



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad  
materna como consecuencia de la deshumanización en  
los Servicios de Salud de Lima Norte**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

**Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

Br. Talía Minerva Zapata Susanivar

**ASESOR:**

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo

**SECCIÓN:**

Maestría en Gestión de los Servicios de Salud

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de los Servicios de la Salud

LIMA - PERÚ

**2018**

## **Página del Jurado**

---

**Dra. Gliria Méndez Ilizarbe**

**Presidente**

---

**Dra. Paula Viviana Liza Dubois**

**Secretario**

---

**Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores**

**Vocal**

## **Dedicatoria**

Este trabajo lo dedico a Dios que es mi fuerza, a mi familia que siempre me acompaña y me apoya, y por ultimo a todos los profesionales de salud que a pesar de la adversidad seguimos adelante.

## **Agradecimiento**

Le agradezco a Dios que siempre me ayuda, a mi familia, mi asesor Jacinto Vértiz y por ultimo al Magister Iván Vértiz.

## Declaración de Autoría

Yo Talía Minerva Zapata Susanivar, estudiante del Programa de Maestría en gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los Servicios de Salud de Lima Norte ” presentada, en 91 folios para la obtención del grado académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud , es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, 09 de marzo del 2018

.....

Br. Talía Minerva Zapata Susanivar

DNI: 70376226

## **Presentación**

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis “Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los Servicios de Salud de Lima Norte”, que tuvo como objetivo la descripción de los aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización.

El presente informe ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado. En el capítulo I se presentan los trabajos previos, fuentes científicas, marco espacial y temporal, contextualización y supuestos teóricos. En el capítulo II, se describen el problema, la justificación, la relevancia, la contribución y los objetivos en el capítulo III, unidades temáticas y metodología. El capítulo IV resultados, el V la discusión de los resultados, el VI las conclusiones y el VII las recomendaciones respectivas. Finalmente se presentan las referencias y los apéndices que respaldan la investigación.

La conclusión de la investigación fue que se encuentra la deshumanización presenta en los servicios de salud y que como consecuencia influye a la muerte de la gestante.

La autora

# Índice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	
11	
1.1. Antecedentes	
12	
1.2 Marco teórico referencial	
15	
1.3 Marco espacial	25
1.4 Marco temporal	26
1.5 Contextualización: histórica, política, cultural y social	26
II. Problema de Investigación	28
2.1 Aproximación temática: observaciones, estudios relacionados, preguntas orientadoras	29
2.2. Formulación del problema de investigación	31
2.3. Justificación	32
2.4. Relevancia	33
2.5. Contribución	33
2.6. Objetivos	34
III. Marco Metodológico	35
3.1. Metodología	36
3.2. Escenario de estudio	37
3.3. Caracterización de sujetos	38
3.4. Trayectoria metodológica	38
3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	38

3.6. Tratamiento de la información	39
3.7. Rigor científico	39
IV. Resultados	40
4.1. Descripción de resultados	41
V. Discusión	65
VI. Conclusiones	70
VII. Recomendaciones	72
VIII. Referencias Bibliográficas	74
IX. Anexo	79

## Resumen

La importancia de la mortalidad materna en nuestro país es vital pero podemos decir que los determinantes para que esto suceda son muchos pero en ningún momento se toma en consideración la deshumanización en nuestros servicios de salud. El objetivo de la investigación fue describir los aspectos sociales e institucionales como consecuencia de la deshumanización en los servicios de salud de Lima Norte.

Bajo un enfoque cualitativo, se desarrolló una investigación con una metodología de estudio de casos, las cuales fueron constituidas por 05 casos de muertes maternas procedentes de Lima Norte, la técnica utilizada es la observación analítica directa e indirecta y como instrumento una ficha de observación. En los resultados evidenciaron que en los 05 casos planteados existe la indiferencia y maltrato hacia el paciente de parte de los trabajadores de salud, la ineficiencia del sistema de referencia y contrareferencia, la burocracia documentaria.

Se concluye a través de los casos, la importancia de la acción de los servicios de la salud, y en efecto la deshumanización que existe no solo en la atención, sino en el sentido ontológico de la calidad, la misma que se imparte en todos los establecimientos públicos MINSA, públicos Essalud, y Clínicas particulares.

**Palabras clave:** deshumanización, mortalidad materna

## **Abstract**

The importance of maternal mortality in our country is vital but we can say that the determinants for this to happen are many but at no time is dehumanization considered in our health services. The objective of the research was to describe the social and institutional aspects as a consequence of dehumanization in the health services of Lima Norte.

Under a qualitative approach, a research was developed with a case study methodology, which was constituted by 05 cases of maternal deaths from North Lima, the technique used is direct and indirect analytical observation and as an instrument an observation card. The results showed that in the 05 cases raised there is the indifference and mistreatment of the patient by the health workers, the inefficiency of the referral and counter-reference system, the documentary bureaucracy.

It concludes through the cases, the importance of the action of the health services, and indeed the dehumanization that exists not only in the attention, but in the ontological sense of the quality, the same that is imparted in all the public MINSA establishments, public Essalud, and private clinics.

**Keywords: deshumanitation, maternal mortality**

## **I. Introducción**

## 1.1. Antecedentes

### 1.1.1. Antecedentes internacionales.

En Colombia, Rodríguez y Verdu (2013) en su estudio *Consecuencias de una muerte materna en la familia* se identificaron y analizaron las publicaciones que traten sobre las repercusiones o consecuencias de una muerte materna en la familia. Se realizó una revisión sistemática de publicaciones de investigaciones cualitativas y cuantitativas en revistas indexadas de bases de datos biomédicas en los idiomas inglés, portugués y español. Se encontró que en siete publicaciones incluidas tres usan metodología cualitativa, dos cuantitativa y dos cualicuantitativa, con procedencias de los continentes europeos y americano. En el total de los artículos revisados participaron 439 familias de mujeres fallecidas y se realizaron dos reconstrucciones históricas a partir de los registros familiares de dos poblaciones. Las consecuencias de una muerte materna son de tal dimensión que repercuten durante mucho tiempo, tanto en la familia como en la comunidad misma. Al analizar los hallazgos se encontraron problemas en común como son: el duelo, la supervivencia de los hijos, la reconstitución de los hogares. El Estudio concluyó que son escasos los trabajos que identifican y cuantifican las consecuencias familiares de una muerte materna y su análisis se restringe a algunos estudios cualitativos, estas producen un impacto negativo en la estructura y dinámica familiar, así como el aumento en la morbi-mortalidad infantil.

En Colombia, Moscote, Mesa, Girón y Bueno (2014) en su estudio *¿Qué favorece la no humanización en nuestro sistema de salud?* evidenciaron que el concepto de humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Es de gran importancia la capacitación en humanización en instituciones prestadoras de salud, las universidades y organizaciones que forma profesionales de la salud y formación personal. El estudio es cualitativo, la población será conformada por el personal del laboratorio clínico y los pacientes que van al laboratorio clínico el método utilizado será la observación y la encuesta. En los resultados se

encontraron entre los dos laboratorios A y B, la satisfacción de usuario, el tiempo de permanencia fueron mejores en el laboratorio A. Se analizaron las causas que lleva tener esta situación de ambos laboratorios y encontraron que son hacinamiento, no hay cultura organizacional la baja remuneración, la alta cantidad de demanda. El estudio concluyó que las relaciones humanas se han trivializado y el ritmo de vida acelerado de la vida moderna impone formas de comunicación y esquemas de lenguajes marcados por la superficialidad.

En España, Valenzuela (2015) en su estudio *¿es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencia?* Se evidenció que la humanización del cuidado es un concepto complejo y multidimensional, por lo que se encuentra en un amplio debate, estando influenciado por el paradigma positivista y biomédico del cuidado, adquiriendo una especial relevancia en unidades altamente tecnificadas, entre las que se hallan los servicios de urgencias. Con ese estudio nos planteamos conocer la precepción que poseen los profesionales de los servicios de urgencias sobre la humanización y cuidado humanizado, explorar su significado, indagar aquellos factores que interfieren en el proceso de humanización y motivar a que sean los propios profesionales quienes aporten las posibles vías que contribuyan a mejorar y humanizar dicho proceso. Se utilizó el método cualitativo, ya que permite explorar la subjetividad de los profesionales utilizando instrumentos para la recogida de datos entrevistados semiestructurado y la observación participante. En los resultados se han obtenido cuatro grandes categorías: humanización de los cuidados de enfermería, factores que deshumanizan los cuidados de enfermería, formación en humanización y mejoras identificadas para humanizar los cuidados de enfermería. El estudio concluyó que para llevar a cabo el proceso de humanización de los cuidados de enfermería de los servicios de urgencias es necesario un cambio en el paradigma del cuidado hacia un modelo holístico, centrado en el paciente y su familia. Este modelo se basa en los principios y valores humanos que afectan a todos los sujetos implicados, a los diferentes ámbitos y dimensiones de dicho proceso. Asimismo, como instrumentos para la humanización del cuidado es preciso impulsar las habilidades relacionales, destacando la relación de ayuda y comunicación.

En Colombia, Lozano, Bohórquez y Zambrano (2016) en su estudio *Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna* evidenció que la mortalidad materna es considerada un indicador sensible al desarrollo social, porque muchas de estas muertes ocurren por razones evitables, vinculadas a condiciones de pobreza. Hay datos estadísticos sobre el número de muertes maternas a nivel internacional y local, que resaltan la magnitud del problema, así como el conocimiento científico de las causas de estos fallecimientos; pero escasa información publicada sobre el impacto familiar y el desequilibrio que se produce cuando ocurre una muerte materna, situación que trae consigo desconocimiento sobre la real situación de los hijos huérfanos y la familia. Por lo que se desea conocer las implicaciones familiares y sociales de la muerte materna a través de la revisión sistemática de la literatura científica publicada. Se realizó una búsqueda en las bases de datos incluidas en los servicios LILACS, ProQuest, MEDLINE y en la biblioteca virtual de salud SciELO. La muestra final fue de 20 artículos. Los estudios mostraron que la pérdida inesperada de la madre genera consecuencias emocionales, económicas y de salud en todos los miembros del hogar. El estudio concluyó que los hallazgos indicaron que esta problemática debe ser abordada de manera integral con el fin de mitigar el impacto que genera la muerte materna.

### **1.1.2. Antecedentes Nacionales**

Oliveros (2015) en su estudio la *Humanización de la Pediatría* se evidencio que el propósito de este trabajo es presentar una revisión narrativa sobre la humanización de la Pediatría, destacando la manera de acercarla al binomio madre-niño, y a todos los involucrados en la asistencia sanitaria de la especialidad. La humanización de los espacios sanitarios es parte del concepto más amplio de humanización en el ámbito de la salud, al hacer participar a los niños hospitalizados en la percepción de un ambiente más cálido, que los aproxima al recuerdo del hogar. Se enfatiza el rol de la ética y la educación, al respetar el derecho de los niños, y se destacan los valores que deben regir la conducta de los miembros del equipo de salud. Se recomienda luchar contra la medicalización, en el afán de evitar la mercantilización de las enfermedades.

## **1.2 Marco teórico referencial**

### **1.2.1 Marco teórico: Hacia las fuentes de la Investigación**

#### **Deshumanización de la Salud**

Establecer una definición exacta sobre la deshumanización en la asistencia sanitaria, implica de modo estricto revisar literatura, excavar en las profundidades de la epistemología y del análisis hermenéutico. Redefinir tal vez, exige recorrer un camino, buscar sus bases no solo en las diversas teorías, sino en los argumentos de numerosos autores.

Sus orígenes datan según Valenzuela (2015) desde:

La década del 50, en la posguerra, y a lo largo de la historia con la relevancia de sociólogos y psicólogos norteamericanos dos décadas después, se detallan algunas prácticas que se producían en los hospitales. Caracterizada por las prácticas biomédicas, ignoraba la esencia humana del mismo. (p. 47)

En efecto, la deshumanización en los servicios de salud se relaciona estrechamente con el trato mismo de la sociedad, siendo la fuerza (coacción) social la que contribuye a ello. No obstante, el sistema de salud en el Perú, no es ajeno a ese trato; que bajo circunstancias aceptadas como consecuencia de una segmentación sanitaria, poco a poco se va perdiendo el sentido teleológico del hombre.

Por otra parte, la deshumanización es producto de otros aspectos:

Los criterios económicos (mercantilismo dialéctico) las ideologías (relativismo e individualismo) y los socioculturales (hedonismo) han generado una concepción muy pobre del hombre, perdida visionaria de los procesos asistenciales, y de los valores humanos; adicionando a ello,

altas dosis de inseguridad, en la cual el avance tecnológico se propone a dominar la naturaleza y por ende vulnera la dignidad humana. (Backes et al. 2007, Citado por Valenzuela, 2015, p. 48)

No cabe duda, que la deshumanización es la nueva tendencia del siglo XXI, en las esferas de los servicios sanitarios, aun cuando el ser humano ocupa su puesto como autor del avance científico. Por consiguiente, Bermejo (2013) indicó: la deshumanización en la asistencia sanitaria es un reflejo de lo que pasa en la sociedad; se sustituye al hombre como fin y se convierte en medio que contribuye a otros fines ya sea disminución del gasto y/o aumento en la producción”.

Es frecuente la crítica a la deshumanización de la medicina, la que señala aspectos como: la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización del personal de salud, el insuficiente respeto a la autonomía y capacidad de decisión de los enfermos, la pérdida de humanismo, priorizar el ingreso económico o considerar al paciente como un objeto carente de valores y sentimientos.

Sin embargo, Bueno, Girón, Mesa y Moscote (2014), enfatizaron:

Los profesionales de la salud son víctimas de la deshumanización, puesto que las normas dadas en los sistemas de salud en América Latina no permiten prestar una atención humanizada, porque el enfermo es visto como un cliente y como tal se debe mirar con ojos de rentabilidad. (p.5)

Indiscutiblemente, la persona enferma es emplazada muchas veces por intereses de orden profesional, político e institucional; por un sistema cada vez más deshumanizado y deshumanizante. Mientras que el profesional que le presta sus servicios es solo que brinda una atención médica, puesto que trata de curar sus dolencias y no de comprenderlo en todas sus dimensiones.

Al respecto, Bueno *et al.* (2014) se refirió:

En los centros de salud el enfermo se siente oprimido, donde el mismo se convierte en un eslabón, mientras que los establecimientos de salud en cadena de montaje. Por ende, la persona humana se despoja de su condición humana, de sus sentimientos, de su pudor, de la familia, para tomar posesión de un “caso más”, un número de cama, una operación o en el mejor de los casos en un experimento exitoso para la ciencia médica. (p. 12)

La propuesta de Bermejo (2013) enfatizó en la necesidad de humanizar la salud, en el fondo humanizar implica no solo ver al ser humano de modo holístico. “La humanización es un replantear el sentido teleológico del ser humano. En efecto, constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad”. Para ello, es necesario la participación de todos los agentes sanitarios, desde los directivos hasta el más humilde trabajador no solo para la atención integral de salud, sino para acompañar, identificar, y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino toda la gama de significados, recursos, habilidades y valores que permitan trabajar en favor de la dignidad humana.

En consecuencia para este autor, la humanización comprende la interacción interpersonal que se ejecuta en el binomio: profesional de la salud – enfermo.

De este modo, Bermejo (2013) definió:

La humanización es el proceso individual y colectivo de hacer digno la condición humana cuanto se vive. Aplicado al ámbito sanitario, el compromiso para humanizar pasa por la política cuando se marcan los modos de protección a las personas, prevenir la dependencia, la exclusión, así como también afrontarla. Pasa por el aspecto jurídico cuando se trata de marcar límites en la protección y defensa de la

vulnerabilidad humana. Pasa por el aspecto de las decisiones éticas y del afrontamiento de los conflictos y la modalidad como se resuelven. Humanizar pasa por el estilo asistencial y de desarrollo de los programas y servicios de protección social, por el talante y el modo como se atiende a las personas necesitadas de la profesionalidad de otros.

Por cierto, la humanización tiene sus peculiaridades, sus propias características: el ámbito político, jurídico, la ética, y el estilo asistencial. En efecto, el estudio ha considerado por conveniente categorizar las cuatro características en dos los aspectos sociales y los generados a partir de la gestión institucional.

## **Aspectos Sociales**

### **Crisis sociocultural**

La sociedades imponen sociedades secularizadas, la misma que implica que cada vez más una cultura homogénea, en la cual prevalece el «tener» sobre el «ser», introduce una visión utilitarista del hombre y de la sociedad.

Lo valioso pasa a ser solo aquello que reporta determinado beneficio o utilidad práctica. En tal ambiente, las relaciones interpersonales experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocadas en meras relaciones interindividuales en las cuales sus actores se autodegradan de sujetos a la categoría de objetos que se usan mutuamente para buscar la satisfacción de sus propios intereses.

La nefasta repercusión de este fenómeno en el mundo de la atención sanitaria no precisa comentarios.

### **Pluralidad de sistemas éticos**

En un mundo tan plural en creencias, posturas e ideologías, ha sido hasta ahora imposible alcanzar unos principios éticos fundamentales que nos permitan un consenso responsable; esto es, una «ética de mínimos». Por cual se debería decidir entre la ética clásica de Aristóteles, las posturas utilitaristas

S.Mill y W. James, la ética deontológica de Kant, la fenomenología de M. Sheler y N. Hartmann, entre otras.

### **Exigencias paradójicas**

Por otro lado, en el seno del mundo contemporáneo existe una profunda ambigüedad, que consisten por un lado al personal sanitario se le exige de manera válida, una cuota de sacrificio, abnegación, entrega y desinterés, que sin embargo la sociedad actual, atenazada por el egoísmo individualista, el afán de lucro y el hedonismo, no está dispuesta a asumir ni vivenciar y, por tanto, es la mayoría de las veces incapaz de incentivar.

### **Medicalización de la sociedad**

Las numerosas problemáticas, tensiones e insatisfacciones de todo tipo que afrontan de manera constante los individuos, se traducen habitualmente en síntomas de origen funcional, persistente y de muy difícil control. El gran volumen de personas así enfermas, genera una demanda que presiona a los sistemas sanitarios estimulando su hipertrofia. Este fenómeno, unido al simplismo con el cual es enfocada la solución de ciertas problemáticas sociales e individuales, ha dado paso a una creciente medicalización de la sociedad. De esta forma, son invertidos en todo el mundo cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar «problemas de salud», solo están tratando sus signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues sus soluciones rebasan ampliamente la perspectiva sanitaria.

### **Aspectos de la gestión Institucional**

Con cierta frecuencia, es en la organización y funcionamiento de las estructuras de salud donde se hallan algunos de los factores que de forma directa o indirecta, atentan contra una asistencia humanizada, entre estos se encuentran:

## **Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud**

Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos algunos servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por el mismo profesional.

A menudo el individuo enfermo se relaciona no con un médico en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide la relación que es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas. Otro peligroso factor de despersonalización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión del individuo en su compleja e indivisible totalidad.

## **Criterios parciales de evaluación de los servicios de salud**

Los estados parecen desentenderse cada vez más de su tradicional papel de velar por el interés general y de asistir a los más desfavorecidos. Como una de sus consecuencias negativas, ha ido ganando terreno la tendencia a evaluar también los resultados de los servicios de salud con fríos criterios economicistas (competencia, productividad, eficiencia) encaminados a rentabilizar al máximo los recursos sanitarios y originar ganancias.

Las consecuencias de este enfoque han sido desastrosas tanto para los pacientes como para el personal sanitario.

Lelkens (2003) describió:

Los hospitales están considerados como empresas comerciales que deben someterse al criterio del provecho, la asistencia sanitaria proporcionada se ha convertido en un producto y el paciente en un cliente, el producto que se proporciona debe ser calibrada con el menor costo y ser lo más eficiente posible.

En la práctica, esto se traduce en: recortes presupuestarios y de personal, aumento del volumen de pacientes-clientes, omisión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos costosos, así como la escandalosa carestía de servicios y seguros médicos, que excluye a todo aquel sin suficiente capacidad financiera en suma: ominosa deshumanización de la asistencia sanitaria.

Otra tendencia es la consistente en evaluar los servicios de salud con criterios de efectividad, es decir, con el logro de determinados objetivos y metas de tipo estadístico. La persona concreta afronta entonces el riesgo de ser ignorada o vulnerada en su individualidad y su subjetividad, puesto que sus intereses, necesidades e incluso sus derechos (información, autonomía, confidencialidad), están supeditados al logro de determinada cifra o indicador. Sumergido en esta corriente, el personal sanitario puede llegar a percibir al paciente que tiene ante sí, no como a un ser humano investido de una dignidad absoluta, sino como a alguien que eventualmente podría representar una inclinación favorable o no, de alguna tasa o índice estadístico, que es lo que en último término evaluaría la efectividad y la calidad de su trabajo. Este degradante reduccionismo, deshumaniza la atención de salud, desencadenando flagrantes abusos y todo tipo de excesos.

### **Inadecuadas estrategias gerenciales y de dirección**

Estrategias inadecuadas de dirección y gerencia de salud, pueden favorecer la aparición de rasgos deshumanizadores en la práctica médico-asistencial. La dirección basada en un excesivo centralismo, con el predominio de esquemas rígidos que otorgan muy poco margen a la participación de los subordinados en la toma de decisiones y en los que casi todo está ya normado, de tal forma que la defensa de un criterio profesional o la adopción de una determinada postura, incluso en las materias o tópicos en los cuales no se ha legislado, necesita ser refrendado por los niveles superiores; frena la creatividad, generando descontento y frustración en el personal, así como falta de compromiso con los resultados de la labor. Esto repercute negativamente en la calidad humana de la asistencia sanitaria.

Otro tanto ocurre cuando las instancias directivas no tienen en cuenta las aspiraciones y necesidades -entre ellas la de realización profesional- experimentadas por los miembros del personal, supeditándolas por entero a situaciones coyunturales y organizativas de la institución o la superestructura sanitaria. El profesional que no puede decidir dónde y en qué trabajar, cómo y cuándo superarse o especializarse, en cuál campo investigar, ha sido privado de su autonomía y degradado a mero instrumento.

Y quien se siente instrumentalizado, será difícil que a su vez no trate como objetos a cuantos de él dependen.

### **Excesiva burocratización**

La excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades burocráticas.

De acuerdo a Torralba (2009), argumentó:

Resulta evidente que la burocratización es algo inevitable cuando se trata de coordinar y atender a una masa humana sin embargo en el plano ético, la burocratización del cuidar, altera negativamente el sentido y la esencia de este proceso, dicha acción requiere el rostro a rostro, la salvaguarda de la identidad personal y esto, en el seno de un mundo de vida radicalmente burocratizado, es difícil llevar a cabo.

### **Muerte Materna**

“El hombre es un ser llamado para la muerte” reza una de las frases del filósofo alemán Heidegger (2009, p. 55). En efecto, es una realidad vivida por el hombre a lo largo del tiempo y en todas las culturas del mundo. En términos conceptuales, “la muerte se interpreta como una metáfora de la vida; y la metáfora consiste en dar a una cosa el nombre de otra” (Sontag, 1996, p.93).

Desde luego, según los estudios antropológicos, la muerte ha obtenido diferentes definiciones:

Para Evans-Pritchard (1990) la religión suele explicar la proyección de la subordinación a los dioses en la propiciación de sus dobles después de la muerte (p.29). De este modo, “se teme a la muerte porque está relacionado al poder de los dioses, quienes castigan el buen o mal comportamiento de los hombres” (Duche, 2012, p. 210). Por su parte, para Levi-Strauss (1988) “la muerte está ligado estrechamente con la vida cultural y social de todos los individuos, de las creencias acerca del cultivo, la familia, religión” (p.77); de manera que, genera la idea que las sociedades primitivas o cualquier otra son dinámicas y por ende las concepciones de la muerte se aviva a lo largo de los años.

Por último, de acuerdo a Scheper-Hughes (1997) afirmó que la muerte infantil, va más allá de la mera muerte del cuerpo, o del espíritu humano: si muere el hombre, con él muere también su espacio, su lugar, y su tiempo (p.84). No obstante, “la muerte tiene un significado social dentro de una comunidad y las estructuras sociales” (Duche, 2012, p.214).

Para De Castro y Monge (citado por Boixareu, 2008) la muerte es la irreversibilidad del funcionamiento biológico integrado de la persona como un todo, e inicio del proceso de desintegración de los tejidos; ello tiene lugar una vez que se ha dado la parada circulatoria cerebral. (p. 289). Asimismo, la muerte puede referirse a la cultura de la muerte propiamente, ello significa, que los momentos históricos han sido construidos a través de los grupos sociales bajo los parámetros rituales, comportamientos, creencias y signos propios de cada comunidad colectiva.

En efecto, la muerte se abre paso para varias interpretaciones socioculturales, más aún si se refiere a la muerte materna. Diversas culturas dan sus aportes conceptuales diversos, pero todas son conscientes que se trata de una realidad natural propia de los seres vivos que se tiene que afrontar.

La maternidad en el imaginario colectivo está muchas veces relacionada a la esencia misma de la vida. Tener hijos es ya un principio de la edad adulta y en efecto, parte esencial de la unión entre el varón y la mujer (Sáenz, 2009, p. 4). Dado a las normas culturales, en el Perú, la maternidad empieza a temprana edad, de modo que muchas niñas creen que la vida en pareja y desde luego la maternidad es la mejor opción. Ciertamente, en algunas comunidades el matrimonio y en efecto, la maternidad es a menudo la única opción para la mujer, aun cuando se sabe por herencia cultural, que la mujer por su naturaleza está predestinada a tener una determinada cantidad de hijos.

Ahora bien, cuando las mujeres acogen la maternidad como la única opción que ofrece la vida para ganar un estatus social, “muchas veces ni la sociedad, ni las familias les garantizan un buen cuidado durante el embarazo, parto y el puerperio” (Sáenz, 2009, p.4). De este modo, en el imaginario colectivo se tiene la concepción que satisfacer las demandas de los servicios de salud y acceder a este significa una oferta de calidad en los servicios en forma oportuna; pero ello es ya una responsabilidad expresamente individual, aunque en los servicios estatales, “pese a la hegemonía que existe tanto por parte del Estado como por parte de los actores, se imprime ciertas normas y expectativas; tienen que suplir las responsabilidades sobre todo cuando existe una muerte materna” (Reyes, 2007, p. 87).

La mortalidad materna es un fenómeno social que afecta no solo a las mujeres de las áreas rurales, sino a todos los estratos sociales, también en las áreas urbanas. Sin duda, se ha registrado una incidencia desproporcionada más en las mujeres embarazadas durante el parto que en el puerperio (Sáenz, 2009, p. 5).

De acuerdo la Organización Mundial de la Salud (1997) (Citado por Karam, Bustamante, Campuzano y Camarena, 2007, p. 206) definió:

La muerte de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la

duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (p. 206)

Para Karam et al. (2007) indicó:

Desde lo biomédico, la mayoría de casos se pueden detectar en su momento, y desde luego tratarse con eficacia. Dado que se pueden evitar, éstas en cierto grado se debe a las “causas directas” entre las más resaltantes: preeclampsia y la eclampsia, además de las hemorragias, abortos y las infecciones. Por otro lado, se tiene las “causas indirectas”, producidas por enfermedades preexistentes que se desarrollan durante el embarazo, el parto o puerperio que se agravan por la adaptación fisiológica propia de la gestación como diabetes mellitus, patologías cardíacas y/o pulmonares. (p. 206).

No obstante, la mortalidad maternidad es una tragedia, acarrea un problema social, no solo para la mujer, también para la familia; puesto que priva al hijo/a de la lactancia y del cariño materno, deja la responsabilidad a la pareja y el afrontamiento psicosocial por cuanto significa la ausencia definitiva en el hogar, constituyendo de esta manera la desagregación familiar. Peor aún si se trata de una familia pobre, el rol de la mujer constituye en principio la autoridad en el interior del grupo social por mantener la unidad del grupo, además de representar en cierto modo un sustento económico, colabora con el esposo en las actividades comerciales, en la crianza de los hijos y en el sustento económico (Gomes, Nakano, Almeida y Matuo, 2006, p. 51).

### **1.3 Marco espacial**

El estudio ha considerado los distritos donde ocurrieron los casos por su procedencia y no por su lugar de fallecimiento. En efecto, estos pertenecen a la jurisdicción de “Lima Norte conformado por: Ancón, Santa Rosa, Puente Piedra, Carabayllo, Comas, Independencia, Los Olivos, San Martín de Porres y

Rímac. Distritos considerados emergentes (Matos, 2012) por sus características socioeconómicas en el desarrollo urbano:

Los sectores populares y migrantes de la provincia nacional se han convertido en los nuevos limeños, han forjado la existencia de una sociedad nacional, acelerando la integración física y creando las condiciones para el surgimiento de una identidad nacional, fortaleciendo la democracia, logrando la gobernabilidad al incursionar activamente como emprendedores en la dinamización de lo económico. (p. 524)

#### **1.4 Marco temporal**

El trabajo abarca el periodo desde el año 2015 hasta el 2017. Para ello, es necesario enfatizar que se analizaron cinco casos, cada uno con su propia peculiaridad de cada caso de muerte materna reportado.

#### **1.5 Contextualización: histórica, política, cultural y social.**

El estudio se centra en el servicio que prestan los establecimientos de salud frente a una realidad concreta: la mortalidad materna. Un problema no solo de salud pública, sino un fenómeno social, y como tal prevenible; sin embargo, aún se registran y desde luego se siguen registrando más casos en la ciudad de Lima.

De acuerdo al reporte que datan los especialistas del Ministerio de Salud (Minsa) (2017), a nivel nacional desde el año 2000, los casos de muerte materna han sufrido altibajos, siendo el pico más alto el 2004 con 626 casos de mortalidad materna, y el más bajo el 2016 con 328 casos respectivamente. Durante los 17 años transcurridos, Lima registró su pico más alto el año 2015 con 58 casos, y el pico más bajo, en efecto ha sido el 2017, con 35 casos, de ellos 16 (47%) por causas directas y 19 casos el 53% muertes ocasionadas por las causas indirectas. Una realidad compleja, puesto que en Lima, se encuentran los mejores especialistas, y los mejores hospitales.

No obstante, cada caso analizado en este estudio ha considerado los aspectos más resaltantes y peculiares, que mediante la metodología de estudio de casos, pretende describir sus causas y razones.

### **Supuestos teóricos**

Dentro de los supuestos teóricos se puede afirmar, que en los cinco casos, han intervenido varios criterios a considerar, siendo los más importantes: la desatención médica, los recursos económicos, falta de compromiso por parte del personal de los establecimientos de salud, la desesperación de la familia, y desde luego la ignorancia y no comunicación por parte de la gestante. En concreto la mortalidad materna se debe a dos grandes aspectos: los sociológicos y los institucionales, los cuales se explicaran en los capítulos siguientes.

## **II. Problema de Investigación**

## **2.1 Aproximación temática: observaciones, estudios relacionados, preguntas orientadoras.**

Los reportes epidemiológicos son herramientas para la toma de decisiones en el quehacer de la gestión pública. No obstante, al tratarse de la mortalidad materna, desde ya la primera aproximación vendría a tratarse de un fenómeno social, con implicancias económicas y políticas. Por tanto, su enfoque es humanista, que mediante la descripción densa (Geertz, 2003), se explica el campo de la acción hermenéutica en el estudio de casos.

Otra aproximación se ve por el lado de las ciencias humanas; al tratarse de la deshumanización comprende una pedagogía que se esclarece en la medida que se aproxima a la definición; pero con la ayuda de la ética, epistemología y sobre todo con el sustento de la psicología. Entre muchos autores, Bermejo (2013) la define como aquel fenómeno contemporáneo que se nutre de la violencia a los derechos humanos al no reconocer la dignidad humana.

Como última aproximación temática, vendría a ser vista por la misma medicina, su perspectiva basada en los patrones formativos de los profesionales de la salud, la cultura de la salud, que de un tiempo a hoy ha cambiado enormemente, dejando entrever que el paciente es un cliente, al cual se le presta servicio a cambio de dinero. Pues en la concepción de Bueno et al. (2014) el enfermo es solo un medio, más no un fin.

Lima registró el pico más alto en el 2015 con 58 casos de muertes maternas, mientras que el 2017 se registraron 35 casos. De lo que viene del año 2018, se ha registrado 15 casos. De acuerdo a los especialistas del Minsa (2017) “para el 2011, la mortalidad materna ha tenido una frecuencia de 93 por cada 100.000 nacidos vivos, y en efecto para el 2017 se estimó en 51 por 100.000 de nacimientos” (p.110); sin duda, una baja si se quiere ver de ese modo. Sin embargo, según los técnicos del INEI se estimó 572 mil nacimientos como promedio anuales para el quinquenio 2016-2020 (citado por Minsa, 2017, p. 110).

Ahora bien, según los especialistas del Minsa (2017) el 6.6% de las muertes maternas fueron de adolescentes, y el 44.6% de jóvenes 18 a 29 años, población económicamente activa; por consiguiente, se habla de un promedio anual de 26 muertes maternas en adolescentes y 173 jóvenes. Una tasa considerablemente alta debido al 60% por causas directas y el 40% causas indirectas.

Las muertes maternas por lugar de notificación, concentra el mayor número de casos en los departamentos señalados anteriormente y el departamento de Lima, incluida la provincia de Callao con 49 casos concentra el 15%. Considerando que el departamento de Lima tiene el mayor número de hospitales nacionales e institutos especializados que reciben referencia de todo el país.

Desde luego, las causas de la mortalidad materna principales fueron: a) hemorragia obstétrica (42.6%) b) trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (22.7%), c) complicaciones no obstétricas (14%) y d) aborto (9.8%). En consecuencia, estas cuatro causas son las más comunes y de estas dan cuenta el 89.1% de todas las muertes maternas, que sin duda alguna prevenibles mediante un adecuado control prenatal y acceso a los servicios de atención médica de calidad oportunamente.

Desde este análisis epidemiológico, el estudio se ha focalizado en los impactos que ha generado la mortalidad materna dentro de la familia, la comunidad y por supuesto en las instituciones sanitarias. Todos los casos han sucedido dentro de la jurisdicción de Lima norte.

En los cinco casos seleccionados y analizados, se ha percibido en parte el incumplimiento de los principios hipocráticos, ver en cada paciente un cliente más, un objeto mercantil, cuya vida queda en un segundo plano, y prevalece el interés de la ganancia. Por otra parte, la impotencia de los familiares que acompañaban a las protagonistas, sentir su dolor y desesperación para que un buen samaritano le tienda la mano; difícilmente, el compromiso por parte de la institución se ve reflejada en el momento oportuno.

En consecuencia la atención en los servicios de salud se ha deshumanizado, y desde luego los efectos se logran evidenciar en la indiferencia humana por parte de los profesionales de la salud y el poco valor de la vida que en sí mismo tienen: “los pacientes (gestantes) son eslabones, mientras que los establecimientos de salud se convierten en cadena de montaje que se arrastra cada día y no se logra romper” (Bueno et al. 2014).

## **2.2. Formulación del problema de investigación**

### **2.2.1. Problema general.**

¿Cuáles son los aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios asistenciales de salud de Lima Norte?

### **2.2.2. Problemas específicos.**

#### **Problema específico 1**

¿Cuáles son los aspectos sociales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios asistenciales de salud de Lima Norte?

#### **Problema específico 2**

¿Cuáles son los aspectos institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios asistenciales de salud de Lima Norte?

### 2.3. Justificación

En la práctica, los estudio sobre los servicios de salud, generan en cierto modo impactos sociales, puesto que se trata de la realidad humana, la que suele estar enferma, despojado de su condición, sumisa a la atención de los profesionales de la salud en cualquier centro o establecimiento de prestación de servicios asistenciales sanitarios. Desde luego, el hecho mismo de la atención genera ya impresiones, hablar de mortalidad materna, genera preocupación.

Ciertamente una preocupación no solo que le atañe al Estado, sino que implica modificaciones de comportamiento y por ende de roles dentro de la familia. Una muerte materna siempre trae consigo problemas sociales, económicos, conflictos emocionales y experiencias traumáticas, pero por otro lado, muestra la verdadera realidad de los servicios de salud. Se sabe que muchas de estas muertes ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna, por factores fisiopatológicos de la misma persona, o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías que están disponibles para el manejo y monitoreo del embarazo, parto y puerperio (Karam et al.2007, p.205).

Por consiguiente, el estudio logrará su cometido en la medida que buscará respuestas en los hallazgos; explorará en los cinco casos las razones y causas de la deshumanización dentro de los servicios asistenciales sanitarios de Lima norte.

En el aspecto metodológico, el estudio se basa en la investigación cualitativa, empleando para ello el estudio de casos.

Para Simons (2011): “es una investigación exhaustiva y tiene múltiples perspectivas, que va desde la complejidad a la unicidad de un determinado proyecto; sea político, institucional, programático o sistemático en un contexto real” (p.42).

Sin duda alguna parte desde la base inductiva, explora nuevos ámbitos y se focaliza, no solo en la perspectiva empírica, sino que lo somete a crítica (se basa en la teoría fundamentada) y lo interpreta para dar con las posibles respuestas a la diversidad de preguntas que surgen en el momento de investigar sobre un tema en particular. En este particular, tomará en cuenta el tipo de estudio de caso colectivo.

Por último, este estudio se justifica, en la medida que será insumo para futuras investigaciones que guarden relación estrecha con el tema específico.

#### **2.4. Relevancia**

Es importante tener en cuenta que existe la deshumanización de nuestro sistema de salud para poder evitar muertes maternas que no tenían riesgos orgánicos. Este conocimiento debe ser socializado a todos los profesionales de salud que ejercen la parte asistencial así como los que hacen gestión además de los profesionales que trabajan en el sector salud sean de manera pública o privada.

#### **2.5. Contribución**

Con este estudio se dará a conocer sobre la deshumanización que existe en nuestro sistema de salud y cómo afecta a la gestante, familia y en consecuencia a la comunidad, y que en muchos casos los profesionales no solamente de salud sino que pertenecen al sector pueden cometer acciones deshumanas sin darse cuenta.

## **2.6. Objetivos**

### **2.6.1. Objetivo General**

Describir los aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios asistenciales de salud de Lima Norte

### **2.6.2. Objetivos específicos**

Describir los aspectos sociales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios asistenciales de salud de Lima norte.

Describir los aspectos de la gestión institucional de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios asistenciales de salud de Lima norte

### **III. Marco Metodológico**

### **3.1. Metodología**

Desde perspectiva metodológica, el estudio, por su naturaleza corresponde a ser analizada empleando “la metodología cualitativa, la misma que se diferencia de la cuantitativa, en tanto se interesa de modo subjetivo, de la forma que tiene el mundo al ser experimentado por un individuo” (Flick, 2004, p. 24). Entendido de esta manera, por una parte se tiene a los participantes, al contexto, a los procesos estructurales, a los escenarios o campo. Sin duda alguna, al ser sometido la recolección de datos, el método cualitativo es muy flexible, no tiene parámetros, puesto que es un exegeta quien interpreta de acuerdo al rigor científico de la hermenéutico dentro del contexto social.

Por tanto, señaló Vasilachis de Gialdino (2006):

la finalidad del investigador es descubrir algo nuevo, desarrollando para ello teorías fundamentadas empíricamente como imágenes complejas y holísticas de la realidad, siendo esta la relación que se establece como una teoría, dependiendo de su ampliación y superación, la que lo hace más relevante (p. 47).

#### **3.1.1 Tipo de estudio**

De acuerdo a lo propuesto por Stake (1995, Citado por Simons, 2011, p. 42) este estudio se basa en un tipo muy peculiar. Estudio de caso colectivo: Se estudian varios casos para hacer una interpretación colectiva del tema o la pregunta.

### **3.1.2 Diseño**

#### **Estudio de casos**

Los estudios de casos, son investigaciones que permiten profundizar los criterios de análisis de un caso concreto.

Al respecto, para Stake (1999)

Es el estudio de la particularidad y la complejidad de un caso, por el que se llega a comprender su actividad en circunstancias que son importantes. (p. 12).

Lo relevante, en esta definición son dos aspectos: en primer lugar, está la importancia de que quien decida emplear el estudio de caso en su investigación reconozca la tradición de la cual parte; y el segundo plano, este tipo de estudio no es sinónimo de método cualitativo. Lo que lo definen como tal es su singularidad: la del fenómeno que se estudia (Simons, 2011, p. 40).

Bajo esta perspectiva, Simons (2011) lo definió:

Es una investigación exhaustiva y tiene múltiples perspectivas, que va desde la complejidad a la unicidad de un determinado proyecto; sea político, institucional, programático o sistemático en un contexto real. (p.42).

### **3.2. Escenario de estudio**

El escenario de estudio viene a ser el espacio/tiempo donde ocurrieron los hechos, y desde luego donde se registraron o notificaron de acuerdo a las oficinas de epidemiología dentro de la jurisdicción de las redes de salud. No obstante, Este estudio ha tomado como muestra 5 casos de muertes maternas, todos ellos provienen de la jurisdicción de Lima norte.

### **3.3. Caracterización de sujetos**

Los actores sociales fueron mujeres embarazadas, esposos, familiares, profesionales de la salud, caracterizados por tener un sistema de salud segmentado, cuya atención deficiente y deshumanizante ha hecho que pierdan la vida estas cinco madres. Este trabajo abarca todas las muertes maternas que fueron notificadas. Cada caso guarda sus propias características, sin embargo tienen un común denominador: personas económicamente activas.

### **3.4. Trayectoria metodológica**

El enfoque cualitativo opta por la construcción de datos descriptivos para atender un abanico de posibilidades en el camino de la exploración, dando mayor énfasis a la indagación en profundidad para, no solo captar los hechos reales, sino también el avance en la comprensión de los diversos elementos que se relacionan con la problemática de interés (Flick, 2004, p. 76).

Con la finalidad de describir los aspectos sociales e institucionales de las muertes maternas, se ha logrado recolectar la información necesaria para su análisis.

### **3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

Como se indicó, la técnica que se utilizó fue la observación analítica directa e indirecta del fenómeno social y en la abstracción de las causas con la finalidad de encontrar explicaciones de los procesos y/o comportamiento de la población en estudio.

Fue indirecta, puesto que se basó en la revisión documentaria existente y registros por las Oficinas de Epidemiologías de las diferentes Redes y microredes de Salud de la Jurisdicción de Lima norte relacionados con el tema en cuestión, y fue directa por tomar contacto espontáneo de la fuente (en este caso las historias clínicas, testimonios de los familiares y de los profesionales de salud).

Al respecto Pieron (1986) afirmó:

El análisis utiliza como principal instrumento de investigación, sistemas o planos de observación de acontecimientos o comportamientos. Como toda ciencia la reflexión necesita de datos objetivos para tener asidero científico. La observación constituye un método de toma de datos destinados a representar lo más fielmente posible lo que ocurre, la realidad. (p. 45).

El instrumento que se utilizó fue una ficha de observación elaborada por la investigadora.

### **3.6. Tratamiento de la información**

La información recopilada en el estudio ha sido confidencial, por lo que fue necesario utilizar otros nombres para identificar los casos. Se ha logrado obtener información de primera mano: historias clínicas, registros, testimonios de familiares y aportes valiosos de los profesionales de la salud.

Por otro lado, toda esta gama de información se ha analizado siguiendo los parámetros del programa Atlas ti. Versión 7. Con las autorizaciones pertinentes de la Universidad César Vallejo.

### **3.7. Rigor científico**

Toda esta información fue extraída de los informes de las investigaciones epidemiológicas de cada muerte materna realizadas en el sector salud perteneciente a la jurisdicción de Lima norte. La información de estos informes se obtuvo mediante testimonios de los familiares, profesionales de salud, búsqueda de información en la misma comunidad y revisión de documentos (historias clínicas).

## **IV. Resultados**

## **4.1. Descripción de resultados**

### **4.1.1 Cinco crónicas de la muerte**

Se presenta cinco crónicas de mortalidad materna que ilustran una diversidad de circunstancias que han conducido a la muerte de mujeres en zonas urbano marginales de la ciudad de Lima, la mayoría de ellas en establecimientos públicos y privados.

A través de los sucesivos casos, lo que se pretende es resaltar la importancia de la acción de los servicios de la salud, y en efecto la deshumanización que existe no solo en la atención, sino en el sentido ontológico de la calidad, la misma que se imparte en todos los establecimientos públicos Minsa, públicos Essalud, y Clínicas particulares.

- Riesgo asociado al solterismo y ausencia de una red de apoyo más allá de la unidad doméstica (Caso de Flor)
- Economía emocional, responsabilidad no autorizada a pesar de ser un establecimiento privado (Caso de Yanina)
- Dificultades en el sistema de referencias, falta de capacidad resolutive en la atención (Caso de María)
- Efectos de la distancia y la espera de una ambulancia (Caso de Karen)
- De un lado hacia el otro, deshumanización en los servicios de salud (Caso de Katya)

### **4.1.2. Estudio de casos:**

#### **Las Protagonistas**

Las protagonistas en efectos son estas mujeres que a diario experimentan la indiferencia de un sistema de salud deshumanizado, administrado por los profesionales de la salud circunscrita a la jurisdicción de Lima Norte. Las

diferencias que pueden existir en estos cinco casos, son las circunstancias propiamente que en sus variantes experimentan cada uno de los actores que participan dentro de ese drama sociocultural y político. Las mujeres que experimentaron estos sucesos fueron también seres humanos que en un momento dado necesitaron de otros para poder sobrevivir un drama de nunca acabar; la deshumanización en los servicios de salud.

### **Caso 1:** Flor, madre soltera.

**Flor**, mujer de 21 años de edad, muere el 29 de junio de 2017 a las 5: 50 pm en la sala de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, Collique distrito de Comas, Lima.

**Causa de la muerte:** Obstrucción traqueal por tumoración maligna de mediastino.

**Entrevistados:** 2 personas: madre biológica y padre político.

### **Antes: Situación de la madre**

La señora Flor nació en un establecimiento de salud, al igual que dio a luz a su primer bebé. Sus padres (padre político y madre biológica) migrantes de la provincia, se ubicaron en una pequeña loma de cerro, a las faldas de un Asentamiento Humano, una zona marginal del distrito de Comas de Lima Norte. Lograron cumplir con el sueño limeño aun cuando los retos y la adaptación a la metrópoli significaron dejar de lado su antigua vida. Reconquistar la ciudad, fue un proceso largo, que con nostalgia aún recuerdan.

La muerte de Flor significó para ellos un drama social muy duro, tal vez si hubieran sospechado que el embarazo iba a terminar de ese modo, hubiesen preferido volver a la provincia y atender a la hija con asistencia de las parteras:

*“En mi tierra las parteras atienden mejor a las parturientas, son más cuidadosas, no van por tanta medicina”, recuerda la madre de Flor.*

Flor fue una madre soltera, la pareja que tuvo, la abandonó después de tres meses de embarazo, no se ha obtenido datos del marido, vivía sola con sus padres, trabajaba para solventar a su familia en un mercado cercano a su barrio *“Para no gastar pasaje”*. De acuerdo a la información, sus padres estaban muy contentos con el nacimiento de su primer nieto: *“al comienzo estábamos de cólera, luego, pensándolo, queríamos tenerlo, nació varoncito”*.

Flor era estaba asegurada por el SIS, su condición le daba acceso a tal beneficio, por tanto se atendió sin problema alguno en el establecimiento de salud G.L.L.- LN desde noviembre de 2014 hasta su última atención el 12 de mayo de 2017, el más cercano a su casa para sus controles prenatales. Esa última fecha fue referida al Centro Materno Infantil L.R.D. LN.

### **Proceso de crisis**

El registro de la última atención en el servicio de Obstetricia, data con fecha 12 de Mayo 2017. Flor refirió un dolor intenso a nivel de cuello, en ese instante, se realizó la interconsulta al servicio de medicina, al mismo tiempo que fue referida al Centro Materno Infantil L.R.D. LN para continuar con los controles prenatales (primigesta). El mismo día fue evaluada en medicina general, y se diagnosticó tumoración de cuello; de inmediato fue referida a la especialidad de Cabeza y Cuello del Hospital “Sergio Enrique Bernales”.

En base al registro de los informantes (el padre político y la madre biológica) manifestaron que Flor sentía mucho malestar e incomodidad debido al trato poco amable que recibió por parte de los profesionales de salud:

*“mi señora la acompañó al Hospital “Sergio Bernales” el 12 de mayo, fue atendida y se le solicito que se realice una ecografía de partes blandas (cuello), luego pasó con otro doctor, para ver si tenía tumor” (padre político, Comas 2017)*

Para el 23 de junio, ya sin compañía, Flor decidió atenderse por emergencia, el dolor era intenso, tenía problemas al respirar; de inmediato quedó hospitalizada tres días, día que sale de alta en horas de la noche. Al día siguiente, regresa al hospital por emergencia; le acompañaban sus padres; recibió el tratamiento por el mismo cuadro, nebulizándola; presentó cierta mejoría, se le dio el alta. El día 28 vuelve por el mismo problema, le realizaron el mismo procedimiento, sale de alta pero la paciente no presenta mejoría respecto a su cuadro. El día 29 de junio volvió nuevamente por presentar mucha dificultad para respirar, se ahogaba; entró por emergencia, por lo que los médicos decidieron intervenirla quirúrgicamente por cesárea, el bebé corría peligro; dos horas después comunicaron su fallecimiento.

El padre del niño al enterarse del fallecimiento de Flor, fue al “Hospital Sergio Bernal” ubicó al recién nacido, se presentó como padre de la criatura, alegando que se había alejado de la occisa por culpa de los padres: *“me prohibieron acercarme a ella”*. El bebé permaneció un día más en cuidados intensivos, al ser dado de alta, acompañado de un abogado, el padre se llevó al bebé a otro domicilio.

### **Después de la muerte:**

La muerte de Flor causó mucho impacto en la madre de la occisa: *“Una pena profunda que guardaré en mi corazón”*. Los hermanos menores muy afectados lamentaban lo ocurrido con su hermana. Sin dinero para el entierro se solicitó la caridad de los vecinos y el apoyo del Centro de Salud, además tocaron puertas de otras instituciones y mercados.

Dos días después, con la necropsia y el acta de defunción, la familia se dedicó al sepelio; dentro de un cajón marrón se lo veló en el salón de la casa comunal; una ofrenda floral y los clásicos rezos volvían el recuerdo de Flor.

Otro aspecto más que se evidenció en este caso, fue la soledad de Flor, aun cuando llevaba la relación a escondidas con *“el padre de su hijo”*, éste estuvo presente en su entierro; ella no dio motivo para que existiera más conflictos entre el novio y su familia; vivía su soltería en silencio, soportando cada latido de su bebé y cada patadita dentro de su vientre.

### **Criterio de análisis**

Dadas las circunstancias de la muerte de Flor, hay elementos que son asunto de análisis. En primer lugar, se evidenció la presencia y ausencia del novio, aun cuando los padres no hayan estado de acuerdo con él, su colaboración hubiese sido oportuna, acompañarla al hospital, a sus controles prenatales, etc. se podría pensar que lo haya realizado a escondidas, no se tiene evidencias al respecto.

El hecho de ser madre soltera, casos que no son ajenos en la realidad peruana, se dice que cada 10 mujeres embarazadas tres se quedan como madres solteras (INEI, 2017). Tal efecto se podría pensar de la madre de Flor *¿por qué tiene otro marido?*, y desde luego un padrastro para Flor.

Por otro lado, en los establecimientos de salud, el tema de la calidad de atención es la otra cara de la moneda, muchos profesionales, no solo obstetras tienen un trato hostil para con los pacientes, la deshumanización del sistema de salud, el no reconocer en ellos la dignidad de la persona, hace que se agreda los derechos humanos. Podemos observar que en este caso la gestante mostro su incomodidad por el trato de los profesionales de salud del establecimiento de salud además de eso, regreso repetidamente a la emergencia porque el personal de salud que le atendía no solucionaba su malestar, solo cuando llego en muy mal estado, se tomaron las acciones pertinentes.

No obstante, el poco tejido social es otro de los aspectos sociales que repercute en este caso, no hay registro de las amistades de la occisa, no obstante se puede deducir que los vecinos pueden constituir un tejido de

relaciones sociales de Flor y las colegas del mercado. Pero la información de los padres sobre personas cercanas a la occisa fue muy pobre, solo se muestra que fue una mujer trabajadora, que vende en el mercado. Por tanto, es de pensar que la tendencia a las relaciones sociales no son muy sólidos entre sí, cada miembro de la familia, si bien es cierto los hermanos de Flor son aún menores que ella, ninguno muestra independencia, todos viven bajo el mismo techo de la madre.

**Caso 2:** Yanina, Una obstetra le receto una pastilla.

**Yanina**, Mujer de 24 años de edad, muere el 28 de setiembre del 2017 en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, distrito de Puente Piedra, Lima norte

**Causa de muerte:** Hemopericardio masivo.

**Entrevistados:** 4 personas: padre, madre, hermana y esposo

### **Antes: Situación de la madre**

Yanina nació hace 24 años en uno de los distritos emergentes de Lima norte, con más de 250, 000 habitantes, repartidos en toda su extensión. Estudió con mucha dedicación hasta el grado superior no universitario en su distrito cercano a donde ella vive. Conoció a Manolo, su conviviente y deseaba ansiosamente la llegada de su bebé: *“Nuestro amor se había fortalecido con la noticia de su embarazo, estábamos ilusionados”* (esposo de la occisa, Puente Piedra, 2017).

Se dice que las esperanzas de vida en un ciudadano en el Perú son 80 años; sin embargo cuando se trata de una muerte materna, las esperanzas para un huérfano se reduce, algunas veces no logra ver la luz, puesto que también muere dentro del vientre materno.

Después comunicar a sus padres la decisión de ir a vivir con su compañero, Yanina emprende el camino de la maternidad, ambos trabajaban, hasta que al sexto mes se dedicó a su casa; una ama de casa en espera de su bebé, tejiendo las ropitas y botitas de la bebé, la entretenía todo el día. El ginecólogo le había proyectado la fecha exacta de su parto (28 de octubre de 2017) de acuerdo a la fecha de su última regla (15 de enero del 2017).

A diferencia de Flor, ella vivía en una zona plana urbanizada, en una casa de material noble de un solo piso, ubicada en la jurisdicción de un establecimiento de salud a diez minutos en transporte público, de clase media, era visitada siempre por sus padres y sus hermanas. El soporte emocional es muy rico en sus relaciones sociales, tenía muchas amistades y vecinos que la estimaban.

Para sus controles prenatales decidió atenderse en un establecimiento de salud privado, después de haberse sacado la primera ecografía; gestante única de 13 semanas y 4 días acudió al Policlínico “San Diego” para iniciar sus controles prenatales: *“Pensé que la clínica, por ser una unidad privada la atención sería mucho mejor que en un establecimiento de salud del Estado”* (esposo de Yanina, Puente Piedra, 2017).

Desde abril de 2017 hasta el día de su fallecimiento, Yanina contaba con seis controles prenatales, y durante su atención nunca se le hizo la toma de presión arterial, tampoco fue derivada al nutricionista ni cumplió con las respectivas vacunas: *“Al quinto control prenatal mi señora y yo pudimos escuchar los latidos cardiacos de nuestro bebé”* (esposo de Yanina, Puente Piedra, 2017).

A pesar de no haber recurrido al nutricionista no presentaba anemia durante su gestación y que cada vez que acudían a su control prenatal le hacía saber a la profesional obstetra que Yanina manifestaba constantes cefaleas.

*Para el último control se le informó que aproximadamente tenía un mes con hinchazón de las piernas, se habló con la profesional que estaba controlando su embarazo, ella respondió que eso era una manifestación propia de su estado. (Madre de Yanina, Puente Piedra, 2017).*

### **Proceso de Crisis**

El día 27 de setiembre del 2017 al medio día se dirigieron (los padres, la hermana y el esposo; y Yanina) al Policlínico “San Diego”, pero antes de ello, Yanina se sacó una ecografía obstétrica, puesto que el 28 tenía programado su séptimo control prenatal *“Era una mujer precavida, muy responsable”*. Según el relato de la madre, refirió que una vez en el consultorio la profesional de obstetricia que venía realizando los anteriores controles prenatales solo la hizo recostar en la camilla palpándole la zona baja del vientre y luego hizo que se sentara para proceder con el examen físico que fue puño percusión lumbar a ello se atribuyó también un examen de orina. Se le diagnostica una fuerte Infección de las vías urinarias, recetándole Gentamicina, la misma que se le administró vía intramuscular:

*“Además de ese fármaco, le recetó unas medicinas en tabletas, nos retiramos de la clínica, mi hija esa tarde se sintió más tranquila, pero en la noche, como las 9: 00 pm tomo vía oral el dolipran forte.” (Madre de Yanina, Puente Piedra, 2017).*

Al siguiente día, 28 de setiembre 2017, a las 06:00 am; de acuerdo al relato de la madre, ella se dirigió al dormitorio de Yanina, ésta se hallaba descansando, luego se retiró al trabajo dejándola bajo la supervisión de una de sus hermanas *“Mi otra mejor hija”*. Siendo las 8:00 am, Yanina fue a los servicios higiénicos, al regresar a su habitación manifestaba cierta dificultad para respirar, pidió a su hermana que abra la ventana *“Siento que me falta el aire, por favor abre la ventana”*. No habría pasado ni 2 minutos, Yanina empezó a entumecerse y a convulsionar. Alarmada por el acto, la hermana

llamó a sus padres y al cuñado, luego los vecinos le dieron los primeros auxilios; de inmediato la llevaron al Hospital Lan Franco La Hoz. Ingresó por emergencia, luego de unos minutos se les informó que Yanina había fallecido y también la bebe que llevaba en su vientre.

### **Después de la muerte**

La reacción frente a la muerte es muy diversa, algunas personas pierden el control de sí mismas, otras se echan a llorar, es lo más natural; otras personas empiezan a vociferar y buscar causantes; otras simplemente guardan su dolor en su interior. Los aspectos culturales son múltiples, depende mucho de la formación cultural que se haya tenido. No obstante, el esposo presentó un cuadro de depresión, tuvo que ser asistido por un psicólogo en los meses siguientes.

### **Criterio de análisis:**

Es interesante analizar este caso porque pone en discusión las estrategias de redes sociales sólidas. En efecto existe una economía emocional sólida, que ha permitido no solo la participación de los padres, también se ha evidenciado el acompañamiento del esposo en todo momento; caso raro en la sociedad peruana; a pesar que los especialistas del Ministerio de Salud (Minsa), aconsejan que los esposos deben acompañar a sus esposas en la etapa de gestación. Sin lugar a dudas, la colaboración de los vecinos es otro aspecto que corrobora el tejido de redes entre las mujeres.

De acuerdo a un estudio de Anderson (2011):

Las mujeres se organizan de acuerdo a los roles que toma; si es madre su rol será de la crianza y bienestar de los hijos, si está a cargo de la familia, será quien busque el sostenimiento de la misma; si se trata de “cuidados” las actividades están en la medida de la producción de bienes

y servicios de tipo especiales, por tanto la familia y sus tareas van en función de su responsabilidad natural (p. 42)

No obstante, el rol de la mujer determina claramente el rol de los cuidados dentro de la casa, no es solo la responsabilidad de la maternidad la que está en discusión, va más allá, es la economía emocional, entendida como el soporte emocional, que proporciona a su familia, a su entorno y sobre todo a la sociedad.

El otro aspecto, que se analiza es la participación y el rol que cumple la profesional obstetra, hace las veces de médico, cuando solo pueden atender gestantes que no tiene factores de riesgo. El tratamiento de ITU (infección de tracto urinario) de una gestante debe ser dado por un médico. En parte, es negligencia de los empresarios, dueños de la clínica de contratar a un personal que se atribuye roles que no le competen.

A pesar del grado cultural de la familia, la preferencia de la asistencia de una clínica particular *“pensando que sería lo mejor”* no fue lo esperado; un pésimo servicio de atención y la desidia profesional, truncaron a Yanina de la maternidad. Murió la madre y en efecto murió el feto.

El sistema segmentado de salud en el Perú, clasifica los servicios sanitarios de acuerdo a los diferentes grupos sociales, una distinción fundamental entre pobres y la población con capacidad de pago (Londoño y Frenk, 1997, p. 14) muchas veces promovido por las empresas prestadoras de salud (seguradoras privadas) en las grandes ciudades genera imaginarios colectivos ambiguos, el trato “personalizado al enfermo” no necesariamente se relaciona con el trato “humanizado que pueda recibir la persona durante su enfermedad”, en efecto la humanización exige otros compromisos que se focalizan en la dignidad humana en todos sus aspectos.

**Caso 3:** María, se trata solo de un paseo.

**María**, mujer de 18 años de edad, muere a las 19:00 del día 14 de febrero de 2017 en la sala de cuidados intensivos del Hospital María Auxiliadora.

**Causa:** Paro cardíaco, respiratorio y encefalopatía aguda irreversible

**Entrevistados:** 1 persona: conviviente.

### **Antes: situación de la madre**

María nació en el distrito de Villa María del Triunfo, a los 16 años empezó a convivir con un joven mayor que ella, en un cuarto alquilado cercano al trabajo de este último. Su vida se repartía entre los quehaceres de la casa y la atención al marido; se embarazó al bordear los 17 años. Oriunda en su trato, pero atenta a sus controles prenatales, se atendió primero en el Centro de salud Virgen de Lourdes de Villa María del Triunfo de su distrito natal. No tenía a nadie más que al marido como apoyo. Las licenciadas del centro de salud la conocían como la más joven de las madres, una mujer que dejaba la adolescencia y caminaba en las esferas de la ciudadanía (mayoría de edad se logra a los 18 años de edad, era una ciudadana con derecho al voto).

Por ese entonces no trabajaba “*le había chocado el embarazo*” el dolor en el en la parte baja del abdomen e hinchazón de los pies le impedían hacer los quehaceres de la casa. Tarde o temprano las complicaciones del embarazo lo llevaban a la depresión; solía estar sola. No se tiene registro alguno si sus familiares la visitaban o en su efecto le brindaban apoyo, excepto una tía lejana. Luego de 4 meses se mudaron al distrito del Rimac; se alquilaron un cuarto más pequeño del que habían tenido

De acuerdo a la historia clínica, el siguiente control prenatal, lo hizo en el establecimiento de salud C.C., su peso dentro de lo establecido, con sus funciones vitales dentro de lo establecido, se supo que la presentación del feto era podálico, sin problemas del cordón umbilical.

Al hacer la visita al domicilio se constató que era una joven familia, una cama, una cocina y una mesa, con un baño compartido con los demás vecinos se turnaban para su uso. Una mañana al ir al baño vio un sangrado vaginal que le había manchado su ropa interior; era una alarma *“me llamó de inmediato, se sentía a morir”*. Fuimos al Centro de Salud, lo observó un doctor y le solicitó análisis, se toman las muestras, además pasó por el servicio de odontología como parte de su atención integral de la gestante.

### **Proceso de crisis**

Un dolor intenso en el vientre y el sangrado vaginal alarmó a su conviviente, quién después de haberlo observado el doctor de turno de ese centro de salud, acuden al Hospital San Bartolomé; ahí la obstetra la examina, , y al ver que el sangrado había parado, decidieron volver a casa. María vuelve al centro de salud para sus dos siguientes controles, el médico tratante le manifestó que todo estaba normal, fue la última atención (27 de enero de 2017).

Una semana después María acompañada de su tía regresó al hospital San Bartolomé, porque le habían comunicado que una semana antes le tenía que haber internado para hacerle una cesárea, puesto que el bebé se encontraba en presentación podálica, y en consecuencia, deberían prepararla. Como se trataba de una gestante, el hospital San Bartolomé la examina y le toma una segunda batería de análisis, además de realizarle un test no estresante, al verificar el SIS de la gestante aparecía que la dirección del DNI no correspondía bajo la jurisdicción dicho hospital; le indicó que no podía quedarse en el hospital por pertenecer a otro distrito.

De inmediato, emprenden la marcha hacia la Maternidad de Lima, se logró atender por emergencia, pero le dan una referencia para el Hospital María

Auxiliadora de San Juan de Miraflores por no tener un lugar disponible, toda una odisea tenerla que trasladar, la transportan en un taxi, la tía iba atrás dándole ánimo y el marido en el asiento del copiloto encomendándose a la Divina providencia.

Llegan al hospital a las 12 am, la aceptan no por los signos de alarma, sino porque la gestación ya está a término, la evalúan y le realizan la cesárea, el marido va a recoger medicamentos en farmacia, mientras tanto María se sentía nerviosa. La cesárea ha salido bien, el bebé nació con el peso y la talla adecuado; pero habido una complicación y que no se mueva de allí.

Aproximadamente a las 7:00 am se le informa a la pareja que le había dado un paro cardiaco, causante de la muerte de María; el marido exigió explicaciones, puesto que su pareja en ningún momento había sufrido de ninguna enfermedad. El hospital no supo responderle, alego que se trató de un paro cardiaca en sala de operaciones que pudo salir pero como consecuencia tuvo una encefalopatía aguda irreversible. El mundo se derrumbó para el esposo.

### **Después de la muerte**

Todo se derrumbó para el conviviente de María, trató que alguien le explicara por qué había muerto su joven pareja. En efecto, las prácticas médicas se sustentan en un lenguaje técnico difícil de descifrar para un familiar, acompañante y cuidador de una gestante.

### **Criterio de Análisis**

Por consiguiente, el punto de partida fue la dirección del DNI de la occisa, puesto que en el sistema sanitario las atenciones no se rigen tanto a la emergencia y/o urgencia de un paciente que necesita ayuda, sino que tiene su estructura jurisdiccional; manda la dirección del domicilio registro en la Reniec, y no en un alquiler u otra parte del territorio nacional.

La deshumanización ha tomado como rehén al personal de salud que labora bajo parámetros establecidos por normativas propias de la institución o del Estado, toman como punto de partida, los tramites documentarios que se da en toda institución que a veces toman una gran cantidad de tiempo mientras el enfermo sufre por la falta de atención, o como paso en el caso de María que fue atendida pero como su no pertenecía a la jurisdicción del hospital es informada que debe irse a otro hospital sin tener en cuenta que el estado físico y mental de la misma. Se puede hacer notar que la burocracia que existe en los establecimientos de salud a veces es primero que los pacientes, pero vivimos en un país radicalmente burocrático la que algunas veces puede costar vidas.

En los centros de salud el enfermo se siente oprimido, donde el mismo se convierte en un eslabón, mientras que los establecimientos de salud en cadena de montaje. Por ende, la persona humana se despoja de su condición humana, de sus sentimientos, de su pudor, de la familia, para tomar posesión de un “caso más”, un número de cama, una operación o en el mejor de los casos en una investigación exitosa para la ciencia médica. (Bueno et al. 2014, p. 12)

En consecuencia, la deshumanización de la medicina, señala varios aspectos: la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización del personal de salud, el insuficiente respeto a la autonomía y capacidad de decisión de los enfermos, la pérdida de humanismo, priorizar el ingreso económico o considerar al paciente como un objeto carente de valores y sentimientos.

María fue una de las tantas víctimas de la deshumanización del sistema de los servicios de salud, lamentablemente por la saturación de pacientes en un hospital de referencia nacional es una realidad que sucede frecuentemente. Pero el traslado a una gestante de un lado hacia el otro por su mismo familiar sin saber que puede pasar durante el trayecto, es desde luego un atentado a la vida misma.

**Caso 4:** Karen, una carrera no basta

**Karen**, muere a los 39 años de edad, el 12 de noviembre del 2015. Estaba gestando a gemelos, casada, madre de dos hijos.

**Causa de muerte:**

Causa probable básica: Preclampsia

Causa intermedia probable: Eclampsia – Hellp

Causa final probable: CID-SHOCK Refractorio

**Entrevistados:** 3 personas: Cónyuge, hermana e hija

**Antes: situación de la madre**

Karen nació en el pueblo de Copa, Cajatambo provincia de Lima, en 1976, migró a Lima junto a sus padres para conquistar la capital. Entusiasmada como cualquier joven de su edad, logró terminar la primaria completa. Aprendió el oficio del padre, un negociante exitoso enamorándose en ese entonces de su futuro esposo dentro de los negocios. Vivió sus últimos 21 años en el distrito de Carabayllo, una madre ejemplar.

Su familia siempre ha permanecido unida, se separó de ella cuando vio al matrimonio como proyecto de vida; dos hijas jóvenes, la mayor terminando la universidad, y la otra con 18 años cumplidos exigía carta de ciudadanía.

Al casarse había experimentado la maternidad muy joven, con dos hijas y un aborto, se le había cauterizado el cuello uterino, a causa de una lesión hace 3 años en la Maternidad de Lima.

Su vivienda se encontraba en la asociación Los Frutales de Carabayllo, justo en la jurisdicción del CMI. EP. LN, a media hora aproximadamente para llegar al Centro de Salud: 20 minutos en transporte público y 10 minutos caminando. La vivienda es del padre, de material noble de un 1 piso y el

segundo a medio terminar, techa de material noble, piso de cemento, cuenta con 7 ambientes, una cocina, tres dormitorios y una tienda comercial.

Desde luego, a diferencia de los casos de Flor y de María, la familia de Karen es de tener, una familia comerciante se incorpora a la dinámica de la clase emergente de la cual argumentó Matos (2012):

El Perú tiene otro rostro, el Estado se ha desbordado, el Otro Perú ha conquistado la ciudad, le ha dado más dinamismo; son las clases emergentes los nuevos residentes. Lima es un caso emblemático, los viejos conos son ahora parte de la gran Lima: Lima Norte, Lima Este y Lima Sur. (p.89)

En efecto, Karen viene de la provincia, ha conquistado la ciudad, fue una emergente; en cierto modo le ha dado otro rostro a la gran ciudad.

Karen fue atendida en el CMI. EP. LN el primer control, luego por iniciativa de la paciente cumple 08 controles prenatales y la cesarea en la clínica EcosSalud donde es atendida regularmente hasta las 35 semanas de gestación como consta en la ficha de atención.

Karen cumplió con las indicaciones realizadas por el personal de salud, acudiendo a los controles que requirió la atención como consta en la historia clínica del centro donde fue atendida, los familiares brindaron información inmediata del caso.

### **Proceso de Crisis**

Cónyuge refirió que el motivo de la visita a la clínica fue por control pre natal, donde le informan que le realizaran cesárea porque los bebés están adecuados para nacer, le indican que demoraran la atención porque paciente presenta hipertensión arterial pero cede con medicación, paciente es intervenida quirúrgicamente aproximadamente a las 20:30 del día 11 de noviembre y sale de sala aprox. 21:20. Según refirió la hija, el día 12 de noviembre desde las 8 am aprox cuando pudieron verla ya en una habitación de la clínica todavía

convaleciente de la intervención quirúrgica, posterior a esto su madre se comunicaba de forma normal aunque se quejaba de algunos dolores pero pensaban que era parte de su recuperación. En el transcurrir de las horas su madre se quejaba aún más, avisaron a la enfermera pero le refirió que era debido a la intervención sin ir a revisarla. Se la veía más agitada pero a las 11:00 am aprox. Su madre refirió dificultad para respirar y de pronto emite un grito de dolor y presento convulsiones, es atendida por personal de la clínica le administran oxígeno, y minutos después le comunican que paciente será trasladada al hospital Sergio Bernales. Esposo refiere que fue trasladada al hospital con vía periférica sin otro medio de apoyo, en taxi, esposo fue en la parte trasera del taxi, paciente durante el traslado no respondía al llamado y emitía espuma por la boca, motivo por el cual el pedía apoyo al médico que iba en la parte delantera del taxi, y no contaba con ningún apoyo de algún otro personal de salud.

### **Después de la muerte**

Obviamente la inexperiencia de los familiares, y no contar con las condiciones necesarias, fue inevitable su deceso. Pero a la vez la falta de evaluación constante en el puerperio inmediato (24 horas después del parto) de parte de los profesionales de salud y la autoconfianza de ellos mismos en que no pasaría nada permitió que esta madre de tres hijos dejara de existir por complicaciones que pudieron ser evitables solamente con una evaluación constante en es tiempo que cualquier complicación puede sobrevenir.

La familia quedo consternada después del fallecimiento pero principalmente su hija que es la que estuvo en todo momento con su madre hasta el último grito de su madre que después de ese momento ya no la volvió a ver con vida. Esa imagen que queda en su mente quedara para siempre en su recuerdo.

## **Criterios de análisis**

Las grandes dificultades cuando se trata de emergencias es el tema de las ambulancias, en el sistema sanitario nacional, las brechas son tan grandes como el mismo país, en modo alguno hay pocas unidades para más de 10 millones de habitantes, otra parte de estas unidades almacenadas en viejos talleres sufren los efectos de la intemperie. Por otra parte, las autorizaciones a clínicas privadas que no cuentan con lo necesario para su funcionamiento o que ofertan servicios que realmente no pueden dar y se realiza a vista de toda la población e incluso del mismo Estado que no le toma la relevancia para la supervisión de estas entidades. Como se dijo anteriormente la brecha de ambulancias es de conocimiento público pero para una empresa privada que cobran para dar una atención supuestamente de calidad la falta de una ambulancia es una falta grave.

Justificaciones siempre las habrá, el tema no son las justificaciones es precisamente la capacidad resolutoria para afrontar este tipo de problemas sociales y logísticos, se necesita de gestores que tomen las cosas en serio, más aún cuando se trata de personas vulnerables a muchos riesgos como lo es la etapa del embarazo.

Se sabe que después de un parto será de manera natural o por una intervención quirúrgica las siguientes 24 horas son muy importantes, es como nosotros en nuestro lenguaje técnico lo llamamos el puerperio inmediato la cual se hace una evaluación constante y permanente porque se sabe que en ese rango de tiempo puede ocurrir cualquier complicación y que puede llevar a la muerte. Pero podemos ver que en este caso cuando la puérpera paso a su habitación fue abandonada por los profesionales de salud, solo estando con su familia que la acompañaba feliz por el nacimiento de un nuevo miembro de la familia, aunque hubieron signos previos de la puérpera fueron pasados por alto por los familiares y los profesionales de salud la cual conllevó al deceso de la puérpera.

**Caso 5:** Katya, marcha tras marcha

**Katya**, mujer de 24 años de edad, 07 de noviembre del 2016.  
Conviviente, con controles prenatales a tiempo, en el distrito de Carabayllo. Muere en el Hospital Cayetano Heredia

**Causa de muerte:** Hemorragia tiroidea, Shock distributivo – CID anafilaxia

**Entrevistados:** madre, hermana.

**Antes: Situación de la madre**

Katya nació en Lima hace 24 años en el distrito de Carabayllo. Se investigó el número de la Historia Clínica y afiliada al SIS, corroborando que la paciente se atendió en el CMI. EP. LN los meses de Mayo a Noviembre en el año 2016. Siendo paciente conocida por el nosocomio pues había sido atendida previamente en el año 2012 terminando su gestación en parto eutócico sin complicaciones. En la Historia clínica del CMI.EP. figuran 09 controles prenatales, 01 atención por resultado de laboratorio y atención por ginecología

La vivienda ubicada en Asoc. Canto Grande en Carabayllo se encuentra entre el límite jurisdiccional del C.S. EP. LN. Es una zona habitada desde hace aprox. 40 años, cuentan con servicios básicos, luz, agua, desagüe.

Del establecimiento de salud se va en moto a unos 20 minutos. La vivienda perteneció a los padres del esposo de la paciente; de material noble de ladrillos de un solo piso, techo de calamina/eternit, contaba con 7 ambientes: una cocina, tres dormitorios, tienda comercial, baño, sala - comedor.

## Proceso de Crisis

El 05 de noviembre Ingresa por emergencia del Centro Materno por presentar dolor tipo contracción uterina, no presentó sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico. Al día siguiente en horas de la madrugada vuelve a ingresar por emergencia por presentar fiebre y dolor intenso a nivel de la pierna derecha; además dificultades para la deambulacion. Fue evaluada por el personal de obstetricia: *“la gestante acudió al consultorio por contracciones uterinas intensas, no podía caminar, solo arrastraba los pies”*. Se le solicita exámenes de laboratorio a la reevaluación de médico de guardia, le prescribe algunos medicamentos le da de alta y regresó a casa, pero los síntomas se incrementaron, regresó una vez más al hospital por emergencia.

De acuerdo a la versión de la madre estuvo con el esposo durante su atención ella refiere no haber tenido contacto con el personal médico directamente, tras lo cual es dada de alta y refiere que un personal de blanco al salir, de contextura baja le comenta que si tenía fiebre debía irse al hospital Sergio Bernales pues en el Materno no se atendía gestante con fiebre sólo paciente sanos.

Refirió además que Katya había sido trasladada a la casa de sus padres, un lugar más cercana al CMI. EP. LN y que ante cualquier emergencia podría tener respuesta inmediata. Durante su estancia estuvo con tratamiento de Paracetamol cada 6 horas. Durante todo el día paciente no presentó fiebre pero su dificultad para la caminar era muy marcada, tal es así que mantuvo reposo en cama durante toda su estancia”.

Katya se encontraba lúcida y comunicativa pero si notó que se encontraba inapetente negaba náuseas y vómitos, no fiebre, por momentos abdomen se contraía pero cesaba esporádicamente y se asociaba con adormecimiento de pierna intenso. Alrededor de las nueve de la noche aparecieron sensaciones de escalofríos muy intensos con bastante fiebre, por lo que deciden ir directamente a emergencia al Hospital Sergio Bernales.

En horas de la noche del día 06 de noviembre, en el Hospital de Sergio Bernales es recibida por personal de emergencia de Obstetricia, le indican que el servicio estaba lleno de pacientes y que ya habían tres gestantes antes que ella por lo cual debía esperar su turno. No es evaluada por personal receptor. Al interrogarla acerca de los síntomas específicos en el momento de su estadía en el Hospital Sergio Bernales refiere fiebre muy Intensa, escalofríos intensos, frialdad de miembros uñas azuladas, dolor intenso en pierna derecha con dificultad para la deambulacion, aun así al no ver respuesta ante su emergencia deciden ir a la Clínica Versalles.

Ingresar por emergencia Obstétrica de la Clínica Versalles donde la evalúa un personal del servicio, le comunican que fiebre es por el parto, y que iba a ser un parto normal para lo cual es ingresada al servicio, en el momento del traslado a sala de partos, se evidencia perdida de líquido meconial, solicitándole una ecografía a fin de evaluar el bienestar fetal. La ecografía encontró que el feto estaba en mal estado, abdomen hinchado y agrandado; en efecto la clínica recomendó que se debía realizar una cesárea, mientras tanto le solicitan al esposo depositar 1,700 soles como anticipo; le extraen muestras de laboratorio.

Sin ninguna explicación le hicieron firmar algunos papeles y mi hija es ingresada a Sala de operaciones. Después de 40 minutos Katya sale caminando con una "señora" de sala de operaciones, madre refiere que era médico, quien les comunicó que los dos corrían peligro que tenían que ir urgente al Hospital Sergio Bernales para atenderse pues en la clínica no podían hacer nada. Los signos y síntomas de la paciente en el momento de su salida de la clínica: Fiebre, Escalofríos intensos, palidez, uñas azuladas, sudoración, dolor abdominal, Dolor intenso en Pierna Derecha, pérdida de Líquido verdoso.

A La 2.00 am del 07 de noviembre llegan a la Clínica Universitaria, es ingresada directamente a emergencia donde la evalúan latidos y le informan que el bebé estaba muerto, que debía ser intervenida por cesárea de

emergencia para poder extraer el feto y que para ello debía hacerse un depósito previo de 2,000 soles pues el SIS no le coberturaba la atención sino que se trasladaran al Hospital, por lo que deciden trasladarse al Hospital Cayetano Heredia buscando atención por SIS pues no contaban con los medios económicos para pagar. Se demoraron 45 minutos para llegar al Hospital Cayetano Heredia, refiere la madre que al llegar le solicitan resultados previos y realizan una ecografía obstétrica, ante lo cual refieren producto se encontraba obitado(muerto) y debían esperar a que dilatara. Katya permanece sentada en una banca larga dentro de la emergencia obstétrica donde estaba a la espera de atención y los familiares (esposo y la madre) al ver que no es atendida comenzaron a presentar sus quejas al personal de Blanco y de Guinda, quienes los retiran arguyendo que estaban obstruyendo la atención de la paciente y de que ella estaba de esa “forma por su responsabilidad por que la ponían nerviosa” siendo retirados de su lado.

A las 4:00 am después de que los retiraron del lado de la paciente, se escuchó un golpe seco intenso, minutos después salió la camilla desde la emergencia con la paciente aún con vida quien le reclamaba a su madre que no la dejara sola, con las extremidades frías, mientras era llevada a otro ambiente, 15 minutos más tarde, el personal del hospital informó al esposo y a la familia el deceso de Katya. Conducen a la familia hacia Katya, ella aun con la frente caliente presentaba multiples equimosis en el pecho y abdomen; refieren que no tenían ninguna vía ni aparataje.

### **Después de la muerte**

La madre lleva un dolor muy profundo que no pudo hacer nada por su hija todavía joven con una vida por delante, llora desconsoladamente buscando respuestas, pero a pesar de su dolor tiene que seguir adelante por sus otras hijas que están vivas.

Su esposo su reacción fue diferente, resentido con el sistema de salud que no pudo salvar a su esposa, la vio sufrir en todo el proceso de agonía. Solo queriendo olvidar todo lo que paso se ahoga en trabajo, para ya no pensar.

Los vecinos de la localidad en donde ella vivía estaban sorprendidos de la muerte de la joven madre, apoyaron a la familia con lo que pudieron.

### **Criterios de Análisis**

La muerte de Katya es otro caso de la deshumanización en el sistema sanitario. Al no tener una buena gestión institucional, atenta siempre de manera directa e indirecta contra la asistencia humanizada del que tanto pregona el MINSA *“Estamos trabajando para mejorar la calidad de atención en estos centros especializados, la alta demanda y la escases de recursos en la oferta no logran cubrir con las coberturas, no solo es un problema de hoy, se viene arrastrando desde muchos años”*. En efecto, en este caso se evidencian ciertos matices como la no atención oportuna en las salas de emergencia, ello por un lado. Katya tuvo que recorrer un EESS, un hospital y dos clínicas para luego morir en un hospital.

La salud comercial, se ha vuelto inhumana, el eslogan “cuánto paga y le diré quién es” viene a ser en si el cliché de las empresas privadas que prestan servicios sanitarios a la población que está en condiciones de pago. Por consiguiente, “no importa el pagar, si se tiene que hacer, se hace todo el esfuerzo, lo que importa es salvarle la vida a una madre” (recordando las palabras del esposo de Katya). La impotencia de hacer todo, y a la vez ver la ineficiencia de los profesionales de la salud, es más que indignante.

No obstante, este caso da luces para analizar que existe inestabilidad del personal y la fragmentación de los servicios de salud. Por otra parte está el tema de los criterios parciales de evaluación de la atención de salud. ¿Quién evalúa a los médicos y/o a los profesionales que hacen las veces de éstos cuando se trata de una muerte materna? la muerte no tiene justificación.

La salud se rige por las leyes del mercado, una tendencia neoliberal desde la perspectiva de Lipovetsky (1986) se puede argumentar que la

sociedad actual disemina los criterios de lo verdadero, es un vector de ampliación del individualismo, anula toda la capacidad resolutive de lo colectivo, destruye los sentidos únicos y los valores superiores de la antigüedad, pone en marcha una cultura personalizada hecha a la medida del mercado (p.11)

Si existiese adecuadas estrategias gerenciales y de la alta dirección, los servicios de salud serían mejor, podría favorecer rasgos humanizados sobre todo en la práctica médico-asistencial, su repercusión tomaría en cuenta la participación del personal en la toma de decisiones de acuerdo a las realidades que se presentan, sobre todo en la defensa no solo del consumidor, sino también en defensa de los mismos trabajadores, respetando sus derechos, fortaleciendo el compromiso hacia la institución.

## **V. Discusión**

En el Perú la mortalidad materna de acuerdo a los especialistas del MINSA ha bajado a 93 casos por cada 100 mil nacidos vivos, proyectando a 66 por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2015. Sin embargo, si se hace un análisis más meticuloso con respecto a las comparaciones con otros países y por años, seguramente el Perú estaría entre los tres primeros países con más casos de toda América Latina. Sigue siendo un problema prioritario de la salud pública por causas relacionadas en su mayoría al embarazo (OMS, 2017). Son las causas en algunos casos evitables, ello indica la máxima expresión de la injusticia social si se hace un estudio comparado dentro de los países con bajos recursos económicos, los que representan sin lugar a dudas las más altas cifras de las muertes maternas, siendo las mujeres las que tienen siempre alto riesgo de morir en su etapa de embarazo, parto o puerperio.

No obstante, los casos que se han seleccionado no son más de los que comúnmente se pueden presentar en cualquier tiempo/espacio. Desde luego la vigilancia epidemiológica de la muerte materna se viene desarrollando en el Perú más de una década, y es conducida por la Dirección General de Epidemiología del MINSA. Es, sin lugar a dudas a través de la investigación epidemiológica que se proporciona información oportuna y continua cuya finalidad ha sido orientar las intervenciones para mejorar la calidad de vida de estas madres.

Ahora bien, de acuerdo al objetivo general: describir los aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de salud de Lima Norte; se ha evidenciado mediante los cinco casos analizados exhaustivamente tomando en consideración cada una de sus peculiaridades; en todos ellos siempre hay un común denominador la desatención oportuna de los profesionales de la salud de los diferentes establecimientos de salud, sean públicos como privados. Al respecto, el estudio concuerda con la propuesta de Valenzuela (2015) que para llevar a cabo el proceso de humanización de los cuidados de enfermería de los servicios de urgencias es necesario un cambio en el paradigma del cuidado hacia un modelo holístico, centrado en el paciente y su familia. Este modelo se basa en los principios y valores humanos que afectan a todos los sujetos

implicados, a los diferentes ámbitos y dimensiones de dicho proceso. Por tanto, como instrumentos para la humanización del cuidado es preciso impulsar las habilidades relacionales, destacando la relación de ayuda y comunicación. Asimismo con la propuesta de Rodríguez y Verdú (2013) que las consecuencias de una muerte materna son de tal dimensión que repercuten durante mucho tiempo, tanto en la familia como en la comunidad misma. Al analizar los hallazgos se encontraron problemas en común como son: el duelo, la supervivencia de los hijos, la reconstitución de los hogares. En efecto, son escasos los trabajos que identifican y cuantifican las consecuencias familiares de una muerte materna y su análisis se restringe a algunos estudios cualitativos, estas producen un impacto negativo en la estructura y dinámica familiar, así como el aumento en la morbi-mortalidad infantil.

Con respecto, al primer objetivo específico describir los aspectos sociales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de salud de Lima norte; se ha tomado en cuenta que los aspectos sociales son muchos, y los efectos que tienen estos en la población es de tal magnitud que muchas personas no lograr recuperarse; un largo proceso de readaptación requiere como mínimo el apoyo emocional tanto para los hijos como para las familias, aunque el esposo y/o conviviente si tiene un rol muy importante, es en cierta manera coparticipe de la gestación, y siempre una muerte de una madre es interrumpir con este proceso natural del hombre a lo largo de los siglos. Bajo esta perspectiva, el estudio de Moscote, Mesa, Girón y Bueno (2014) ponen en el tapete de la discusión el hecho mismo de los impactos generados a partir de esta realidad social, relaciones humanas triviales y al ritmo de la vida, tan acelerados de la modernidad, la misma que conduce al individualismo exacerbado y egoísta (Lipovetsky, 1986) de la sociedad contemporánea.

Luego, se ha considerado el segundo objetivo específico describir los aspectos de la gestión institucional de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de salud de Lima norte; un aspecto que se observó la burocracia en el servicio de salud, las instituciones ponen en primer lugar los trámites documentarios antes que la

atención de una paciente lamentablemente las normativas llevan al personal de salud a ejercer la deshumanización. Por otro lado, se ha logrado ese nexo entre el trabajo de campo que ha hecho la investigadora, objeto principal de este diseño metodológico estudio de casos, con la realidad misma de experimentar en cada indagación la impotencia de los familiares, y sobre todo el sufrimiento interior ante la ineficacia de los servicios de salud, expresados en los relatos, se ha reflejado en un alto grado la necesidad de la gestión en los servicios de salud, en sí la buena gestión pública en los servicios de salud; la dialéctica entre los funcionarios –personal de salud – población beneficiada, y a la vez se puede dar a conocer la realidad . Con ello se concuerda con la propuesta de Oliveros (2015) La humanización de los espacios sanitarios es parte del concepto más amplio de humanización en el ámbito de la salud, al hacer participar a los niños hospitalizados en la percepción de un ambiente más cálido, que los aproxima al recuerdo del hogar. Se enfatiza el rol de la ética y la educación, al respetar el derecho de los niños, y se destacan los valores que deben regir la conducta de los miembros del equipo de salud. Se recomienda luchar contra la medicalización, en el afán de evitar la mercantilización de las enfermedades.

De otro modo, se volvería a la argumentación epistemológica de Bermejo (2013) que la deshumanización arrastra tantas injusticias con el ser humano, como si la ciencia y la técnica no estuviera al servicio mismo del hombre; para ello es necesario humanizar y este término se comprende es el proceso individual y colectivo de hacer digno la condición humana cuanto se vive. Aplicado al ámbito sanitario, el compromiso para humanizar pasa por la política cuando se marcan los modos de protección a las personas, prevenir la dependencia, la exclusión, así como también afrontarla. Pasa por el aspecto jurídico cuando se trata de marcar límites en la protección y defensa de la vulnerabilidad humana. Pasa por el aspecto de las decisiones éticas y del afrontamiento de los conflictos y la modalidad como se resuelven. Humanizar pasa por el estilo asistencial y de desarrollo de los programas y servicios de protección social, por el talante y el modo como se atiende a las personas necesitadas de la profesionalidad de otros.

Por último, no queda más que coincidir con Lozano, Bohórquez y Zambrano (2016), que existen muchos estudios que mostraron que la pérdida inesperada de la madre genera consecuencias emocionales, económicas y de salud en todos los miembros del hogar. Se indicó además que partiendo desde esta problemática, el tema de muertes maternas debe ser abordado de manera integral con el fin de mitigar el impacto que genera la misma en nuestra sociedad.

## **VI. Conclusiones**

**Primera:** Se presenta cinco crónicas de mortalidad materna que ilustran una diversidad de circunstancias que han conducido a la muerte de mujeres en zona urbana marginal de la ciudad de Lima Norte. Así que podemos decir que no solo los factores fisiopatológicos son lo que pueden conllevar a muerte, sino también estos aspectos sociales e institucionales de la deshumanización en el campo de salud. Además que este tema es muy sensible para el personal de salud y mayormente pasa desapercibida.

**Segunda:** Los casos presentados, cada una con una realidad única nos describe los aspectos sociales como la atención no oportuna, la despersonalización del profesional de salud, la autorización a clínicas privadas que con cumplen con los requisitos entre otros. Estos aspectos de la deshumanización que pasa en muchas instituciones públicas y privadas, pero que no le damos la relevancia que debe tener. Pero cada caso nos demuestra la existencia de la deshumanización de nuestros servicios de salud.

**Tercera:** Con respecto a los aspectos institucionales de la deshumanización se encontró la burocracia, las inadecuadas estrategias gerenciales, la mala calidad del servicio de salud, entre otros que conllevo a muertes maternas. Se presenta nuestra realidad en el campo de salud de nuestro país en cada uno de los casos presentados existiendo todavía grandes brechas que tienen que ser resueltas pero que siguen estando en espera a que nuestro Estado pueda darle importancia.

## **VII. Recomendaciones.**

**Primera:** En vista de la presencia de la deshumanización en estos cinco casos relatados, se debería ampliar más investigaciones cualitativas sobre este tema en nuestro país, ya que no se encuentra mucha información disponible.

**Segunda:** La sensibilización a todos los profesionales de salud sobre el tema de la deshumanización que pasa desapercibida en nuestro país y la capacitación sobre la humanización en el campo de salud y relación profesional de salud - paciente en el campo de salud por el área gestión de la calidad de todas las instituciones privadas y públicas.

**Tercera:** Se sabe que ninguna institución de salud pública cumple los criterios necesarios para una atención de calidad, por lo que el Ministerio de salud debería fortalecer al área de gestión de la calidad de las instituciones de salud que están bajo su control.

**Cuarta:** En las universidades públicas y privadas se sugiere incidir más en el curso de bioética, con estudios de caso la cual demostraría al alumno como el sistema puede despersonalizar al profesional de salud, lo cual conlleva a la deshumanización del profesional.

## **VIII. Referencias**

- Anderson, J. (2011) *Políticas públicas y mujeres rurales en el Perú*. En Anderson et al (2011) Seminario Internacional Mujer Rural: Cambios y persistencias en América Latina. Lima: ICCO y EDD, Recuperado de:
- Azevedo Gomes F, Spano Nakano A, Almeida A, y Kanashiro Matuo Y. (2006) *Mortalidad materna en la perspectiva del familiar*. Internet (consultado el 19 de febrero de 2018). Rev Esc Enferm USP 40 (1): 50-56. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a06v40n1.pdf>
- Bermejo, JC (2013) *Humanizar la Salud. Counselling en salud*. Archivos de la Memoria, 10 (1). Internet (consultado el 19 de febrero de 2018). Recuperado de: <http://www.index-f.com/memoria/10/1000.php>
- Boixareu, R. (2008) *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder Editorial.
- Bueno M, Girón M, Mesa C y Moscote D. (2014) *¿Qué favorece la no humanización en nuestro sistema de salud?* Documento de trabajo. Cali: Universidad Católica de Manizales, Valle del Cauca, Colombia.
- Duche, A. (2012) *La antropología de la muerte: autores, enfoques y períodos*. Internet (consultado el 14 de Febrero de 2018). Revista Sociedad y Religión 37 (22): 206-215. Recuperado: <http://www.scielo.org.ar/pdf/syr/v22n37/v22n37a07.pdf>
- Evans-Pritchard, E. (1990) *Ensayos de antropología social*. 3era edición. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Geertz, C. (2003) *La interpretación de la Cultura*. Barcelona: Editorial Gedisa
- Heidegger, M (2009) *El Ser y el Tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Karam M, Bustamante P, Campuzano M, y Camarena A. (2007) *Aspectos sociales de la mortalidad materna: Estudio de caso en el Estado de*

México. Internet (consultado 19 de febrero de 2018). Med. Social 2 (4): 205 - 211. Disponible: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.19.pdf>

Instituto de Estadística e informática (2017) *Indicadores de género*. Internet (consultado el 01 de marzo de 2018). Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>

Levi-Strauss, C. (1988) *Tristes trópicos*. Barcelona: Paidós.

Lipovetsky, G. (1986) *La era del Vacío*, ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Editorial Anagrama

Londoño, J y Frenk, J. (1997) *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de trabajo 353. México: BID. Recuperado de: [http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4826/1/pubwp-353%20\(1\).pdf](http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4826/1/pubwp-353%20(1).pdf)

Lozano-Avendaño L, Bohórquez-Ortiz A y Zambrano-Plata G. (2016) *Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna*. Internet (consultado el 19 de febrero de 2018). Rev. Univ. Salud 18 (2): 364-372. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>

Matos, J. (2012) *Perú Estado desbordado y sociedad nacional emergente*. Lima: URP/IEP.

Ministerio de Salud (2017) *Reporte de las casos de Muerte Materna 2017*. En Centro Nacional de Epidemiología prevención y control de enfermedades. Lima: Minsa.

Ministerio de Salud (2017) Documento Técnico, *Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. Lima: Minsa/ OPS-OMS.

Oliveros-Donohue, M. (2015) Humanización de la pediatría. Internet (consultado el 20 de febrero de 2018). Acta Med Per. 32 (2): 85-90. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n2/a03v32n2.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1997) *Safe motherhood needs assessment, Part VI: Maternal death review guidelines*. En Karam M, Bustamante P, Campuzano M, y Camarena A. (2007) Aspectos sociales de la mortalidad materna: Estudio de caso en el Estado de México. Internet (consultado 19 de febrero de 2018). Med. Social 2 (4): 205 - 211. Disponible: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.19.pdf>

Organización Mundial de la salud (2018) Mortalidad Materna. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Pieron, J. (1986) *Métodos analíticos de investigación de campo*. Barcelona: El Ateneo editorial, España.

Reyes, E. (2007) *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia/Instituto de Estudios Peruano/Salud Global.

Saézn, S. (2009) Consecuencias de la muerte materna en Guatemala. Ciudad de Guatemala: HPI.

Scheper-Hughes, N. (1997) La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Editorial Ariel.

Sontag, S. (1996) La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas. Madrid: Taurus (Pensamiento).

Stake, R (1999) *Investigación con estudio de casos*. 2da edición. Madrid: Editorial Morata.

- Valenzuela Anguita, M. (2015) *¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias?* Tesis doctoral. Internet (consultado el 19 de febrero de 2018): Universidad de Alicante: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis\\_martina\\_valenzuela\\_anguita.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf)
- Flick U.(2004) *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata S.L., Madrid: [file:///C:/Users/USER/Downloads/Introducci n a la investigaci n cualitativa.pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Introducci%20n%20a%20la%20investigaci%20n%20cuali%20tativa.pdf)
- Vasilachis de Gialdino, I (2006) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa Editorial. Barcelona- España: <http://jbposgrado.org/icuali/investigacion%20cualitativa.pdf>
- Simons Hellen (2011) *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Ediciones Morata S.L.

## **IX. Anexos**

## Anexo 1

## Matriz de Categorización (Estudio de casos)

Unidad Temático	Problema de investigación	Objetivos de investigación	Categoría	Sub categoría	Fuente (informante)	Técnica	Instrumento
Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización.	¿Cuáles son los aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en nuestro sistema de salud?	1.Describir los aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en nuestro sistema de salud	Mortalidad materna	Casos epidemiológicos Caso Flor Caso Yanina Caso María Caso Karen Caso Katya	Esposo, madre, padre hermana, hija de los actores	Observación analítica directa e indirecta	Ficha de observación
	¿Cuáles son los aspectos sociales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en nuestro sistema de salud?  ¿Cuáles son los aspectos institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en nuestro sistema de salud?	2. Describir los aspectos sociales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en nuestro sistema de salud	Aspectos sociales	Aspecto Social Cultura Aspecto Educativo Criterios éticos Aspectos económicos Pobreza Seguros de Salud			

		3. Describir los impactos institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en nuestro sistema de salud	Aspectos institucionales	Fragmentación de los servicios sanitarios Calidad de atención Estrategias gerenciales			
--	--	--	--------------------------	---	--	--	--

## **Anexo 2: Artículo Científico**

### **Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los Servicios de Salud de Lima Norte**

M.C. Talía M. Zapata Susanivar. Oficina de Epidemiología de la Dirección de Redes Integradas Lima Norte

#### **Abstrac**

La importancia de la mortalidad materna en nuestro país es vital importancia. El objetivo fue describir los aspectos sociales e institucionales como consecuencia de la deshumanización en los servicios de salud de Lima Norte. Bajo un enfoque cualitativo, con un diseño de estudio de casos, constituidas por 05 casos de muertes maternas, la técnica utilizada es la observación analítica directa e indirecta y como instrumento una ficha de observación. En los resultados evidenciaron que en los 05 casos planteados existe la indiferencia y maltrato hacia el paciente de parte de los trabajadores de salud, la ineficiencia del sistema de referencia y contrareferencia, la burocracia documentaria. Se concluye la importancia de la acción de los servicios de la salud, y en efecto la deshumanización que existe no solo en la atención, sino en el sentido ontológico de la calidad, la misma que se imparte en todos los establecimientos públicos y privados.

#### **Introducción**

La muerte se abre paso para varias interpretaciones socioculturales, más aún si se refiere a la muerte materna. Diversas culturas dan sus aportes conceptuales diversos, pero todas son conscientes que se trata de una realidad natural propia de los seres vivos que se tiene que afrontar. La mortalidad materna es un indicador de la calidad de vida de la población y está asociada al nivel de desarrollo social, cobertura y calidad de los servicios de salud. No obstante, es una tragedia, acarrea un problema social, no solo para la mujer, también para la familia; puesto que priva al hijo/a de la lactancia y del cariño materno, deja la responsabilidad a la pareja y el afrontamiento psicosocial por cuanto significa la ausencia definitiva en el hogar, constituyendo de esta manera la desagregación familiar.

De acuerdo la Organización Mundial de la Salud (1997) (Citado por Karam, Bustamante, Campuzano y Camarena, 2007, p. 206) definió: La muerte de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier

causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Algunas ellas pasando por un establecimiento de salud público o privado han sido víctimas de la deshumanización que existe en nuestros servicios de salud.

En efecto, la deshumanización en los servicios de salud se relaciona estrechamente con el trato mismo de la sociedad, siendo la fuerza (coacción) social la que contribuye a ello. No obstante, el sistema de salud en el Perú, no es ajeno a ese trato; que bajo circunstancias aceptadas como consecuencia de una segmentación sanitaria, poco a poco se va perdiendo el sentido teleológico del hombre.

No cabe duda, que la deshumanización es la nueva tendencia del siglo XXI, en las esferas de los servicios sanitarios, aun cuando el ser humano ocupa su puesto como autor del avance científico. Por lo que nuestra investigación se basará en la descripción de los aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de salud Lima Norte.

### **Materiales y Métodos**

El método logia usada es cualitativa, en tanto se interesa de modo objetivo, de la forma que tiene el mundo al ser experimentado por un individuo. El diseño es estudios de casos, son investigaciones que permiten profundizar los criterios de análisis de un caso concreto. Este estudio ha tomado como muestra 5 casos de muertes maternas, todos ellos provienen de la jurisdicción de Lima norte. Como se indicó, la técnica que se utilizó fue la observación analítica directa e indirecta del fenómeno social y en la abstracción de las causas con la finalidad de encontrar explicaciones de los procesos y/o comportamiento de la población en estudio. La información recopilada en el estudio ha sido confidencial, por lo que fue necesario utilizar otros nombres para identificar los casos. Por otro lado, toda esta gama de información se ha analizado siguiendo los parámetros del programa Atlas ti. versión 7.

### **Resultados**

Se presenta cinco crónicas de mortalidad materna que ilustran una diversidad de circunstancias que han conducido a la muerte de mujeres en zonas urbano marginales de la ciudad de Lima, la mayoría de ellas en establecimientos públicos y privados.

**Caso 1:** Flor, madre soltera.

**Flor**, mujer de 21 años de edad, muere el 29 de junio de 2017 a las 5: 50 pm en la sala de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, Collique distrito de Comas, Lima.

**Causa de la muerte:** Obstrucción traqueal por tumoración maligna de mediastino.

**Entrevistados:** 2 personas: madre biológica y padre político.

**Situación previa**

Flor fue una madre soltera, la pareja que tuvo, la abandonó después de tres meses de embarazo, vivía sola con sus padres, trabajaba para solventar a su familia en un mercado cercano a su barrio "Para no gastar pasaje". De acuerdo a la información, sus padres estaban muy contentos con el nacimiento de su primer nieto: "al comienzo estábamos de cólera, luego, pensándolo, queríamos tenerlo, nació varoncito".

**Proceso de crisis**

El 23 de junio. Flor decidió atenderse por emergencia, el dolor era intenso, tenía problemas al respirar; de inmediato quedó hospitalizada tres días. El 27 de junio regresa por emergencia; le acompañaban sus padres; nebulizándola; presentó cierta mejoría. El día 28 vuelve, le realizaron el mismo procedimiento, no presenta mejoría respecto a su cuadro. El día 29 de junio presenta mucha dificultad para respirar, entró por emergencia, por lo que los médicos decidieron intervenirla quirúrgicamente, el bebé corría peligro; dos horas después comunicaron su fallecimiento.

**Criterio de análisis**

- En efecto existe una economía emocional sólida, que ha permitido no solo la participación de los padres, también se ha evidenciado el acompañamiento del esposo en todo momento; caso raro en la sociedad peruana.
- El otro aspecto, que se analiza es la participación y el rol que cumple la profesional obstetra, hace las veces de médico, cuando solo pueden atender gestantes que no tiene factores de riesgo.
- El sistema segmentado de salud en el Perú, clasifica los servicios sanitarios de acuerdo a los diferentes grupos sociales, una distinción fundamental entre

pobres y la población con capacidad de pago muchas veces promovido por las empresas prestadoras de salud (seguradoras privadas)

**Caso 2:** Yanina, Una obstetra le receto una pastilla.

**Yanina**, Mujer de 24 años de edad, muere el 28 de setiembre del 2017 en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, distrito de Puente Piedra, Lima norte

**Causa de muerte:** Hemopericardio masivo.

**Entrevistados:** 4 personas: padre, madre, hermana y esposo

### Situación previa

Conoció a Manolo, su conviviente y deseaba llegada de su bebé: *“Nuestro amor se había fortalecido con la noticia de su embarazo, estábamos ilusionados”*

Para sus controles prenatales se atendió en un establecimiento de salud privado. *Pensé que la clínica, por ser una unidad privada la atención sería mucho mejor que en un establecimiento de salud del Estado”* (esposo de Yanina, Puente Piedra, 2017).

Informaron sobre algunos síntomas y signos que le aquejaban, pero no lo tomaron en cuenta.

### Proceso de crisis

El día 27 de setiembre: al llegar al Policlínico San Diego, el profesional de salud la evaluó dándole el Dx: Infección Urinaria recetándole un tratamiento.

El día 28 de setiembre: la madre la vio descansando y la dejo con su menor hija. Siendo las 8:00 am, Yanina fue a los servicios higiénicos, al regresar a su habitación manifestaba cierta dificultad para respirar, pidió a su hermana que abra la ventana *“Siento que me falta el aire, por favor abre la ventana”*. No habría pasado ni 2 minutos, Yanina empezó a entumecerse y convulsionar. Ingresó por EMG del hospital, se informó el fallecimiento de Yanina y la bebe.

### Criterio de análisis

- En efecto existe una economía emocional sólida, que ha permitido no solo la participación de los padres, también se ha evidenciado el acompañamiento del esposo en todo momento; caso raro en la sociedad peruana.

- El otro aspecto, que se analiza es la participación y el rol que cumple la profesional obstetra, hace las veces de médico, cuando solo pueden atender gestantes que no tiene factores de riesgo.
- El sistema segmentado de salud en el Perú, clasifica los servicios sanitarios de acuerdo a los diferentes grupos sociales, una distinción fundamental entre pobres y la población con capacidad de pago muchas veces promovido por las empresas prestadoras de salud (seguradoras privadas)

**Caso 3:** María, se trata solo de un paseo.

**María**, mujer de 18 años de edad, muere a las 19:00 del día 14 de febrero de 2017 en la sala de cuidados intensivos del Hospital María Auxiliadora.

**Causa:** Paro cardiaco, respiratorio y encefalopatía aguda irreversible

**Entrevistados:** 1 persona: conviviente.

### Situación previa

María nació en V.M.T, a los 16 años empezó a convivir con un joven mayor que ella, en un cuarto alquilado cercano al trabajo de este último. No trabajaba "*le había chocado el embarazo*" le impedían hacer los quehaceres de la casa. Luego de 4 meses se mudaron al Rímac. Siguió sus controles prenatales. Una mañana al ir al baño vio un sangrado vaginal que le había manchado su ropa interior.

### Proceso de crisis

María acompañada de su tía regresó al hospital San Bartolomé. Una semana antes le para hacerle una cesárea, por presentación podálica. El hospital San Bartolomé la examina y le toma análisis, además de realizarle un test no estresante, al verificar el SIS aparecía que la dirección del DNI no correspondía a su jurisdicción. Emprenden la marcha hacia la Maternidad de Lima, se logró atender por emergencia, pero le dan una referencia para el Hospital María Auxiliadora de S.J.M. por no tener un lugar disponible. La aceptan y la preparan para una cesárea. La cesárea ha salido bien, pero habido una complicación y que no se mueva de allí. Para luego informarle que ha fallecido María.

### Criterio de análisis

- El punto de partida fue la dirección del DNI de la occisa, puesto que en el sistema sanitario las atenciones no se rigen tanto a la emergencia y/o urgencia de un paciente que necesita ayuda, sino que tiene su estructura jurisdiccional; manda la dirección del domicilio registro en la Reniec, y no en un alquiler u otra parte del territorio nacional.
- La deshumanización ha tomado como rehén al personal de salud que labora bajo parámetros establecidos por normativas propias de la institución o del Estado.
- María fue una de las tantas víctimas de la deshumanización del sistema de los servicios de salud, a pesar que hubo dificultades en el sistema de referencias, algo que se pudo suplir, existió la falta de capacidad resolutoria en la atención inmediata lamentablemente por la saturación de pacientes hospitalizados.

### Caso 4: Karen, una carrera no basta

**Karen**, muere a los 39 años de edad, el 12 de noviembre del 2015. Estaba gestando a gemelos, casada, madre de dos hijos.

**Causa de muerte:**

Causa probable básica: Preclampsia

Causa intermedia probable: Eclampsia – Hellp

Causa final probable: CID-SHOCK Refractorio

**Entrevistados:** 3 personas: Cónyuge, hermana e hija

### Situación previa

Migró a Lima junto a sus padres para conquistar la capital. Su familia siempre ha permanecido unida, se separó de ella cuando vio al matrimonio como proyecto de vida; dos hijas jóvenes. Karen fue atendida en el CMI. EP. LN el primer control, luego por iniciativa de la paciente cumple 08 controles prenatales y la cesárea en la clínica EcosSalud.

### Proceso de crisis

Cónyuge refirió que el motivo de la visita a la clínica fue por sus controles prenatales, donde le informan que le realizaran cesárea. El día 12 de noviembre (aprox 8am) cuando pudieron verla ya en una habitación todavía convaleciente de la intervención quirúrgica, posterior a esto su madre hablaba pero de quejaba de algunos dolores pero pensaban que era parte de su recuperación.

Avisaron a la enfermera pero le refirió que era parte de la intervención, se la veía más agitada, su madre refirió dificultad para respirar y de pronto emite un grito de dolor y presento convulsiones, es atendida por personal minutos después le comunican que paciente será trasladada al hospital Sergio Bernales. Esposo refiere que fue trasladada al hospital en un taxi junto con el médico.

### Criterio de análisis

- Las grandes dificultades cuando se trata de emergencias es el tema de las ambulancias, en el sistema sanitario nacional, las brechas son tan grandes como el mismo país.
- Las autorizaciones a clínicas privadas que no cuentan con lo necesario para su funcionamiento o que ofertan servicios que realmente no pueden dar y se realiza a vista de toda la población e incluso del mismo Estado que no le toma la relevancia para la supervisión de estas entidades.
- Se sabe que después de un parto será de manera natural o por una intervención quirúrgica las siguientes 24 horas son muy importantes, es como nosotros en nuestro lenguaje técnico lo llamamos el puerperio inmediato la cual se hace una evaluación constante y permanente porque se sabe que en ese rango de tiempo puede ocurrir cualquier complicación.

### Caso 5: Katya, marcha tras marcha

**Katya**, mujer de 24 años de edad, 07 de noviembre del 2016.

Conviviente, con controles prenatales a tiempo, en el distrito de Carabayllo. Muere en el Hospital Cayetano Heredia

**Causa de muerte:** Hemorragia tiroidea, Shock distributivo – CID anafilaxia

**Entrevistados:** madre, hermana.

### **Situación previa**

Katya nació en Lima hace 24 años en el distrito de Carabayllo. Conocida por el establecimiento de salud pues había sido atendida previamente en el año 2012 terminando su gestación en parto eutócico sin complicaciones. Con 09 controles prenatales, 01 atención por resultado de laboratorio y atención por ginecología

### **Proceso de crisis**

El 05 de noviembre ingresa por emergencia del establecimiento de salud por presentar dolor tipo contracción. El 06 de noviembre regresa por presentar fiebre y dolor intenso a nivel de la pierna derecha, evaluada pero al remitir la fiebre le dan de alta. Estuvo en reposo en cama durante toda su estancia, al incremento de signos y síntomas fueron al hospital Sergio Bernales. Es recibida por el personal, la hacen esperar porque hay tres gestantes antes que ella. Deciden ir a la Clínica Versailles, la evalúan y encuentran al feto en mal estado, deciden entrar a una cesárea pero luego le informa que mejor debería ir al hospital. Van a la Clínica universitaria (07/11) al evaluar al feto le refieren que ha muerto y debe extraído por una cesárea. Como no pueden pagar, van al Hosp. Cayetano, confirman la muerte del feto y esperan que dilate y la hacen esperar, a la insistencia de los familiares los retiran. Posterior la ven salir camino a otra sala todavía viva para luego informarle el fallecimiento.

### **Criterio de análisis**

- En este caso se evidencian ciertos matices como la no atención oportuna en las salas de emergencia, ello por un lado. Katya tuvo que recorrer un EESS, un hospital y dos clínicas para luego morir en un hospital.
- Al no tener una buena gestión institucional, atenta siempre de manera directa e indirecta contra la asistencia humanizada del que tanto pregonan el MINSA.
- La salud comercial, se ha vuelto inhumana, el eslogan “cuánto paga y le diré quién es” viene a ser en sí el cliché de las empresas privadas que prestan servicios sanitarios a la población que está en condiciones de pago.

### **Discusión**

En todos ellos siempre hay un común denominador la desatención oportuna de los profesionales de la salud de los diferentes establecimientos de salud, sean públicos como privados. En efecto, son escasos los trabajos que identifican y cuantifican las consecuencias familiares de una muerte materna y su análisis se restringe a algunos estudios cualitativos, estas producen un impacto negativo en la estructura y dinámica familiar, así como el aumento en la morbi-mortalidad infantil.

Impactos sociales son muchos, y los efectos que tienen estos en la población es de tal magnitud que muchas personas no logran recuperarse; un largo proceso de readaptación requiere como mínimo el apoyo emocional tanto para los hijos como para las familias, aunque el esposo y/o conviviente si tiene un rol muy importante, es en cierta manera copartícipe de la gestación, y siempre una muerte de una madre es interrumpir con este proceso natural del hombre a lo largo de los siglos.

Un aspecto que se observó la burocracia en el servicio de salud, las instituciones ponen en primer lugar los trámites documentarios antes que la atención de una paciente lamentablemente las normativas llevan al personal de salud a ejercer la deshumanización. Por otro lado, se ha logrado ese nexo entre el trabajo de campo que ha hecho la investigadora, objeto principal de este diseño metodológico estudio de casos, con la realidad misma de experimentar en cada indagación la impotencia de los familiares, y sobre todo el sufrimiento interior ante la ineficacia de los servicios de salud, expresados en los relatos, se ha reflejado en un alto grado la necesidad de la gestión en los servicios de salud, en sí la buena gestión pública en los servicios de salud; la dialéctica entre los funcionarios –personal de salud – población beneficiada, y a la vez se puede dar a conocer la realidad.

## Referencias Bibliográficas

- Anderson, J. (2011) *Políticas públicas y mujeres rurales en el Perú*. En Anderson et al (2011) Seminario Internacional Mujer Rural: Cambios y persistencias en América Latina. Lima: ICCO y EDD, Recuperado de: <http://191.98.188.189/Fulltext/14466.pdf>
- Azevedo Gomes F, Spano Nakano A, Almeida A, y Kanashiro Matuo Y. (2006) *Mortalidad materna en la perspectiva del familiar*. Internet (consultado el 19 de febrero de 2018). Rev Esc Enferm USP 40 (1): 50-56. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a06v40n1.pdf>
- Bermejo, JC (2013) *Humanizar la Salud. Counselling en salud*. Archivos de la Memoria, 10 (1). Internet (consultado el 19 de febrero de 2018). Recuperado de: <http://www.index-f.com/memoria/10/1000.php>
- Boixareu, R. (2008) *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder Editorial.
- Bueno M, Girón M, Mesa C y Moscote D. (2014) *¿Qué favorece la no humanización en nuestro sistema de salud?* Documento de trabajo. Cali: Universidad Católica de Manizales, Valle del Cauca, Colombia.
- Duche, A. (2012) *La antropología de la muerte: autores, enfoques y períodos*. Internet (consultado el 14 de Febrero de 2018). Revista Sociedad y Religión 37 (22): 206-215. Recuperado: <http://www.scielo.org.ar/pdf/syr/v22n37/v22n37a07.pdf>

975-18  
Joaquín  
Vestiz



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Visto Bueno  
22-06-2018



**FORMATO DE SOLICITUD**

**SOLICITA:**  
Visto bueno de  
empastado de tesis

**ESCUELA DE POSGRADO**

Talia Minerva Zapata Susantivar con DNI N° 70376226  
*(Nombres y apellidos del solicitante)* *(Número de DNI)*  
domiciliado (a) en Jr. Las Azucenas 4091 - 3ra Etapa Conida - Los Olivos  
*(Calle / Lote / Mz. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)*  
ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2016-II del programa: Maestría en Gestión  
*(Promoción)* *(Nombre del programa)*  
en Servicios de la Salud identificado con el código de matrícula N° 7001059553  
*(Código de alumno)*

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:  
Visto bueno para empastado de tesis

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

Lima 9 de Junio de 2018

*(Firma del solicitante)*

**Documentos que adjunto:**

- a. Tesis anillada corregida
- b. Copia RD de sustentación tesis
- c. Copia de dictamen de sustentación de tesis
- d. Copia de Acta de aprobación de originalidad de tesis y pantalla zo turnti

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:

Teléfonos: 983733545  
Email: f.m.z.s@hotmail.com

ESCUELA DE POSGRADO  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO  
CAMPUS LIMA NORTE  
OFICINA DE INVESTIGACIÓN  
**03 MAYO 2018**  
**RECIBIDO**  
Hora: 11:00 / Firma: *(Firma)*



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)
ZAPATA SUSANIVAR TALIA MINERVA
D.N.I. : 70376276
Domicilio : JR. LAS AZUCENAS 4091 - LOS OLIVOS
Teléfono : Fijo : Móvil : 943733545
E-mail : t.m.e.s@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:
[ ] Tesis de Pregrado
Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :
[ ] Tesis de Posgrado
[ ] Maestría [ ] Doctorado
Grado : MAESTRA
Mención : GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:
ZAPATA SUSANIVAR TALIA MINERVA
Título de la tesis:
ASPECTOS SOCIALES E INSTITUCIONALES DE LA MORTALIDAD MATERNA
COMO CONSECUENCIA DE LA DESHUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE
SALUD LIMA NORTE
Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,
Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [X]
No autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [ ]

Firma : [Signature] Fecha : 10/07/18



# ESCUELA DE POSGRADO

## Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los Servicios de Salud de Lima Norte

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE

Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Talha Minerva Zapata Susenivar

Reservar de calificación

21 %

Seleccionar nuevo ítem de esta lista

Comentarios

1. [Ítem] 8 %

2. [Ítem] 3 %

3. [Ítem] 1 %

4. [Ítem] 1 %

5. [Ítem] 1 %

6. [Ítem] 1 %

**ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS**

Yo, Dr. Vertiz Osos Jacinto Joaquin, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **"Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los Servicios de Salud de Lima Norte"**; de la estudiante Zapata Susanivar, Talia Minerva; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 21% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 15 de marzo de 2018



---

Dr. Vértiz Osos Jacinto Joaquín  
DNI: 16735482