
Tiempo aproximado del domicilio al EESS	Menos de 30min	2	18.2	0	0.0	0	0.0	2	18.2
	1 a 2 horas	5	45.5	2	18.2	0	0.0	7	63.6
	3 a 4 horas	0	0.0	0	0.0	1	9.1	1	9.1
	5 a 6 horas	1	9.1	0	0.0	0	0.0	1	9.1
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
Medio de transporte para llegar al EESS	Camino	2	18.2	0	0.0	1	9.1	3	27.3
	Carro, mototaxi	6	54.5	2	18.2	0	0.0	8	72.7
	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100

Fuente. ficha de recolección de datos (anexo 2)

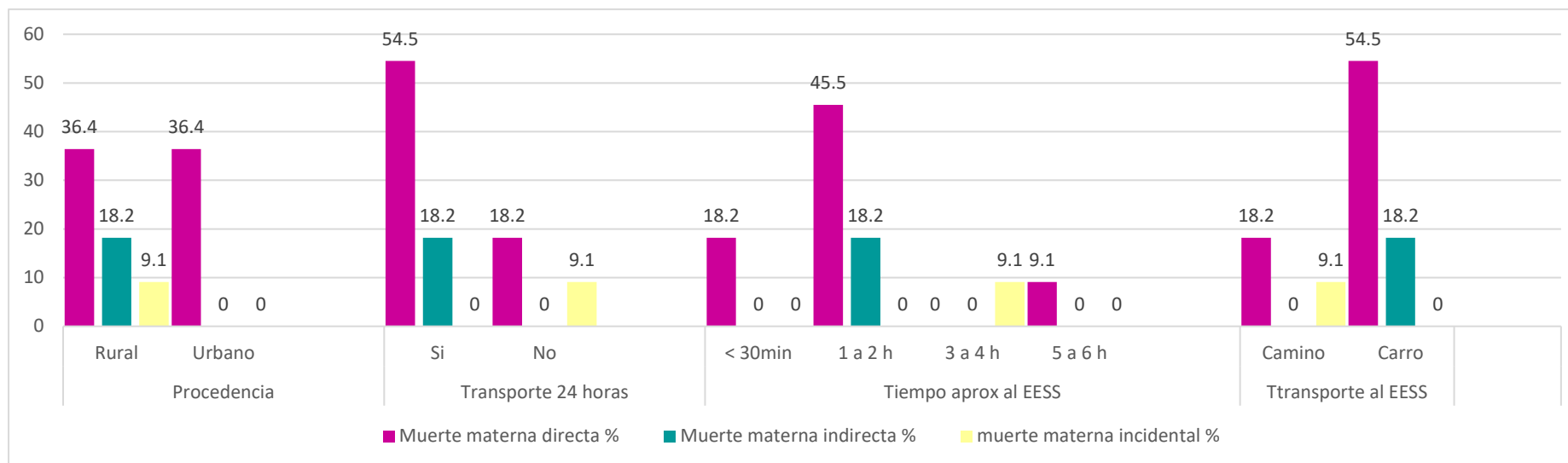


Gráfico 9. Aspectos geográficos asociados a la Muerte Materna

Interpretación y análisis

En el cuadro aspectos geográficos asociados a muerte materna se observa, que la mayoría de mujeres que fallecieron residían en el área rural (63,3%), dentro de este grupo, el 36,4% falleció por causas maternas directas y el 18,2% por causas maternas indirectas. En relación al acceso al transporte las 24 horas, el 72,7% de las mujeres tenía acceso a este medio, de las cuales el 54,5% falleció por muerte materna directa y el 18,2% por muerte materna indirecta. El tiempo aproximado de viaje desde el domicilio al establecimiento de salud fue de 1 a 2 horas para el 63,3% de los casos, dentro de los cuales el 45,5% falleció por muerte materna directa y el 18,2% por muerte materna indirecta. Respecto al medio de transporte utilizado para llegar al establecimiento de salud, el 72,7% utilizó carro o mototaxi, entre los cuales el 54,5% falleció por muerte materna directa y el 18,2% por muerte materna indirecta.

4.1.2. ANÁLISIS INFERENCIAL Y/O CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Primera hipótesis de investigación

Hi1: La mortalidad materna se asocia a los aspectos socioeconómicos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

Ho1: La mortalidad materna no se asocia a los aspectos socioeconómicos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

Aspectos socioeconómicos y muerte materna	CHI CUADRADA Significación asintótica (bilateral) p=valor
Ingreso familiar	0.038
Ocupación	0,033

Nota. $p < 0,05$ existe relación estadística.

Al asociar mediante la Prueba de Chi Cuadrada la variable aspectos socioeconómicos y muerte materna se encontró significación estadística para la dimensión ingreso familiar ($p < 0,038$) y para la dimensión ocupación también se encontró significación estadística ($p < 0,0339$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación.

Segunda hipótesis de investigación

Hi2: La mortalidad materna se asocia a los aspectos demográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

Ho2: La mortalidad materna no se asocia a los aspectos demográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

Aspectos demográficos y muerte materna	CHI CUADRADA Significación asintótica (bilateral) p=valor
Edad	0,047
Estado civil	0.102
Grado de instrucción	0,003
Gravidez	0,178
Atención prenatal	0,033

Nota. $p < 0,05$ existe relación estadística.

Al asociar mediante la Prueba de Chi Cuadrada la variable aspectos demográficos y muerte materna se encontró significación estadística para la dimensión edad ($p < 0,047$), para la dimensión estado civil no existe significación estadística con ($p < 0,102$), para la dimensión grado de instrucción existe significación estadística con ($p < 0,003$), para dimensión gravidez no existe significación estadística ($p < 0,178$) y para la atención prenatal existe significación estadística con ($p < 0,033$). Entonces se acepta la hipótesis de investigación.

Tercera hipótesis de investigación

Hi3: La mortalidad materna se asocia a los aspectos geográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

Ho3: La mortalidad materna no se asocia a los aspectos geográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

Aspectos geográficos y muerte materna	CHI CUADRADA Significación asintótica (bilateral) p=valor
Procedencia	0,092
Transporte accesible 24 horas	0,016
Tiempo aproximado del domicilio al EESS	0,008
Medio de transporte para llegar al EESS	0,006

Nota. $p < 0,05$ existe relación estadística.

Al asociar mediante la Prueba de Chi Cuadrada la variable procedencia se encontró significación estadística ($p < 0,092$), para la dimensión Transporte accesible las 24 horas existe significación estadística con ($p < 0,016$), para Tiempo aproximado del domicilio al establecimiento de salud existe significación estadística con ($p < 0,008$), para dimensión Medio de transporte para llegar al establecimiento de salud existe significación estadística ($p < 0,006$). Entonces se acepta la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la gran mayoría de las muertes maternas podrían prevenirse, porque los conocimientos médicos y las estrategias de atención necesarias para evitar o manejar complicaciones ya están bien establecidas y son ampliamente reconocidas. Es fundamental que todas las mujeres tengan un acceso confiable a servicios de salud de calidad durante el embarazo, en el momento del parto y en el periodo posterior. El bienestar materno está profundamente conectado con la salud del recién nacido, y contar con profesionales capacitados en los partos asegura intervenciones oportunas que salvan vidas.

Los resultados de la investigación acerca de las muertes maternas muestran que las edades al momento del deceso fueron mayores de 15 años en un 91% ⁽¹⁰⁾ y solo el 9% ⁽¹⁾ fue menor de 15 años de edad. El 64% ⁽⁷⁾ de estas mujeres tenían una situación económica de pobreza mientras que el 36% ⁽⁴⁾ la situación económica fue de extrema pobreza, el 45% ⁽⁵⁾ pertenecían a una familia nuclear, el 55% ⁽⁶⁾ pertenecía a una familia extensa, todas contaban con servicios de salud. Asimismo, el 45% ⁽⁵⁾ tuvieron secundaria completa, mientras que el 9% ⁽¹⁾ era analfabeta igual porcentaje se observa con primaria incompleta, el 73% ⁽⁸⁾ fueron amas de casa y el 27% ⁽³⁾ fueron estudiantes. En cuanto al estado civil el 45% ⁽⁵⁾ fueron solteras, mientras que el 36% ⁽⁴⁾ fueron convivientes y el 18% ⁽²⁾ fueron casadas. Con respecto a la procedencia el 91% ⁽¹⁰⁾ procedían de otros lugares fuera de la ciudad solo 9% ⁽¹⁾ fue de un pueblo joven, es decir el 45 % ⁽⁵⁾ fueron del área rural, mientras que el 27% ⁽³⁾ fueron del área urbana igual porcentaje fueron de la zona urbano marginal. En relación a las vías de acceso a su domicilio el 55% ⁽⁶⁾ tuvieron como acceso a su vivienda carretera sin asfalto, el 18% ⁽²⁾ tuvieron como acceso a su vivienda carretera sin asfalto y el 9% ⁽¹⁾ tuvo como acceso a su vivienda la trocha, igual porcentaje fueron como acceso el camino y la quebrada, el 73% ⁽⁸⁾ tuvieron como medio de transporte el carro y el mototaxi, mientras que el 27% ⁽³⁾ no contaban con este medio de transporte solo se trasladaban a través del camino. En cuanto a la distancia desde la vivienda al

establecimiento de salud el 36% ⁽⁴⁾ el domicilio quedaba a 1 hora, mientras que el 9 % ⁽¹⁾ el domicilio quedaba a 6 horas, el 55% ⁽⁶⁾ tenían acceso al transporte las 24 horas mientras que el 45% ⁽⁵⁾ no tenían acceso a un medio de transporte durante las 24 horas.

Según Alcides Coalla, la muerte materna es un indicador negativo del estado de salud y refleja no solo el estado socioeconómico de un país, sino también el grado de educación del mismo ⁽⁸⁾. En la investigación se encontró que el 45% ⁽⁵⁾ tuvieron secundaria completa, lo que refleja que la educación es el pilar para el empoderamiento de la mujer lo cual se reflejaría en la oportuna toma de decisiones relacionado a su salud. Otros estudios realizados en Colombia por la OPS y el Instituto Nacional de Salud de Colombia ⁽⁶⁵⁾, han señalado que ciertas características individuales están relacionadas con una mayor probabilidad de mortalidad materna. Entre ellas se encuentran el nivel de educación formal alcanzado por las mujeres y el tipo de cobertura en salud con la que cuentan, observándose riesgos especialmente más altos en quienes tienen poca escolaridad y en aquellas que están dentro de sistemas subsidiados o que carecen totalmente de seguro.

Karam Calderón en el artículo publicado sobre Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México, Se expresó que cuando una mujer joven enfrenta un embarazo debe entenderse como el inicio de una responsabilidad duradera que tiene un carácter tanto económico como social. Muchas de estas mujeres cuentan con recursos muy limitados para asumir dichas responsabilidades, y como las oportunidades de trabajo ya son escasas y tienden a disminuir aún más durante el embarazo, esta combinación crea y refuerza un ciclo persistente de pobreza ⁽⁶⁴⁾. Los resultados de la investigación muestran que la economía de las mujeres que fallecieron fue de una situación económica de pobreza el 64% ⁽⁷⁾ y el 36% ⁽⁴⁾ de extrema pobreza. Las condiciones socioeconómicas desfavorables que vivieron las mujeres que fallecieron son consideradas un factor clave, porque dichas condiciones restringen sus oportunidades en muchos ámbitos. Estas limitaciones reducen el acceso a la educación, a ingresos estables, a una

alimentación adecuada y a la atención médica esencial, entre otras necesidades, y a su vez debilitan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su propia salud.

Examinar los aspectos sociales de estos problemas permite, en primer lugar, reflexionar sobre cómo se crean y se gestionan los programas, las estrategias que se ponen en práctica, los diferentes actores que participan y las formas en que interactúan y se comunican. A través de este análisis se vuelve posible detectar áreas que requieren mejoras y diseñar nuevos enfoques para organizar e implementar acciones, en particular dentro de los servicios hospitalarios de atención obstétrica. Esto se justifica por la relevancia del problema como una preocupación de salud pública, lo que lo posiciona como un indicador clave del desarrollo social de un país. La edad es un factor social importante a considerar, en el estudio se encontró que de las 11 muertes maternas las edades al momento del deceso fueron mayores de 15 años en un 91% ⁽¹⁰⁾ y solo el 9% ⁽¹⁾ fue menor de 15 años de edad. Similar resultado halló Mejía M, et al (México) el promedio de edad de las muertes maternas que correspondió a 28,27 años, que corresponde a mujeres económicamente activas y jóvenes, por tanto, es primordial que a través de la investigación nos permita conocer más las razones y causas de este fenómeno.

La ocupación como la clase o tipo de trabajo desarrollado por las fallecidas fueron el 73% ⁽⁸⁾ amas de casa y el 27% ⁽³⁾ estudiantes con formación incompleta. Mejía M, et al (México) en su investigación encontró que el 68,1% se dedicaron al hogar, no encontrando a ninguna mujer profesionista ya que el 95,4% de estas mujeres tenían estudios de secundaria o menos. En estas condiciones se hace evidente que la educación y la salud están fuertemente interconectadas. Las mujeres que alcanzan niveles más altos de escolaridad suelen obtener mejores oportunidades de empleo y condiciones familiares más favorables, lo que a su vez se relaciona con prácticas más saludables. Por el contrario, las mujeres con educación limitada a menudo enfrentan menores posibilidades en el mercado laboral y, en consecuencia, menos oportunidades para cuidar adecuadamente su salud ⁽⁶⁶⁾.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) explica que las posibilidades de que una mujer pierda la vida o enfrente complicaciones graves durante el embarazo y el parto están fuertemente relacionadas con múltiples factores sociales. Entre ellos se incluyen su posición económica, las tradiciones y valores culturales que marcan su entorno y la zona geográfica en la que vive. En general, la evidencia muestra que cuanto más pobre y excluida es una mujer, mayor es la probabilidad de que enfrente riesgos que amenacen su vida. En el presente estudio se encontró el 45 % ⁽⁵⁾ procedían del área rural, mientras que el 27% ⁽³⁾ del área urbana igual porcentaje fueron de la zona urbano marginal. La reducción de la mortalidad materna y de la discapacidad se reconoce no solo como un desafío mundial, sino también como una cuestión de derechos humanos fundamentales. Aunque ya existen conocimientos médicos y soluciones prácticas para proteger la vida de las mujeres durante el embarazo y el parto, y son ampliamente accesibles, cada año siguen muriendo cientos de miles de mujeres. Las causas principales son la pobreza, los sistemas de salud frágiles e ineficaces y las desigualdades de género profundamente arraigadas que niegan a las adolescentes y a las mujeres la posibilidad de tomar decisiones autónomas e informadas sobre su propia salud. Enfrentar estos problemas persistentes requiere acciones coordinadas en varios niveles. Román Iazarte et al (Perú) observó una predisposición de mortalidad materna descendente notoria (415 casos en 2015 a 302, en 2019) y una razón de mortalidad materna de un 76.34. La edad media fue de 29.2 años (± 7.8). Las razones de mortalidad materna más altas se observaron en las mujeres de la selva peruana (195.10), con parto domiciliario (1754.80) y atendidas en instituciones del primer nivel de atención (113.50). La región con mayores casos de muerte materna fue la Sierra peruana (37.61%) ⁽⁶⁷⁾.

En el Perú, aunque las condiciones de vida de las mujeres han mejorado con el tiempo, junto con ciertos factores sociales y sistemas de salud más sólidos que han dado mayor capacidad a las políticas públicas orientadas a controlar la mortalidad materna, aún persisten notables desigualdades sociodemográficas. Estas brechas constantes generan dos desafíos centrales: la razón de mortalidad materna a nivel nacional sigue siendo

elevada, y la distribución de las muertes maternas es desigual en las diferentes regiones del país.

CONCLUSIONES

1. El ingreso económico y la ocupación se asocian a la muerte materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.
2. Los aspectos demográficos como edad, estado civil, grado de instrucción, gravidez, atención prenatal se relacionan a la muerte materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.
3. Los aspectos geográficos como la procedencia, acceso al establecimiento de salud, la ubicación de la vivienda, el acceso al transporte son características que se asocian a las muertes maternas.
4. Las enfermedades intercurrentes se asocian a las muertes maternas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.
5. Las características obstétricas se asocian a las muertes maternas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.

RECOMENDACIONES

Se recomienda integrar a otros sectores en los espacios de diálogo y toma de decisiones, incluyendo la educación, el desarrollo social, la economía y las iniciativas culturales. El propósito es incidir en este desafío de salud pública no solo mediante acciones directas del sector salud, sino también promoviendo mejoras en las condiciones de vida de la población, el acceso a empleos, las oportunidades educativas y la información confiable. De esta forma, tanto a mediano como a largo plazo, se podrán abordar las inequidades con mayor eficacia dentro de las comunidades locales, aplicando enfoques en distintos niveles de autoridad y evitando que la responsabilidad de disminuir esta problemática recaiga únicamente en el sector salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mortalidad materna [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 23 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
3. SP-SRH fact sheet-Poormother.pdf [Internet]. [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>
4. Cecchini S. Indicadores sociales en América Latina y el Caribe.
5. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>
6. Rica C. Mortalidad materna y C VID-19 en.
7. Ramos MG. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. enero de 2022 [citado 8 de diciembre de 2023];68(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322022000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. mmaterna.pdf [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE20/mmaterna.pdf>
9. cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en:

<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>

10. doc.pdf [Internet]. [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/doc.pdf>
11. Alum JNM, Vicensini CD. Caracterización epidemiológica de la mortalidad materna en Paraguay. Enero 2018-diciembre 2022. Ginecología Obstetricia Revista Oficial de la Federación Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. 31 de diciembre de 2024;11-26.
12. Nuñez-Daza M, Ramírez LS, Nuñez-Rodriguez3 J de J, Sanchez-Frank JV. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, Norte de Santander, Colombia, en el período 2021-2022. Formación Estratégica. 2021;3(02):119-35.
13. Aguilar Guevara MM. Determinantes de la mortalidad materna en México [Internet] [masters]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021 [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/21665/>
14. Martínez Jordán OR. Factores sociales y obstétricos asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud Alejo Lascano en Ecuador, periodo 2014-2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020 [citado 7 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/50868>
15. Ibarra Zapata E, Mata Cuellar F. Modelado de los patrones de distribución espacial de la muerte materna en San Luis Potosí, México 2010-2015. Geofocus: Revista Internacional de Ciencia y Tecnología de la Información Geográfica. 2023;(32):65-78.
16. Pastrana Ramos R. Características epidemiológicas de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2010 al 2020. 2024 [citado 17 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14621/7002>

17. Roman Lazarte VE. Características y diferencias de la mortalidad materna en el Perú antes y durante la pandemia por COVID - 19. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. 8 de junio de 2023 [citado 17 de mayo de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3333>
18. Salazar Portocarrero LM. CONTROL PRENATAL TARDIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA MORTALIDAD MATERNA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL PERIODO 2010-2020. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2023 [citado 7 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6637>
19. Castro Fernández DV. Perfil epidemiológico de la mortalidad materna en la región San Martín 2016 - 2018. En: Perfil epidemiológico de la mortalidad materna en la región San Martín 2016 - 2018 [Internet]. 2021 [citado 17 de mayo de 2025]. p. 53-53. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7292/Castro%20_%20FDV.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Ramos Garcia JM. Mortalidad materna: análisis de las cuatro demoras. Estudio de Caso, Hospital de Tingo María 2017. 2023 [citado 7 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/9512>
21. Chavez Rodriguez GD, Garcia Castro TD. Incidencia de la mortalidad materna en la región Huánuco. Dirección Regional de Salud. Huánuco 2009 - 2019. 2019 [citado 12 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/5545>
22. @NatGeoES. National Geographic. 2018 [citado 12 de marzo de 2024]. Esta mujer del antiguo Egipto podría haber muerto durante el parto. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.es/historia/2018/11/esta-mujer-del-antiguo-egipto-podria-haber-muerto-durante-el-parto>
23. Marrón-Peña M. Mortalidad materna: un enfoque histórico. Rev Mex Anest. 21 de febrero de 2018;41(1):59-63.

24. Seminario en Medicina y Salud [Internet]. [citado 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.medicinaysalud.unam.mx/miembros/rue.php>
25. Velasco-Murillo V. Mortalidad materna: antiguo problema que persiste en nuestra época. Cir Cir. 2004;72(4):263-4.
26. <https://www.facebook.com/pahowho>. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 12 de marzo de 2024]. Definición de defunción materna - RELACSYS | OPS/OMS. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna/>
27. Anexo 14j PAMAFRO PERU 11 AGOSTO 09.pdf [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.orasconhu.org/documentos/Anexo%2014j%20PAMAFRO%20OPERU%2011%20AGOSTO%2009.pdf>
28. 24 Protocolos de Vigilancia Epidemiologica OGE 2005.pdf [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/normas/03/24%20Protocolos%20de%20Vigilancia%20Epidemiologica%20OGE%202005.pdf
29. Declaración conjunta a favor de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-conjunta-favor-reduccion-morbilidad-mortalidad-materna>
30. Feu JMO. La morbilidad materna grave como indicador de calidad asistencial obstétrica: análisis en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (2001-2010).
31. 020.pdf [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/020.pdf>

32. 2011 - ICD-10 International statistical classification o.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf
33. Obstetricia y medicina materno-fetal [Internet]. [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Obstetricia_y_medicina_materno_fetal.html?id=js07nwEACAAJ
34. S T, D M. Too far to walk: maternal mortality in context. Social science & medicine (1982) [Internet]. abril de 1994 [citado 10 de abril de 2024];38(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042057/>
35. Cotes M. PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.
36. SM-Determ-MM-y-MME-Demoras-I-y-II.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Determ-MM-y-MME-Demoras-I-y-II.pdf>
37. UNFPA Perú | Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto [Internet]. [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto>
38. Vista de El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación | Revista Vínculos ESPE [Internet]. [citado 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://journal.espe.edu.ec/ojs/index.php/vinculos/article/view/1639/1313>
39. Figueroa Espinoza AR. Impacto económico y factores asociados a mortalidad materna en Perú: en el marco de la encuesta de demografía y salud familiar (ENDES) 2015-2018. Repositorio institucional - URP [Internet]. 2021 [citado 20 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3812>

40. Avila-Jaquez C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. 19 de diciembre de 2018;(80):1-24.
41. World Health Organization. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 21 de abril de 2024]. 44 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/153544>
42. GREO (2019) Social Factors Summary - Spanish.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/GREO%20\(2019\)%20Social%20Factors%20Summary%20-%20Spanish.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/GREO%20(2019)%20Social%20Factors%20Summary%20-%20Spanish.pdf)
43. Dennis C. Self-Care Deficit Theory of Nursing: Concepts and Applications [Internet]. Mosby; 1997 [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://digitalcommons.iwu.edu/bookshelf/64>
44. Guzmán-Miranda DCO, Caballero-Rodríguez DCT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*. 2012;(128):336-50.
45. SP-SRH fact sheet-Poormother.pdf [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>
46. Estrada CR, Moncada J, Parra J. Valoración de la influencia de la geografía en el desempeño económico de los municipios colombianos. *Con-texto*. 9 de junio de 2015;(43):131-55.
47. Rendón L, Langer A, Hernández B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*. junio de 1995;21(1):8-10.
48. Sesión 1 [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia_03/materia/1_demografia.htm

49. GESTIÓN N. Gestión. NOTICIAS GESTIÓN; 2021 [citado 23 de abril de 2024]. INEI: población de Perú suma 33 millones con tendencia al envejecimiento | PERU. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/inei-poblacion-de-peru-suma-33-millones-con-tendencia-al-envejecimiento-noticia/>
50. 9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+d+esde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5>
51. Definición de nivel socioeconómico - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nivel-socioeconomico>
52. Ortega C. Datos demográficos: Qué son, cómo obtenerlos y ejemplos [Internet]. QuestionPro. 2021 [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/datos-demograficos/>
53. GEOGRAFÍA [Internet]. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://app.dems.ipn.mx/guia/sistema/contenido/GEOGRAF%C3%8DA.html>

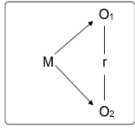
COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Oscátegui D. Mortalidad materna en gestantes en relación con los aspectos socio-económicos, demográficos y geográficos en el Hospital Hermilio Valdizán De Huánuco durante los años 2016-2019 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado].
Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXOS 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION
Problema General ¿Cuál es la relación entre mortalidad materna la y los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos en el Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco, durante el periodo 2016- 2019?	Objetivo General Determinar la relación entre mortalidad materna y los aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos en el Hospital Hermilio Valdizán en el periodo 2016- 2019.	Hi: Existe relación entre mortalidad materna y los aspectos sociales, económicos, demográficos y geográficos en el hospital Hermilio Valdizán en el periodo 2016- 2019. Ho: No existe relación entre mortalidad materna y los aspectos sociales, económicos, demográficos y geográficos en el hospital Hermilio Valdizán en el periodo 2016- 2019.	Variable de Supervisión: Mortalidad materna Variables Asociativas: Aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos	Tipo de investigación: Básico, observacional, descriptivo, Nivel de estudio: Relacional Enfoque: Cuantitativo Método de investigación: Descriptivo, relacional, transversal retrospectivo. Diseño metodológico: No experimental	Población Según el registro de muertes maternas 11 casos Muestra Conformada por 11 casos de muertes maternas.
Problemas Específicos - ¿Cuáles son aspectos socioeconómicos relacionados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019? - ¿Cuáles son los aspectos demográficos relacionados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán	Objetivos específicos - Identificar la relación entre la mortalidad materna y los aspectos socioeconómicas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019. - Identificar la relación entre la mortalidad materna y los aspectos demográficos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán			 Denotación: M = Muestra de Investigación: O1= Variable: mortalidad materna O2= Variable: aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos r = Relación entre variables Técnica de recolección: Documental Revisión de historias clínicas Instrumentos:	

Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019? - ¿Cuáles son los aspectos geográficos relacionados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019?	Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019. - Determinar la relación entre la mortalidad y los aspectos geográficas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el período 2016 – 2019.	Ficha de recolección de datos sociodemográficos, demográficos y geográficos.
---	---	---

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Marque con una X lo correspondiente

I. MUERTE MATERNA

- a. Muerte materna directa: (1)
- b. Muerte materna indirecta: (2)
- c. Muerte materna incidental: (3)

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, Y GEOGRÁFICOS

1. Aspecto socioeconómico

- a. Ingreso familiar
 - Sin ingresos.....(1)
 - Menor a S/. 930.....(2)
 - S/. 930.....(3)
 - Mayor a S/. 930.....(4)
- b. ocupación
 - Ama de casa.....(1)
 - Estudiante.....(2)
 - Empleado.....(3)
 - Trabajo independiente.....(4)

2. Aspecto demográfico

- a. Edad
 - Adolescente.....(1)
 - Joven.....(2)
 - Adulta.....(3)
 - Añosa.....(4)
- b. Estado civil
 - Soltera.....(1)
 - Casada.....(2)

- Conviviente.....(3)
- Separada(4)
- Otro.....(5)
- c. Grado de instrucción
 - Primaria.....(1)
 - Secundaria.....(2)
 - Superior no Universitaria.....(3)
 - Universitaria.....(4)
- d. Gravidéz
 - Primigesta.....(1)
 - Multigesta.....(2)
 - Gran multigesta.....(3)
- e. Atención prenatal
 - Controlada >6 APN.....(1)
 - No controlada <6APN.....(2)
 - Sin APN.....(3)

3. Aspecto geográfico

- a. Procedencia
 - Rural.....(1)
 - Urbano.....(2)
- b. Transporte accesible las 24 horas
 - Si.....(1)
 - No.....(2)
- c. Tiempo aproximado desde su domicilio al Establecimiento de salud
 - Menos de 30min.....(1)
 - 1 a 2 horas.....(2)
 - 3 a 4 horas.....(3)
 - 5 a 6 horas.....(4)

-Más de 10 horas.....(5)

d. Medio de transporte para llegar al establecimiento de salud al
establecimiento de salud

-Camino.....(1)

-Carro, mototaxi.....(2)

-Otros.....(3)