

Editor: Francisco Guerra García

Contribuciones para una visión del desarrollo de Cajamarca

5

Cajamarca: Lineamientos para una política regional de salud

Oscar Ugarte Ubilluz
Enrique Marroquín Osorio



Editor: Francisco Guerra García

Contribuciones para una visión del desarrollo de Cajamarca

5

Cajamarca: Lineamientos para una política regional de salud

Oscar Ugarte Ubilluz
Enrique Marroquín Osorio



© Primera edición: julio 2006
Asociación Los Andes de Cajamarca
Jr. Jequetepeque 776 Urb. El Ingenio
Cajamarca, Perú
www.losandes.org.pe

Contribuciones para una visión del desarrollo de Cajamarca

Editor: *Francisco Guerra García*

Volumen 5

Cajamarca: Lineamientos para una política regional de salud

Oscar Ugarte Ubilluz / Enrique Marroquín Osorio

Corrección: *Luis Cueva Sánchez*

Diagramación e Impresión: *Visual Service*

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° : 2006-5466

Los contenidos de este documento pueden ser reproducidos en su totalidad o en parte en cualquier medio, citando la fuente.

*A los maestros y alumnos del Colegio Nacional
San Ramón de Cajamarca en su 175° Aniversario.*

PRESENTACIÓN

El trabajo que ahora presentamos es parte de un proyecto orientado a contribuir al logro de una visión de desarrollo de la región de Cajamarca.

El proyecto consistió en la realización de diez consultorías sobre temas económicos y sociales a cargo de otros tantos expertos de reconocida solvencia profesional:

- *Cajamarca: El proceso demográfico*
- *Cajamarca: Lineamientos de política de infraestructura económica*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política regional de medio ambiente*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política regional de agricultura*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política regional de salud*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política de desarrollo turístico*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política regional de educación*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política de fortalecimiento institucional*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política de descentralización*
- *Cajamarca: Lineamientos para una política de desarrollo minero*

Antes de su publicación todos los documentos han sido presentados y comentados en conferencias abiertas al público en la ciudad de Cajamarca. Y, al mismo tiempo, han sido discutidos en diez seminarios con distinguidos expertos de la región.

Todas estas conferencias y seminarios fueron posibles gracias al apoyo recibido de un conjunto de instituciones a las que queremos expresar nuestro especial reconocimiento:

- *Gobierno Regional de Cajamarca.*
- *Gobierno Municipal de la Provincia de Cajamarca.*
- *Asociación para el Desarrollo Rural de Cajamarca - ASPADERUC*
- *Instituto para la Conservación y el Desarrollo Sostenible - CUENCAS*
- *Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza – Región Cajamarca*
- *Consejo Participativo Regional de Educación - COPARE*
- *Cámara Regional de Turismo – CARETUR*
- *Comisión Ambiental Regional – CAR Cajamarca*
- *Asociación Los Andes de Cajamarca - ALAC*

Es nuestro propósito que todos estos trabajos, enriquecidos con las críticas y sugerencias recibidas en Cajamarca, puedan ser útiles a quienes están empeñados en el mejoramiento de la calidad de vida de todos los habitantes de nuestra región.

Finalmente, queremos agradecer también a Carlos Santa Cruz, Violeta Vigo y Liliana Vargas Prada porque sin su concurso y el apoyo financiero de ALAC esta tarea no habría sido lograda.

Francisco Guerra García
Director del Proyecto

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	11
II. ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD	13
1. Tendencias de la morbilidad y mortalidad	13
1.1 Elevada mortalidad materna	13
1.2 Alta prevalencia de desnutrición crónica infantil	14
1.3 Elevada mortalidad infantil	17
1.4 Elevada incidencia de enfermedades transmisibles	19
1.4.1 Malaria	19
1.4.2 Bartonelosis	20
1.4.3 Leishmaniasis	22
1.5 Crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas	24
2. Determinantes de la salud en la Región Cajamarca	24
2.1 Entorno socioeconómico	24
2.1.1 Modelo productivo y empleo	24
2.1.2 Pobreza y pobreza extrema	26
2.1.3 Índice de Desarrollo Humano	27
2.1.4 Educación	28
2.1.5 Área de residencia	29
2.1.6 Migraciones	29
2.1.7 Redes sociales y otros actores de la salud	30
2.1.8 Condiciones sociales en el trabajo	31
2.2 Entorno físico y medio ambiente	31
2.2.1 Vivienda y servicios básicos	31
2.2.2 Entorno físico natural	32
2.2.3 Entorno físico resultado de la actividad humana	33
2.3 Hábitos y estilos de vida	37
2.3.1 Hábitos y costumbres de las personas relacionadas con la salud	37
2.3.2 Comportamientos poblacionales que mejoran o crean riesgos a la salud	37
2.3.3 Hábitos de consumo: tabaco, alcohol, drogas	37
2.4 Sistema de salud	37
2.4.1 Organización de los servicios de salud	37
2.4.2 Capacidad resolutiva de los servicios de salud	40
2.4.3 Extensión e intensidad de uso	41
2.4.4 Calidad de atención	43

III. PROCESOS Y TENDENCIAS SOCIO-SANITARIAS REGIONALES	45
3.1 Transición y contratransición epidemiológica	45
3.2 Funciones esenciales en Salud Pública	46
3.3 Aseguramiento	48
3.4 Gestión de los servicios	48
3.5 Comités Locales de Administración de Salud (CLAS)	49
3.6 Modelo de atención integral de salud	50
3.7 Participación ciudadana y derechos en salud	50
IV. PRIORIDADES DE SALUD EN CAJAMARCA	51
4.1 Antecedentes del proceso de priorización en salud	51
4.2 Propuesta de ajuste de la priorización en salud en Cajamarca	52
V. POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PROYECTOS	55
5.1 Reducción de la desnutrición infantil crónica en menores de 5 años, así como de la anemia en niños y gestantes	55
5.2 Reducción de la mortalidad materna, principalmente debida a hemorragias e infecciones	60
5.3 Mejora continua de la calidad de atención	63
5.4 Protección de la salud ambiental reduciendo los factores contaminantes del agua, aire y suelo	65
5.5 Reducción de la incidencia de Malaria, Bartonelosis y Leishmaniasis, en particular en las provincias de Jaén y San Ignacio	68
5.6 Incremento de la participación ciudadana para el ejercicio de los derechos en salud	73
5.7 Aseguramiento universal en salud	76

I. INTRODUCCIÓN

En Cajamarca existe una importante experiencia acumulada de análisis y planeamiento estratégico, tanto en el campo de la salud como en los demás campos del desarrollo económico y social. Particularmente en los últimos años se ha profundizado el planeamiento estratégico participativo, integrando esfuerzos de las autoridades del Gobierno Regional, Gobiernos Locales y representantes de diversas instituciones y organizaciones de la sociedad civil. Ejemplo de ello son el Plan de Desarrollo Regional Concertado 2003-2006, el Plan de Desarrollo Sustentable de la Provincia de Cajamarca, el Plan de Desarrollo Concertado de Cajamarca 2004-2015, el Plan de Competitividad de Cajamarca y los Planes Sectoriales de Salud, Agricultura, Turismo y otros.

Un aspecto importante de este proceso es el necesario enfoque integral de las propuestas sectoriales, superando la visión fragmentada que podría darse si primase un enfoque exclusivamente intrasectorial. En especial en el caso de la salud, que es una resultante de factores tan diversos como el empleo, las condiciones de trabajo, la vivienda, los servicios básicos, la alimentación, las relaciones en el hogar, los hábitos de vida, el medio ambiente y muchos otros, el enfoque de análisis y propuestas debe ser necesariamente intersectorial.

Pero también el análisis y las propuestas sectoriales deben ubicarse en el contexto de la identificación de áreas o espacios socioeconómicos natura-

les de la Región Cajamarca, válidos para todos los sectores, en los cuales se inscriben las 13 provincias y los 127 distritos tal como está siendo incorporado en el planeamiento regional. De la misma forma, dicho análisis debe tomar en cuenta también las interrelaciones naturales con las otras Regiones del Norte y del Oriente del país.

Además, las experiencias de planeamiento regional se inscriben ahora en el contexto del proceso de descentralización que vive el país y por lo tanto de las nuevas funciones que están siendo transferidas desde el Gobierno central a los gobiernos regionales y locales. Específicamente, en el caso del Sector Salud, durante el año 2005, algunas de las funciones que formaron parte del Plan de Transferencia a los gobiernos regionales corresponden a la formulación de políticas regionales y al planeamiento concertado en la Región. El Gobierno Regional de Cajamarca es uno de los que aprobó la acreditación respectiva y está en mejores condiciones para formular sus prioridades y propuestas de políticas regionales en salud para el siguiente período de Gobierno Regional.

Sin embargo, el ejercicio de las funciones descentralizadas en salud y la formulación de las políticas regionales debe inscribirse en el marco de las políticas nacionales definidas por el MINSA, por lo cual las propuestas de la presente consultoría toman en cuenta también esta realidad.

II. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

1. Tendencias de la morbilidad y mortalidad.

1.1 Elevada mortalidad materna

a. Incidencia

De acuerdo con la información oficial¹, la razón de muerte materna en Cajamarca en el año 2004 fue de 204.7 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, por encima del promedio nacional que fue 185 por 100 mil nacidos vivos. Esto se asocia con diversos factores como la situación de pobreza y extrema pobreza, principalmente en zonas rurales; la baja capacidad resolutive de los servicios de salud frente a problemas del embarazo, parto y puerperio; y la poca inversión del Estado para revertir dicha situación hasta el momento.

b. Distribución

Pero la mortalidad materna no es homogénea en todo el Departamento de Cajamarca. Durante el año 2004, de los 127 distritos, en 39 de ellos se ha presentado casos de muerte materna; en 25 de los 39 distritos se registró una muerte materna en cada uno de ellos; en otros 11 distritos se notificaron entre dos y tres muertes; sólo en el distrito de Jaén se registró cuatro muertes maternas; y en los distritos de Cajamarca y Bambamarca se registró el mayor número de muertes, 7 casos en cada uno de ellos.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, aunque la distribución es heterogénea, las muertes maternas se presentaron tanto en la zonas norte, en la zona centro y en la zona sur del Departamento de Cajamarca.

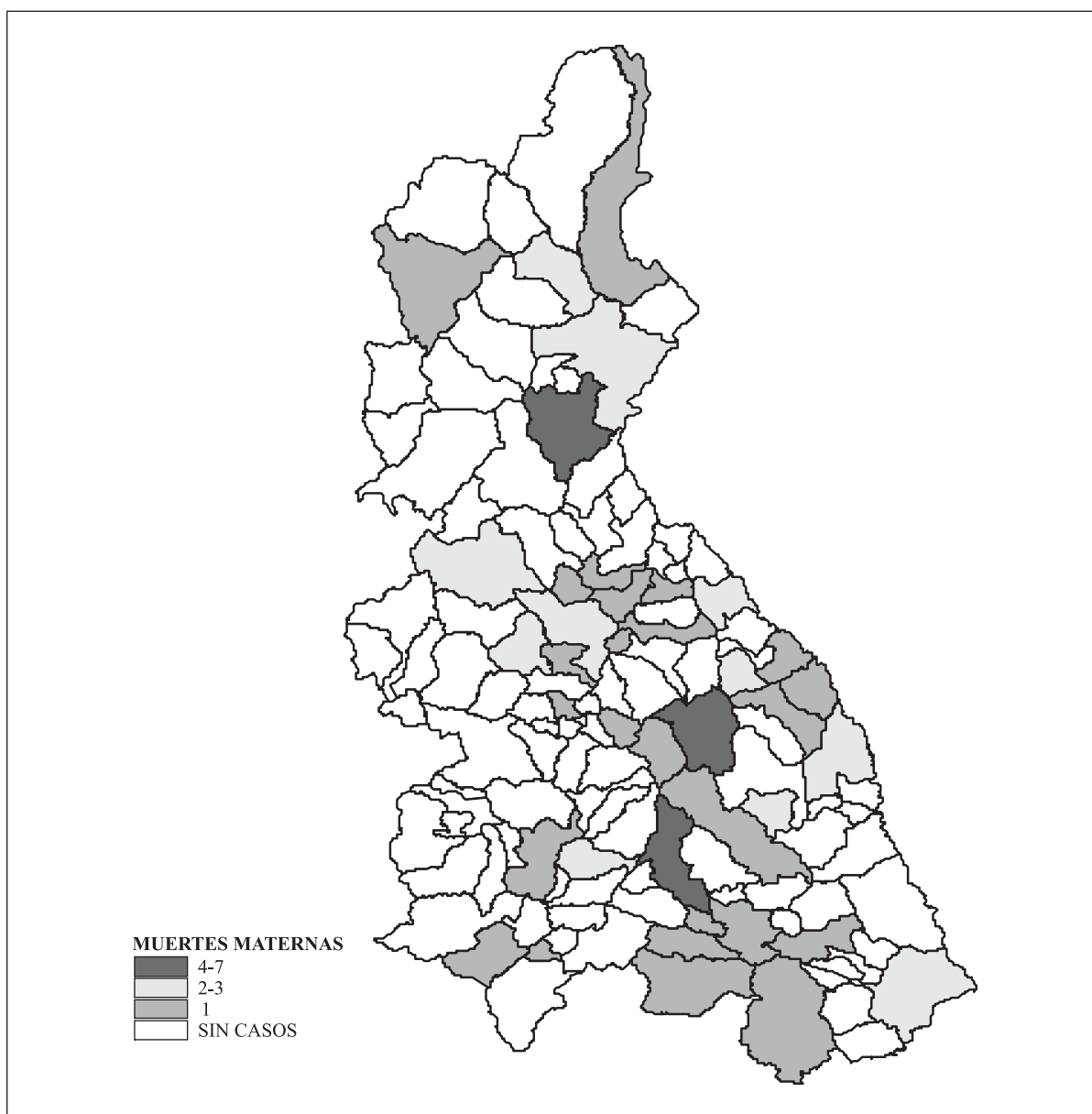
Cuadro 1
Diez primeras causas de muerte en los niños
Cajamarca 2004

CAUSAS	PORCENTAJE
Infecciones respiratorias agudas	16.4
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	11.1
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y BPN	9.2
Sepsis bacteriana del recién nacido	5.8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5.1
Septicemia, excepto neonatal	4.4
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4.2
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	3.0
Enfermedades infecciosas intestinales	2.8
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	2.8
Resto de causas	35.3
TOTAL	100.00

Fuente: ASIS 2004. DIRESA Cajamarca

¹ Análisis de la Situación de Salud 2004 (ASIS 2004), Dirección Regional de Salud de Cajamarca.

Gráfico 1
Distribución de Mortalidad Materna en Cajamarca - 2004



Fuente: ASIS 2004, DIRESA Cajamarca.

c. Factores causales

En el 66% de los casos las causas fueron las hemorragias post parto, en el 24% fue la hipertensión arterial en el tercer trimestre de la gestación y en el 10% la causa fueron las infecciones inmediatamente después del parto². El 80% de las muertes se produjo durante el parto y el puerperio³, lo cual demuestra que estuvieron relacionadas a problemas en la atención de los servicios de salud o en la ausencia de esta atención.

1.2 Alta prevalencia de desnutrición crónica infantil

a. Incidencia

En Cajamarca, el 42.8% de niños menores de 5 años padece desnutrición crónica, largamente por encima del promedio nacional que es 25%. Adicionalmente, el 54% de los niños menores de 5 años tiene anemia⁴. Ambos problemas están aso-

² Políticas Regionales en Salud 2004-2010. Gobierno Regional de Cajamarca.

³ Idem.

⁴ ENDES 2000.

ciados con las condiciones de pobreza total y de pobreza extrema que en el año 2004 comprometerían al 74.2% y 36.9% de la población de la Región respectivamente⁵.

Tanto a nivel nacional como en Cajamarca, la desnutrición es una de las diez primeras causas de mortalidad en menores de 5 años.

La desnutrición crónica infantil representa en Cajamarca uno de los problemas sociales más graves, que se inicia antes de cumplir los 2 años de edad y se expresa posteriormente en retardo en el crecimiento y desarrollo de los niños, con daños irreversibles que afectan su capacidad física e intelectual futuras⁶.

b. Distribución

Este es un daño que se presenta en forma generalizada en el Departamento, aunque la intensidad es diferente de una provincia a otra y entre área urbana y área rural. Como se observa en el Cuadro 2, en el II Censo de Talla de Escolares, en 1999, se encontró una distribución de la desnutrición crónica en niños de 6 años más grave en las zonas rurales de las provincias de Cajabamba, Cajamarca, Celendín, Cu-

tervo, Hualgayoc, San Ignacio y San Pablo. Esta distribución de la desnutrición compromete tanto las zonas del norte, centro y sur del Departamento, en razón de las condiciones de pobreza y extrema pobreza predominantes. Algunas provincias, como Contumazá y Jaén, tienen una prevalencia de desnutrición infantil muy por debajo del promedio departamental, posiblemente por una mayor integración a mercados y corredores económicos dinámicos en la costa y el nor-orientes respectivamente. Pero en otros casos, como la provincia de Cajamarca, se evidencia una marcada desigualdad entre la zona urbana y la zona rural, como expresión del impacto desigual del desarrollo socioeconómico de la provincia.

c. Factores causales

Uno de los principales factores causales de la desnutrición es la incapacidad de las familias para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en la alimentación de los niños menores de 5 años. Por lo general los niños mantienen buen nivel nutricional mientras reciben lactancia materna, que coincide con los primeros 6 meses de vida, pero luego el aporte proteico y calórico de la leche materna no es reemplazado adecuadamente por la alimentación familiar y empieza el proceso de desnutrición.

Cuadro 2
Desnutrición crónica por provincias y área urbana o rural en Cajamarca 1999

PROVINCIA	AREA		
	TOTAL	URBANA	RURAL
1. Cajabamba	56.4	44.3	60.3
2. Cajamarca	45.9	28.0	63.1
3. Celendín	50.3	30.9	55.5
4. Chota	45.3	31.9	48.3
5. Contumazá	35.5	21.5	43.5
6. Cutervo	50.1	33.6	53.7
7. Hualgayoc	55.0	37.0	58.0
8. Jaén	39.3	26.3	46.7
9. San Ignacio	50.2	35.0	52.6
10. San Marcos	45.2	24.1	48.4
11. San Miguel	43.0	34.7	45.2
12. San Pablo	52.6	36.2	56.2
13. Santa Cruz	42.1	30.2	45.1

Fuente: Ministerio de Educación. Elaborado por Instituto Cuánto.

⁵ Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO 2004, INEI.

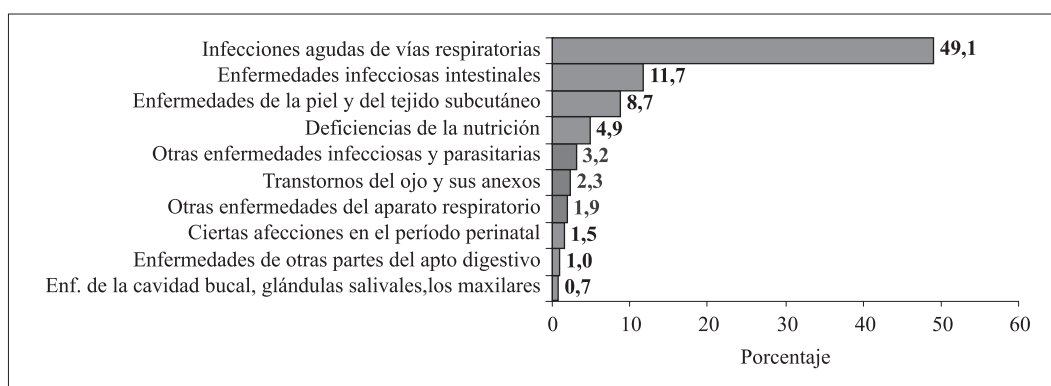
⁶ Políticas Regionales en Salud 2004-2010. Gobierno Regional de Cajamarca.

Un segundo factor condicionante de la desnutrición infantil, muy frecuente en los primeros dos años de vida, son las infecciones diarreicas o respiratorias. Por lo general, durante los días o semanas en que se presentan estos cuadros infecciosos se produce reducción de la ingesta de alimentos y otras alteraciones en la alimentación que rápidamente conducen a pérdida de peso corporal. Cuando estos cuadros afectan repetidamente a un niño, se crea las condiciones para la desnutrición crónica. En Cajamarca el 22% de niños menores de 2 años había presentado un cuadro de enfermedad diarreica aguda o de infección respiratoria aguda en el mes anterior a la ENDES 2000⁷.

Como se observa en el Gráfico 2, más del 60% de las consultas de menores de 1 año se debe a infecciones agudas de vías respiratorias y a enfermedades infecciosas gastrointestinales.

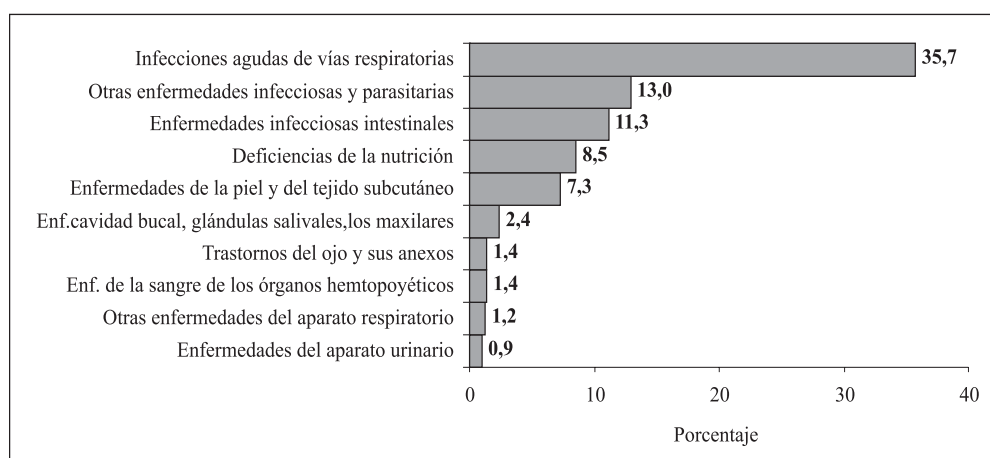
En el caso de los niños de 1 á 4 años, a las infecciones respiratorias y digestivas se les suman en importancia otras infecciones y enfermedades parasitarias. Estos tres tipos de enfermedades, en conjunto, constituyen la causa de más del 60% de las consultas en este grupo de edad, como se observa en el Gráfico 3.

Gráfico 2
Diez primeras causas de morbilidad año 2004
Dirección Regional de Salud Cajamarca
Menores de 1 año



Fuente: ASIS 2004, DIRESA Cajamarca.

Gráfico 3
Diez primeras causas de morbilidad año 2004
Dirección Regional de Salud Cajamarca Niños de 1 - 4 años



Fuente: ASIS 2004, DIRESA Cajamarca.

⁷ ENDES 2000, INEI.

Como está demostrado, las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones parasitarias están directamente asociadas con las condiciones de saneamiento básico de las viviendas y en particular con el limitado acceso al agua segura, que es también un problema sanitario de prioridad en Cajamarca.

Tanto la ingesta insuficiente de alimentos como las enfermedades digestivas y respiratorias son factores que se potencian y llevan a los niños a un círculo vicioso, cuyo resultado es el inicio de la desnutri-

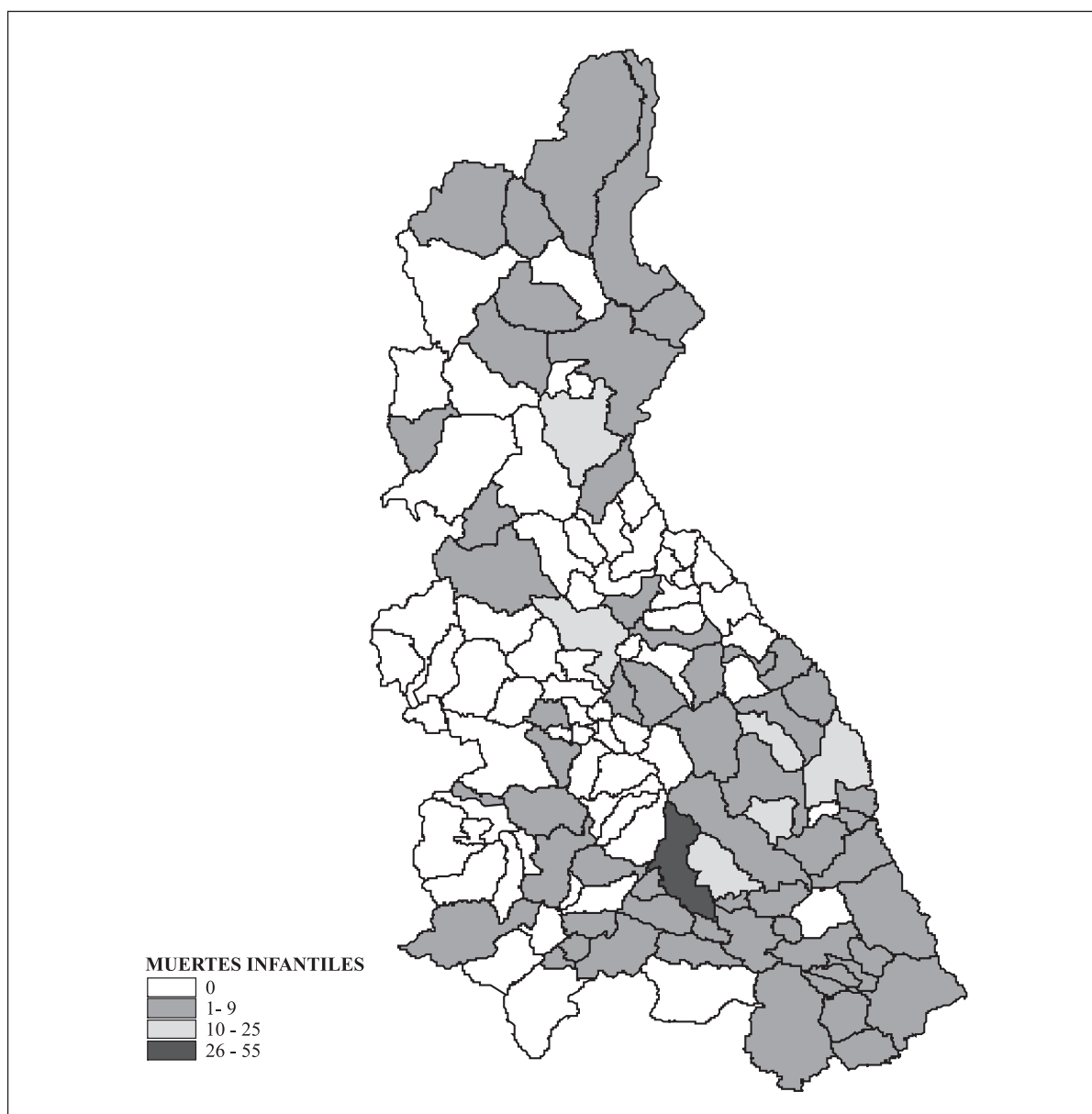
ción crónica antes de que cumplan los 2 años de vida. La persistencia de estos factores conduce inevitablemente a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, que se demuestra en el déficit de talla de los niños en la edad escolar y las dificultades generales de su desarrollo físico e intelectual.

1.3 Elevada mortalidad infantil

a. Incidencia

En Cajamarca la tasa de mortalidad infantil fue de 50.5 por mil nacidos vivos en el año

Gráfico 4
Distribución de mortalidad infantil por distritos
Cajamarca 2000



Fuente: Análisis de Situación de Salud ASIS 2004,
DIRESA Cajamarca

2000⁸, constituyendo el dato oficial más reciente debido a que la ENDES 2004 no ha reportado aún resultados departamentales. Esta tasa supera largamente el promedio nacional. La tasa mencionada para el Departamento se descompone en 25.5 por mil nacidos vivos como mortalidad neonatal (en el primer mes de vida) y 25 por mil nacidos vivos como mortalidad post-neonatal (en los 11 meses restantes), lo cual indica que la mitad de las muertes infantiles se produce antes de los 30 días de nacidos y se relaciona directamente con las condiciones del parto y el tratamiento inmediato posterior. Sin embargo, el promedio de 25.5 como mortalidad neonatal esconde una situación inequitativa entre niños y niñas, pues mientras en el caso de varones la tasa es de 22 por mil nacidos vivos en el caso de mujeres es de 29 por mil nacidos vivas.

b. Distribución

La mortalidad infantil en Cajamarca está distribuida en por lo menos la mitad de los 127 distritos del Departamento. Como se aprecia en el Gráfico 4, en 68 distritos se produjo entre 1 y 9 muertes infantiles durante el año 2000; en 6 distritos hubo entre 10 y 25

muerter; y sólo en el distrito de Cajamarca hubo 55 muertes infantiles.

c. Factores causales

Como se observa en el Cuadro 3, los principales factores causales de la mortalidad infantil en Cajamarca son las infecciones respiratorias agudas, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, retardo del crecimiento fetal, sepsis bacteriana del recién nacido y las malformaciones congénitas. También son causa de muerte infantil otros tipos de infecciones, las deficiencias nutricionales y anemias, otras enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades isquémicas y otras causas.

Los cambios poblacionales mostrados por el Censo 2005 y sus proyecciones al 2010, que indican que la población de 0 a 9 años disminuiría en 23,860 personas, especialmente en la cohorte de 0 a 4 años (-15,550 infantes), deben ser tomados en cuenta para la formulación de políticas y el uso de los servicios de salud y otros. Los niños menores constituirán el 19.8% de la población total en el año 2010, un diez por ciento menor al 22.4% que constituyeron en el año 2005⁹.

Cuadro 3
Diez primeras causas de muertes infantiles
Cajamarca 2004

CAUSAS DE MUERTE	Porcentaje (%)
Infecciones respiratorias agudas	16.2
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	15.5
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta	12.9
Sepsis bacteriana del recién nacido	7.4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6.1
Septicemia, excepto neonatal	3.6
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2.9
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	2.9
Enfermedades infecciosas intestinales	1.6
Enfermedades isquémicas del corazón	1.6
Resto de causas	29.1
TOTAL	100.0

Fuente: Oficina de Estadística. DIRESA Cajamarca.

⁸ ENDES 2000, INEI.

⁹ Aramburu, Carlos Eduardo. Informe de Consultoría sobre Población en Cajamarca, 2006.

1.4 Elevada incidencia de enfermedades transmisibles

1.4.1 Malaria

a. Incidencia

La malaria es una enfermedad endémica en el Perú y en países vecinos como Ecuador, Colombia y Brasil. Está asociada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la Costa Norte, valles interandinos y la Cuenca Amazónica. Durante el año 2004, se presentó 80,332 casos de malaria de los cuales el 81.18% (65,217 casos) correspondió a malaria vivax y el 18.82% (15,115 casos) a malaria falciparum¹⁰. El 75.68% del total de casos correspondió a las zonas de Selva, especialmente el Departamento de Loreto, extendiéndose a la zona norte de Amazonas y Cajamarca .

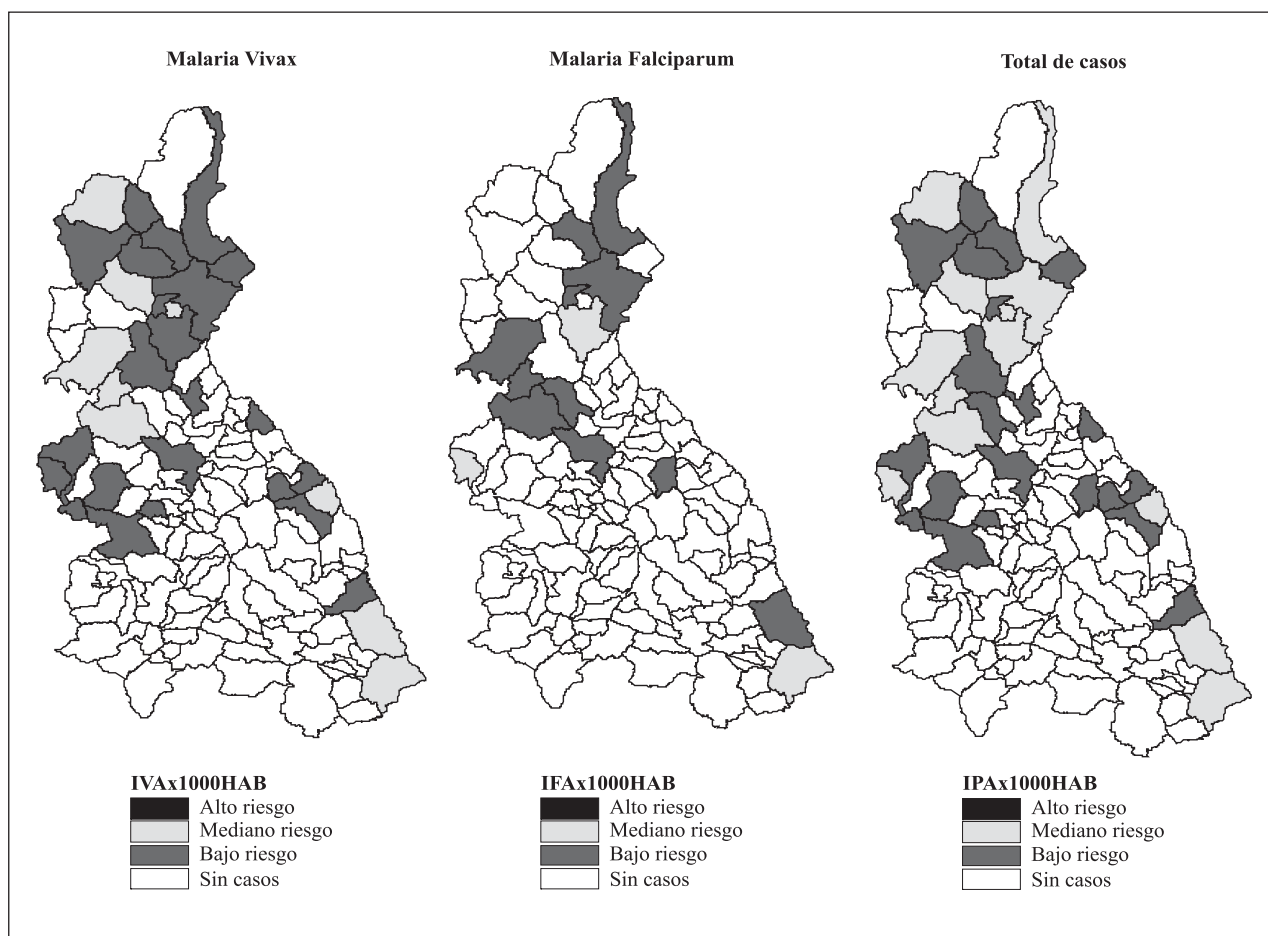
En el mismo año 2004, en el Departamento de Cajamarca se registró un total de 975 casos de malaria, de los que el 66.3% se presentó en la Provincia de Jaén. Del total de casos registrados en el Departamento, el 50.9% (417 casos) corresponde a malaria vivax y el 49.1% (403 casos) a malaria falciparum, cifra superior al promedio nacional.

b. Distribución

Como se observa en el Gráfico 4, las zonas más afectadas son las tropicales y los valles interandinos, con mayor presencia en la parte norte del departamento (Jaén, San Ignacio, Cutervo), aunque también compromete a algunas provincias del centro y en menor medida las provincias del sur.

El 68.3% de los casos de malaria vivax se concentró en siete distritos: el 15.3% de los casos

Gráfico 5
Distribución de los casos de Malaria Vivax y Falciparum
Cajamarca 2004



Fuente: ASIS 2004, DIRESA Cajamarca.

¹⁰ Análisis de la Situación de Salud – ASIS Perú 2004, MINSA.

se presentó en Pomahuaca (Jaén), el 12.5% en Que-rocotillo (Cutervo), el 12.0% en Pucará (Jaén), el 9.6% en el mismo Jaén, el 6.7% en San José del Alto (Jaén), el 6.2% en Sitacocha (Cajabamba) y el 6.0% en el distrito de San Ignacio.

En lo que respecta a la malaria falciparum, el 90.4% de los casos se presentó en dos distritos: 78.2% en el distrito de Jaén y el 12.2% en el distrito de Sitacocha (Cajabamba). El resto de casos se presentó en otros 10 distritos.

c. Factores causales

La malaria es una enfermedad metaxénica; es decir, transmitida a distancia por un vector, el zancudo anófeles, que al picar a una persona enferma extrae sangre contaminada con el germen causal (el plasmodium) y luego al picar a una persona sana le inocular el mencionado germen, propagando así la enfermedad. En el proceso de difusión de la epidemia intervienen diversos factores causales:

- Q La existencia y reproducción del anófeles, favorecido por el crecimiento de «espejos» de agua por las lluvias en zonas tropicales y también por factores agrícolas como la costumbre de sembrar arroz anegando de agua cientos y miles de hectáreas. Está demostrado que en las zonas con escasa precipitación pluvial, si se cultiva el arroz con riego intermitente (sin anegar las tierras de cultivo), se reduce drásticamente la población de anófeles y se reduce la incidencia de malaria¹¹.
- Q La existencia de zonas pantanosas cerca de poblaciones, sin un adecuado tratamiento sanitario, favorece la exposición de las personas a los zancudos transmisores del germen causante de la enfermedad.
- Q Carencia o insuficiencia de servicios básicos de agua y excretas que contribuye a un entorno propicio para el desarrollo y difusión de los vectores de la enfermedad.
- Q La persistencia de hábitos inadecuados en las poblaciones en riesgo que impide adoptar medidas preventivas como la lim-

pieza de los hogares y zonas vecinas, el uso de mallas metálicas en ventanas y puertas domiciliarias, el uso de mosquiteros, el uso de repelentes cuando hay el riesgo inminente de contacto con los vectores de la enfermedad.

- Q Escasa disposición de la población a detectar casos febriles sospechosos de la enfermedad, que permitiría circunscribir los casos y evitar la propagación epidémica.
- Q Recursos sanitarios limitados para la prevención, detección temprana y tratamiento de los casos en las zonas de riesgo.
- Q Migración temporal de miles de trabajadores agrícolas, en función de los ciclos agrícolas de siembra y cosecha, sin la aplicación de medidas adecuadas de protección.

1.4.2 Bartonelosis

a. Incidencia

También conocida como Verruga Peruana o Enfermedad de Carrión, es una enfermedad metaxénica de ubicación preferente en valles interandinos de Perú, Ecuador y Colombia. El germen causal es la *Bartonella bacilliformis* que se transmite principalmente por la picadura del mosquito *Lutzomyia*, conocida comúnmente con diferentes nombres en las diversas zonas del país: «titira», «manta blanca», entre otros. Por lo general, en las zonas rurales el insecto pica a las personas en horas vespertinas.

En nuestro país se han producido diversos brotes en los últimos años en los departamentos de Cusco, Ancash, Piura, Lambayeque y Cajamarca, en zonas entre los 500 y 3,200 metros sobre el nivel del mar. En el año 2003, se registró en el Perú 6,515 casos de bartonelosis, lo cual significó un incremento del 92% con relación al año 2002¹². En el Departamento de Cajamarca se reporta casos desde 1990, con un incremento progresivo hasta el pico más alto en 1997 y un franco descenso en 1998. Sin embargo, a partir de 1999, posiblemente como consecuencia del Fenómeno de El Niño, nuevamente se ha ido incrementando el número de casos. En el año 2004, se

¹¹ Salud y Agricultura Sostenibles: Un Reto del Futuro. Proyecto Vigía, MINSA. 2002.

¹² Análisis de la Situación de Salud – ASIS Perú 2003, MINSA.

presentaron en el Departamento 1,656 casos de bartonelosis, haciendo una tasa de incidencia departamental de 108.0 por cien mil habitantes, muy por encima del promedio nacional. El 70% de los casos afectó a niños entre 1 y 14 años.

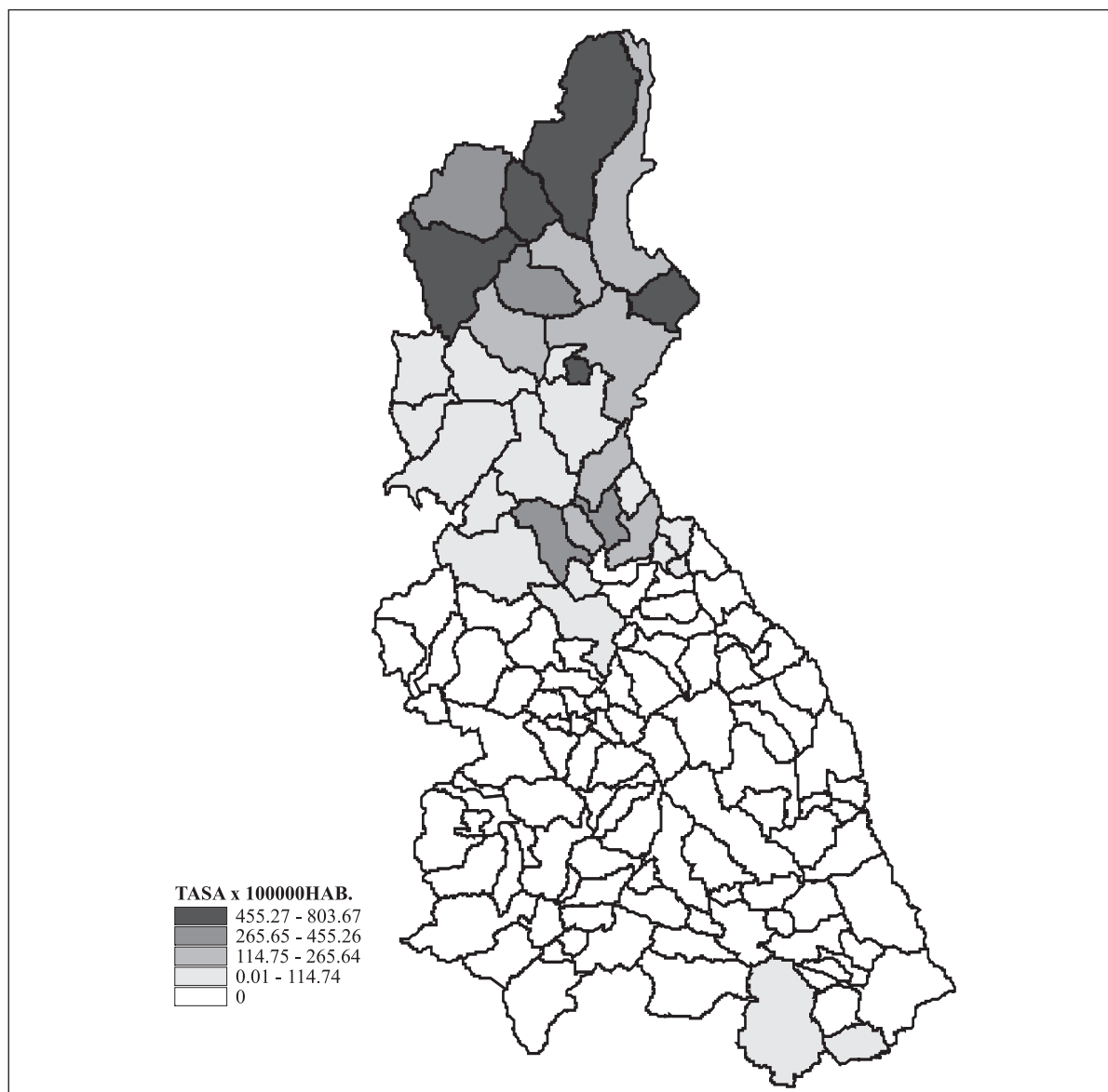
La enfermedad tiene dos fases muy marcadas: la primera denominada «hemática» porque corresponde a la invasión por vía sanguínea a todo el cuerpo; la segunda conocida como «verrucosa» por las lesiones tipo verrugas en diversas zonas de la piel. La primera fase es la más peligrosa porque cursa con fiebres altas, destrucción de glóbulos rojos, anemia aguda y presencia de hemorragias de

diferente grado, que cuando no es tratada adecuadamente tiene alta letalidad. En Cajamarca, el 75% de los casos informados correspondió a la fase «hemática». La tasa de letalidad en el 2004 fue de 3.6 muertes por cada 100 casos de bartonelosis, la más alta desde el año 2000.

b. Distribución

El 80.5% de los casos de bartonelosis en Cajamarca se presentó en las provincias de Jaén y San Ignacio, correspondiendo a San Ignacio el 53.7% y a Jaén el 26.8% del total de casos. Están comprometidos 17 de los 19 distritos que comprenden ambas provincias. En la provincia de Cutervo también se

Gráfico 6
Distribución de casos de Bartonelosis
Cajamarca 2004



Fuente: ASIS 2004, DIRESA Cajamarca.

presentaron casos en casi todos sus distritos, aunque en menor porcentaje que en las provincias del norte del Departamento. En la Provincia de Cajabamba se presentó algunos casos principalmente en los distritos de Cajabamba y Cachachi. En otras provincias no se ha registrado casos de bartonelosis¹³.

En nueve distritos del Departamento de Cajamarca se concentra el 72.7% de todos los casos de bartonelosis, San Ignacio es donde se presentó el mayor número de casos (221), Tabaconas (205), Jaén (180), Chirinos (149), San José de Lourdes (127) y La Coipa (104) distritos que sobrepasan la centena de casos. Con menor número de casos se encuentran los distritos de Santa Rosa (85), Santo Domingo de la Capilla (76) y Callayuc (57 casos)¹⁴.

Como se puede apreciar en el Gráfico 6, la concentración principal de casos de bartonelosis en Cajamarca está en las provincias del norte del Departamento. La mayoría de las provincias del centro y del sur departamental no han sido afectadas por esta epidemia.

c. Factores causales

La bartonelosis es causada por la bacteria bartonella que ingresa al organismo de una persona por la picadura del mosquito lutzomia, luego que este insecto ha picado y absorbido la sangre contaminada de una persona enferma. En general se reconoce como factores causales de esta epidemia los siguientes:

- Q La existencia y reproducción del mosquito lutzomia, que habita en los domicilios y sus inmediaciones, convirtiéndose en propagador de la epidemia cuando toma contacto con una persona o personas enfermas.
- Q La escasa o nula identificación por parte de la población de la «titira» o «manta blanca» como agente transmisor de esta enfermedad. Esto se basa en la convivencia rutinaria de las personas con estos insectos, desde antes que se convierta en agente transmisor.
- Q Falta de información de la población respecto a la sintomatología inicial de la en-

fermedad (fiebre), que permita detectar tempranamente los casos y adoptar las medidas correspondientes.

- Q Recursos sanitarios limitados para la prevención, detección temprana y tratamiento de los casos en las zonas de riesgo.
- Q La población no adopta las medidas de prevención adecuadas.

1.4.3 Leishmaniasis

a. Incidencia

La Leishmaniasis es una enfermedad de alta prevalencia en muchos países tropicales y subtropicales, y en la mayoría de países sudamericanos. Es producido por un parásito microscópico denominado «leishmania» y transmitido por un insecto contaminado del tipo «flebotomus» al momento de picar a una persona sana. Hay dos formas de la enfermedad, una cutánea que produce lesiones en la piel y otra mucocutánea que produce lesiones en las mucosas de nariz y boca. Constituye un problema de salud pública muy serio, tanto por los altos costos que representa como por el impacto psicológico, socio-cultural y económico.

En nuestro país, la mayoría de los casos se notifican en el Cusco, Madre de Dios, Loreto y Huánuco. Durante el año 2003, se registró 6896 casos, siendo el 95.1% de la variedad cutánea, también denominada «uta» en las zonas andinas y el 4.9% de la variedad mucocutánea, también denominada «espundia»¹⁵.

En el Departamento de Cajamarca generalmente se presenta la forma cutánea (uta). En el año 2004, se presentaron 1117 casos, con una tasa de incidencia de 72.9 por 100,000 habitantes, Jaén es el distrito que concentra la mayor cantidad de casos¹⁶. Por lo general, se presenta mayormente en menores de 15 años; posiblemente con mayor exposición en brazos y piernas a la picadura del vector. La forma mucocutánea afecta principalmente a los adultos jóvenes que viajan a trabajar en zonas endémicas de la Selva.

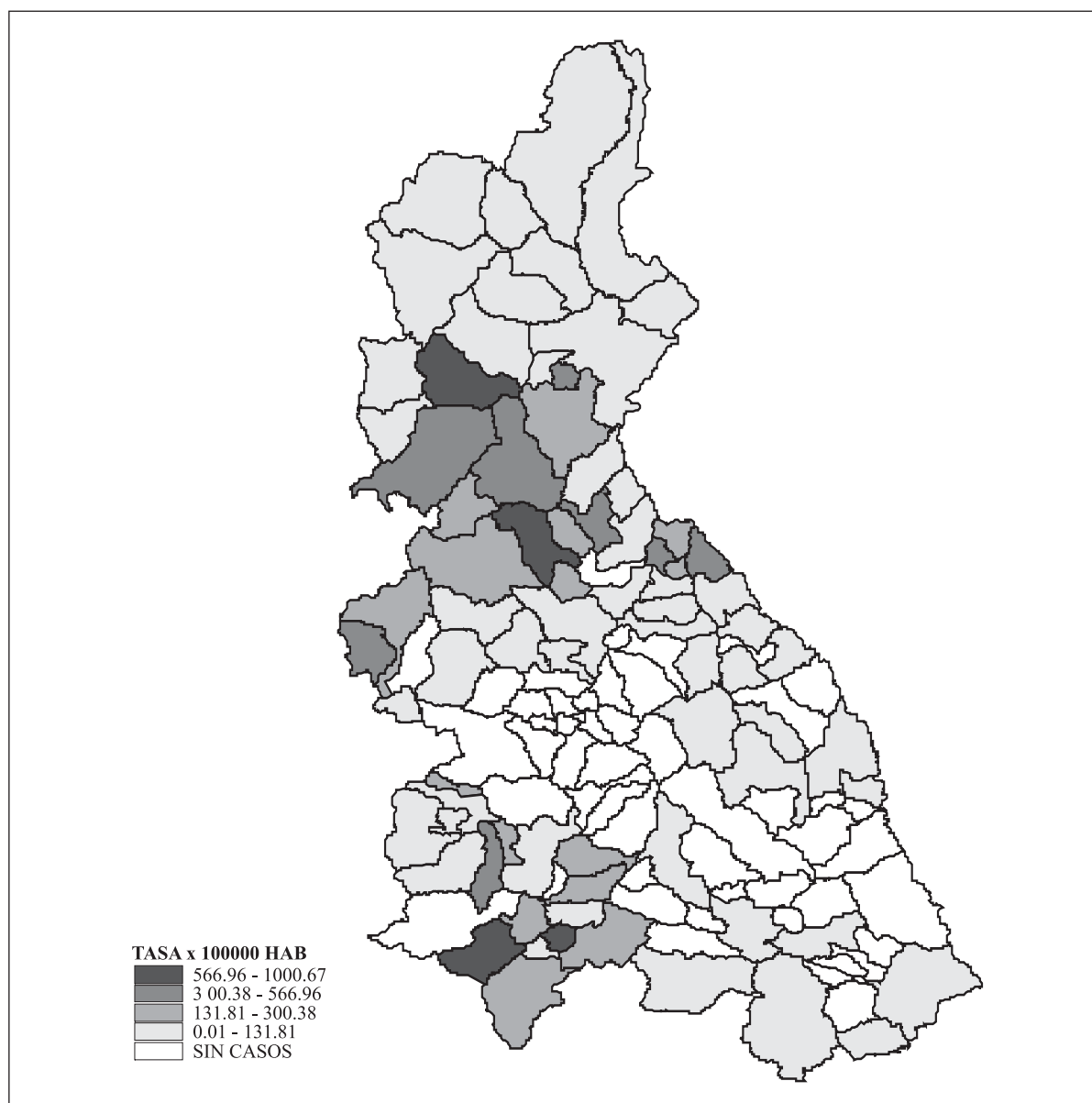
¹³ Análisis de la Situación de Salud – ASIS 2004, DIRESA Cajamarca.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Análisis de Salud – ASIS Perú 2003, MINSU.

¹⁶ Análisis de Salud – ASIS Cajamarca 2004, DIRESA Cajamarca.

Gráfico 7
Distribución de casos de Leishmaniasis
Cajamarca 2004



Fuente: ASIS Cajamarca 2004, DIRESA Cajamarca

b. Distribución

Como se puede observar en el Gráfico 7, las provincias con mayor incidencia de leishmaniasis son Jaén, San Ignacio y Cutervo, aunque también se informa casos en otras provincias del Departamento.

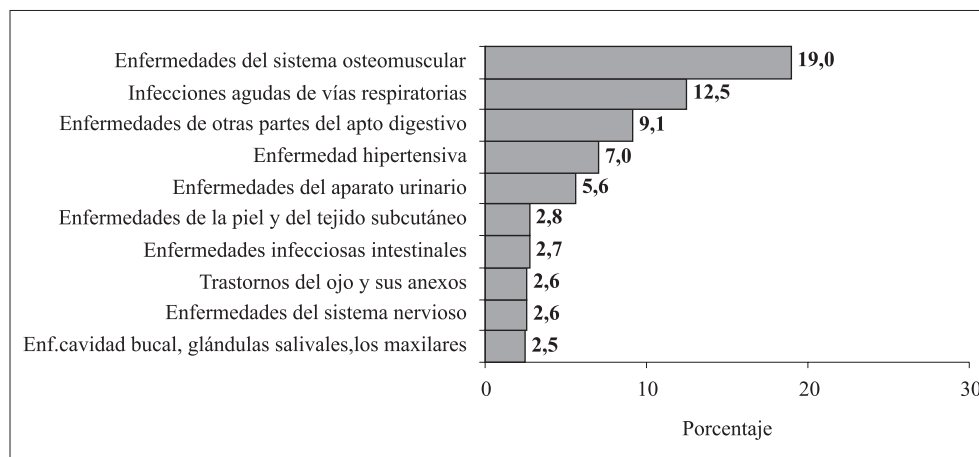
c. Factores causales

Como en otras enfermedades metaxénicas, los factores causales se relacionan con las condiciones de desarrollo del vector, el comportamiento de la pobla-

ción frente al riesgo y la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud:

- La existencia y reproducción del insecto flebotomus, que habita en los valles interandinos y en zonas tropicales o subtropicales.
- El comportamiento de la población en zonas de riesgo que facilita su exposición a las picaduras del vector.

Gráfico 8
Diez primeras causas de morbilidad año 2004
Dirección Regional de Salud Cajamarca
Etapa de Vida Adulto Mayor



Fuente: Análisis de Salud ASIS 2004, DIRESA Cajamarca.

- La poca información respecto a los síntomas iniciales de la enfermedad, para la adopción de medidas de control.
- Los insuficientes recursos sanitarios para la prevención, detección temprana y tratamiento de los casos en las zonas de riesgo.

1.5 Crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas

La ampliación de la expectativa de vida al nacer y el consiguiente crecimiento de la población de la tercera edad (mayor de 65 años) contribuye a la modificación del perfil epidemiológico, con un presencia creciente de enfermedades crónicas y degenerativas como las enfermedades cardíacas, la hipertensión arterial, el cáncer, la diabetes y otras.

En Cajamarca, la principal demanda de atención en personas de la tercera edad es por enfermedades del sistema osteomuscular, infecciones agudas de las vías respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades del aparato digestivo y enfermedades del aparato urinario, entre otras, como se observa en el Gráfico 8.

Se estima que la población mayor de 65 años en Cajamarca se incrementaría en 15,708 personas, entre el año 2005 y el año 2010; esto es, constituyendo más del 7% de la población total. Esto deberá ser tomado en cuenta porque significará una mayor demanda de servi-

cios de salud, particularmente de los sectores más pobres no cubiertos por ningún seguro de salud.

2. Determinantes de la salud en la region Cajamarca.

2.1. Entorno socioeconómico.

2.1.1 Modelo productivo y empleo

El Departamento de Cajamarca tiene una estructura productiva basada en el sector agropecuario y el sector minero, sectores que no permiten generar rápido crecimiento del empleo productivo a niveles similares del crecimiento poblacional; debido a que la minería es una actividad de enclave y la agricultura tiene un carácter tradicional, con baja tecnología y predominancia del minifundio, y carece de diversificación productiva. La industria manufacturera es muy incipiente con un peso relativo poco significativo en la economía.

En el año 2001, el PBI nacional, fue de 120,513 millones de Nuevos Soles. El PBI del Departamento de Cajamarca en ese año se estimó en 3,616'367,000 Nuevos Soles, lo cual significó el 3.0% del PBI nacional. A nivel de grandes actividades económicas, la minería tuvo una participación del 34.7%, la agricultura del 24.5, aunque da trabajo a la mayor parte de la población y se ha mantenido casi estable en el período 1994-2001. Son las dos actividades económicas con mayor representatividad ya que juntas hacen una contribución del 59.1%.

En el año 2003, el rye grass fue el principal producto agrícola que se cosechó con 333,625 T.M., principalmente en las provincias de Cajamarca y San Miguel. La papa ocupó el segundo lugar, llegándose a cosechar en todo el Departamento 184943 T.M. de este tubérculo; Cutervo fue el mayor productor con el 51% de la producción total. El tercer lugar correspondió al arroz, con 81,007 T.M. de arroz en cáscara, principalmente de las provincias de Jaén con el 60% y San Ignacio con el 15%. La caña de azúcar ocupó el cuarto lugar con 80,259 TM, aunque la finalidad no es producir azúcar sino aguardiente, chancaca, alcohol, etc; el 37% se cultiva en Cutervo, el 18% en Cajabamba y el 10% en Chota.

La Región está especializada en ganadería vacuna. En el año 2003, la producción de carne de vacuno y porcino, presentó incrementos de 1.8% y 1.1%, respectivamente con relación al año 2002. Mientras que la producción de carne de ave, cuy y ovino presentó una disminución de 5.9%, 4.1% y 0.8%, respectivamente, en comparación al año anterior.

No obstante, el principal objetivo de la crianza de ganado vacuno en la Región, no es la producción de carne, sino la producción de leche, liderada principalmente por las empresas Incalac, Nestlé y Gloria. En el año 2003, el volumen de producción de leche fue de 208 mil 504 toneladas métricas. Las provincias donde se produce la mayor cantidad de leche en el Departamento de Cajamarca son: Cajamarca que aportó el 33.7%, San Miguel 19.2%, Celdén 11.9%; Chota y Cutervo 7.9%, respectivamente; y Hualgayoc 6.0%.

El Perú es un país de una antigua tradición minera. En Cajamarca, como ya se ha visto, la minería concentra el 35% del valor agregado bruto departamental. El Departamento es el primer productor de oro del Perú y Latinoamérica; por lo que cobra especial importancia dentro de la estrategia del sector minero nacional. En los últimos años la Minera Yanacocha se ha constituido en la mina de oro más importante de América Latina. Adicionalmente a estos metales, la Región cuenta con recursos de antimonio, carbono, fierro, mercurio, molibdeno, plomo, plata, zinc y metales radiactivos, entre otros y recursos no metálicos como sal y piedra caliza.

El Canon Minero, definido como la renta o tributo pagado por una empresa productiva a la Región en la que opera, ha generado ingresos para la Región. En el 2003, Yanacocha ha pagado 140 mi-

llones de Dólares, cifra 2.7 veces mayor a la del 2002. El Ministerio de Economía y Finanzas ha transferido 70 millones de dólares a los Concejos Provinciales y Distritales del Departamento, así como a las universidades públicas de la localidad en las proporciones que indica la ley (Balance Social 2004-Yanacocha).

La Provincia de Cajamarca es la que tiene la mayor asignación por el Canon Minero generado en 2002-2003 (27'807,548 nuevos soles) y que se ha distribuido en el 2004. El Canon Minero constituye un recurso financiero que tiene que ser bien invertido en obras que generen desarrollo regional.

La predominancia de una economía agropecuaria que demanda mano de obra poco calificada y una producción minera con poca demanda de mano de obra, se expresa en una composición de la PEA, en la que el 41.2% es trabajador familiar no remunerado y el 34.5% es trabajador independiente. Es decir, más del 75% de la población económicamente activa depende del auto-empleo o del sector no-público tradicional (minifundios y MYPES de servicios).

Factores determinantes del modelo productivo y el empleo sobre la salud en la Región:

- a. Un alto porcentaje de la población (41.2%), principalmente rural, es trabajador familiar no remunerado; por lo tanto, no tiene una compensación económica adecuada a su participación productiva ni tiene posibilidades de ejercer plenamente sus derechos ciudadanos.
- b. Pese a un crecimiento sostenido de la población urbana, la población rural sigue siendo mayoritaria en Cajamarca (aproximadamente 70%), subsistiendo grandes dificultades de acceso a servicios básicos.
- c. La importancia del cultivo del arroz en forma tradicional en la zona norte del Departamento (Jaén y Bagua), con grandes espejos de agua, contribuye a fortalecer un ecosistema favorable para el desarrollo del zancudo anófeles, transmisor de la malaria.
- d. La actividad productiva predominantemente agrícola es estacionaria, lo cual condiciona empleo temporal y fenómenos migratorios internos en Cajamarca y ha-

cia y desde otras regiones del norte y oriente del país. Esta alta movilidad de grupos humanos favorece la transmisión de enfermedades infecciosas y su elevada prevalencia.

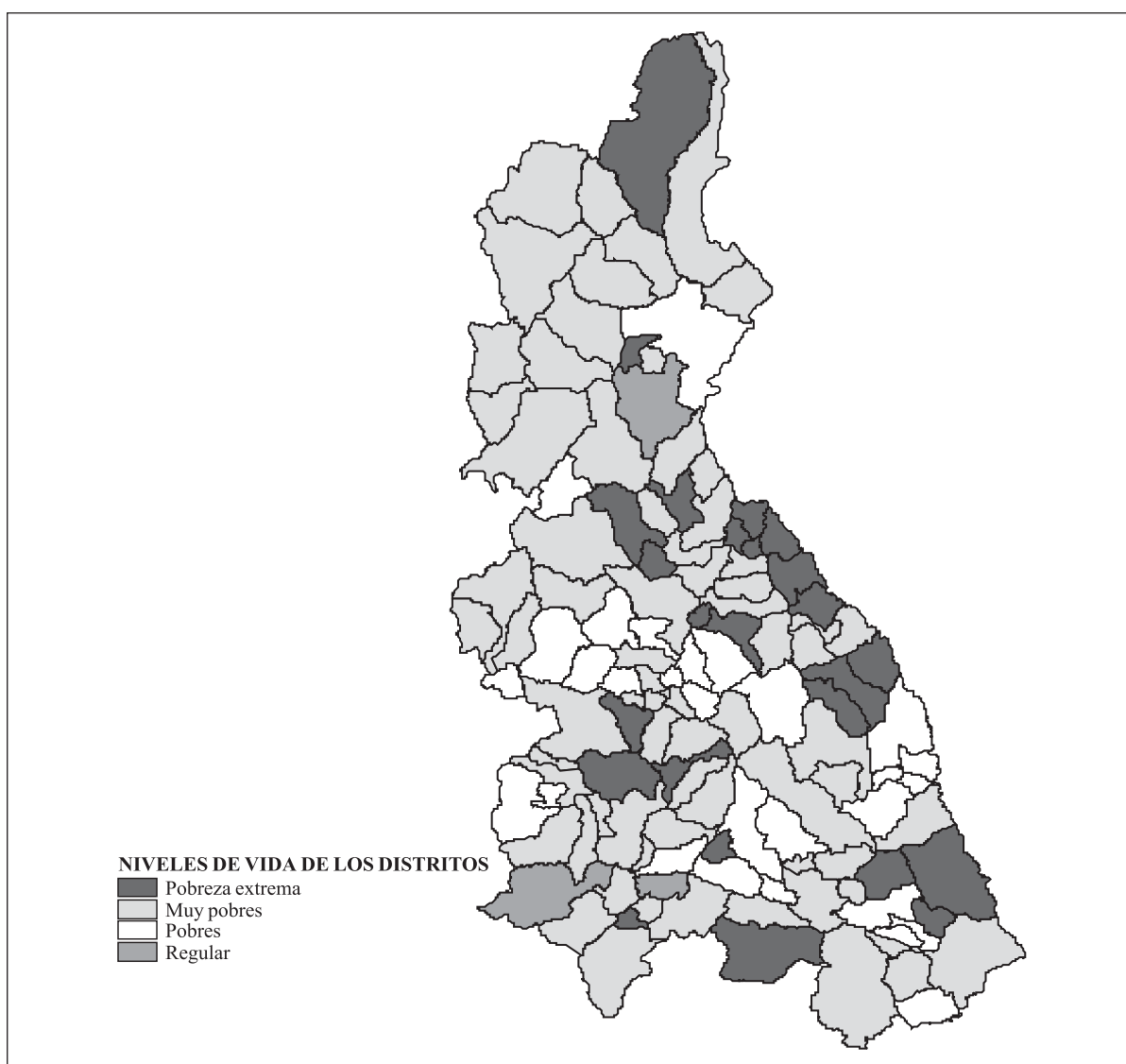
2.1.2 Pobreza y pobreza extrema

Pese a sus potencialidades, Cajamarca es el cuarto departamento más pobre del Perú. De las trece provincias de Cajamarca, en razón del Índice de Pobreza, Cutervo está considerada en extrema pobreza, las provincias de San Ignacio, Cajabamba, San Marcos, San Miguel, Celendín, Santa Cruz, San Pablo y Chota, están consideradas como muy pobres; y Hualgayoc, Jaén, Contumazá y Cajamarca está consideradas como pobres. Ninguna provincia del Departamento tiene un nivel de vida regular y mucho menos aceptable.

El Mapa de Pobreza pone de manifiesto la extrema desigualdad entre los distritos más pobres y menos pobres. En Cajamarca, el 20% de los distritos se encontraron en extrema pobreza, el 56% en la condición de muy pobres, el 22% pobres y solamente el 2% de los distritos se encontraron en un nivel de vida regular. Ningún distrito tiene un nivel de vida aceptable, según este estudio (Ver Gráfico 9). El índice de pobreza absoluta presenta al distrito de Choropampa (Chota) como el más pobre del país, con un nivel de pobreza de 80.4%.

Según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI 2001), en Cajamarca del total de la población, el 61.3% tiene al menos una NBI (34.4% con solamente una NBI y 26.9% con 2 a 5 NBI); es

Gráfico 9
Mapa de la pobreza 2000



decir, que el 38.7% de la población no tiene ninguna necesidad básica satisfecha.

Los diferentes tipos de pobreza que afecta a la población cajamarquina genera exclusión social, económica y política, principalmente a los habitantes de las zonas rurales deprimidas, quienes ven reducido el acceso a las oportunidades de empleo, a los servicios sociales con calidad y no cuentan con canales para hacer efectiva su participación política como ciudadanos; tampoco tienen acceso fluido y continuo a los medios de transporte y comunicación.

Como se observa en el Cuadro 4, el 19.6% (25) de los distritos de Cajamarca está en la condición de pobres extremos, el 55.9% (71) en la condición de muy pobres, 22% (28) en condición de pobres y solamente el 2.5% (3) en una situación regular.

Sin embargo, según datos de las Encuestas Nacionales de Hogares, entre el año 2001 y el 2004 se ha producido una leve disminución de la población en condiciones de pobreza, pasando del 77.6% al 74.2%¹⁷. Pero en la medición de pobreza extrema sí hay una modificación significativa en el mismo período, reduciéndose de 56.4% a 36.9%¹⁸.

2.1.3 Índice de Desarrollo Humano (IDH)

El PNUD introdujo en 1990 el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para reflejar cómo el crecimiento económico se traduce en bienestar humano. Este indicador integra la dimensión de ingreso per cápita con otras dimensiones del desarrollo humano: la calidad y duración de la vida (esperanza de vida al nacer) y el logro educativo de la población de un país estimado, mediante la matrícula y alfabetismo de las personas de 15 o más años.

En el Informe Desarrollo Humano 2002, el Perú clasifica como un país de desarrollo medio alto (IDH: 0.620). El mismo informe, clasifica al Departamento de Cajamarca con un desarrollo humano medio bajo (IDH: 0.495).

El Cuadro 5 muestra que las provincias de Cutervo, Hualgayoc, Celendín, San Marcos y Cajabamba tienen un IDH bajo (0.377-0.479); las provincias San Ignacio, Jaén, Chota, San Miguel, San Pablo y Cajamarca tienen un IDH medio bajo (0.481-0.535) y las provincias Santa Cruz y Contumazá tienen un IDH medio (0.540-0.575). Ninguna provincia alcanza un desarrollo humano medio alto y alto.

Cuadro 4
Número de distritos clasificados por nivel de vida según provincias
Cajamarca 2000.

PROVINCIAS	NIVEL DE VIDA				
	POBRES EXTREMOS	MUY POBRES	POBRES	REGULAR	ACEPTABLE
CAJABAMBA	0	3	1	0	0
CAJAMARCA	2	6	4	0	0
CELENDIN	3	4	5	0	0
CHOTA	5	9	5	0	0
CONTUMAZA	1	5	0	2	0
CUTERVO	6	9	0	0	0
HUALGAYOC	0	1	2	0	0
JAEN	1	8	2	1	0
SAN IGNACIO	1	6	0	0	0
SAN MARCOS	3	1	3	0	0
SAN MIGUEL	2	9	2	0	0
SAN PABLO	0	3	1	0	0
SANTA CRUZ	1	7	3	0	0
TOTAL	25	71	28	3	0

Fuente: FONCODES. Mapa de la Pobreza 2000.

¹⁷ Aramburú, Carlos Eduardo. Informe de Consultoría sobre Población, 2006.

¹⁸ Idem.

Cuadro 5
Índice de Desarrollo Humano e indicadores.
Cajamarca 2000.

INDICADORES DEL INDICE DE DESARROLLO HUMANO						
PROVINCIAS	ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO IDH	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (Años)	TASA DE ALFABETISMO (%)	MATRICULACIÓN SECUNDARIA (%)	LOGRO EDUCATIVO (%)	INGRESO PROMEDIO MENSUAL PER CAPITA (Nuevos soles)
CONTUMAZA	0.556	70.3	88.9	61.1	79.6	214.8
SANTA CRUZ	0.554	68.7	81.3	91.2	84.6	188.6
JAEN	0.527	67.6	82.9	64.0	76.6	204.1
SAN MIGUEL	0.515	68.1	81.6	55.4	72.9	198.3
CAJAMARCA	0.509	65.5	79.3	57.6	72.1	227.5
CHOTA	0.492	68.7	74.1	50.0	66.1	186.8
SAN PABLO	0.481	66.3	77.2	46.2	66.9	187.1
SAN IGNACIO	0.481	65.4	79.9	45.2	68.3	185.8
CUTERVO	0.474	67.1	75.8	41.0	64.2	178.6
CAJABAMBA	0.468	66.9	74.0	34.8	60.9	194.6
SAN MARCOS	0.459	65.3	73.9	35.1	61.0	197.0
CELENDIN	0.458	63.1	75.9	42.0	64.6	193.0
HUALGAYOC	0.454	65.6	67.6	45.8	60.0	185.3
DEPARTAMENTO						
CAJAMARCA	0.495					

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. Perú 2002.

Cuando se estima el IDH para la realidad de Cajamarca, se encuentra evidencias que reflejan, no sólo la heterogeneidad físico-geográfica o diversidad cultural, sino también los resultados de políticas económicas y esquemas sociales que no han reducido las diferencias y que han hecho de la modernidad y el bienestar, beneficios al alcance de algunos, pero no de todos.

2.1.4 Educación.

Como es conocido ampliamente, la incidencia del analfabetismo en los departamentos guarda estrecha relación con la gravedad de la pobreza en la que están sumidos.

De acuerdo con los Censos Nacionales de 1981 y 2005, se ha producido una importante reducción de la población analfabeta en Cajamarca, pasando de 37.22% a 22.22%. Sin embargo, sigue subsistiendo una importante brecha tanto de género, que afecta predominantemente a las mujeres, como entre la población urbana y rural.

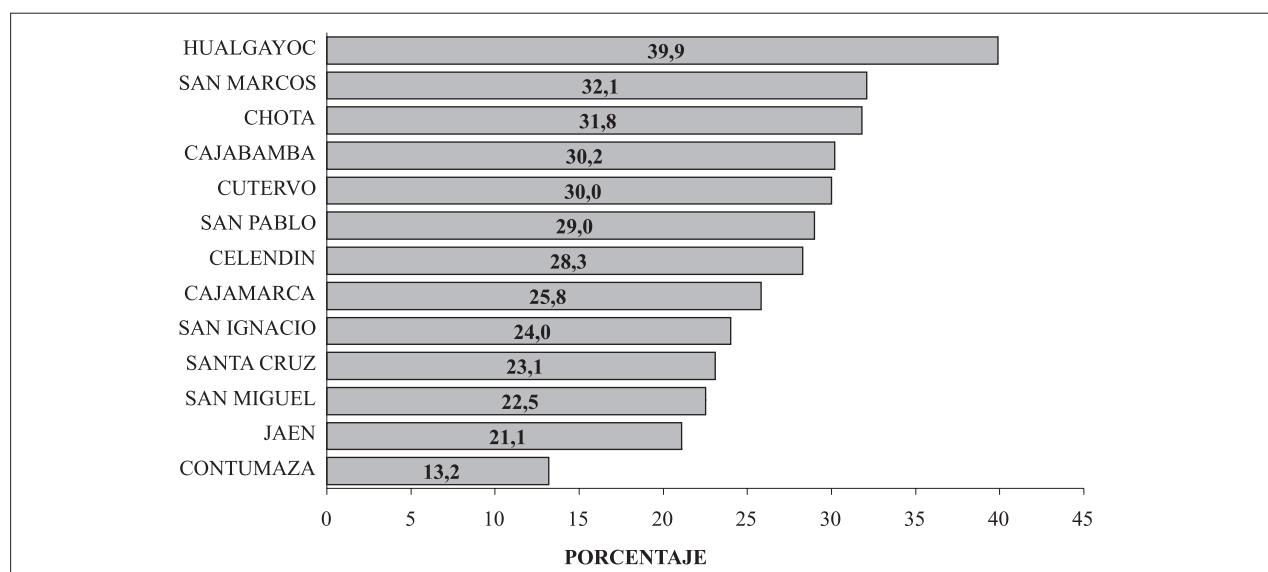
Igualmente se constata diferencias entre provincias. Según el Censo de 1993, siete provincias

(53.8%) tienen tasas de analfabetismo por encima de la tasa promedio departamental: Hualgayoc (39.9%), San Marcos (32.1%), Chota (31.8%), Cajabamba (30.2%), Cutervo (30.0%), San Pablo (29.0%) y Celendín (28.3%); y las demás provincias tienen una tasa de analfabetismo debajo del promedio departamental: Cajamarca (25.8%), San Ignacio (24.0%), Santa Cruz (23.1%), San Miguel (22.5%), Jaén (21.1%) y Contumazá (13.2%).

El nivel de educación es un indicador importante para medir el grado de desarrollo social y económico de la comunidad y de sus miembros. Está comprobado que las mujeres y las parejas mejor educadas tienen mayores probabilidades de planificar su familia y de mejorar el cuidado de la salud de los niños y familia. El analfabetismo limita el desarrollo de capacidades y destrezas indispensables para la inserción laboral en condiciones creativas disminuyendo las oportunidades de acceso al bienestar y la participación social, cultural y política.

La educación también constituye un área privilegiada para compatibilizar competitividad y equi-

Gráfico 10
Tasa de Analfabetismo según Provincias
Cajamarca 1993



dad. Una educación adecuada, pertinente a las necesidades productivas y sociales, incide en la generación de capacidades y destrezas indispensables para la inserción laboral en condiciones creativas y de continuo incremento de la productividad, competitividad y la eficiencia social, ampliando las oportunidades de acceso al bienestar y la participación social, cultural y política.

2.1.5 Área de residencia

Según el Censo Nacional del año 1993, la población urbana del Departamento de Cajamarca representó el 24.7% y se estimó que llegaría a ser el 21.0% en el año 2005. En cambio, la población rural del Departamento representó el 69%, cifra menor a la del Censo del 2005, que fue de 79.0%. A pesar de la pérdida de importancia relativa de la población rural, los pobladores del Departamento de Cajamarca siguen migrando a las zonas urbanas marginales de las principales ciudades.

Según el censo 1993, Cajamarca tiene una gran ruralidad (75.3%). La provincia de San Ignacio es la que tiene mayor población con ruralidad (89.6%), y la provincia de Cajamarca es la que tiene menor ruralidad (55.8%). Sin embargo en los últimos años esta provincia ha visto incrementada la urbanidad por la creciente migración debido a la explotación minera que se realiza en la provincia y en provincias de alrededor. (Ver Cuadro 6).

Cuadro 6
Población Urbana y Rural según Provincias
Cajamarca 1993

PROVINCIAS	Urbana %	Rural %
SAN IGNACIO	10.4	89.6
SAN MIGUEL	11.9	88.1
SAN PABLO	13.1	86.9
CUTERVO	14.4	85.6
SANTA CRUZ	16.7	83.3
SAN MARCOS	17.0	83.0
CHOTA	17.3	82.7
HUALGAYOC	17.9	82.1
CAJABAMBA	21.6	78.4
CELENDIN	21.8	78.2
JAEN	37.2	62.8
CONTUMAZA	39.0	61.0
CAJAMARCA	44.2	55.8
TOTAL	24.7	75.3

Fuente: INEI. Censo de 1993.

2.1.6 Migraciones

Cajamarca es un departamento con importantes movimientos migratorios, principalmente con relación a actividades productivas en el agro, que deben ser tomados en cuenta como factores condicionantes de salud. El principal de ellos es el que se realiza en la parte norte del departamento y que compromete a poblaciones de Piura, Lambayeque, La

Libertad, Cajamarca, Amazonas y San Martín. Según datos del Censo de 1993 el 33% de inmigrantes que recibe Cajamarca provienen de Piura, el 20% de Lambayeque y el 17% de La Libertad.

Estos movimientos migratorios constituyen un factor importante en los siguientes casos:

- q Desplazamiento de vectores transmisores de enfermedades metaxénicas como la malaria, la bartonelosis y la leishmaniasis, como ya ha sido descrito.
- q Desplazamiento de personas infectadas con los gérmenes de las enfermedades metaxénicas mencionadas y otras como la TBC y el VIH/SIDA.

2.1.7 Redes sociales y otros actores de la salud

Las Organizaciones Sociales constituyen el núcleo de la participación social en el desarrollo de la Región Cajamarca. En todo el ámbito existen numerosas organizaciones según la temática de su abordaje, es así que tenemos Colegios Profesionales, Clubes Deportivos, Comité de Productores Agropecuarios, Rondas Campesinas, Clubes de Madres, etc. Sin embargo son las Organizaciones integradas por mujeres las que mayormente realizan acciones orientadas a la búsqueda de mejores condiciones de salud.

La comunidad tiene una forma propia de abordar los problemas de salud, utilizando sus recursos locales, donde juegan un papel importante los agentes comunales de salud. Entre éstos, los curiosos o curanderos, quienes además de sus propios remedios, utilizan productos farmacéuticos sin ningún criterio técnico. Los brujos o hechiceros, que poseen conocimientos legados por sus antecesores, los que consisten en rituales y prácticas que son destinadas para «hacer daño» o «para curar» el mal ocasionado por otros brujos, son celosos de sus conocimientos, revistiéndolos de cierto aire de misterio y desestiman los conocimientos del trabajador de salud, viéndolo con cierta rivalidad.

El promotor de salud conforma parte de las asociaciones de promotores de salud que existen en algunas provincias del Departamento. Los promotores realizan acciones de apoyo a las actividades del personal de salud, no todos se encuentran en activi-

dad, existe un alto grado de deserción debido a la falta de incentivos y de apoyo por parte de la comunidad para el cumplimiento de sus labores productivas y la definición concreta de su labor dentro del presente contexto socioeconómico, lo cual lo lleva, aparte de hacer sus tareas cotidianas para sobrevivir, a realizar los trabajos obligatorios «encargados» por el personal de salud.

La partera capacitada forma parte también de una red social de voluntarios en la atención de la salud, se dedica a la atención de la gestación, parto y puerperio. La atención del parto se realiza mayormente en el domicilio de la gestante la que retribuye los servicios recibidos con dinero o productos agropecuarios; estableciéndose entre la partera y los padres del niño lazos de compadrazgo, que es una forma de manifestar su gratitud hacia ella. Las parteras gozan del reconocimiento y respeto de la comunidad, la mayoría son analfabetas y manifiestan interés por mejorar sus conocimientos para la atención y sobre todo por recibir materiales y medicamentos para evitar infecciones y para el dolor; otras en cambio, se muestran reservadas y ven con desconfianza a los servicios de salud.

Muchas de las parteras capacitadas son parteras tradicionales pertenecientes al Sistema de Medicina Tradicional con que cuenta la comunidad, y muchas de estas parteras han sido captadas por el MINSA como estrategia para mejorar el nivel de atención del embarazo, parto y puerperio; sin embargo, una gran cantidad de parteras tradicionales aún no son captadas y su círculo de atención está dado en ámbito de sus propios familiares y generalmente estas parteras son las abuelas o personas de mayor edad.

Otra forma de abordar los problemas de salud, mayormente en las zonas rurales es utilizando sus recursos locales, donde juegan un papel importante los agentes de la medicina tradicional, entre éstos los curiosos y curanderos, quienes actualmente, además de sus propios remedios en base a plantas medicinales, utilizan productos farmacéuticos sin ningún criterio técnico. Sus tratamientos se basan en conocimientos legados por sus antecesores, los que consisten en rituales y prácticas para hacer daño o para curar el mal ocasionado por otros brujos. Son celosos de sus conocimientos, revistiéndolos de cierto aire de misterio y desestiman los conocimientos del trabajador de salud, viéndolo con cierta rivalidad.

2.1.8 Condiciones sociales en el trabajo.

La salud también es afectada por las exigencias del trabajo. En general, más allá de los riesgos, accidentes y enfermedades ocupacionales propias de cada ocupación y lugar de trabajo, se ha demostrado que las enfermedades cardiovasculares ocurren con más frecuencia entre aquellos con numerosas exigencias de su trabajo, bajos niveles de control en el mismo y bajos niveles de apoyo social en el trabajo (Canadá Health-OPS/OMS:19).

Las condiciones sociales de trabajo y el estrés psicológico son identificados cada vez más como factores de riesgo ocupacional que afecta a trabajadores dependientes, gerentes y prácticamente a casi toda la población laboral, estimándose que causan entre 5 y 10% de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

2.2 Entorno físico y de medio ambiente.

2.2.1 Vivienda y servicios básicos.

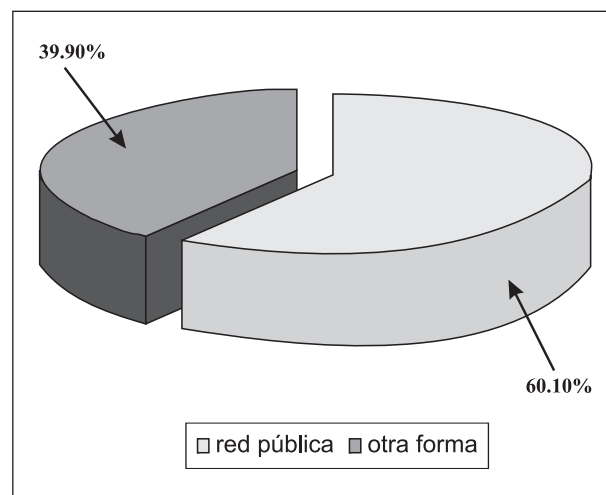
La morbimortalidad de las enfermedades principalmente infecciosas tiene en la última década notable descenso, asociado al acceso a servicios de salud, cambios en el contexto socioeconómico y al mejoramiento de la cobertura de agua potable y alcantarillado. Sin embargo, la falta de servicios higiénicos todavía afecta al 26.4% de la población del Departamento de Cajamarca y está asociada a la presencia de altas tasas de mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, las que podrían disminuirse mediante una política adecuada de saneamiento. De igual manera la vivienda hacinada afecta al 30.0% de la población.

Acceso al agua segura para consumo humano

El acceso permanente a fuentes de agua que garanticen un mínimo de condiciones sanitarias constituye una necesidad básica para todos los hogares, con independencia de su localización geográfica. Inversamente, la falta de agua potable y sistemas de eliminación de excretas son considerados como factores principales de las elevadas tasas de mortalidad infantil, de la alta incidencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, así como, de una gamma de afecciones de la piel, entre otras. La carencia de agua representa para las personas y sus hogares una privación crítica que afecta a la higiene, la salud y el bienestar de cada uno de sus integrantes.

Según el Mapa de Pobreza 2000, en Cajamarca, hubo 39 distritos con más de 50% de población con déficit de agua potable. De acuerdo a los resultados de la ENAHO 2001, el 63.7% de los hogares accede a agua potable por red pública, el 60.8% por instalaciones dentro de la vivienda y el 2.9% acceden por fuera de la vivienda, pero dentro del edificio en el que se encuentra ubicada la vivienda. El resto de hogares acceden al abastecimiento de agua, pero en condiciones riesgosas para su salud, representan el 36.3% de la población. En Cajamarca, aproximadamente la mitad de hogares carece del servicio de agua potable.

Gráfico 11
Acceso al agua potable
Cajamarca 2003



De acuerdo al Mapa de Pobreza 2000, en el Departamento de Cajamarca, hubo 103 distritos con más de 70% de población con déficit de desagüe. La existencia de sistemas adecuados de eliminación de excretas son fundamentales para el cuidado de la salud, evitando la contaminación y el contagio de enfermedades. Según el ENAHO 2001, el 45.1% de los hogares del país cuenta con servicios higiénicos dentro de la vivienda conectados a la red pública, a los que se agrega el 3.2% que accede a la red pública mediante servicios higiénicos fuera de la vivienda pero dentro del edificio. El 7.8% de los hogares elimina sus excretas mediante pozo séptico, que recibe tratamiento con cal, ceniza, etc.

La energía eléctrica es uno de los servicios públicos que si se brinda en buenas condiciones, permite el alumbrado adecuado y seguro, con el consiguiente desplazamiento de combustible y artefactos

contaminantes y peligrosos. También hace más fácil el acceso a la información y las comunicaciones y es un elemento importante para el funcionamiento de artefactos que facilitan las labores del hogar. El acceso a este servicio constituye, además, un soporte importante para el desarrollo de emprendimientos orientados a mejorar los ingresos del hogar. Según el Mapa de Pobreza 2000, en Cajamarca, hubo 116 distritos y más de 70% de población con déficit de electricidad.

El teléfono es uno de los servicios públicos que mejor sirve para la comunicación interpersonal, acorta distancias y ahorra tiempo al no requerir de desplazamiento para comunicarse, representa por ello un ahorro económico para sus usuarios. Según el ENAHO 2001, la cobertura del servicio de telefonía en el país es muy limitado, alcanzando la telefonía fija al 20.4% de los hogares y la telefonía celular al 7.6%. Sólo el 3.4% de los hogares del Departamento de Cajamarca tiene acceso a la telefonía fija.

De igual manera, el uso del Internet ha revolucionado las comunicaciones y el acceso a la información. Entre los diversos beneficios que permite el acceso a este sistema, se puede resaltar el abaratamiento de los costos de comunicaciones; el acceso a la información de los hechos que ocurren en cualquier lugar del mundo, reduciendo las distancias geográficas y quebrando diferencias culturales; así como la ampliación del acceso a los conocimientos y todo tipo de información científica y cultural, superando dificultades que hace pocos años se tenía para ello. Los resultados de la ENAHO 2001 sobre el acceso al servicio de Internet expresan que apenas el 0.5% de los hogares peruanos se benefician con este servicio desde sus hogares, servicio al que los pobres no tienen acceso, siendo los hogares no pobres los que en 0.9% se benefician de él.

Esta grave deficiencia de acceso es limitada-mente superada con la implementación de las denominadas «Cabinas Públicas» de carácter privado, que a precios relativamente bajos, facilitan el acceso de la población.

2.2.2 Entorno físico natural

Características geográficas

Cajamarca está ubicado en la zona norandina del Perú, a 856 Km. de la capital del país, Lima. Recorrido por los Andes septentrionales, bastante más adelgazados y bajos que los del resto del país.

Cajamarca limita por el Norte con Ecuador, por el Sur con la Región La Libertad, por el Este con la Región Amazonas y por el Oeste con las Regiones Piura y Lambayeque. Cajamarca es una región-departamento cuyo límite más importante está marcado hacia el este por la cuenca del Marañón que lo separa de la Región Amazonas.

La superficie del Departamento es de 33,317.54 kilómetros cuadrados y representa el 2.6% del territorio peruano.

Políticamente el Departamento de Cajamarca se divide en trece provincias: Cajabamba, Cajamarca, Celendín, Contumazá, Cutervo, Chota, Hualgayoc, Jaén, San Ignacio, San Miguel, San Marcos, San Pablo y Santa Cruz. Consta de 127 distritos y su capital es la ciudad de Cajamarca, que se encuentra ubicada al margen derecho del río Mashcón.

El Departamento de Cajamarca goza de una variedad de climas: fríos en las cordilleras, templados en las cimas y laderas montañosas, cálidos en las laderas bajas y fondos de valle. Al sur del Departamento, la altitud hace sentir su influencia y el clima varía desde el templado, existente en los valles de altitudes medias (aproximadamente 2000 m.), hasta el frío de las montañas y mesetas que están por encima de los 3500 metros.

Estos climas templados y fríos tienen como característica general, temperaturas diurnas elevadas que siempre sobrepasan los 20° C y bajas temperaturas nocturnas, que descienden a 0° C a partir de los 3000 metros de altitud, por los menos durante los meses de invierno. La atmósfera es seca y las precipitaciones son abundantes durante el verano. La situación geográfica del Departamento de Cajamarca, al norte del Perú y cerca del clima ecuatorial, ha modificado por completo su sistema de vida. La riqueza de sus pastos y la fecundidad de sus suelos, son realmente muy grandes. Esta zona tiene las condiciones más inmejorables para el cultivo del trigo, maíz, cebada, habas, arvejas, papa, oca, olluco, mashua, etc.

En las provincias de Jaén y San Ignacio, el clima es tropical, pero con largo y marcado periodo de lluvias. Con temperatura media anual de 26° C y con precipitaciones que no llegan a los 1000 mm. anuales, hecho que influye en la vegetación existente.

En el Departamento de Cajamarca, los ríos más importantes son: El Marañón, Chinchipe, Tabaconas,

Huancabamba, Chotano, Llaucano, Chonta, Chamaya, Crisnejas, Cajamarca, Magdalena, Chancay entre otros.

El río Marañón, que tiene sus nacientes en el nevado de Yarupa, corre por éste formando un profundo valle y sirve de límite departamental con la Libertad y Amazonas. Recibe las aguas del mayor número de ríos que corren por Cajamarca. Todos ellos, incluyendo el Marañón, forman parte del sistema hidrográfico del Amazonas y son tal vez los que tienen un caudal mayor y son los de mayor permanencia.

2.2.3. Entorno físico resultado de la actividad humana

Las principales condiciones que deterioran o agravan la salud ambiental en Cajamarca están relacionadas con factores contaminantes del aire y del agua producto de la actividad minera, factores biológicos contaminantes del agua producto de sistemas inadecuados de eliminación de las excretas y factores contaminantes relacionados con un deficiente sistema de recolección y eliminación de residuos sólidos.

2.2.3.1 Contaminación del agua por la actividad minera

a. Incidencia

Los principales factores contaminantes de las aguas relacionados con la actividad minera son el plomo, cobre, cianuro, manganeso, hierro y mercurio. Estos metales pesados se encuentran en los relaves que son vertidos a ríos y riachuelos, produciendo su contaminación y afectando la ecología. Como consecuencia de ello se afectan la agricultura, la ganadería y la vida humana. La contaminación por metales pesados en algunos casos tiene efectos inmediatos en la salud de las personas, pero en la mayoría de los casos los efectos sólo se ven en el largo plazo al afectar el sistema digestivo, nervioso, circulatorio y renal principalmente. Las cuencas más comprometidas se encuentran en las provincias de Cajamarca, Hualgayoc, Contumazá, San Pablo y San Miguel, predominantemente del sur del Departamento. La población potencialmente afectada por esta situación es aproximadamente de 500 mil personas; es decir, la tercera parte de la población del departamento.

b. Distribución

b.1 Subcuenca del río Llaucano

Ubicada en la Provincia de Hualgayoc, incluye los ríos Tingo, Hualgayoc, Maygasbamba y el Llaucano. Las mediciones de metales pesados, realizadas por la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) de Cajamarca en 9 estaciones de monitoreo entre los años 2001 y 2003, demuestran que por lo menos en tres de dichas estaciones (río Tingo, Quebrada de la M y río Maygasbamba) se encuentran valores elevados de plomo y cobre, por encima de los límites máximos permisibles (LMP) definidos por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del Ministerio de Salud. También se constata valores elevados de hierro según parámetros internacionales, aunque no se tiene límites máximos permisibles establecidos por la autoridad nacional con los cuales comparar. Los resultados están relacionados con la actividad de las minas Corona y San Nicolás¹⁹.

Conclusión: los principales factores contaminantes son el *plomo, cobre y hierro*, provenientes de vertimientos de la actividad de las minas Corona y San Nicolás.

b.2 Cuenca del río Jequetepeque

Ubicada en las provincias de Cajamarca y Contumazá, incluye los ríos San Juan y Jequetepeque. Las mediciones de metales pesados, realizadas por la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) de Cajamarca en 6 estaciones de monitoreo entre los años 2001 y 2003, no mostraron valores por encima de los límites máximos permisibles. Sin embargo, durante el año 2001 sí se encontró valores muy elevados de hidrocarburos totales debido a un derrame de este factor contaminante en el río Jequetepeque, que luego disminuyeron en el año 2002 pero manteniéndose como consecuencia de efluentes de servicentros y grifos instalados en la carretera a lo largo del río²⁰.

Conclusión: el principal factor contaminante son los *hidrocarburos* provenientes de vertimientos de servicentros y grifos que comercializan combustibles en la carretera al borde del río Jequetepeque.

¹⁹ Cajamarca Saludable, Revista DESA N° 1. Dirección Regional de Salud de Cajamarca, Mayo 2004.

²⁰ Idem.

b.3 Subcuenca del río Mashcon

Ubicada en la Provincia de Cajamarca, incluye los ríos Grande, Quilich, Porcón, Ronquillo y Mashcón. Las mediciones de metales pesados, realizadas por la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) de Cajamarca en 10 estaciones de monitoreo entre los años 2001 y 2003, mostraron valores de plomo y cobre por encima de los límites máximos permisibles. Los valores de hierro también se presentan elevados respecto a estándares internacionales, aunque no se existen estándares nacionales definidos. Esto se relaciona directamente con la actividad minera de Yanacocha. Las mediciones de cianuro y mercurio mostraron valores por debajo de los límites máximos permisibles²¹.

Conclusión: los principales factores contaminantes son el *plomo, cobre y hierro* provenientes de vertimientos de la mina Yanacocha.

b.4 Subcuenca del río San Miguelino

Ubicada en las provincias de San Miguel y San Pablo, incluye los ríos Rejo, Tinte, Agua Dulce, y San Miguelino propiamente. En su ámbito se encuentran áreas de actividad de Minera Yanacocha y otras minas más pequeñas. Las mediciones de metales pesados, realizadas por la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) de Cajamarca en 8 estaciones de monitoreo entre los años 2001 y 2003, mostraron valores de plomo y cobre por encima de los valores máximos permisibles. También los valores de hierro se encuentran elevados, pero no existen estándares nacionales para poder evaluarlos. Los valores de mercurio se encuentran por debajo de los límites máximos permisibles²².

Conclusión: Los principales factores contaminantes son el *plomo, cobre y hierro* provenientes de vertimientos de la mina Yanacocha y otras minas más pequeñas.

b.5 Subcuenca del río Chonta

Ubicada en la provincia de Cajamarca, incluye los ríos Grande, la quebrada Chailhuagón y el río Chonta propiamente. En su ámbito se encuentran áreas de actividad de Minera Yanacocha y Minera Michiquillay. Las mediciones de metales pesados, realizadas por la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) de Cajamarca en 6 estaciones de

monitoreo entre los años 2001 y 2003, mostraron valores de plomo, cobre y mercurio por debajo de los límites máximos permisibles²³.

Conclusión: En esta cuenca no se encuentran factores contaminantes provenientes de la actividad minera.

c. Factores causales

Los principales factores causales de la contaminación del recurso hídrico por la actividad minera son de tres tipos:

- Q Inadecuado tratamiento de los relaves producidos por la actividad minera en los diferentes yacimientos del Departamento.
- Q Insuficiente normatividad en la regulación de los factores contaminantes del medio ambiente y en particular del agua. Es el caso de la no determinación de límites máximos permisibles para algunos metales pesados, como el hierro.
- Q Escasa vigilancia y monitoreo de los recursos hídricos. Aunque existen protocolos definidos, no se cuenta con los recursos necesarios para que las actividades de control sean permanentes y con amplia participación de la ciudadanía.

2.2.3.2 Contaminación del agua y alimentos por excretas

a. Incidencia

El control bacteriológico de las diversas fuentes de agua demuestra alto índice de contaminación con bacterias fecales. Este problema está directamente vinculado a la carencia de servicios básicos. Como se observa en el Gráfico 11 sólo el 39.9% de la población del Departamento de Cajamarca tiene acceso al agua potable a través de red pública, muy por debajo del promedio nacional. Además, el acceso se concentra en las zonas urbanas. La situación es más precaria en cuanto al servicio de saneamiento, entendido como servicios sanitarios de excretas, al que accede sólo el 25.9% de la población total y únicamente el 9.6% de la población rural²⁴.

²¹ Idem.

²² Idem.

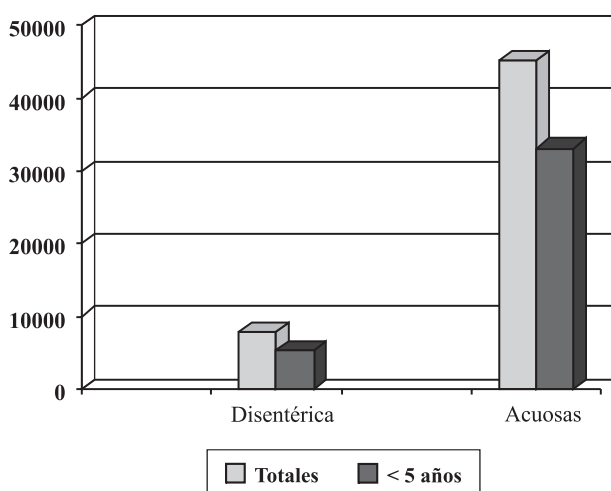
²³ Idem.

²⁴ Cajamarca, Atlas Departamental del Perú. Peisa, Lima Perú - 2003.

Como está demostrado, la contaminación bacteriana del agua es la causa principal de las enfermedades diarreicas agudas (EDA), que en el caso de los niños pequeños constituyen un factor condicionante de desnutrición crónica. Cabe recordar que la precaria situación de los servicios básicos de agua y saneamiento en Cajamarca fue el principal factor condicionante de la rápida expansión de la epidemia de cólera en los años 1991-92.

En el año 2004, en el Departamento de Cajamarca se reportó 7,843 casos de EDAs disintéricas, de los que 5,292 (aproximadamente el 67%) corresponde a menores de cinco años. De otro lado, se notificó 45,278 casos de EDAs acuosas, de los que 33,131 (aproximadamente 73%) corresponden a menores de cinco años.

Gráfico 12
Casos de EDA Disintérica y Acuosa



b. Distribución

La vigilancia y control del recurso hídrico demuestra que la mayoría de cuencas del Departamento está contaminada con bacterias fecales.

b.1 Subcuenca del río Llaucano

En 4 de los 9 puntos de medición de calidad del agua se comprobó contaminación con bacterias fecales por encima de los límites permisibles.

b.2 Cuenca del río Jequetepeque

En la totalidad de los 6 puntos de medición de calidad del agua se comprobó contaminación con bacterias fecales por encima de los límites permisibles.

b.3 Subcuenca del río Mashcón

En 4 de los 10 puntos de medición de calidad

del agua se comprobó contaminación con bacterias fecales por encima de los límites permisibles.

b.4 Subcuenca del río San Miguelino

En 3 de los 8 puntos de medición de calidad del agua se comprobó contaminación con bacterias fecales por encima de los límites permisibles.

b.5 Subcuenca del río Chonta

En 2 de los 6 puntos de medición de la calidad del agua se comprobó contaminación con bacterias fecales por encima de los límites permisibles.

Aunque los análisis bacteriológicos señalados anteriormente sólo se refieren a las cuencas mencionadas, principalmente del sur del Departamento, el problema de la contaminación del agua con bacterias fecales es más generalizado. Su correlato es una distribución también más generalizada de las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), como se puede observar en el Gráfico 8.

c. Factores causales

Los principales factores causales de la contaminación bacteriana del recurso hídrico son los siguientes:

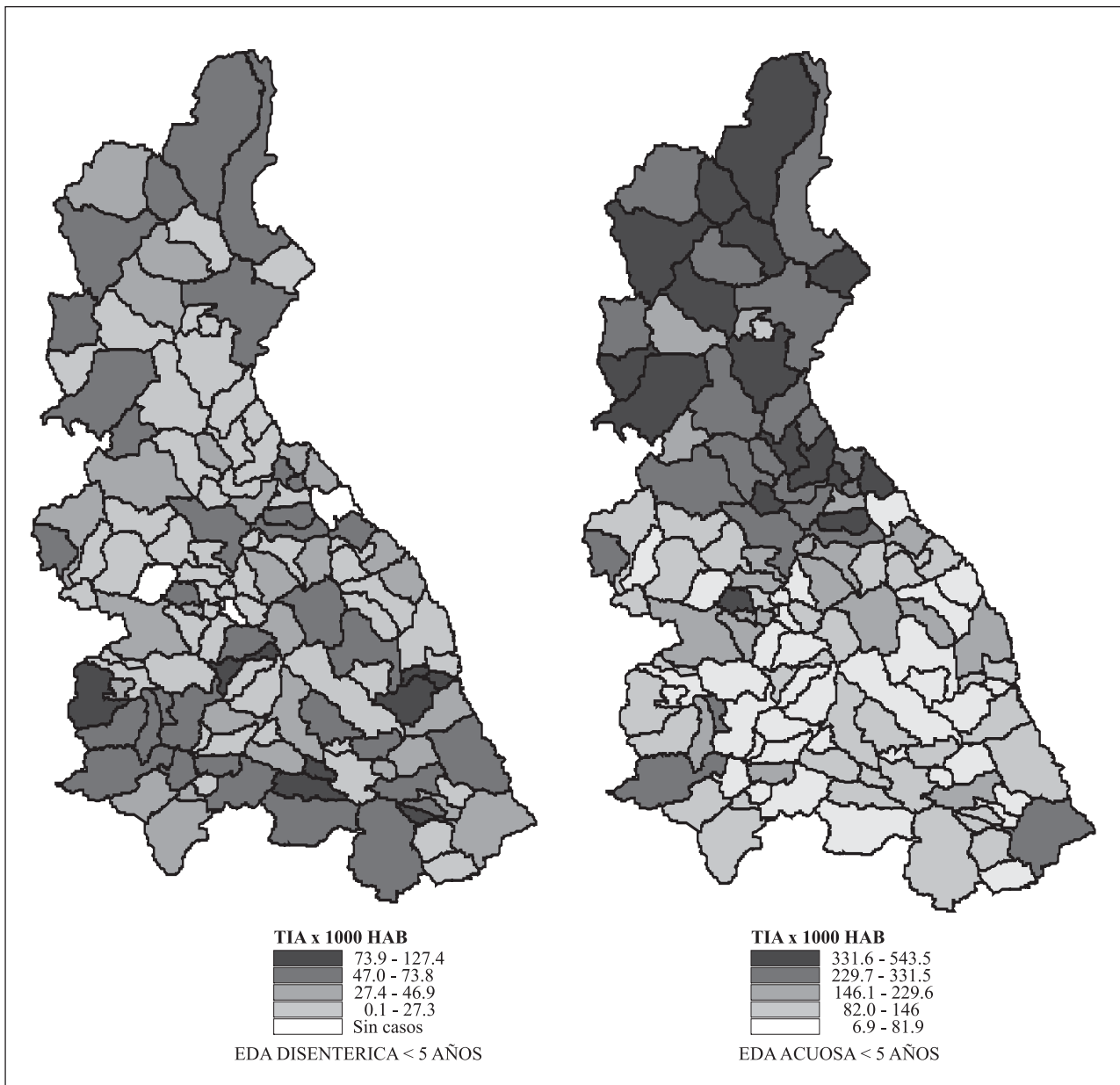
- Insuficiente cobertura de agua potable, puesto que sólo el 57.2 % de la población total y el 46.3% de la población rural tiene acceso a este servicio fundamental.
- Insuficiente cobertura de servicios de eliminación de excretas, porque como se ha señalado anteriormente, sólo el 25.9% de la población total y únicamente el 9.6% de la población rural cuentan con este servicio.
- Limitada participación ciudadana en el cuidado de su salud, en particular en el cumplimiento de pautas básicas de higiene en el hogar y en su comunidad.

2.2.3.3 Contaminación del aire, agua y suelo por residuos sólidos

a. Incidencia

Los servicios de recolección y disposición final de residuos sólidos están básicamente circunscritos a las ciudades capitales de provincia o de distrito. Se estima que cubren escasamente al 50% de la población de Cajamarca.

Gráfico 13
Distribución de EDA disintérica y EDA acuosa
Cajamarca 2004



Fuente: Análisis de la Situación de Salud ASIS Cajamarca 2004, DIRESA - Cajamarca.

b. Distribución

El Programa de Evaluación de la Gestión de Residuos Sólidos de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental de la DIRESA Cajamarca, evalúa que prácticamente ninguna de las Municipalidades del Departamento tiene una gestión adecuada de este servicio:

- Riesgo muy alto: Jaén, Chota, Cutervo, Santa Cruz, Hualgáyoc, San Marcos, San Pablo y San Miguel.

- Riesgo alto: Cajamarca, Celendín y Contumazá.

- Riesgo regular: San Ignacio y Cajabamba.

c. Factores causales

Los principales factores causales de la contaminación del aire, agua y suelo por residuos sólidos son:

- Inadecuados servicios municipales de recolección y disposición final de los resi-

duos sólidos, que deberían incluir el recojo, la segregación y la eliminación en celdas selladas en rellenos sanitarios.

- Q Insuficiente participación ciudadana en el tratamiento de los residuos sólidos en el hogar y en la comunidad, tanto en zonas urbanas como rurales.

2.3 Hábitos y estilos de vida.

2.3.1 Hábitos y costumbres de las personas relacionadas con la salud:

Como demuestra la Organización Mundial de la Salud existen diversos hábitos de las personas que tienen consecuencias directas en las condiciones de salud, como por ejemplo los hábitos alimenticios, la actividad diaria y las formas de recreación.

Con relación a los hábitos alimenticios un factor negativo importante es la falta de un balance adecuado entre los alimentos proteicos, carbohidratos y grasas. Esto puede llevar a estados de desnutrición, particularmente en la población infantil; o en otros casos al sobrepeso que es también un factor de riesgo en las personas de diferentes edades.

La vida sedentaria es también un factor de riesgo importante que asociada al sobrepeso es causa de problemas del aparato circulatorio, particularmente en personas maduras.

Igualmente constituye un importante factor de riesgo costumbres recreativas vinculadas a deportes o actividades violentas. Así como las relaciones sexuales sin adoptar las precauciones recomendadas. La adopción de medidas preventivas con relación a estos aspectos es particularmente importante en la población juvenil

2.3.2 Comportamientos poblacionales que mejoran o crean riesgos a la salud

El más importante de los comportamientos poblacionales relacionados con riesgos para la salud se vincula al uso del agua para consumo, la eliminación de excretas y la eliminación de los residuos sólidos. Existen numerosos ejemplos de reducción de riesgo de enfermedades adoptando comportamientos ade-

cuados respecto a estos temas, aún en condiciones de restricciones importantes de servicios básicos.

La vigilancia comunal sobre posibles factores de riesgo como los mencionados en el párrafo anterior, constituye uno de los principales comportamientos poblacionales que mejoran las condiciones de salud pública.

Hay numerosas experiencias donde la vigilancia comunal de casos febriles o de posibles reservorios de larvas, ha permitido reducir el riesgo de enfermedades metaxénicas como el dengue y otras.

2.3.3 Hábitos de consumo: tabaco, alcohol, drogas

Si bien es cierto que existe una tendencia a la reducción del consumo de tabaco en la población en general, aún persiste como factor de riesgo para un sector importante de la población. Esto es particularmente importante en la población juvenil y especialmente en la población juvenil femenina, en zonas urbanas, donde se constata una tendencia creciente al consumo de tabaco.

Con relación al consumo de alcohol hay evidencias que la tendencia no es a la disminución sino a su persistencia e incluso incremento. Esta es una realidad tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales, aunque con diferente intensidad y características. Estudios en otros departamentos demuestran las consecuencias negativas del consumo de alcohol en la producción agropecuaria, comprometiéndose tanto a varones como a mujeres.

El consumo de drogas es un fenómeno creciente en el país y también en Cajamarca, aunque es un fenómeno predominantemente urbano que afecta mayoritariamente a la población juvenil. Sin duda es una factor de riesgo muy importante por las modificaciones que introduce en el comportamiento de las personas afectadas en el hogar, en los estudios y en el trabajo.

2.4 Sistema de salud.

2.4.1 Organización de los servicios de salud.

Sistema de Salud fragmentado e ineficiente

El Sistema de Salud en Cajamarca, al igual que en el resto del país, se encuentra segmentado. Existen varios subsistemas de salud: el público de la Di-

rección Regional de Salud (DIRESA), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, de ESSALUD y el subsector privado. Adicionalmente existen servicios de salud de algunas municipalidades, iglesias y organizaciones no gubernamentales.

Como consecuencia, hay gran fragmentación en la prestación de servicios de salud, lo cual constituye una de las principales razones que impide la articulación eficaz de las acciones de salud y genera mucha ineficiencia por duplicidad e irracionalidad en la inversión.

Dirección Regional de Salud (DIRESA)

Hasta antes del proceso de descentralización la DIRESA era un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud. Actualmente es un órgano del Gobierno Regional de Cajamarca, dependiente de la Gerencia de Desarrollo Social. Mediante la transferencia de funciones iniciada en el año 2005 asume funciones como autoridad regional en salud, así como normativa, de programación, regulación, organización y prestación de servicios, información y gestión de recursos humanos.

La población asignada para la atención de salud es: MINSA 80%, IPSS 10 a 15%, Sanidad de las Fuerzas Policiales 3%, y sector privado entre el 3 y 7% de la población

Con relación a la prestación de servicios de salud, la DIRESA cuenta con 9 hospitales (1.4%), 94 (14.7) centros de salud y 538 (83.9%) puestos de salud; en total 641 establecimientos, los que se encuentran ubicados en los 127 distritos del Departamento de Cajamarca.

Los establecimientos de la DIRESA atienden el 54.2% de la demanda de atención de salud. De ese porcentaje, aproximadamente el 80% es atendido por Centros y Puestos de Salud y el 20% restante por los hospitales. Aproximadamente el 75% de la demanda es de población pobre o extremadamente pobre, la que las cuatro quintas partes es atendida por los establecimientos del primer nivel y una quinta parte por los hospitales²⁵.

Como se observa en el Gráfico N° 14, un problema importante sigue siendo la desigual distribución

de médicos en la Región. En 28 distritos del departamento donde hay un establecimiento de salud, no hay médicos; en otros 75 distritos los médicos alcanzan una tasa entre 0.1 y 3.0 por cada 10,000 habitantes; en veinte distritos los médicos llegan a tener una tasa entre 3.1 y 5.0; y solamente en cuatro distritos la tasa de médicos es entre 5.1 y 11 por cada 10,000 habitantes.

Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional

La Sanidad de la Policía Nacional sólo tiene dos centros de salud (en Cajamarca y Jaén) y 14 puestos de salud, en todo el Departamento.

La Sanidad del Ejército también cuenta con centros de salud, particularmente en el norte del Departamento donde hubo gran concentración de efectivos militares en la década pasada debido al conflicto fronterizo.

ESSALUD

ESSALUD también cuenta con servicios hospitalarios y de tratamiento ambulatorio para la atención de asegurados, en la mayoría de provincias del Departamento. Sin embargo, una parte de ellos depende de la Gerencia de Lambayeque.

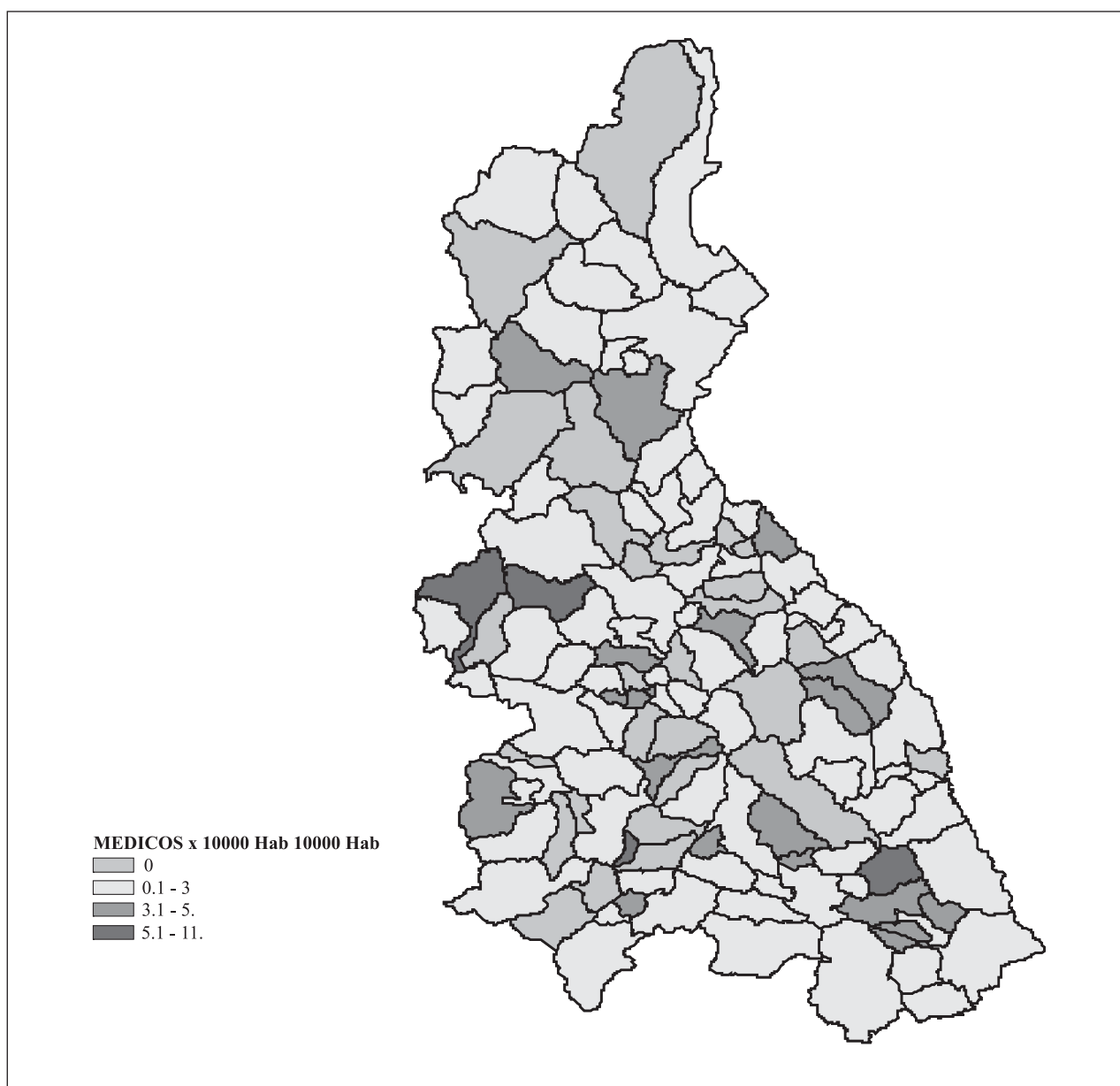
Servicios privados

El subsector privado es muy heterogéneo y va desde consultorios individuales hasta clínicas particulares, cuyo financiamiento depende del pago directo del usuario o a través de seguros particulares. Está ubicado principalmente en las zonas urbanas de mayor concentración poblacional como Cajamarca, Jaén, Chota y Cutervo, y es casi inexistente en las ciudades con poca densidad poblacional y en las zonas rurales.

La presencia del sector privado en Cajamarca en los últimos diez años ha experimentado cambios importantes, se ha producido un incremento paulatino de consultorios privados, clínicas, centros médicos, boticas o farmacias los que en mayor porcentaje se encuentran concentrados en la ciudad de Cajamarca, destacando los consultorios médicos y odontológicos; en el resto de provincias, la presencia de farmacias o boticas es más significativa en relación a los consultorios o centros médicos.

²⁵ Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO 2001. INEI.

Gráfico 14
Distribución de médicos de DIRESA en Cajamarca 2004



Fuente: *Análisis de la Situación de Salud ASIS Cajamarca 2004*, DIRESA Cajamarca

El sector privado no lucrativo está mayormente representado por los organismos no gubernamentales, que con objetivos de promoción del desarrollo han incorporado la línea de salud en su accionar.

Otros servicios

Una red bastante extendida de servicios ha sido constituida desde hace varios años por la Iglesia Católica, integrada por postas parroquiales, botiquines comunales y promotores de salud en la mayoría de provincias del departamento. Existen asociaciones de

promotores de salud en Jaén-San Ignacio, Cajamarca, Celendín y otras provincias.

También existen diversos programas comunales de salud apoyados por organismos no gubernamentales, particularmente en zonas rurales.

Referencia y Contrarreferencia

En la Región Cajamarca, los niveles de complejidad y su categorización están definidos, sin embargo aún existe una débil implementación del sis-

tema de referencia y contrarreferencia para la atención de usuarios de los servicios. El flujo de pacientes está determinado por la capacidad resolutive de los Servicios de Salud del ámbito regional, y en los últimos años este sistema de referencia está siendo fortalecido por la atención que se brinda a los usuarios del Seguro Integral de Salud.

En Cajamarca se ha definido una organización basada en Redes de Salud, la que está integrada por microrredes de salud, integradas por Centros de Salud y Puestos de Salud. Al Centro de Salud de mayor capacidad se lo denomina Cabecera de Microrred. A este establecimiento son enviados los usuarios de otros Centros de Salud y Puestos de Salud, para recibir una atención de mayor uso de recursos tecnológicos. De las cabeceras de microrredes son enviados a los Hospitales de Mediana Complejidad o al Hospital Regional de Cajamarca, constituyéndose este último como el de mayor capacidad resolutive y por ende de referencia regional.

2.4.2 Capacidad resolutive de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud, la define como la facultad que tiene un establecimiento de salud de responder de manera integral, oportuna y con calidad a una demanda de atención de salud. Vale decir, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a un determinado grado de complejidad del daño

Infraestructura

A pesar del limitado presupuesto, en los últimos años, se realizó importantes mejoras en la infraestructura de los establecimientos de salud. Una parte del financiamiento de estas acciones ha sido producto de los reembolsos por prestaciones al Seguro Integral de Salud, otra parte ha sido por acciones de los gobiernos locales mediante los presupuestos participativos y otra parte mediante acciones de gestión realizadas por las autoridades a Instituciones privadas.

Una limitación para realizar obras de mayor magnitud, ha sido la Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, cuya finalidad es realizar inversiones con mayor eficiencia; sin embargo, no permite aprovechar oportunidades de inversión por no contar con el suficiente sistema de soporte técnico para

tener proyectos declarados viables, lo cual impide realizar el los expedientes técnico y, como consecuencia, la no realización de ampliaciones o mejoras en la infraestructura de los Establecimientos de Salud.

Complementariamente al SNIP tenemos al Saneamiento Técnico Legal de los Establecimientos de Salud y su respectiva inscripción en Registros Públicos. Es así que alrededor del 80% de Establecimientos carecen del respectivo registro público y los terrenos donde están funcionando actualmente, en su mayoría son donados o cedidos mediante actas o escrituras privadas, que no permiten el ingreso al patrimonio institucional y la aprobación del perfil de proyecto de inversión.

Equipamiento

Los servicios de salud están mejorando su equipamiento médico con apoyo de los fondos transferidos por el Seguro Integral de Salud y el apoyo de algunos gobiernos locales. Sin embargo, en la mayoría de establecimientos de salud no se cuenta aún con los equipos necesarios de acuerdo a su nivel y capacidad resolutive.

Recursos humanos insuficientes y mal distribuidos

La situación de los recursos humanos en salud está marcada por algunas tendencias que se han ido configurando desde hace más de una década²⁶:

- Q Oferta de nuevos profesionales supera ampliamente la demanda efectiva en el mundo del trabajo.
- Q Incremento de la demanda de servicios por la población exige mayor rendimiento del personal de salud.
- Q Cambios en el régimen laboral, precarización del empleo y disminución del status de las profesiones de salud.
- Q Modificaciones en el perfil de capacidades exigen actualización y renovación permanente del conocimiento, tanto para funciones asistenciales como administrativas.

²⁶ Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. IDREH, 2005.

Cuadro 7
Personal de salud en Cajamarca 2004

PROFESIÓN	1992	1996	2004	% DEL PAÍS
Médicos	134	412	565	2.05
Enfermeras	251	463	859	3.94
Obstetrices	22	155	507	6.46
Odontólogos	25	45	71	1.94
Técnicos y Auxiliares	919	1287	1235	2.91

Fuente: Situación y desafíos de los recursos humanos en salud. IDREH 2005.

- q Desregulación del campo de los recursos humanos ha dado paso a la autorregulación.

Cajamarca no ha estado al margen de estas tendencias que explican, en gran medida, la situación existente. Como se puede ver en el Cuadro 7, entre 1992 y el 2004 se ha producido un importante incremento en el número de profesionales de salud. En el caso de los médicos se ha multiplicado por 5, las enfermeras se han multiplicado por 4 y los odontólogos se han multiplicado por 3. El caso más notorio es el de las obstetrices, cuyo incremento se ha multiplicado 25 veces en el mismo lapso. Sin embargo, los técnicos y auxiliares han crecido solamente en un treinta por ciento.

En el caso de la Dirección Regional de Salud, el 31% del personal está compuesto por técnicos de enfermería, quienes laboran en los centros y puestos, principalmente en las áreas rurales.

Como se observa en el Cuadro 8, pese al incremento señalado en los últimos 12 años, los médicos de la DIRESA Cajamarca alcanzan una tasa sólo de 2.1 por 10,000 habitantes, siendo la tasa nacional de

Cuadro 8
Tasa por 10 mil habitantes en DIRESA
Cajamarca y Perú - 2004

PROFESIÓN	DIRESA	PERÚ
Médicos	2.1	6.7
Enfermeras	3.3	6.5
Obstetrices	1.9	2.1
Odontólogos	0.3	0.8
Técnicos y Auxiliares	6.6	11.0

Fuente: Análisis de Situación de Salud – ASIS Cajamarca 2004, DIRESA Cajamarca

6.7 por 10 mil y que la tasa óptima que recomienda la OMS es 10 médicos por cada 10 mil habitantes.

En el caso de las enfermeras también la tasa en Cajamarca es la mitad de la tasa nacional. Igual se puede decir con relación a las obstetrices, odontólogos, técnicos y auxiliares cuyas tasas poblacionales en promedio están en la mitad de las tasas nacionales para esos mismos grupos poblacionales.

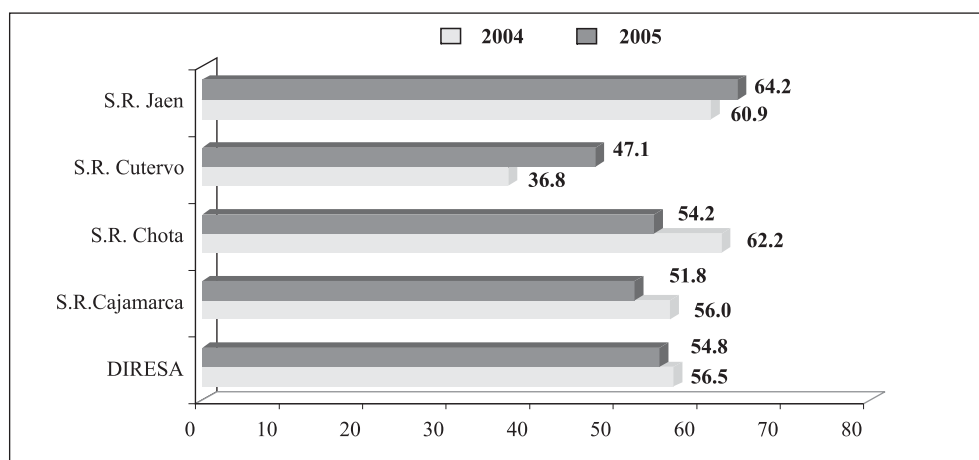
Un problema adicional que padece el personal de salud, particularmente del Sector Público, es la alta rotación. Esto impide estabilizar procesos institucionales y genera gran desconfianza en la comunidad. La causa básica de esta situación es la precariedad de las condiciones de trabajo y el tipo de contratación del personal profesional del primer nivel de atención. El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) es un sistema muy malo para garantizar profesional suficiente en el primer nivel de atención, en gran medida porque está desfinanciado, lo que impide que se ocupe todas las plazas necesarias para brindar una atención óptima en los centros y puestos de salud en zonas rurales y urbano-marginales.

2.4.3 Extensión e intensidad de uso

De los resultados de la encuesta ENAHO IV 2001, se determina que la situación de salud de la población de los departamentos del Perú, es heterogénea, lo cual se refleja en los diferentes perfiles de salud que se manifiestan de acuerdo al sexo, edad, situación socioeconómica, factores culturales y lugar de residencia de la población. Así, por ejemplo, la situación de salud de los sectores pobres es aún precaria y esto se manifiesta por las altas tasas de mortalidad infantil y materna.

Todo sistema de salud debe lograr la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Gráfico 15
Extensión de uso de los servicios de salud
DIRESA Cajamarca 2004-2005



Fuente: Of. Estadística DIRESA Cajamarca

Gráfico 16
Intensidad de uso de los servicios de salud
DIRESA Cajamarca 2004-2005



Fuente: Of. Estadística Dires Cajamarca

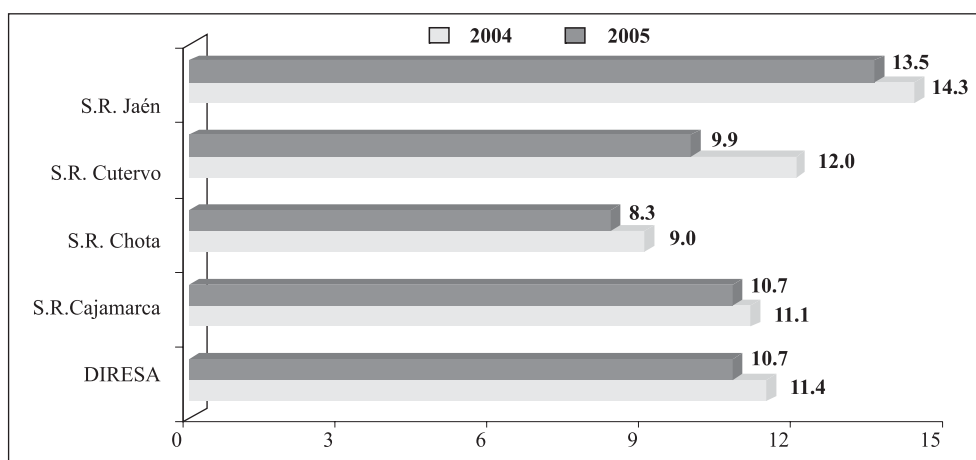
Sin embargo, existen algunas limitaciones que no permiten acceso equitativo a toda la población que necesita ser atendida. Estas barreras son variadas, comprenden desde aspectos organizativos y logísticos de los establecimientos de salud hasta aspectos culturales y económicos de las personas.

La extensión de uso o extensión de servicios de salud mide la el acceso funcional de la población a los servicios de salud, datos históricos nos refieren que para garantizar una adecuada atención de salud de la población, que permitan disminuir los márgenes de exclusión, los establecimientos de salud deberían atender al 80% de su población asignada, du-

rante el año 2005 se observa una ligera disminución a nivel regional, la disminución se dio en las Subregiones Cajamarca y Chota. En la Subregión Cutervo se observa incremento al igual que en la Subregión Jaén aunque en menor proporción en esta última.

La intensidad de uso es un indicador de análisis de la oferta de los servicios de salud que mide la concentración de atenciones según el número de atendidos. En los años 2004 y 2005 esta se mantiene constante a excepción de la Subregión Cutervo en la que se disminuyó de 9.7 a 8.4 atenciones por paciente atendido pero que sin embargo aun con esta disminución la concentración de atenciones por paciente sigue siendo alta.

Gráfico 17
Producción de los servicios de salud
DIRESA Cajamarca 2004-2005



Productividad

Producción: La producción igual que la productividad, es un indicador de análisis de la oferta de los servicios de salud que mide al grado de organización y utilización de los servicios. En las 4 Subregiones se observa durante el año 2005 una ligera disminución en relación con la producción alcanzada durante el año 2004. Es la Subregión Jaén la que a pesar de haber disminuido mantiene el mayor registro de actividades del personal de salud por día de atención.

Productividad: La productividad es un indicador de análisis de la oferta de los servicios de salud que mide en gran parte la organización de los servicios. Es en la Subregión Jaén la única en la que los trabajadores registraron más de 2 actividades por hora trabajada, en la Subregión Chota sólo se registró un promedio menor al 1.5 actividades por hora.

2.4.4 Calidad de atención

2.4.4.1 Mala calidad de atención

a. Incidencia

En estudios realizados en años anteriores²⁷ se encontró que el 64% de la población atendida en los establecimientos de salud públicos estaba insatisfecha con la atención recibida. Las causas de insatisfacción son diversas, la más frecuente de ellas es la carencia

de medicamentos expresada en que sólo el 45 % de las personas atendidas recibió medicamentos completos en la farmacia del establecimiento. Otra razón de insatisfacción es la falta de personal profesional adecuado para resolver la demanda de atención, particularmente en el caso de consultas odontológicas. El 30% de las personas atendidas refieren un mal trato que se expresa en un tiempo de espera excesivo, a veces de más de dos horas, a lo cual se suma la falta de información y la brevedad de la atención recibida que puede ser de 6 a 10 minutos. Adicionalmente, el 40% de las personas atendidas refiere que el personal de salud no comprende o no respeta sus creencias y manifestaciones culturales en salud.

b. Distribución

Aunque hay diferencias entre los diversos establecimientos públicos de salud, en general la mala calidad de atención es un problema presente en el conjunto de las redes y microrredes de servicios de salud del Departamento. Esto exige estrategias integrales a ser aplicadas en todo el sistema de salud.

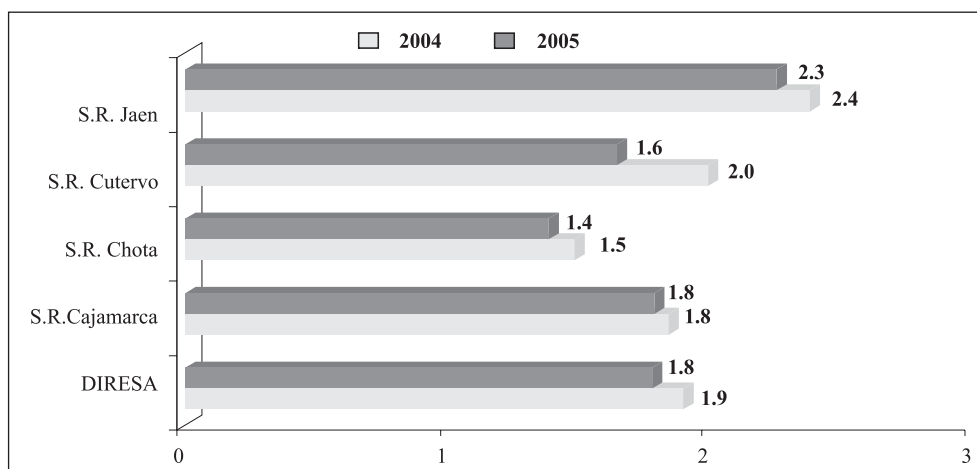
c. Factores causales

Los principales factores causales de la mala calidad de atención en Cajamarca han sido examinados en el proceso de análisis de la realidad sociosanitaria, promovido por el Gobierno Regional de Cajamarca, para la formulación de las Políticas Regionales de Salud 2004-2010²⁸. Estos factores son:

²⁷ Lazo, Oswaldo, Medición de la calidad de los servicios de salud. APRISABAC, 2000.

²⁸ Políticas Regionales en Salud 2004-2010. Gobierno Regional de Cajamarca, 2004.

Gráfico 18
Productividad de los servicios de salud
DIRESA Cajamarca 2004-2005



- Deficiente organización de los servicios de salud para responder a las necesidades del usuario externo y resolver los problemas de salud.
- Brecha cultural sobre la concepción de salud-enfermedad entre los prestadores de los servicios y la población.
- Inadecuada política de desarrollo del personal que no garantiza la sostenibilidad de los procesos de mejora de la calidad de atención.
- Gestión sanitaria no centrada en el usuario.
- Debilidad de la población para ejercer sus derechos en salud.

III. PROCESOS Y TENDENCIAS SOCIO-SANITARIAS REGIONALES

3.1 Transición y contratransición epidemiológica.

El concepto de transición epidemiológica se refiere a «cambios en el largo plazo en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas»

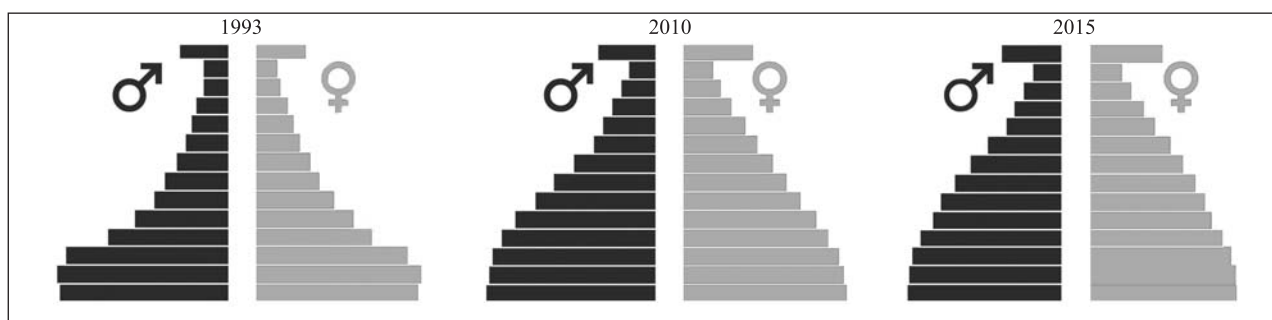
En las dos últimas décadas Cajamarca ha experimentado cambios en estos aspectos, principalmente en los demográficos, como:

- q Disminución de la fecundidad.
- q Cambios en la estructura de la población; la población menor de 15 años ha disminuido y la población adulta y adulta mayor tienden a incrementar. (Pirámide Poblacional)
- q Por el desarrollo de la industria minera se ha observado fenómenos, como migración del campo y de la Costa a la ciudad, hecho que ha producido incremento en la inseguridad ciudadana.

Más allá de estos cambios, la transición epidemiológica comprende cuatro procesos fundamentales de cambio en la configuración del perfil de salud de una población, Tales cambios se refieren a:

- 1) Un cambio de las principales causas de muerte: En Cajamarca, se observa que las causas de muerte de los adolescentes, adultos y adultos mayores ha cambiado en su estructura, la primera causa ya no son las enfermedades infecciosas, sino las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones (como el SIDA).
- 2) Que la carga principal de la enfermedad y la muerte se mueve de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad; este cambio todavía no es muy evidente en Cajamarca.
- 3) El tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad a otra en la que la morbilidad es la fuerza predominante. La disminución de la fecundidad y la supervivencia más allá de la infancia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades cró-

Gráfico 19
Pirámides poblacionales.
Departamento de Cajamarca: 1993, 2010 y 2015



Fuente: INEI. Compendio Estadístico Departamental 2002-2003. Cajamarca.

nicas y las lesiones propias de la edad adulta. pues la proporción creciente de personas de edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos; y, por lo tanto, la mayor prevalencia de la morbilidad.

- 4) En el significado social de la enfermedad. Como resultado de los cambios anteriores, transición epidemiológica conlleva una transformación profunda en el significado social de la enfermedad. De ser un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, la enfermedad pasa a constituirse en un estatus crónico, frecuentemente estigmatizado, en el que la carga psicológica, social y económica se acrecienta.

En Cajamarca, los cambios observados en salud se evidencian en indicadores como la Esperanza de Vida al nacer, que para el quinquenio 1995-2000, se estimó en 67 años. Para ese mismo quinquenio, las mujeres presentan mayor esperanza de vida (70 años) en comparación a los hombres (65 años).

Para el quinquenio 2000-2005, se espera que las personas alcancen un promedio de edad de 69 años. Para ese mismo período, se estima que las mujeres lleguen a tener un promedio de vida de 71 años y cinco años menos los hombres (ver Gráfico 20).

Asimismo, se observa cambios en el riesgo muerte de la población, como se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 9
Cambios en los indicadores de salud.
Departamento de Cajamarca.
años 1993-2005

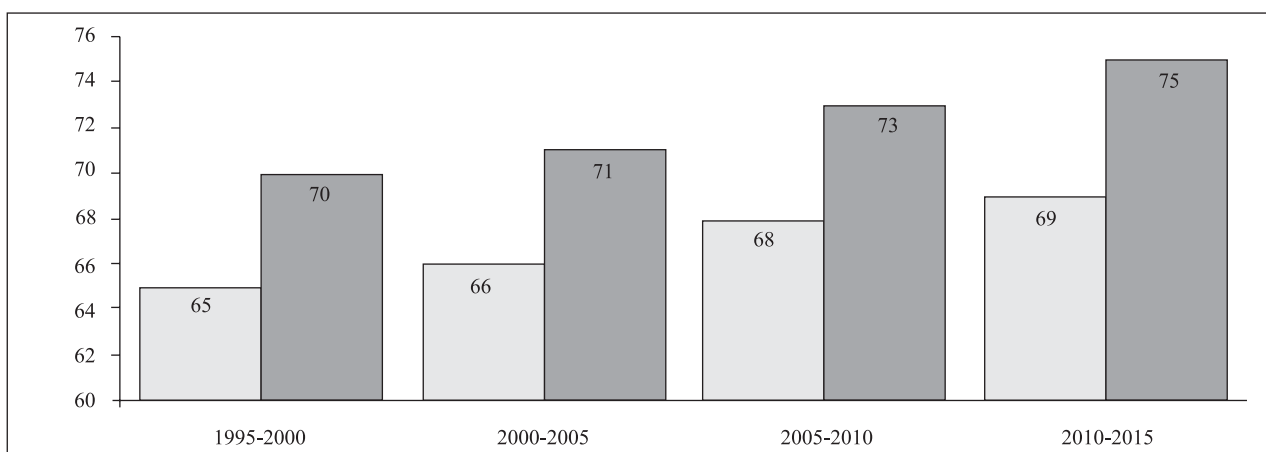
INDICADORES	Año 1993	Año 2005
Mortalidad Materna	304	204.7
Mortalidad general	1.8	1.9
Mortalidad Infantil	53	44

Las consecuencias de los cambios en la estructura poblacional se sienten no solamente en los programas de previsión social, sino también en la mayor demanda de prestaciones médicas destinadas a la rehabilitación. Desde la perspectiva de la salud pública la transición epidemiológica enfatiza la necesidad de tratar los problemas crónicos de la tercera edad (por ejemplo: osteoporosis, aterosclerosis, enfermedad coronaria, diabetes tipo II) con una concepción preventiva y con necesidades asistenciales distintas. Sin embargo, a pesar de la tendencia decreciente del crecimiento demográfico, los niveles de pobreza del Perú continúan muy altos.

3.2. Funciones esenciales en Salud Pública.

Las FESP son condiciones básicas (estructurales y de desarrollo institucional), que permiten mejor desempeño o práctica de la salud pública. Las FESP son procesos y actividades del Sector Salud para el desarrollo integral de la salud y el logro del

Gráfico 20
Esperanza de vida al nacer por quinquenios.
Departamento de Cajamarca: 1995-2015.



Fuente: INEI.

bienestar. Orientan la organización y el comportamiento de los actores que participan en el sector

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) deben verse o identificarse, en primer lugar, como funciones que nacen de las prácticas sociales y al mismo tiempo tienen como uno de sus fines principales promover y reforzar las prácticas sociales saludables.

En el contexto de la Evaluación de las FESP en el marco de la Reforma y la Descentralización, en Cajamarca se realizó en el mes de noviembre del 2005 la evaluación de las FESP en la Región, cuyos objetivos fueron:

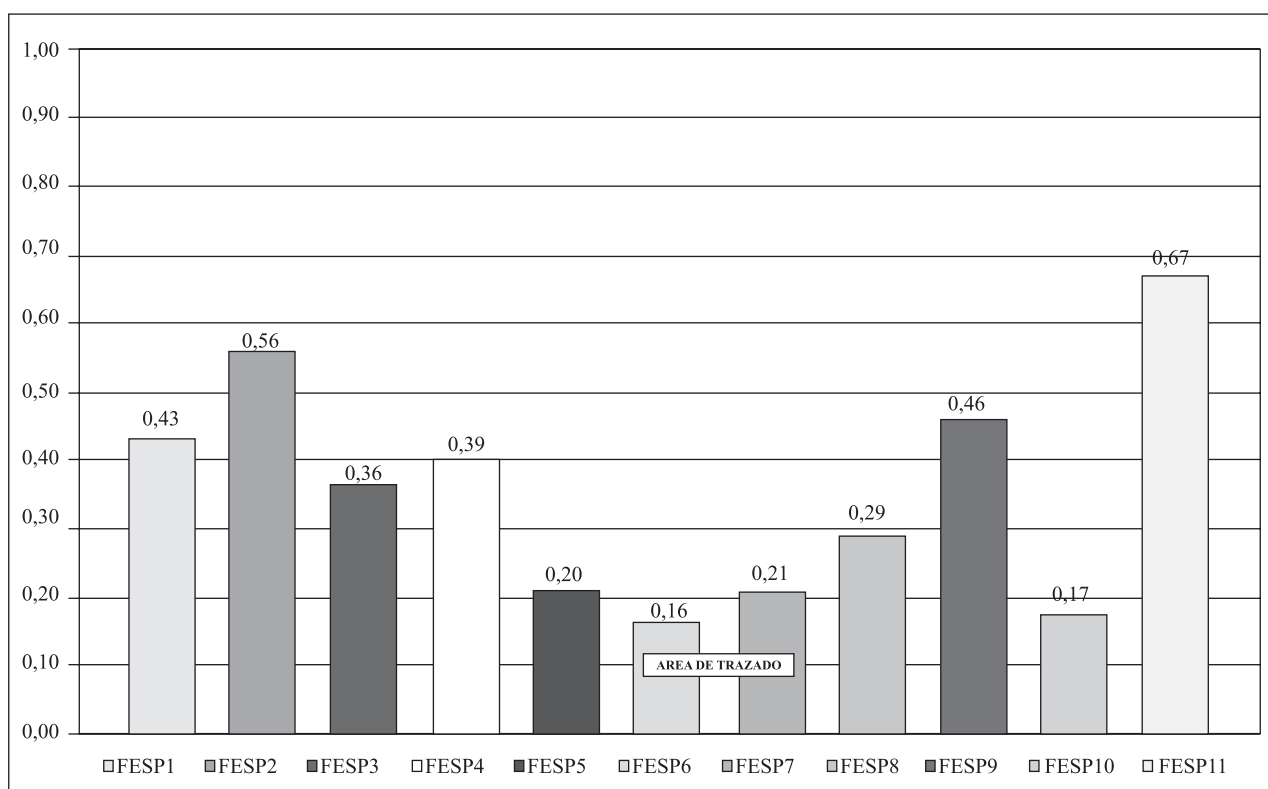
- Elaborar una línea de base del estado de la situación sanitaria y gestión de la Dirección Regional de Salud.
- Difundir la metodología e instrumento de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública
- Diseñar propuestas para el fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en la Región Cajamarca.

Se valoraron las siguientes funciones:

- FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
- FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (indicadores).
- FESP 3: Promoción de la salud.
- FESP 4: Participación social y empoderamiento ciudadano.
- FESP 5: Desarrollo de políticas que apoyen esfuerzos y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
- FESP 6: Regulación y fiscalización en Salud Pública.
- FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población.
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9: Garantía de calidad de los SS individual y colectivos
- FESP 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública.
- FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 21
Resultados de la evaluación de las FESP en la DIRESA Cajamarca
Funciones esenciales - resultados de la medición



Las principales FESP, en las cuales se tiene mayores avances en su implementación, son las funciones relacionadas al análisis de situación de salud, la Vigilancia de Salud Pública, la garantía de la calidad de servicios de salud y la reducción de los impactos de emergencias y desastres.

Las FESP en las que se tiene mayores debilidades en su implementación son el desarrollo de políticas, la Regulación y Fiscalización en Salud Pública, evaluación del acceso a los servicios, investigación y desarrollo de nuevas soluciones innovadoras en salud pública.

Es un reto para Cajamarca, avanzar hacia el mejoramiento de las funciones esenciales en Salud Pública.

3.3 Aseguramiento.

La barrera económica es una causa importante que limita el acceso a los servicios de salud. En la década pasada, el modelo económico de la atención de salud se basó principalmente en el financiamiento mayoritario por parte de las familias; persistiendo la desigualdad en el acceso a una atención de salud.

La Oficina Panamericana de la Salud, informa que el Perú es uno de los países de América que menos invierte en salud con sólo el 4.8% de su PBI. Pese al incremento del gasto en salud respecto de los primeros años de la década de 1990, se constata una distribución regresiva del financiamiento en salud y una gestión poco eficiente del gasto público. Los hogares invierten más del 80% en atención privada: el 55% de sus ingresos en farmacia y el 30% en atención privada.²⁹

El aseguramiento en el Seguro Social es la mejor alternativa para los trabajadores formales y estables. La política de salud contempla el incremento de la cobertura de dicho seguro y promueve el mejoramiento continuo de la atención que brinda a los asegurados. El Seguro Social de Salud (EsSalud), sólo cubre en la actualidad al 20% de la población que tiene trabajo estable, habiéndose reducido como consecuencia del cierre de empresas y despidos producidos durante la década de 1990. Se estima que sólo el 3% de la población accede a seguros privados y el 12%, no siendo asegurados, accede a servicios privados.

Como respuesta a buscar estrategias de financiamiento a la población con menores recursos económicos y disminuir la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, surge inicialmente en el año 1996 el Seguro Escolar Gratuito y en 1999 el Seguro Materno Infantil.

El Ministerio de Salud, en el año 2001 crea el Seguro Integral de Salud como una estrategia integral de financiamiento de servicios de salud que busca eliminar la barrera económica que impide que la población de menores recursos utilicen los servicios de salud, al mismo tiempo que promueve el mejoramiento de la capacidad y calidad de estos servicios.

En la Cajamarca, la Dirección Regional de Salud a partir de febrero 2002, implementa el Seguro Integral de Salud (SIS), teniendo como antecedentes las experiencias del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil.

El año 2005, en Cajamarca se logró una cobertura de atención del 91.26%, que representan 324,451 afiliados; lográndose una producción regional de 1'309,799 atenciones de salud y un reembolso financiero de S/. 15'291,238 nuevos soles, lo que sirve para el mejoramiento de la calidad de atención de salud a los afiliados del SIS.

Esta estrategia financiera, mejora sustancialmente el acceso económico de la población a los servicios de salud, pero aún existe una considerable población que necesita ser incorporada a los beneficios que brinda esta política de aseguramiento.

Conforme se incremente el número de trabajadores con empleo formal y estable, aumentará la cobertura del régimen contributivo hasta convertirse en el principal prestador de salud.

3.4 Gestión de los servicios.

A inicios de los 90 se produjo un gran movimiento encabezado por la OPS, para impulsar la conformación de SILOS (Sistemas Locales de Salud), en ellos se puso grandes expectativas en tanto se les concebía como espacios de interacción en actores a favor del desarrollo sociosanitario local, que plantea un nuevo modelo de gerencia para responder a las

²⁹ Iguíñez, Javier. Democratización de la Salud. La deuda Pendiente. En Deuda Externa y Políticas de Salud. Centro de Estudios y Publicaciones-CEP. Lima, Perú, julio del 2001.

exigencias de la época, se les dio mayor énfasis a la planificación local, la participación social, la integralidad y la intersectorialidad.

En los años 1990 y 1995, se propuso la descentralización hacia niveles locales aplicando la propuesta de Zonas de Desarrollo Integral de Salud (ZONADIS) como una organización técnico administrativa de salud (como adecuación a la propuesta de SILOS), y como estrategia básica para lograr el acceso de la población más pobre a la atención de la salud. Se promovía la participación de las fuerzas sociales a través del diálogo y la concertación, fortaleciendo la atención primaria y el desarrollo de la salud en el nivel local especialmente en la población urbano marginal y rural.

Sin embargo la implementación de estos modelos tuvieron como problemas:

- q Centralismo en los establecimientos de mayor complejidad ubicados en las capitales de provincia o en la sede, designándose mayores recursos financieros.
- q No identificación de prioridades locales para un mejor uso de los recursos.
- q Burocratismo e ineficiencia en el funcionamiento de los sistemas administrativos.
- q Poca identificación con los establecimientos de primer nivel.
- q Enfoque médico recuperativo, poco impulso al trabajo comunitario.
- q Escasa vinculación con otras instituciones públicas y privadas ligadas al sector.

Después se implementó el sistema de redes con lo cual se tuvieron logros;

- q Conformación y fortalecimiento de equipos técnicos calificados en cada Red de Servicios de Salud, con una visión gerencial para la administración de servicios de salud, se conoce y busca como operativizar conceptos de productividad, eficiencia, eficacia.

- q Se ha compartido autoridad hacia las Redes para la administración de los servicios de salud.
- q Distribución de recursos financieros, aunque aún son escasos, de las Unidades Ejecutoras a cada Red de Servicios de Salud y de ésta a los establecimientos de salud.
- q Se toman decisiones con la participación de los Directores de Red, y éstos con la participación de Jefes de Centros y Puesto de Salud.
- q Se cuenta con un planes operativos que permite tener una visión compartida institucional.

3.5 Comités Locales de Administración de Salud (CLAS)

Los CLAS constituyen una modalidad de co-gestión de servicios de salud. Esta modalidad ha representado un cambio cualitativo en la capacidad profesional de atención a la salud, que antes estaba restringida a técnicos de salud con funciones y capacidades limitadas y además todos tienen mejoras salariales significativas. Se mejoró la asistencia y permanencia de los trabajadores en los establecimientos. Además los consejos directivos tienen poder real sobre dichos trabajadores, como nunca antes lo había experimentado, pues les pagan directamente los sueldos y pueden no renovarles el contrato.

Otro cambio importante, es el abastecimiento de medicinas básicas en cada establecimiento. Hasta la fecha la población en general y los pacientes que eran atendidos tenían que afrontar carencias totales, ventas especulativas de boticas o bodegas locales o tenían que viajar a la población más cercana que tenga farmacias bien surtidas. Con el personal profesional nuevo, las medicinas puestas en cada establecimiento, también llegó dinero para comprar mobiliario e instrumental adicional. Esto se vio reforzado con la autorización de disponer con autonomía de todos los ingresos propios que genere el establecimiento.

³⁰ MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012. Lima, 2001.

La implementación de instrumental médico, mobiliario y el acondicionamiento de los locales ha sido muy desigual según la calidad gerencial del jefe del establecimiento y de los integrantes de los consejos directivos. Sin embargo, sin excepciones en todos los CLAS se comprueba mejoras sustantivas en los acabados ambientales, en los mobiliarios y en el instrumental mínimo para la atención de la salud conforme a los programas establecidos.

Si consideramos que esta estrategia promueve la acción conjunta del Estado y de la comunidad organizada, hay distintas maneras de implementar la participación de la comunidad, tanto en la condición de miembros de la comunidad como de los usuarios de los servicios de salud que se ofrecen en cada establecimiento y que puedan acceder a su administración. El problema radica en cómo lograr la participación de la comunidad en términos reales cuando sus integrantes son muchos y con status sociales y culturales muy diferenciados; lo ideal sería promover que los CLAS encuentren su cauce social participativo sin restricciones ni tutelajes, combinando la participación de las organizaciones existentes con la de cualquier ciudadano que con conocimientos de causa decida hacerlo.

3.6 Modelo de atención integral de salud.

El Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el período 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos generales, «priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.» (Lineamientos, pág. 3530)

Por otro lado, la implementación del Modelo de Atención Integral se constituye en uno de los lineamientos de salud más importantes, en la medida en que instrumentaliza otros lineamientos, y traduce directamente algunos principios como la búsqueda

de la integridad de la persona y la visión de la familia como unidad básica de salud.

Si bien ha existido una serie de avances en implementar la Atención Integral y definir Modelos de alcance regional, es necesario ampliar sus alcances a todo el país, de manera tal que haya unidad de principios y de enfoques para su aplicación. Al mismo tiempo, es necesario aprovechar las experiencias locales y concordar diversas estrategias para hacer efectivo el Modelo, teniendo en cuenta la diversidad de nuestra realidad nacional.

La aplicación del Modelo de Atención Integral permitirá no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad.

3.7 Participación ciudadana y derechos en salud.

Una iniciativa muy importante entre las políticas de la DIRESA Cajamarca es la referida al trabajo comunitario en salud y a la concertación interinstitucional. En el trabajo comunitario, el personal de salud se acerca a la población con un interés que va más allá del logro de metas y coberturas, conjuntamente con las organizaciones de base identifican y priorizan los problemas comunales y buscan soluciones; el personal de salud se convierte así en un asesor técnico que promueve la participación de la población en la búsqueda del desarrollo.

En la concertación, se ha incorporado espacios en los que se negocian demanda comunal organizada y oferta institucional concertada. Ambos elementos constituyen el inicio de un camino hacia una nueva forma de participación social, en la que se va pasando de la concepción de participación como colaboración a las actividades del sector, hacia la participación en la toma de decisiones durante todo el proceso de gestión de los servicios de salud.

IV. PRIORIDADES DE SALUD EN CAJAMARCA

4.1 Antecedentes del proceso regional de priorización en salud

El análisis de las prioridades en salud en Cajamarca es un proceso que en los últimos años ha estado liderado por el Gobierno Regional, mediante la Gerencia de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Entre octubre del 2003 y marzo del 2004 dichas instancias de gobierno promovieron la participación de un conjunto de instituciones comprometidas con el desarrollo regional y local, en el marco de los Lineamientos de Política 2002-2012 aprobados por el Ministerio de Salud³¹.

Las instituciones participantes en este proceso convocado por el Gobierno Regional, por intermedio de la Gerencia de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud, fueron: UNICEF Cajamarca, ASAC (Asociación de Salubristas de Cajamarca), REPEGESA (Red Peruana de Gestión Sanitaria), Cooperación Belga, CARE Cajamarca, PRISMA Cajamarca y la Universidad Nacional de Cajamarca, que se constituyeron en Grupo Promotor.

Este proceso se desarrolló con un enfoque de participación amplia por parte de todos los actores, que permitió definir una hoja de ruta por consenso y

la obtención de los recursos necesarios para la implementación.

El Grupo Promotor identificó a las instituciones, organizaciones y líderes vinculados a la salud en la Región y los convocó a una participación amplia y sostenida. En forma concertada analizaron la situación sanitaria, identificaron los problemas y los analizaron tomando en cuenta tres elementos: demanda de la población, oferta de servicios existente y participación social en salud³².

Una vez identificados los problemas se definió criterios para priorizarlos: magnitud, tendencia del problema, riesgos que genera a la población, capacidad de intervención e interés de la población para abordar el problema. El resultado de la priorización fue el siguiente:

1. Desnutrición infantil.
2. Calidad de la atención en salud.
3. Mortalidad materno infantil.
4. Estilos de vida y entornos no saludables.
5. Débil participación social en salud.

A partir de las prioridades señaladas se formó cinco mesas de trabajo, lideradas por instituciones

Cuadro 10
Proceso de priorización de problemas y de políticas

Momento I	Momento II	Momento III	Momento IV
• Análisis de la situación sanitaria.	• Determinación de prioridades	• Socialización del trabajo de las mesas según las prioridades identificadas. (18 y 19 de marzo 2004)	• Formulación y presentación de las políticas regionales.
• Identificación de problemas y priorización. (12 noviembre de 2003)	• Conformación de las Mesas de Trabajo.		• Viabilidad de las políticas. 27 y 28 de abril 2004)
Trabajo permanente de las Mesas según las prioridades en salud			

Fuente: Políticas Regionales en Salud 2004-2010, Gobierno Regional de Cajamarca.

³¹ Políticas Regionales en Salud 2004-2010, Gobierno Regional de Cajamarca.

³² Idem.

Cuadro 11
Conformación de mesas temáticas

MESA TEMÁTICA	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	INSTITUCIONES PARTICIPANTES
1. Desnutrición infantil	Prisma	DIRESA, CARE, UNICEF, PRONAA, Gobiernos Locales, Vaso de leche, G&C, etc.
2. Calidad de la atención en salud	DIRESA Cajamarca	DIRESA, Redes, Cuerpo Médico, ASAC, ESSALUD, Promotores, Colegios profesionales.
3. Mortalidad materno infantil	UNICEF	DIRESA, CARE, Universidad, Hospital, Redes, Promotores, Gobiernos Locales, Colegios profesionales.
4. Estilos de vida y entornos no saludables	CARE	DIRESA, Prisma, G&C, ASAC, ESSALUD, Universidad, Gobiernos Locales, Colegio de enfermeros.
5. Débil participación en salud	Asociación de Salubristas de Cajamarca (ASAC)	DIRESA, Municipalidad, Colegio de enfermeros, Red Cajamarca, Asociación de Promotores de Salud.

Fuente: Políticas Regionales en Salud 2004-2010, Gobierno Regional de Cajamarca.

con experiencia en cada tema, a las que se sumaron otras instituciones y organizaciones interesadas en aportar en cada tema. El Cuadro 6 muestra la conformación de las Mesas Temáticas.

4.2 Propuesta de ajuste en la priorización de problemas de salud en Cajamarca

A partir del análisis realizado en el capítulo respectivo del presente documento, se puede hacer comentarios y sugerencias a las prioridades hechas en el proceso descrito anteriormente.

Sin duda, la desnutrición infantil es un problema de primerísima importancia por las graves consecuencias que tiene para la niñez y para el desarrollo del capital humano en Cajamarca. Pero aparte de la magnitud y el impacto que tiene, un criterio muy importante en la priorización es el enorme potencial de la Región como productor lechero, de carnes y otros alimentos ricos en proteínas y calorías, necesarias para combatir la desnutrición.

Igualmente, la elevada mortalidad materna e infantil es un problema de gran impacto social en la Región, que amerita estrategias concretas para su reducción. Esto será factible en la medida que se logre articular los recursos oficiales y las enormes potencialidades de la propia comunidad, en particular las redes de promotores de salud que existen en varias provincias de Cajamarca.

Otro problema importante, aunque no es un problema sanitario pero sí del sistema de salud, es la mala calidad de atención descrita por muchos usuarios en los servicios públicos tanto de la DIRESA como de ESSALUD. Enfrentar este problema es muy necesario, tanto porque la calidad de atención es un derecho ciudadano como porque es una condición indispensable para generar confianza en el sistema de salud y lograr la participación activa de la comunidad en todas las iniciativas del sistema.

Con relación a los estilos de vida y entornos no saludables se sugiere una reformulación que enfatice en el deterioro creciente de la salud ambiental, priorizando tres aspectos:

- Contaminación del recurso hídrico y el entorno por factores provenientes de la actividad minera, como son el plomo, cobre, hierro y otros metales pesados.
- Contaminación bacteriológica del recurso hídrico por deficientes sistemas de saneamiento básico e inadecuados estilos de vida.
- Contaminación del agua, aire y suelo por deficientes sistemas de recolección y disposición final de los residuos sólidos.

Esta forma de planteamiento del problema permite identificar mejor los factores causales y definir estrategias y acciones para enfrentarlo.

Se propone incorporar como otro problema prioritario la alta incidencia de enfermedades transmisibles, especialmente las metaxénicas como malaria, bartonellosis y leishmaniasis, que además tienen alta concentración en la zona norte del Departamento, en las provincias de Jaén y San Ignacio. Tanto la malaria como las otras enfermedades mencionadas tienen un alto impacto en la morbilidad y mortalidad general, así como afectan la productividad económica de la Región por la reducción de horas de trabajo y obligan a la sociedad a sumir un costo alto por el tratamiento de los casos afectados. Todo ello justifica su priorización y el replanteamiento de estrategias que hasta el momento no han tenido resultados positivos.

Cuadro 12
Prioridades acordadas por la Región

1. Elevada prevalencia de la desnutrición infantil
2. Altas tasas de mortalidad materna
3. Mala calidad de atención en servicios de públicos de salud
4. Estilos de vida y entornos no saludables
5. Vulneración del derecho y limitada participación de la población en salud

V. POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PROYECTOS

POLÍTICAS

A partir de la propuesta de priorización de problemas, que modifica los avances desarrollados por las autoridades regionales y otros actores, se propone las siguientes políticas principales:

Cada una de las políticas principales contenidas en el Cuadro 11 deberán ser operativizadas mediante estrategias de intervención. Para ello, La metodología que debe seguirse consiste en definir estrategias de intervención por cada uno de los factores causales prioritarios identificados en el análisis realizado alrededor de cada uno de los problemas.

ESTRATEGIAS

Las estrategias seleccionadas para reducir o eliminar los factores causales de los problemas, se precisan en el Cuadro 14.

5.1 Reducción de la desnutrición infantil crónica en menores de 5 años, así como de la anemia en niños y gestantes

5.1.1 Fortalecimiento de la lactancia materna y la alimentación complementaria

a. Objetivo

Garantizar una adecuada nutrición en los niños menores de 6 meses mediante la lactancia materna exclusiva, así como la alimentación complementaria adecuada a partir del sexto mes de vida del niño

b. Justificación

La leche materna es el mejor alimento para los niños, por lo menos hasta los 6 meses de vida. Garantiza la cantidad de proteínas y calorías necesarias, además de otros nutrientes y factores de defensa contra infecciones. Provee también la cantidad necesaria de

Cuadro 13
Principales políticas de salud propuestas

PRIORIDADES	POLITICAS DE SALUD PROPUESTAS
1. Elevada prevalencia de la desnutrición crónica del menor de 5 años.	1. Reducción de la desnutrición infantil crónica en menores de 5 años, así como de la anemia en niños y gestantes.
2. Alta tasa de mortalidad materna neonatal	2. Reducción de la mortalidad materna, principalmente debida a hemorragias e infecciones perinatales.
3. Deficiente atención en servicios públicos de salud con insatisfacción de usuarios: acceso limitado a medicamentos, persistencia de barreras culturales en los servicios	3. Mejora continua de la calidad de atención: optimización y fortalecimiento de la capacidad de gestión y repuesta de los servicios de salud
4. Incremento de riesgos ambientales y ocupacionales	4. Protección de la salud ambiental reduciendo los factores contaminantes del agua, aire y suelo.
5. Elevada incidencia de enfermedades metaxénicas como la malaria, bartonelosis y leishmaniasis.	5. Reducción de la incidencia de malaria, bartonelosis y leishmaniasis, principalmente en las provincias de Jaén y San Ignacio
6. Débil participación social	6. Incremento de la participación ciudadana para el ejercicio de los derechos en salud
7. Persistencia de la exclusión en servicios de salud, con baja cobertura de aseguramiento	7. Aseguramiento universal en salud

Cuadro 14

POLÍTICAS PRINCIPALES	ESTRATEGIAS POSIBLES
1. Reducción de la desnutrición infantil crónica en menores de 5 años, así como de la anemia en niños y gestantes.	1.1 Promoción de la lactancia materna, ablactancia adecuada y alimentación complementaria en niños. 1.2 Prevención y tratamiento oportuno por EDA e IRA en menores de 3 años. 1.3 Aporte suficiente de proteínas, micronutrientes y calorías en niños en riesgo de desnutrición, y mujeres en edad fértil y gestantes.
2. Reducción de la mortalidad materna, principalmente debida a hemorragias e infecciones.	2.1 Ampliación de la cobertura del control prenatal incorporando recursos de la comunidad. 2.2 Garantizar atención especializada en todos los partos de riesgo.
3. Mejora continua de la calidad de atención	3.1 Mejoramiento del servicio: personal capacitado y mejoramiento de la infraestructura de los servicios de salud. 3.2 Adecuación cultural de los servicios.
4. Protección de la salud ambiental reduciendo los factores contaminantes del agua, aire y suelo.	4.1 Coordinación intersectorial para el cumplimiento de normas sobre relaves y vertimientos mineros. 4.2 Promoción de sistemas de captación y tratamiento de agua segura. 4.3 Coordinación intersectorial e intergubernamental para la recolección y disposición final de residuos sólidos
5. Reducción de la incidencia de malaria, bartonelosis y leishmaniasis, en particular en las provincias de Jaén y San Ignacio.	5.1 Coordinación intersectorial e intergubernamental para la eliminación de los vectores causantes de esas enfermedades. 5.2 Reforzamiento de la educación sanitaria a la población para lograr hogares y comunidades saludables. 5.3 Reforzamiento de la educación sanitaria para la detección temprana de casos.
6. Incremento de la participación ciudadana para el ejercicio de los derechos en salud	6.1 Participación ciudadana en la toma de decisiones. 6.2 Inclusión de poblaciones desatendidas 6.3 Cumplimiento de compromisos y obligaciones por parte del Estado.
7. Aseguramiento universal en salud	7.1 Ampliación de cobertura del SIS 7.2 Mejoramiento de estrategia de atención itinerante. 7.3 Adecuación cultural de los servicios.

agua, por lo que la leche materna se convierte en el alimento exclusivo para niños de ese grupo etéreo.

Numerosos estudios demuestran que la interrupción temprana de la lactancia materna favorece la presencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias, con el riesgo de contribuir a la desnutrición temprana de esos niños. Por ello es necesario desarrollar políticas que refuercen la lactancia materna que, felizmente, es una costumbre arraigada en las zonas rurales del país.

También está demostrado que el mayor riesgo de desnutrición en el primer año de vida es en el momento de la alimentación complementaria, cuando se reemplaza la lactancia materna exclusiva por otros alimentos y no se tiene los cuidados higiénicos necesarios en la atención del niño.

A partir de los 6 meses, los requerimientos del niño se incrementan, siendo insuficiente la lactancia

materna, debido a que el niño necesita mayor cantidad de nutrientes para su crecimiento y desarrollo adecuados; siendo las preparaciones semi-sólidas (papillas) con alto contenido proteico calórico el inicio de la alimentación complementaria adecuada.

c. Población objetivo

Todos los niños recién nacidos y hasta el año de edad.

d. Proyectos de intervención

Q *Promoción de la lactancia materna:* Garantizar que desde la gestación la madre conozca los efectos beneficiosos de la lactancia materna exclusiva y de los riesgos que tiene su interrupción temprana. Estimular a la madre para que brinde lactancia materna exclusiva empleando las técnicas más adecuadas que eviten las lesiones

nes del pezón o las infecciones de las mamas, que por lo general constituyen la causa más frecuente de suspensión de la lactancia materna.

q *Promoción de la alimentación complementaria adecuada y suficiente:* Asegurar que a partir de los 6 meses de edad el niño reciba los alimentos adecuados y en cantidad suficiente, que permitan su normal crecimiento físico y desarrollo intelectual. Brindar a la madre educación en alimentación y nutrición del niño de 6 meses a 1 año mediante consejerías nutricionales continuas y el desarrollo de sesiones demostrativas, donde se aprende haciendo. Reorientación de programas nutricionales como el PVL.

q *Capacitación nutricional:* Capacitar a los padres de familia en el uso adecuado de los alimentos con mayor valor nutritivo y de mayor accesibilidad para la población. Promover la introducción de temas de alimentación y nutrición en la curricula de estudios de la carrera de educación, así como en la de los estudiantes de nivel primario y secundario. Lograr que los profesionales egresados de las universidades e institutos pedagógicos, así como los estudiantes de las diversas instituciones educativas cuenten con los conocimientos básicos para lograr una alimentación y nutrición adecuada, variada, completa y suficiente, asegurando de esta manera la disminución de los malos hábitos alimentarios y por ende la disminución de la mal nutrición materno infantil.

e. Alcances de la estrategia

Esta estrategia deberá aplicarse en todas las subregiones. Tiene impacto en un adecuado estado nutricional de los niños menores de 1 año; y en la prevención de las infecciones de la primera infancia, reduciendo el riesgo de sus efectos negati-

vos sobre el estado nutricional de los niños y la mortalidad infantil.

f. Meta

El 90% de los niños menores de 1 año controlados en los servicios de salud de la DIRESA Cajamarca reciben lactancia materna por lo menos hasta el sexto mes de vida y una adecuada complementación alimentaria desde 1 año, en los próximos cuatro años.

5.1.2 Prevención y tratamiento oportuno por EDA e IRA en menores de 5 años

a) Objetivo

Reducir la incidencia de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en la población menor de 3 años, con el fin de reducir el riesgo de desnutrición crónica como consecuencia del impacto de esas patologías en la población infantil.

b. Justificación

Existen evidencias que indican que tanto las EDAs como las IRAs contribuyen decididamente en el proceso de desnutrición de los niños menores de tres años. Así también, está demostrado que la implementación de la estrategia de atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), contribuye a disminuir de manera importante la desnutrición crónica y la mortalidad de la infancia. Se describe que el manejo eficaz e integrado de los casos de infecciones en la niñez (diarrea, neumonía, malaria y septicemia neonatal) podría evitar la muerte de 3.2 millones de niños cada año en el mundo³³. De otro lado, es importante resaltar que la ejecución lenta y fragmentada de la AIEPI limita su efectividad³⁴. Al respecto, la evaluación hecha en el Perú, dentro del estudio multipaís de la AIEPI, demostró poco efecto en mejorar la salud infantil, debido a dificultades serias en su implementación a nivel nacional³⁵. Un elemento de especial importancia para la implementación de la AIEPI corresponde a una adecuada provisión de medicamentos para el manejo antibiótico de los casos de neumonía.

³³ Bryce J, El Arifeen Sh, Pariyo G, Lanata CF, Gwatkin D, Habicht JP. Reducción de la mortalidad en la niñez: ¿puede la salud pública lograrla? Lancet 2003, 362:159-64

³⁴ Ibid

³⁵ Huicho L, Dávila M, Campos M, Drasbek Ch, Bryce J, Victora C. Scaling up Integrated Management of Childhood Illness to the national level: achievement and challenges in Peru. Health Policy and Planning 2005;20(1):14-24

c. Población Objetivo

Población de niños menores de 5 años de la Región, con mayor énfasis en las zonas rurales y de mayor pobreza.

d. Proyectos de intervención

La Dirección Regional de Salud de Cajamarca implementará la estrategia AIEPI en todas las redes de servicios de salud, en el marco del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). La Región fortalecerá dicha implementación considerando la oportunidad que significa la reciente oficialización de la estrategia AIEPI que ha hecho el Ministerio de Salud. Los proyectos previstos son:

- *Mejoramiento del desempeño del personal de salud:* Reforzar la capacitación, asistencia técnica y acompañamiento al personal de salud para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años. Asimismo, el fortalecimiento de sus capacidades para la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.
- *Mejoramiento de la organización y el funcionamiento de los servicios de salud:*
 - (a) Implementación de las guías clínicas para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia;
 - (b) Elaboración de planes locales para implementación, seguimiento y evaluación de la AIEPI;
 - © Mejoramiento de los sistemas para la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de la AIEPI; y
 - (d) el desarrollo de protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre la AIEPI.
- *Promover la introducción de la estrategia AIEPI como parte del currículo de estudios para las carreras en salud:* Coordinación con las instituciones formadoras regionales para asegurar que los profesionales egresados de las universidades y otros centros de estudios superiores tengan las competencias adecuadas para la implementación y sostenimiento del

MAIS en la Región en el mediano y largo plazo.

e. Alcances de la estrategia

Estrategia que se aplicará en todas las zonas de intervención de Cajamarca. Su implementación tiene impacto en la prevención y adecuado tratamiento de las infecciones de la primera infancia, reduciendo el riesgo de los efectos negativos sobre el estado nutricional de los niños y la mortalidad infantil.

f. Meta

Al finalizar el segundo año de intervención, todos los establecimientos de salud de primer nivel de la DIRESA Cajamarca contarán con personal entrenado y contarán con planes de aplicación de la estrategia AIEPI en ejecución.

5.1.3 Aporte suficiente de proteínas y calorías en niños en riesgo de desnutrición

a. Objetivo

Reducir la prevalencia de desnutrición infantil crónica en el Departamento de Cajamarca, particularmente en las zonas de extrema pobreza.

b. Justificación

La desnutrición crónica es un problema que afecta a un porcentaje significativo de la población de menores recursos y que atenta contra el desarrollo del capital humano de Cajamarca. En los niños menores de 5 años la tasa promedio es de 42,8%, lo que revela el nivel de deficiencias de la ingesta calórico-proteica y de micronutrientes —especialmente hierro— de la dieta infantil. Se presenta con frecuencia en dos sectores de alta vulnerabilidad biológica: la población infantil y la de mujeres adolescentes y gestantes, pues ambos requieren ingerir más hierro con el fin de generar un creciente volumen sanguíneo para oxigenar adecuadamente los tejidos y órganos que se encuentran en fase de replicación y desarrollo intenso.

Los factores que influyen sobre los niveles de desnutrición y anemia se pueden clasificar en:

- 1) Inmediatos:
 - Ingesta en la dieta (energía, proteínas, grasas y micronutrientes).
 - Estado de salud (enfermedades comunes, fundamentalmente infecciosas, diarreas, parasitosis).

- 2) Subyacentes:
- q Seguridad alimentaria en el hogar (disponibilidad de alimentos per cápita).
 - q Cuidado y autocuidado de la nutrición, influenciado por el nivel educativo y el grado de acceso a la información de las mujeres.
 - q Acceso a servicios básicos de salud y a servicios de saneamiento y agua potable (acceso a agua segura).
- 3) Básicos:
- q Acceso a los servicios educativos y calidad de estos.
 - q Riqueza e ingresos disponibles en la comunidad o Región.
 - q Recursos organizacionales (organizaciones comunales, sindicatos, clubes de madres, clubes deportivos, etc.).
 - q Grados de respuesta de las autoridades a las necesidades de la población.

Existen recursos que podrían ser mejor utilizados para combatir la desnutrición infantil. Como se observa en el Cuadro 15, en el caso de los programas nutricionales financiados por el Estado, el Departamento de Cajamarca recibe anualmente por concepto del Programa del Vaso de Leche 23'415,936 de Nuevos Soles para atender a 312,491 beneficiarios, cuando la población objetivo del programa es de 149,559 menores de 5 años. Una mejor focalización del programa podría incrementar el contenido nutricional de las raciones para la población infantil prioritaria y contribuir a reducir los niveles de desnutrición existentes.

mento de Cajamarca recibe anualmente por concepto del Programa del Vaso de Leche 23'415,936 de Nuevos Soles para atender a 312,491 beneficiarios, cuando la población objetivo del programa es de 149,559 menores de 5 años. Una mejor focalización del programa podría incrementar el contenido nutricional de las raciones para la población infantil prioritaria y contribuir a reducir los niveles de desnutrición existentes.

c. Población objetivo

Niños menores de 3 años con desnutrición crónica, principalmente de las provincias con mayor prevalencia como son: Cutervo, Hualgayoc, San Pablo, Celendín, San Marcos y Cajabamba.

d. Proyectos de intervención

- q *Seguridad alimentaria y articulación de los programas alimentarios y nutricionales:* Promover proyectos de desarrollo productivo orientados a garantizar alimentos suficientes y de calidad para la población, tomando en cuenta experiencias locales como las desarrolladas por CARE y otras instituciones. Aprovechamiento de los recursos públicos destinados a programas como el Vaso de Leche, Comedores Populares y otros, con el fin de orientar la alimentación complementaria a la población infantil objetivo, previa calificación de beneficiarios. Tomar como ejemplo las experiencias desarrolladas en diversas zonas

Cuadro 15
Programa de Vaso de Leche en el Departamento de Cajamarca

PROVINCIAS	DISTRITOS	BENEFICIARIOS	PRESUPUESTO		Población total	Población 0-4 años
			MENSUAL	ANUAL		
Cajamarca	12	49,245	307,945	3,695,340	277,541	30,529
Cajabamba	4	15,717	98,284	1,179,408	75,062	8,256
Celendín	12	20,475	128,034	1,536,408	89,068	9,797
Chota	19	43,458	271,755	3,261,060	165,491	18,204
Contumaza	8	6,707	41,939	503,268	32,363	3,559
Cutervo	15	39,427	246,553	2,958,636	142,646	15,691
Hualgayoc	3	19,294	120,654	1,447,848	94,100	10,351
Jaen	12	42,381	265,023	3,180,276	179,769	19,774
San Ignacio	7	32,743	204,752	2,457,024	127,551	14,030
San Marcos	7	10,946	68,451	821,412	51,809	5,698
San Miguel	13	14,781	91,151	1,093,812	56,568	6,222
San Pablo	4	5,964	36,777	441,324	23,525	2,587
Santa Cruz	11	11,353	70,010	840,120	44,194	4,861
	127	312,491	1,951,328	23,415,936	1,359,687	149,559

de la Región, como es el caso de los distritos de Matara y Namora en la Provincia de Cajamarca con la institución Prisma, que ha permitido focalizar adecuadamente el Programa del Vaso de Leche, mejorar el aporte calórico proteico e incidir positivamente en el estado nutricional de los niños beneficiarios del programa.

- q *Financiamiento del SIS a una atención especialmente dirigida a la población objetivo:* El SIS ha contribuido a mejorar el estado de salud de la población mediante el financiamiento de un conjunto de servicios de salud materno-infantil, con énfasis en la atención de partos y la atención recuperativa. No obstante, no se ha puesto el mismo cuidado en la prevención a partir de intervenciones costo-efectivas en condiciones prevalentes. Así, no existen reembolsos por el otorgamiento de suplementos de hierro para la prevención de la anemia ferropénica. En la actualidad se considera el reembolso únicamente cuando el problema tiene manifestaciones clínicas y cuando éstas obligan a la persona a acudir a un establecimiento de salud. Ello ocurre sólo después de haber transcurrido un período sostenido de deprivación de hierro. Esta situación puede ser revertida con relativa facilidad a partir del otorgamiento preventivo de suplementos de hierro a la población vulnerable.

Por otro lado, la intervención sanitaria entre la población más vulnerable requiere que el SIS incremente el actual espectro de su plan de beneficios para incluir las actividades de evaluación y consejería nutricional a la población sana, con énfasis en las madres, de modo de evitar las condiciones familiares que pongan en riesgo nutricional a la población infantil.

- q *Consejería en nutrición y alimentación saludable:* La Resolución Ministerial 1069-2004-MINSA, considera a la consejería en nutrición y alimentación saludable, así como respecto de las deficien-

cias nutricionales por micronutrientes como intervenciones de salud colectiva, mientras la suplementación con hierro para niños menores de 3 años y gestantes es considerada como atención individual de alto impacto social. Estas intervenciones son consideradas como servicios en la provisión básica de salud, lo que debería justificar la asignación de recursos de acuerdo con criterios de universalidad y equidad, promoviendo además el acceso de la población en el menor plazo posible. En virtud de ello, la DIRESA debe establecer de inmediato las coordinaciones con el MINSA para incluir el financiamiento de los servicios de consejería mencionados a través del SIS.

e. Alcances de la estrategia

Aplicar la estrategia principalmente en las provincias de Cutervo, Hualgayoc, San Pablo, Celdén, San Marcos y Cajabamba, combinando el uso más racional de los recursos destinados al financiamiento del programa del Vaso de Leche, así como el financiamiento de actividades costo-efectivas destinadas a niños en riesgo de desnutrición y consejería a los hogares, deben revertir la elevada tasa de desnutrición crónica infantil predominante en Cajamarca, particularmente en las zonas rurales de varias provincias.

f. Meta

Al finalizar el segundo año de intervención, en todos los distritos de las 6 provincias seleccionadas, las Municipalidades respectivas habrán adecuado el Programa del Vaso de Leche a la presente estrategia.

5.2 Reducción de la mortalidad materna, principalmente debida a hemorragias e infecciones

Estrategia 5.2.1 : Ampliación de la cobertura del control prenatal incorporando recursos de la comunidad.

a. Objetivo

Ampliar la cobertura del control prenatal, principalmente en las zonas rurales, articulando los recursos técnicos y organizativos de los establecimientos y los recursos de la comunidad.

b. Justificación

El control prenatal es importante para identificar posibles riesgos durante el parto y prever la atención más adecuada en cada caso. A ello debe contribuir la articulación de la capacidad resolutoria de los establecimientos con los recursos existentes en la propia comunidad. En Cajamarca existe una amplia experiencia de la participación de promotores de salud en varias provincias, así como de parteras, con importantes niveles de organización y relación con los servicios de salud.

La capacidad resolutoria de un establecimiento de salud es entendida como su potencialidad para solucionar el problema de salud para el cual está preparado; es decir, un problema de salud de alta complejidad es resuelto en establecimientos que cuentan con personal y equipos especializados y viceversa. Esta capacidad se ve afectada por la disponibilidad de sus recursos de infraestructura, humanos, de equipamiento y de insumos. No es rara la discordancia entre la denominación formal de un establecimiento y su capacidad para resolver problemas de salud específicos. Esto se refuerza con la existencia de hospitales que no pueden resolver una emergencia obstétrica o de otra índole, así como de centros de salud que carecen de personal profesional.

Estas condiciones generan una situación inversa en la que los establecimientos de salud — entre los que resaltan los de menor complejidad relativa — pierdan prestigio y, con ello, también un flujo de población que, en condiciones normales, debería estar en capacidad de manejar. Una proporción de este volumen de pacientes es derivada, por mecanismos formales e informales, a establecimientos de mayor nivel de complejidad, donde espera resolver sus problemas de salud. Otra parte de los pacientes, por razones culturales, económicas o de otra índole, no es derivada, lo que pone en riesgo su vida y su salud.

Esto viene acompañado de una disminución de la disponibilidad de recursos para aquellos casos que requieran una atención de mayor nivel de especialización. Este círculo vicioso, por tanto, está asociado con elevados niveles de ineficiencia que atentan directamente contra la ampliación de la cobertura de atención del sistema regional de servicios de salud.

De otro lado, como se ha descrito, existen recursos humanos (promotores y parteras tradiciona-

les) e infraestructura pertenecientes a la comunidad que no son empleados adecuadamente. Por ello, es indispensable que los establecimientos de salud coordinen acciones con la propia comunidad de tal manera de lograr, concertadamente, una mayor efectividad en el control de gestantes.

c. Población objetivo

Población rural atendida en los establecimientos públicos de salud de las provincias con mayor mortalidad materna.

d. Proyectos de intervención

- *Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de zonas rurales:* Para mejorar la capacidad resolutoria de los mencionados servicios se requiere como condición previa el ordenamiento del sistema regional de servicios de salud y de cada subregión que existe en Cajamarca, precisando las necesidades de fortalecimiento. Esto está asociado a la necesaria categorización de los establecimientos de salud públicos y privados, lo que hará más transparente la capacidad resolutoria real del Sistema Regional de Servicios de Salud. El MINSA ha propuesto que para acreditar las funciones previstas en el Plan de Transferencia 2006, los Gobiernos Regionales habrán cumplido con categorizar todos los servicios de salud a su cargo.
- *Fortalecimiento del segundo nivel de atención:* La DIRESA Cajamarca impulsará este fortalecimiento, potenciando los establecimientos de cabecera de red y que cuenten con camas suficientes de acuerdo a la demanda, principalmente para la atención de emergencias obstétricas. Entre el primer y segundo nivel de atención deberían estar en condiciones de atender integralmente a más de 85 por ciento de la demanda. Esto requiere un soporte sostenido de carácter financiero y técnico.
- *Capacitación de promotores de salud:* La DIRESA y las redes de servicios del área rural fortalecerán el sistema de vigilancia de gestantes. Se fortalecerá la relación con los promotores de salud y parteras tradicionales en cada ámbito seleccionado, quienes trabajarán con los líderes de la co-

munidad y las organizaciones locales para identificar a las gestantes, hacerles el seguimiento y organizar el sistema de referencia comunal. Los promotores reportarán a los establecimientos de la red de servicios la relación de gestantes identificadas y el plan para su seguimiento, incluyendo la fecha probable del parto.

e. Alcance

Esta estrategia debe aplicarse en las zonas rurales del conjunto de las subregiones de Cajamarca. Su ejecución incidirá en el incremento del control de gestantes y en la reducción de la demanda insatisfecha de atenciones obstétricas de emergencia y de la letalidad obstétrica. El control prenatal tiene un efecto directo en cuanto a la prevención y tratamiento de la anemia; también reduce la mortalidad por eclampsia y pre-eclampsia severa, previene el tétanos neonatal y contrarresta infecciones maternas.

f. Meta

Al cuarto año de intervención la cobertura de control prenatal en las zonas rurales será del 70% o más.

Estrategia 5.2.2 : Garantizar atención especializada en todos los partos de riesgo.

a. Objetivo

Prever la atención especializada de todos los partos de riesgo mediano y alto en el conjunto de establecimientos públicos de salud.

b. Justificación

Está demostrado que las principales causas de muerte materna son las hemorragias y las infecciones producidas con relación al parto. Por lo tanto, prevenir las posibles causas de estas complicaciones permitirá reducir significativamente el riesgo de este serio problema de salud pública.

Igualmente, numerosas investigaciones comprueban que el control prenatal es efectivo para pre-

venir y tratar la anemia, para la detección y tratamiento de la eclampsia, para la prevención del parto obstétrico y para la prevención de infecciones.³⁶ Asimismo, el control prenatal puede servir como una vía para incrementar el uso del parto atendido por profesionales.³⁷ No obstante, se ha documentado que el control prenatal no es importante si no se asegura una atención calificada del parto.³⁸

c. Población objetivo

Toda la población gestante, principalmente de zonas rurales de las provincias de mayor tasa de mortalidad materna.

d. Proyectos de intervención

Q Fortalecimiento de la capacidad de respuestas de los servicios de salud:

- (1) Implementar las salas de parto con:
 - Construcción de Salas de Parto.
 - Implementación con equipos de atención de partos
 - Implementación de equipos de resucitación del recién nacido.
- (2) Elevar la capacidad de traslado de pacientes: Ampliar el parque automotor con ambulancias.
- (3) Incrementar las capacidades de los recursos humanos mediante capacitación dirigida a la atención de la salud de la madre y recién nacido.
- (4) Crear el Banco de Sangre.
- (5) Incrementar la red de comunicaciones

Q Fortalecer el proceso de interculturalidad en la atención de la salud de la madre-niño:

- (1) Incrementar el número de las casas de espera.
- (2) Atención del parto de acuerdo a la cultura de la comunidad.
- (3) Fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad respecto a la atención del parto y complicaciones del mismo, así como del recién nacido.

³⁶ Carroli, G., C. Rooney y J. Villar: «How Effective is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity? An Overview of the Evidence». *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2001, 15 (suplemento 1), pp. 1-42.

³⁷ Antenatal Care in Developing Countries: «Promises, Achievements and Missed Opportunities. An Analysis of Trends, Levels and Differentials»

³⁸ Carroli, G., C. Rooney y J. Villar, op. cit.

- (4) Capacitación de parteras en detección de factores de riesgo de gestantes y del recién nacido.

- q Promover la investigación en salud materno perinatal:

- (1) Determinar factores de riesgo de la mortalidad perinatal.
- (2) Determinar factores de riesgo de la mortalidad materna.
- (3) Investigación de la muerte materna.

- q Intensificar la vigilancia de la gestante:

- (1) Ampliar el uso del software de NOTIGEST en todos los servicios de salud.
- (2) Intensificar la aplicación del Radar de la Gestante.
- (3) Dotar de equipos de cómputos para la red de vigilancia e informática.

e. Alcances de la estrategia

Aplicación en todas las subregiones de Cajamarca. Permitirá incrementar el parto institucional junto con las otras estrategias: fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud, mejora de la calidad de atención, sistemas de referencia y contrarreferencia y mayor acceso al SIS.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año de intervención, el 100% de los partos considerados de riesgo serán atendidos en los establecimientos de salud calificados para ese fin.

5.3 Mejora continua de la calidad de atención

5.3.1 Mejoramiento de la atención con personal entrenado y de la infraestructura de los servicios de salud

a. Objetivo

Mejoramiento de la calidad de atención en los establecimientos públicos de salud de Cajamarca.

b. Justificación

En los estudios sobre calidad de atención en Cajamarca los usuarios refieren como motivo de insatisfacción el mal trato durante la atención (tiempo de espera prolongado, poca información, breve tiempo de atención), así como limitaciones en las condiciones de atención y tratamiento (escasez de medicamentos). Esta insatisfacción genera poca disposición para cumplir con las indicaciones terapéuticas y, por lo tanto, se convierte en un factor negativo muy importante para el fracaso del tratamiento. Para que los usuarios se recuperen completamente es importante que las personas sigan las indicaciones dadas (adherencia al tratamiento).

Por ello, la adherencia al tratamiento tanto de adultos como en casos de enfermedades agudas de niños depende de muchos factores interrelacionados con la calidad de atención: comprensión de las instrucciones, creencias y experiencias previas, autoestima y situación de salud de la persona encargada de cuidar al niño. También dificulta la adherencia al tratamiento la insatisfacción de los usuarios frente a la explicación del diagnóstico, del tratamiento y de los exámenes médicos, así como a la respuesta a las interrogantes y la dedicación al paciente.

Una parte importante de las medidas, que es necesario tomar en cuenta para mejorar la adherencia al tratamiento, tiene que ver con generar en los profesionales de la salud su predisposición para el mejoramiento de las habilidades de comunicación con los pacientes, así como el uso de medios más amigables para dar y escribir las indicaciones.

Otro aspecto fundamental se refiere a realizar la verificación de que el mensaje ha sido comprendido. Para ello, se tiene que incrementar el tiempo promedio real que se concede a la consulta, pues esta duración suele ser muy corta.

Para mejorar la adherencia al seguimiento y la referencia de los pacientes puede ser importante involucrar al resto de la familia y a la comunidad misma. Los agentes comunitarios de salud podrían ayudar al seguimiento y así evitar que la familia tenga que regresar innecesariamente al servicio de salud. Se ha visto que la aplicación de técnicas que comprometen a agentes comunitarios reduce las referencias innecesarias³⁹.

³⁹ Kolstad PR et al. Potential implications of the integrated management of childhood illness (IMCI) for hospital referral and pharmaceutical usage in western Uganda. *Tropical Medicine & International Health* 1998;3(9):691-9

c. Población objetivo

Usuarios de los servicios de salud de Cajamarca (DIRESA, ESSALUD, Sanidades y ONGs).

d. Proyectos de intervención

□ *Promoción de la comunicación con usuarios:* La Dirección Regional de Salud debe implementar guías de tratamiento clínico referidas a las prioridades sanitarias regionales, con un fuerte componente de desarrollo de las capacidades de comunicación durante la atención de salud. Estas guías clínicas deben tener vigencia obligatoria en las redes y micro-redes, y su aplicación debe estar bajo el control de las unidades de calidad y las defensorías de salud.

□ *Asistencia técnica al personal de salud en mejora continua de la calidad:* La Dirección Regional de Salud, debe dar asistencia técnica a las redes y micro-redes en el marco de la implementación de la estrategia de mejoramiento continuo de la calidad, considerando un especial reforzamiento de las visitas domiciliarias que complementarán las acciones para garantizar la adherencia al tratamiento. Para este fin se reforzará el trabajo con las redes sociales y los agentes comunitarios.

□ *Provisión de medicamentos:* Mediante el fortalecimiento de los procesos administrativos el Gobierno Regional, por intermedio de la Dirección Regional de Salud, garantizará la disponibilidad de los medicamentos e insumos de las intervenciones en las prioridades sanitarias regionales; tanto con las compras conjuntas a través del MINSA como con las compras regionales directas.

□ *Mejoramiento de la infraestructura de los servicios de salud:* La Dirección Regional de Salud tiene identificados los proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento, orientados a mejorar la calidad de atención de los usuarios de los servicios. Ello incluye el mejoramiento de los hospitales de Cajamarca, San Ignacio, Jaén, Celendín y Chilate, así como diversos centros y puestos de salud de las redes de servicios.

□ *Sistema de referencia y contrarreferencia oportuno:* Aplicación de la normatividad nacional, adecuándola a las características regionales, con el fin de garantizar la continuidad de la atención de los usuarios. Formalizar mecanismos de intercambio de servicios entre el sector público, la seguridad social y el sector privado.

e. Alcance de la estrategia

El mejoramiento de la calidad de atención en los servicios públicos de salud, aparte de constituir el reconocimiento de un derecho elemental de los ciudadanos, es garantía de la adherencia de los usuarios al tratamiento e indicaciones de los profesionales de la salud y por lo tanto debe contribuir a una recuperación más rápida de los usuarios. Esto, además, tiene un impacto económico en la reducción de los costos de atención y en la reducción del tiempo perdido por las enfermedades. Un aspecto importante de la estrategia es la complementariedad entre los distintos regímenes de servicios existentes en la Región.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, 90% de los usuarios están satisfechos con la atención en los servicios públicos.

Estrategia 5.3.2 : Adecuación cultural de los servicios

a. Objetivo

Introducir cambios en la estructura de los servicios y protocolos de atención que incorporen la visión cultural sobre la salud y la enfermedad predominante en cada zona, con el fin de garantizar un mayor acercamiento entre los servicios y la población.

b. Justificación

Muchos estudios han demostrado que es frecuente un divorcio entre la visión predominante en las instituciones prestadoras de servicios de salud y las visiones y concepciones culturales de la población sobre la salud y la enfermedad, sobre todo en zonas rurales de la Sierra y la Selva. Uno de los campos más estudiados es el referente al embarazo y el parto, demostrándose estadísticamente que muchas mujeres de zonas rurales comprenden las ventajas del control prenatal y demandan dicho servicio en los establecimientos públicos, pero que son renuentes a

la atención del parto en los mismos establecimientos. La explicación es que, por lo general, los protocolos de atención del parto establecidos en las instituciones de salud imponen condiciones ajenas a las costumbres de la población como por ejemplo la posición horizontal de la parturienta, el impedimento de la presencia del esposo o de otros familiares y el uso de bebidas calientes y otras costumbres previo al parto o inmediatamente después. Un ejemplo típico es el tratamiento que se da a la placenta, que en determinadas zonas del país se acostumbra enterrar en las inmediaciones del hogar, etc.

Un paso adelante en ese sentido ha sido dado por el MINSA al introducir recientemente un protocolo que favorece el parto vertical, en posición sentada o semi-sentada que es más fisiológica y cómoda para la parturienta.

c. Población objetivo

Toda la población que se atiende en los servicios públicos de salud, principalmente del primer nivel de atención en zonas rurales.

d. Proyectos de intervención

□ *Adecuación arquitectónica de los establecimientos:* En particular garantizar privacidad para la atención, especialmente en el caso de mujeres y adolescentes. Deberá adoptarse un plan gradual que se aplicará en todos los establecimientos públicos de la Región, empezando por los servicios de primer nivel en zonas rurales y continuando por los servicios de mayor complejidad.

□ *Adaptación de protocolos de atención incorporando la visión cultural predominante en la Región o localidad:* Empezar con el nuevo protocolo de atención del parto aprobado por el MINSA y continuar con otros protocolos de salud sexual y reproductiva, salud de adolescentes y otros que se identifiquen como prioritarios. La DIRESA debe normar los estándares de adecuación cultural correspondientes, que servirán para la adaptación de protocolos de atención y su cumplimiento. La Unidad de Mejora Continua de la Calidad en cada red de servicios tendrá a su cargo la supervisión del cumplimiento de dichos estándares y de los planes de adecuación cultural de los servicios.

e. Alcance de la estrategia

El cumplimiento de esta estrategia permitirá un mayor grado de satisfacción de los usuarios de los servicios públicos de salud, lo cual, a su vez, garantizará mayor efectividad de las intervenciones y un uso más racional de los servicios.

f. Meta

Al final del cuarto año, el 100% de los servicios públicos de salud habrán sido adaptados culturalmente.

5.4 Protección de la salud ambiental reduciendo los factores contaminantes del aire, agua y suelo

5.4.1 Coordinación intersectorial para el cumplimiento de normas sobre relaves y vertimientos mineros

a. Objetivo

Reducir la contaminación por relaves mineros en las aguas de las cuencas de los ríos Llaucano, Mashcón, Jequetepeque, San Miguelino y Chonta.

b. Justificación

Para garantizar el consumo de agua exenta de factores contaminantes provenientes de la actividad minera se necesita garantizar el cumplimiento de protocolos para el tratamiento adecuado de los relaves. El Gobierno Regional de Cajamarca es la autoridad encargada de vigilar los procesos necesarios para ese fin, así como sugerir al nivel nacional la normatividad necesaria en caso que se necesite. Para ello, el Gobierno Regional debe actualizar y ampliar un plan gradual de vigilancia y control, particularmente en las cuencas de los ríos Llaucano, Mashcón, Jequetepeque, San Miguelino y Chonta.

c. Población objetivo

Población de las cuencas de los ríos Llaucano, Mashcón, Jequetepeque, San Miguelino y Chonta, en las provincias de Hualgayoc, Cajamarca, San Pablo, Contumazá y San Miguel.

d. Proyectos de intervención

□ *Sistema de vigilancia y control de factores contaminantes:* Fortalecimiento del sistema de vigilancia y control de los factores contaminantes del recurso hídrico, tanto provenientes de la actividad minera como del inadecuado sistema de elimina-

ción de excretas. En la primera etapa se priorizará las cuencas de los ríos Llaucano, Mashcón, Jequetepeque, San Miguelino y Chonta, en las provincias de Hualgayoc, Cajamarca, San Pablo, Contumazá y San Miguel; y luego deberá extenderse a toda la Región. Esto requiere inversión en infraestructura y equipos, así como en capacitación del personal de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental de la DIRESA. Asimismo, se necesita una estrecha coordinación intersectorial entre salud y minería de la Región; y coordinación intergubernamental entre el nivel nacional, regional y municipalidades de las provincias y distritos comprometidos

- Q *Actualización de normatividad:* Es necesario revisar la normatividad vigente y actualizarla con relación a los ECA (Estándares de Calidad Ambiental) y los límites máximos permisibles, con el fin de que tenga efectividad con relación al objetivo de la estrategia. Por ejemplo, aún no han sido definidos por la autoridad nacional los límites máximos permisibles de hierro en el agua, lo cual es indispensable para poder efectivizar la vigilancia y control. Esto requiere coordinación con el Ministerio de Salud, por cuanto es la autoridad nacional quien debe establecer dichos estándares.

e. Alcances de la estrategia

La ejecución de esta estrategia tiene un impacto directo sobre el control de los principales factores contaminantes provenientes de la actividad minera, como forma de garantizar el consumo de agua segura por parte de la población de las cuencas referidas en el objetivo.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, funciona regularmente el sistema de vigilancia de factores contaminantes en todas las cuencas consideradas críticas, con participación regional y local.

5.4.2 Promoción de sistemas de captación y tratamiento de agua segura

a. Objetivo

Incrementar la cobertura de agua y saneamiento en zonas rurales y urbano- marginales de las cuencas

de los ríos Llaucano, Mashcón, Jequetepeque, San Miguelino y Chonta.

b. Justificación

Para garantizar el consumo de agua exenta de factores contaminantes bacterianos, el Gobierno Regional de Cajamarca necesita expandir la infraestructura de agua a las poblaciones que más lo necesitan. Para ello, el Gobierno Regional propone un plan gradual de ampliación de los servicios, particularmente en las cuencas de los ríos Llaucano, Mashcón, Jequetepeque, San Miguelino y Chonta.

Conjuntamente, tal como ha sido demostrado en muchos estudios, la intervención de la población es un requisito necesario para esta estrategia, pues sólo así es posible asegurar la sostenibilidad de los sistemas de provisión de agua. La población tiene que demostrar su interés de contar con el servicio, solicitándolo y comprometiéndose a lograr su funcionamiento y desarrollo. Asimismo, la comunidad debe estar dispuesta a complementar el financiamiento estatal con recursos comunitarios (sea en dinero, sea en esfuerzo) que garanticen su funcionamiento continuo.

c. Población objetivo

Población de las cuencas de los ríos Llaucano, Mashcón, Jequetepeque, San Miguelino y Chonta, en las provincias de Hualgayoc, Cajamarca, San Pablo, Contumazá y San Miguel.

d. Proyectos de intervención

- Q *Sistema de vigilancia y control de factores contaminantes bacterianos:* Fortalecimiento del sistema de vigilancia y control de los contaminantes bacterianos del recurso hídrico, provenientes del inadecuado sistema de eliminación de excretas. En la primera etapa se priorizará las cuencas referidas en el objetivo de esta estrategia, luego deberá extenderse a toda la Región. Esto también requiere inversión en infraestructura y equipos, así como en capacitación del personal de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental de la DIRESA. El sistema de vigilancia necesita de la coordinación intersectorial (salud, saneamiento, agricultura), así como de una coordinación intergubernamental (regional y municipal).

q *Sistemas de provisión de agua segura en las cuencas seleccionadas:* Se necesita levantar un diagnóstico más preciso de la situación de los servicios existentes en las zonas priorizadas y, en base a ello, formular los proyectos específicos de mejoramiento de los sistemas de provisión de agua y eliminación de excretas en las poblaciones de las cuencas referidas, los cuales son de responsabilidad de las municipalidades provinciales y distritales.

q *Promoción de comunidades saludables:* Desarrollo de programas educativos y de sensibilización directamente con las poblaciones beneficiarias para garantizar su activa participación y la sostenibilidad de los servicios a implementar.

q *Regulación del funcionamiento de los servicios:* Los compromisos para la instalación de sistemas de agua en comunidades rurales deben ser garantizados por un acuerdo entre el Gobierno Regional (representado por los sectores Vivienda y Salud), las Juntas de Administración de Servicios de Saneamiento (JASS) y las municipalidades de las comunidades beneficiarias. Actualmente esta función reguladora es ejercida por la SUNASS directamente en las JASS⁴⁰, sin intervención de los gobiernos regionales ni los locales. Esto hace que las autoridades políticas vean limitadas sus capacidades de negociación. Para poder establecer compromisos mutuos (tarifas, normas regulatorias, estructuras organizacionales) con las JASS, el Gobierno Regional debería proponer nuevos mecanismos legales de relación con la SUNASS, las JASS y los gobiernos locales, en el marco del proceso de descentralización.

e. Alcances de la estrategia

La ejecución de esta estrategia tiene un impacto directo sobre el control de los principales factores contaminantes y sobre la subcobertura de agua domiciliar en zonas rurales y urbanas marginales.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, el 70% de la población se abastece de agua segura en las cuencas seleccionadas.

5.4.3 Coordinación intersectorial e intergubernamental para la recolección y disposición final de residuos sólidos

a. Objetivo

Reducción de factores contaminantes del agua, aire y suelo provenientes de inadecuados sistemas de recolección y disposición final de residuos sólidos, mediante su adecuación a las normas técnicas vigentes para dichos sistemas.

b. Justificación

De acuerdo a evaluaciones realizadas por la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental de la DIRESA Cajamarca, el sistema de recolección y disposición final de 8 provincias presentan riesgo sanitario muy alto, 3 provincias tienen riesgo sanitario alto y 2 provincias presentan un riesgo sanitario regular. Esto significa que estos sistemas son fuente permanente de contaminación y causa directa o indirecta de numerosas enfermedades. Si bien dichos sistemas son responsabilidad directa de los gobiernos locales, es función regional velar por un buen funcionamiento de los mismos en beneficio de la población de la Región. Por lo tanto, corresponde una acción concertada entre las autoridades regionales y autoridades locales para garantizar el buen funcionamiento de dichos sistemas.

c. Población objetivo

Población de las capitales de las 13 provincias del departamento.

d. Proyectos de intervención

q *Plan regional de recolección y disposición final de residuos sólidos:* Mediante acción concertada entre el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales deberá elaborarse y ponerse en ejecución un plan conjunto de adecuación de los mencionados sistemas a las normas técnicas vigentes para esta actividad sanitaria.

⁴⁰ Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. Congreso Nacional de la República, 2003, p. 21.

q *Plan de recolección y disposición final de residuos peligrosos:* Esta es una responsabilidad compartida también entre el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales. El objetivo debe ser dar un adecuado tratamiento sanitario a los residuos peligrosos de hospitales y otros establecimientos de salud, así como a residuos peligrosos industriales o de otro carácter.

q *Plan de equipamiento de las municipalidades para la recolección y disposición final de residuos sólidos y peligrosos:* Determinación de las necesidades de inversión en equipamiento progresivo de los servicios de sanidad de los gobiernos locales de la Región, con el fin de mejorar la capacidad para resolver la recolección y disposición final de residuos sólidos y residuos peligrosos.

e. Alcances de la estrategia

La ejecución de esta estrategia tiene un impacto directo en la reducción de factores contaminantes del agua, aire y suelo provenientes de inadecuados sistemas de recolección y disposición final de residuos sólidos. El ámbito será las ciudades capitales de las 13 provincias del Departamento de Cajamarca.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, todas las ciudades capitales de las 13 provincias del departamento ejecutan planes sanitarios de recolección y disposición final de residuos sólidos y peligrosos.

5.5 Reducción de la incidencia de malaria, bartonelosis y leishmaniasis, en particular en jaén y san ignacio

5.5.1 Coordinación intersectorial e intergubernamental para la eliminación de los vectores causantes de enfermedades transmisibles

a. Objetivo

Reducción drástica de la población de vectores transmisores de la malaria, bartonelosis y leishmaniasis, particularmente en las provincias de Jaén y San Ignacio.

b. Justificación

La Dirección de Salud de Cajamarca, por intermedio de la Dirección Subregional de Jaén está realizando acciones de control vectorial integrado con la participación de la comunidad (autoridades locales, líderes religiosos, promotores de salud, profesores, líderes comunitarios), realizando levantamiento entomológico, tratamiento de criaderos y viviendas, limpieza de criaderos ambientales a través de faenas comunales, campañas de recojo y eliminación de inservibles. Sin embargo, estas acciones no han sido sostenibles por falta de apoyo político a pesar de su bajo costo.

Se ha identificado algunos factores que no permiten la sostenibilidad de estas intervenciones:

q Falta de coordinación entre el Gobierno Local y las redes de salud para programar las actividades de control vectorial.

q La participación de la comunidad sólo es colaborativa con las acciones que realiza el municipio o el centro de salud; en el área rural es mayor la participación.

q Existen normas municipales para sancionar a los pobladores que poseen inservibles, sin embargo no se ha vigilado su cumplimiento.

q Deficientes servicios de recojo de basura.

q Falta de liderazgo por parte de los Gobiernos Locales para conducir el ordenamiento del medio de forma participativa.

q Falta de continuidad en la planificación del ordenamiento del medio.

q A partir del 2003 las actividades de ordenamiento del medio se realizan como un programa continuo con asignación de recursos, y es financiado por el PAAG (Programa de Acuerdos de Gestión), sin embargo la participación de la comunidad es insuficiente.

q Hay un crecimiento urbano no planificado que excede la capacidad de los servicios de saneamiento (agua potable) y recojo de inservibles

- q Los logros de las campañas de ordenamiento del medio no han sido socializados con la comunidad.

c. Población objetivo

Distritos con mayor riesgo de malaria, bartonelosis y leishmaniasis.

d. Proyectos de intervención

- q *Acción intersectorial e intergubernamental:* El Gobierno Regional coordinará con las Municipalidades de los distritos afectados por la malaria, bartonelosis y leishmaniasis para elaborar el plan de ordenamiento del medio. Este plan deberá contener acciones que han demostrado ser efectivas para controlar la malaria, como son: eliminación de criaderos de vectores (canalización de fuentes de agua, drenaje y limpieza de criaderos, abatización). En los planes se debe indicar el rol de cada actor social y se debe lograr un compromiso de la comunidad y la sociedad civil en la planificación, ejecución y seguimiento del plan. El Gobierno Regional, las Municipalidades y la DIRESA deberán incluir la asignación de recursos para estas acciones participativas en el presupuesto correspondiente. Las Municipalidades deberán convocar a los miembros de la comunidad y los actores sociales para la planificación, la ejecución y seguimiento del plan.

- q *Determinación y uso de recursos financieros suficientes:* Establecimiento de un compromiso entre el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales de las Provincias priorizadas para cofinanciar las acciones necesarias para el control vectorial y la promoción de hábitos saludables en la población

e. Alcances de la estrategia

La ejecución de esta estrategia deberá tener alto impacto sobre la malaria, bartonelosis y leish-

maniasis, reduciendo los indicadores epidemiológicos. La prioridad son las provincias de Jaén y San Ignacio

f. Meta

Reducción de la incidencia de malaria, bartonelosis y leishmaniasis en 50% al cuarto año de intervención.

5.5.2 Reforzamiento de la educación sanitaria a la población para lograr hogares y comunidades saludables

a. Objetivo

Participación activa de la comunidad en el control vectorial y la prevención, incluyendo el control migratorio.

b. Justificación

La migración es un factor fundamental para que la malaria⁴¹ y otras enfermedades metaxénicas sean endémicas en la Región y para que se extiendan a nuevas áreas. La migración desde la Costa y hacia la Selva se produce por la mayor necesidad de recursos y fuentes de trabajo, debido al crecimiento poblacional. La movilización se produce desde departamentos vecinos para realizar actividades agrícolas y extractivas hacia lugares que son nicho ecológico del vector. La movilización humana ha contribuido a que estas enfermedades se extiendan y ha producido el fracaso de las campañas de erradicación de la malaria.

Se ha reportado que las migraciones precipitan o incrementan la transmisión de la malaria debido a que:

- q Los migrantes cambian el ambiente, por ejemplo mediante la deforestación y sistemas de irrigación⁴². Tales actividades pueden crear *habitat* más favorables para los mosquitos *anopheles*
- q Los trabajadores incrementan su exposición al vector (viven en peores condiciones, duermen desprotegidos y realizan actividades durante las horas de picadura del

⁴¹ Heggenhougen K, Hackenthal V, Vivek P. The behavioural and social aspects of malaria and its control. UNDP/World Bank/WHO, Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR), TDR/STR/SEB/VOL/03.1, 2003

⁴² Service NW. Agricultural development and arthropod-borne diseases: a review. Rev. Saude Publica 1991; 25:165-8

vector⁴³) y su probabilidad de enfermar debido a que no tienen inmunidad contra la malaria⁴⁴ o contra la fiebre amarilla⁴⁵.

- Q Tienen limitado acceso a los servicios de salud porque los ámbitos de trabajo agrícola y extractivo se encuentran distantes de los servicios que proveen atención para la malaria y vacunas contra la fiebre amarilla⁴⁶.
- Q Las actividades ilegales (cultivo de coca, narcotráfico, extracción ilegal de madera, contrabando, etc.) incrementan la probabilidad para exponerse al vector y la de acceder a los servicios es menor⁴⁷

Por este motivo es importante conocer por qué, cómo y dónde se moviliza la gente. Cada tipo de movilización de población presenta diferentes clases de problemas, cada uno de los que requieren de su propia comprensión y solución⁴⁸.

La movilización humana se clasifica en circulación (movimiento temporal, frecuentemente estacional, puede ser diario, semanal o mensual, en que se reconoce una residencia y el eventual retorno a la misma) y migración (implica cambios de la residencia y es usualmente un evento permanente)⁴⁹.

c. Población objetivo

Distritos en riesgo y regiones expulsoras de población.

d. Proyectos de intervención

- Q *Promoción de hábitos saludables en la población:* La DIRESA debe considerar in-

tervenciones que conduzcan al cambio de comportamientos (baño y cambio de ropa diarios; barrido diario de patios y casa; corte de vegetación peridoméstica; uso de mosquiteros; utilización de insecticidas domésticos comerciales; paredes continuas; y eliminación de criaderos de anofelinos), para lo cual se deben desarrollar lazos más fuertes entre las autoridades y los actores sociales con el fin de lograr una reducción sostenible del riesgo de infección y de la carga de enfermedad.

- Q *Implantación de un sistema de vigilancia demográfica:* Se requiere que la Dirección Regional de Salud de Cajamarca implemente un SVD (Sistema de Vigilancia Demográfica)⁵⁰ que consiste en el seguimiento longitudinal de hogares para medir indicadores demográficos y de salud en áreas geográficas determinadas⁵¹. Esto es posible debido a que los datos del Censo permiten definir la población objetivo. En tal sentido se considerarán las siguientes acciones:
 - Recolección sistemática de datos en los distritos de las provincias de Jaén y San Ignacio, con el fin de identificar nuevos individuos, nuevos hogares, y atributos de los sujetos existentes.
 - Recolección de información sobre la dinámica poblacional (nacimientos, muertes y migraciones) con intervalos de cuatro meses.
 - Registro de los casos de malaria, bartonelosis y leishmaniasis, cobertura de vacunación anti-amarílica y

⁴³ Heggenhougen K, Hackenthal V, Vivek P. The behavioural and social aspects of malaria and its control. UNDP/World Bank/WHO, Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR), TDR/STR/SEB/VOL/03.1, 2003

⁴⁴ Worrall E, Basu S, Hanson K. The relationship between socio-economic status and malaria: a review of the literature. London, Health Economics & financing Programme, The World Bank, 2003. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTMALARIA/Resources/SESMalariaBackgroundPaper.pdf>. Acceso el 20 de Octubre 2005

⁴⁵ Vainio J & Cutts F. Yellow Fever. Division of Emerging and Other Communicable Diseases Surveillance and Control. World Health Organization, WHO/EPI/GEN/98.11, 1998

⁴⁶ Worrall E, Basu S, Hanson K. The relationship between socio-economic status and malaria: a review of the literature. London, Health Economics & financing Programme, The World Bank, 2003. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTMALARIA/Resources/SESMalariaBackgroundPaper.pdf>. Acceso el 20 de Octubre 2005

⁴⁷ Heggenhougen K, Hackenthal V, Vivek P. The behavioural and social aspects of malaria and its control. UNDP/World Bank/WHO, Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR), TDR/STR/SEB/VOL/03.1, 2003

⁴⁸ Heggenhougen K, et al. , 2003. Op. cit.

⁴⁹ Martens P & Hall L. Malaria on the move: human population transmission. *Emerging Infectious Diseases* 2000; 6(2):103-109

⁵⁰ WHO. Malaria Control Today, current WHO recommendations, Roll Back Malaria Department, World Health Organization, Geneva, 2005: 63

⁵¹ INDEPTH, Population and Health in Developing Countries, Volume 1, International Development Research Centre, INDEPTH Network, 2002. Disponible en: <http://web.idrc.ca/openebooks/948-8/>, acceso el 20 de Octubre 2005

otros indicadores relacionados a las prioridades de salud de la Región (ej.: indicadores del programa de familias y viviendas saludables).

e. Alcances de la estrategia

La ejecución de esta estrategia tiene un impacto sobre las enfermedades metaxénicas en los siguientes indicadores:

- Distritos con alto riesgo de malaria.
- Distritos con alto índice de bartonelosis.
- Distritos con alto índice de leishmaniasis.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, el 70% de la población aplica medidas de prevención contra la malaria, bartonelosis y leishmaniasis.

5.5.3 Reforzamiento de la educación sanitaria para la detección temprana de casos y su tratamiento

a. Objetivo

Participación informada de la población en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de casos de malaria, bartonelosis y leishmaniasis en las zonas de mayor incidencia en Jaén y San Ignacio.

b. Justificación

Si se mantiene a los vectores por debajo de los niveles de riesgo se puede controlar la malaria y otras enfermedades metaxénicas. Para reducir la densidad del vector en las áreas de riesgo es imprescindible una vigilancia entomológica continua, periódica y permanente, a la vez que se garantice la participación conciente de la comunidad. La vigilancia debe considerar la medición de la densidad del vector, y

su capacidad vectorial. Se debe estudiar también la relación entre el hombre y el vector, el comportamiento del vector, la resistencia a los insecticidas, la localización de los criaderos, y la evaluación del impacto del control vectorial. Estos estudios permitirán implementar estrategias con base en evidencias.

Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto el control integrado y selectivo de vectores a partir de un sistema de vigilancia vectorial fortalecido. El control integrado^{52 53 54 55 56} consiste en la combinación lógica de todos los métodos de control disponibles de la manera más eficaz, económica y segura para mantener las poblaciones de vectores en niveles aceptables dentro de un proceso de integración de los sistemas de salud, integración intersectorial e intrasectorial, e integración de la comunidad organizada. El control selectivo consiste en el uso de herramientas selectivas en cada área específica en el nivel local⁵⁷.

La vigilancia entomológica y el control integrado ha sido considerada en el «Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores, 2004-2006»⁵⁸ del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud considera que la vigilancia entomológica es uno de los pilares del control de estas enfermedades y que en los últimos años se ha constituido en uno de los componentes más críticos que requiere pronta atención por los responsables del control. Se ha reportado que a pesar del uso intermitente de aplicaciones de insecticidas residuales y espaciales para controlar los mosquitos adultos y el tratamiento de criaderos de larvas, no se ha tenido el impacto deseado. El Ministerio de Salud refiere que estas intervenciones anti-vectoriales no tienen resultados debido a fallas técnicas, baja cobertura, desfase en la oportunidad de aplicación, falta de ubicación

⁵² World Health Organization: 17th Report, WHO Expert Committee on Malaria. World Health Organization, Tech Rep Ser 1979; No. 640

⁵³ PAHO/WHO. Malaria, 52nd Directing Council, 52nd Session of the Regional Committee, Washington, Sept. 2000. P: 1-14

⁵⁴ World Health Organization. Implementation of the Malaria Control Strategy. Report of a WHO Study Group on the Implementation of the Global Plan of Action for Malaria Control 1993-2000. WHO Technical Report Series 839, p:1-38

⁵⁵ Rose R. Pesticides and Public Health: Integrated Methods of Mosquito Management. Emerging Infectious Diseases 2001; 7(1): 1-10

⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud. Dengue y Dengue Hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y Control, Publicación científica No. 548, Washington, p: 63-64

⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud. Control Selectivo de Vectores de Malaria: Guía para el Nivel Local de los Sistemas de Salud, Washington, 1999, p:3

⁵⁸ Ministerio de Salud del Perú. Plan General Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores, 2004-2006, Dirección General de Salud de las Personas, Lima, 2004, RM 721-2005. Documento disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM721-2005IIparte.pdf>, acceso al 9 de Noviembre de 2005

exacta del área de transmisión y a la falta de evaluación pre y post tratamiento con el insecticida⁵⁹.

c. Población objetivo

Distritos en riesgo de malaria, bartonelosis y leishmaniasis.

d. Proyectos de intervención

Q *Plan de control vectorial con participación ciudadana:* Para implementar el control integrado y selectivo de vectores se requiere de intervenciones descentralizadas, eficientes y participativas. El control vectorial descentralizado requiere de una planeación local del presupuesto y de la asignación de los recursos para este fin, por lo que se necesita:

- 3 Incluir recursos para el control de las enfermedades metaxénicas en el presupuesto participativo de los gobiernos locales distritales y provinciales de las áreas de riesgo.
- 3 Contratar y asignar personal entrenado de manera permanente en los distritos priorizados. Por cada 10 mil habitantes se necesita: un microscopista, un técnico en entomología, por lo menos 5 técnicos o profesionales de salud (entrenados en toma de gota gruesa y extendido, suministro de antimaláricos, control de criaderos), 5 obreros entrenados en rociamiento domiciliario y ordenamiento del medio.
- 3 Equipar a los servicios de salud de los distritos priorizados para el control vectorial. Por cada 10 mil habitantes se necesita: un microscopio, un estereoscopio, por lo menos 5 equipos de investigación entomológica, y 5 equipos para ordenamiento del medio, antimaláricos e insecticidas en cantidad suficiente, 5 equipos de rociamiento domiciliario, un equipo de nebuli-

zación, y una computadora para almacenar la información de la vigilancia entomológica.

- 3 Coordinar con los gobiernos locales el control vectorial en el ámbito distrital de zonas endémicas de leishmaniasis, con el fin de que las municipalidades conduzcan el control social del vector y puedan disponer de los insumos necesarios para la eliminación de vectores.

Q *Plan comunal de vigilancia de casos para derivación y tratamiento oportuno:* La detección y tratamiento temprano de casos reduce la letalidad por estas enfermedades y a la vez contribuye a cortar el proceso de transmisión epidémica. Para ello es fundamental que la población en las zonas de riesgo sepa identificar los síntomas críticos y mecanismos de derivación. Por lo tanto se requiere:

- (1) Información a la población para identificar todos los casos febriles o con sintomatología hemorrágica.
- (2) Coordinación con promotores o agentes comunales de salud.
- (3) Coordinación con los establecimientos de salud del distrito para la comprobación y tratamiento de casos.

e. Alcances de la estrategia

La ejecución de esta estrategia tiene un impacto sobre las enfermedades metaxénicas en los siguientes indicadores:

- Reducción de letalidad por de malaria, bartonelosis y leishmaniasis.
- Reducción de brotes epidémicos.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, el 70% de la población ejerce vigilancia de casos.

⁵⁹ Ministerio de Salud del Perú. Plan General Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores, 2004-2006, Dirección General de Salud de las Personas, Lima, 2004, RM 721-2005, p:14. Documento disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM721-2005IIparte.pdf>, acceso al 9 de Noviembre de 2005

5.6 Incremento de la participación ciudadana para el ejercicio de los derechos en salud

5.6.1 Participación ciudadana en la toma de decisiones

a. Objetivo

Creación de espacios para la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre prioridades y políticas sanitarias, como expresión de ejercicio de derechos en salud.

b. Justificación

Dentro del marco de los Lineamientos de Políticas Nacionales de Salud 2002-2012, así como en los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, se considera como objetivo fundamental el mejorar la confianza de la población e incorporarla en la identificación de necesidades y vigilancia de la calidad de los servicios de salud. Esto implica la existencia de espacios de participación, el reconocimiento de derechos y deberes en salud y la capacidad de decidir sobre el cuidado y promoción de la salud.

Esto permite reconocer la importancia de desarrollar capacidades para que las personas puedan tomar decisiones en los procesos que afectan su vida y en especial al cumplimiento de sus derechos ciudadanos, creando mecanismos que garanticen el cumplimiento de esos derechos. En este proceso, la capacitación en derechos es fundamental siempre y cuando permita desarrollar capacidades en la toma de decisiones para la vida; colocando al usuario no sólo como receptor de información, sino buscando procesos de ejercicio ciudadano. Las nuevas propuestas de trabajo con enfoque de derechos, plantea trabajar fortaleciendo tres pilares en la población:

- q Participación: Garantizar la participación en la toma de decisiones para que las personas ejerzan todos sus derechos humanos. Se logra una efectiva participación cuando los pobres están activamente comprometidos en la toma de decisiones y cuando sus voces e intereses son escuchados. Para esto se requiere acceso a información sobre políticas gubernamentales y rendición de cuentas de modo que la población pueda tomar decisiones informadas y pedir cuentas a los encargados de las políticas estatales.

- q Inclusión: La construcción de sociedades socialmente inclusivas requiere cambiar profundamente las relaciones de poder que llevan a la discriminación y a la desigualdad. Significa un cambio que, en vez de concentrarse sólo en personas marginadas, incorpore enfoques integrados que cambien la legislación, normatividad y políticas. Asimismo, requiere un trabajo multidisciplinario dentro y entre organizaciones de desarrollo.

- q Cumplimiento de obligaciones: Fortalecer instituciones y sectores (municipios, educación, etc.), y el desarrollo de políticas públicas que aseguren la obligación de proteger y promover que los derechos humanos se respeten en toda su amplitud.

Con relación al ejercicio de los derechos ciudadanos, nos encontramos con un conjunto de interacciones fundamentales que debemos tener en cuenta en la realización de cualquier estrategia sobre derechos, una de ellas es su relación con la pobreza y el desarrollo humano. Cualquier propuesta de desarrollo debe considerar el ejercicio de derechos, pues no necesariamente en la búsqueda de enfrentar la pobreza se hace ejercicio de los derechos. La asunción de un enfoque de derechos moviliza y posibilita la búsqueda de desarrollo humano y trae consigo el apropiamiento y la participación de la población.

c. Población objetivo

Toda la población del Departamento.

d. Proyectos de intervención

- q *Plan de participación ciudadana en la toma de decisiones*: La participación ciudadana en salud debe contemplar diferentes niveles de decisión, como por ejemplo:

- (1) Municipios saludables: Es una estrategia importante para promover la participación de los ciudadanos y ciudadanas en el cuidado de su salud. En el año 2004 se inició la experiencia de Municipios Saludables Piloto, en donde las autoridades del gobierno local por ser elegidos por voto popular tienen capacidad de convocatoria para buscar la participación ciudadana en la solución de los problemas de salud y el desarrollo local. En ese año se

inició el trabajo con 6 municipios del ámbito de la DIRESA Cajamarca y para el 2005 se incrementó a 32; para el 2006 ya se cuenta con 38 municipios a nivel regional, los cuales vienen desarrollando políticas de salud a favor de salud y desarrollo de su localidad. Además, se ha logrado en este primer trimestre del año conformar la Red de Municipios Saludables, que es la séptima Red a nivel del país.

- (2) Planes concertados de salud: Debe continuarse la experiencia de formulación de políticas y planes concertados ya iniciada en años anteriores, por cuanto es una forma superior de participación de la ciudadanía. Los planes concertados o participativos deben traducirse también en la formulación de los presupuestos participativos, tanto regionales como municipales.

- q *Funcionamiento regular del Consejo Regional de Salud, los Consejos Provinciales de Salud y otros espacios permanentes de participación ciudadana:* La normatividad vigente del SNCDS (Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud) ha dado el marco legal para la creación y funcionamiento de estas instancias con la presencia de actores gubernamentales y de la sociedad civil. Estos son espacios de participación que deben fortalecerse y perfeccionarse, para promover todas las iniciativas a favor del ejercicio de los derechos ciudadanos en salud. Igualmente deben fortalecerse, adecuándose al nuevo contexto de descentralización que vive el país, los CLAS (Consejos Locales de Administración en Salud) como espacios de participación ciudadana en salud en el nivel más local.

e. Alcances de la estrategia

La estrategia de participación ciudadana en salud tiene un doble alcance. De un lado, la participación ciudadana con enfoque de derechos es la garantía de una intervención responsable y permanente de la ciudadanía en la identificación de los principales problemas de salud en la Región, así como de un compromiso en su solución y en la vigilancia del cumplimiento de las acciones acordadas. Por lo tanto, es una forma de ejercicio de derechos ciudadanos y de democratización de la sociedad.

De otro lado, la participación de la ciudadanía debe constituirse en una estrategia transversal a todas las otras estrategias sanitarias descritas, para el cumplimiento de las políticas de salud prioritarias en la Región. Por lo tanto es un factor de solución efectiva a los problemas identificados. Esto es así, por ejemplo, para enfrentar al grave problema de desnutrición infantil, como para la reducción de la mortalidad materna. Y, sin duda, es también un factor importante en la protección de la salud ambiental y en la reducción de la incidencia de las enfermedades metaxénicas, como se ha visto en cada uno de los casos.

f. Meta

Al segundo año, todas las decisiones de política sanitaria en la Región son adoptadas con la participación de la sociedad civil.

5.6.2 Representación de poblaciones dispersas en instancias de decisión en salud.

a. Objetivo

Lograr que las poblaciones dispersas del Departamento de Cajamarca tengan representación en las instancias de toma de decisiones sobre prioridades y políticas sanitarias, como expresión de ejercicio de derechos en salud.

b. Justificación

La población de Cajamarca continúa siendo rural en más del 70%, parte de la cual se encuentra en zonas de Sierra y en zonas tropicales o subtropicales, en condiciones de dispersión geográfica y con difícil acceso al mercado regional y nacional y a los servicios que provee el Estado. Por esa misma razón, la inserción de esa población a los mecanismos democráticos es precaria y su ejercicio de derechos ciudadanos es muy limitado.

La extensión de los servicios básicos como el saneamiento, salud y educación, así como la promoción de la participación ciudadana en su gestión, constituyen mecanismos importantes de integración de las poblaciones marginadas a la dinámica regional y nacional. Tanto más si logran incorporarse a las instancias de decisión encargadas de definir prioridades, elaborar y proponer políticas, y de la evaluación participativa de los procesos de gestión local y regional.

c. Población objetivo

Las poblaciones dispersas del Departamento, tanto en zonas de Sierra como en zonas tropicales y subtropicales.

d. Proyectos de intervención

□ *Definición de mecanismos especiales de participación en el caso de poblaciones dispersas y desatendidas:* Por su propia naturaleza de ser poblaciones dispersas, no tienen mecanismos de participación en instancias de decisión. Se requiere, en primer lugar, identificar dichas poblaciones; y, en segundo lugar, determinar los mecanismos más apropiados para su intervención en procesos participativos de salud.

□ *Representación de comunidades marginadas en instancias participativas:* Se requiere elaborar un plan que garantice la representación progresiva de las poblaciones dispersas en las instancias participativas de la Región. Ese plan, cuando menos, debería garantizar la representación de las poblaciones dispersas en:

- (1) CLAS (Comités Locales de Administración de Salud).
- (2) Comités de Desarrollo Local.
- (3) Consejos de Coordinación Locales.
- (4) Consejos Provinciales de Salud.
- (5) Consejo Regional de Salud.
- (6) Consejo de Coordinación Regional.

e. Alcances de la estrategia

Esta estrategia deberá ser aplicada progresivamente en todas las poblaciones dispersas identificadas en el ámbito regional. Su implementación permitirá que dichas poblaciones se integren a la dinámica local y regional, pero además facilitará que su problemática sanitaria sea incorporada en la planificación y gestión local y regional

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, el 90% de las poblaciones dispersas están representadas en las instancias de decisión en salud.

5.6.3 Cumplimiento de compromisos y obligaciones por parte del Estado.

a. Objetivo

Garantizar los derechos ciudadanos en salud y el cumplimiento por los organismos del Estado, en el Departamento de Cajamarca, de las normas sobre participación ciudadana existente en la legislación y de las obligaciones gubernamentales previstas en la ley de transparencia y acceso a la información pública.

b. Justificación

El derecho a la participación de la ciudadanía en la gestión pública está previsto en los artículos 8° y 9° de la Constitución de la República, que señalan que el Estado debe promover y establecer los mecanismos para lograr una adecuada *democracia participativa* de los ciudadanos, mediante mecanismos directos e indirectos de participación; así como que el ciudadano tiene el derecho de *participar en los procesos de formulación presupuestal*, fiscalización, ejecución y control de la gestión del Estado, mediante mecanismos que la normatividad establezca.

De otro lado, la Ley de Bases de la Descentralización establece en su artículo 17° que los gobiernos regionales y locales están obligados a *promover la participación ciudadana* en la formulación, debate y concertación de sus *planes de desarrollo* y sus *presupuestos*, y en la *gestión pública*. Para lo cual deberán garantizar el acceso de todos los ciudadanos a la *información pública*, con las excepciones que señala la ley, así como la conformación y funcionamiento de espacios y mecanismos de consulta, concertación, control, evaluación y rendición de cuentas. Además, la ley señala que la participación de los ciudadanos se canaliza a través de los *espacios de consulta, coordinación, concertación y vigilancia* existentes, y los que los gobiernos regionales y locales establezcan de acuerdo a ley.

Igualmente, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en su artículo 22° obliga a todas las dependencias públicas a proporcionar información con relación a:

- (1) El *Presupuesto*, especificando: los ingresos, gastos, financiamiento y resultados operativos de conformidad con los clasificadores presupuestales vigentes.
- (2) Los *proyectos de inversión pública* en ejecución, especificando: el presupuesto total del proyecto, el presupuesto del período correspondiente y su nivel de ejecución y el presupuesto acumulado.
- (3) *Información de su personal* especificando: personal activo nombrado o contratado, rango salarial y gasto total de remuneraciones.
- (4) Información contenida en el *Registro de procesos de selección de contrataciones y adquisiciones*, especificando valores referenciales y nombres de contratistas.

- (5) Progresos realizados en los *indicadores de desempeño* establecidos en los Planes Estratégicos o en los Convenios de Gestión.

Por último, la Ley General de Salud en su artículo 7°, reconoce que todos los usuarios de servicios de salud tienen los siguientes derechos entre otros:

- (1) A que se le brinde *información* veraz, oportuna y completa *sobre las características del servicio*, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, por parte del prestador.
- (2) A que se le dé en términos comprensibles *información completa y continuada sobre su proceso*, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- (3) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su *consentimiento informado*, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.

Por lo tanto, es obligación de las dependencias públicas garantizar los mecanismos de participación ciudadana en la gestión pública, así como cumplir con las disposiciones sobre transparencia e información. Pero también es obligación de todos los prestadores de salud públicos o privados respetar los derechos ciudadanos en salud.

c. Población objetivo

Toda la población del Departamento de Cajamarca.

d. Proyectos de intervención

- *Plan de vigilancia de normas de transparencia y derechos en salud:* Elaboración y puesta en ejecución de un plan regional de vigilancia del cumplimiento de las normas previstas en la ley de transparencia y acceso a la información, así como del respeto a los derechos ciudadanos previstos en la ley general de salud.
- *Implementación de obligaciones legales de transparencia:* El Gobierno Regional de Cajamarca implementa el conjunto de

obligaciones establecidas por el artículo 22° de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que se describe líneas arriba.

e. Alcances de la estrategia

Esta estrategia deberá ser aplicada progresivamente, pero en el corto plazo, en todo el ámbito de la Región. Su implementación favorecerá la aplicación de las políticas sanitarias priorizadas con amplia participación ciudadana.

f. Meta

Al finalizar el primer año, se cumplen todas las normas de transparencia y acceso a la información pública previstas en la ley.

5.7 Aseguramiento universal en salud

5.7.1 Ampliación de la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS)

a. Objetivo

Incorporar a toda la población en extrema pobreza del Departamento de Cajamarca en el aseguramiento público, mediante el Seguro Integral de Salud, como la primera etapa para conseguir en el largo plazo el aseguramiento universal en salud.

b. Justificación

El Seguro Integral de Salud fue creado el año 2001, como alternativa de aseguramiento público de salud para la población pobre del país. Actualmente cubre a aproximadamente 7 millones de personas, principalmente población infantil y adolescente y a mujeres gestantes. Estimaciones realizadas por el propio SIS demuestran que existen filtraciones en el sistema, es decir que población no pobre se beneficia con esta forma de aseguramiento subsidiado; mientras que de otro lado no toda la población pobre y extremadamente pobre está incorporada como beneficiaria.

Según el SIS⁶⁰, aproximadamente 990 mil personas estarían afiliadas a este seguro público en el Departamento de Cajamarca, lo cual debería ser verificado por cuanto esa cantidad significaría el 65% de la población departamental, que según

⁶⁰ Informe de afiliados al SIS. Febrero 2006, página web del SIS.

el Censo 2005 es de 1'359,687⁶¹. Este dato obviamente es muy alto. Igualmente, la información oficial del SIS afirma que 330 mil niños menores de 4 años están afiliados al SIS; sin embargo, el Censo 2005 informa que la población total de menores de 4 años en el Departamento de Cajamarca es únicamente 149 mil. Ante estos desajustes se necesita una revisión y sinceramiento real de los datos de aseguramiento público.

La propuesta de aseguramiento universal acordada por el MINSA y el CNS (Consejo Nacional de Salud), y fundamentada por la Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud⁶², supone un incremento del aseguramiento público a través del SIS a toda la población pobre, un incremento de la población asegurada por EsSalud, un incremento de la población asegurada por autofinanciamiento y el aseguramiento de la población no pobre que hoy no se encuentra cubierta por un seguro de salud. De hecho, esta estrategia será de aplicación progresiva en el largo plazo.

En el corto plazo, corresponde priorizar la asignación de recursos para que el Seguro Integral de Salud cubra a una mayor cantidad de población pobre en Cajamarca; y a la vez mejorar en lo posible los servicios de salud del seguro social.

c. Población objetivo

Población extremadamente pobre de Cajamarca, equivalente a 501,720 personas, es decir el 37% de la población

d. Proyectos de intervención

□ *Identificación de toda la población en extrema pobreza en la Región:* Se requiere realizar la identificación de la población en extrema pobreza, para lo cual se necesita una calificación de dicha población. Para ello deberá aplicarse la nueva normatividad establecida en el Decreto Supremo que aprueba el SISFOH (Sistema de Focalización de Hogares), que define que todos los programas sociales deberán basarse en un padrón único de calificación de beneficiarios.

□ *Financiamiento por el SIS de las atenciones de la población en extrema pobreza:*

Deberán darse los siguientes pasos como parte de este proyecto de intervención:

- (1) Incorporación progresiva al SIS de la población en extrema pobreza que no esté afiliada actualmente a este sistema.
- (2) Simultáneamente deberá desafiliarse la población que pudiera estar actualmente afiliada y que no le corresponda de acuerdo a la calificación de beneficiarios.
- (3) Establecimiento de un plan de co-pagos para la población no calificada que desee mantenerse como usuario del SIS.

e. Alcances de la estrategia

Esta estrategia permitirá garantizar que toda la población en extrema pobreza esté cubierta por el aseguramiento público, por el Seguro Integral de Salud. Esta debe ser la primera etapa dentro de la estrategia más amplia de aseguramiento universal en salud, promovida por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud. La población que actualmente esté indebidamente cubierta por el SIS podrá acogerse a un sistema de co-financiamiento organizado regionalmente por los servicios públicos de salud.

Paralelamente deberá promoverse la ampliación de la cobertura por el Seguro Social, incorporando a los trabajadores estables que aún no estén inscritos; a la vez que se establecerá un sistema de vigilancia de la calidad de atención en dichos servicios.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año, toda la población en extrema pobreza estará cubierta por el Seguro Integral de Salud.

5.7.2 Mejoramiento de la atención itinerante en poblaciones dispersas.

a. Objetivo

Incorporar a toda la población dispersa del Departamento de Cajamarca al sistema de atención itinerante, como forma de romper la barrera geográfica existente en zonas de la Sierra y zonas tropicales y subtropicales de la Región.

⁶¹ Censo 2005, INEI.

⁶² Exposición de la Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud. Foro de Salud Pública 15 de mayo, MINSA.

b. Justificación

Un sector de la población rural del Departamento de Cajamarca, no identificada cuantitativamente, no accede a los servicios de salud por las barreras geográficas existentes entre sus zonas de residencia y los establecimientos públicos de salud. Frente a ello, el Ministerio de Salud ha desarrollado desde hace varios años un sistema de atención con equipos profesionales itinerantes que recorren periódicamente dichas poblaciones brindando atención primaria de salud. En Cajamarca funcionan cuatro brigadas itinerantes: una en la Zona Norte, otra en la Zona Centro y dos en la Zona Sur. Esto, sin embargo, es insuficiente para cubrir las necesidades de atención de las poblaciones dispersas del Departamento y se requiere una ampliación del número de equipos itinerantes, una mejor implementación y su diversificación de acuerdo a los requerimientos de la población.

Esta estrategia será necesaria hasta que se logre ampliar la red de establecimientos de salud y se tenga una cobertura plena por parte de los mismos.

c. Población objetivo

Toda la población dispersa que vive en las zonas de Sierra y en zonas tropicales y subtropicales, sin poder acceder a los servicios de salud por barreras geográficas.

d. Proyectos de intervención

□ *Identificación de las poblaciones dispersas y desatendidas en la región:* Un primer proyecto es la identificación de estas poblaciones, determinación de su magnitud, así como de las necesidades de salud existentes en esas poblaciones. Esto deberá ser encarado y resuelto en el primer año de intervención.

□ *Elaboración y ejecución de un plan de atención itinerante a poblaciones dispersas:* A partir de la información obtenida en la identificación de estas poblaciones y de sus necesidades se elaborará participativamente un plan de atención itinerante, que incorpore objetivos, metodologías y recursos necesarios para ese fin. El mencionado plan entrará en ejecución a partir del segundo año de intervención. Se coordinará con el MINSa y el SIS el financiamiento de las actividades de los grupos itinerantes.

e. Alcances de la estrategia

Esta estrategia permitirá incorporar a todas las poblaciones dispersas del Departamento, que son parte de la población en extrema pobreza, al sistema de atención público de salud cubierto por el Seguro Integral de Salud. Por eso mismo, esta estrategia contribuye también a implementar las políticas orientadas a reducir la desnutrición infantil, la mortalidad materna y la incidencia de enfermedades metaxénicas como la malaria, bartonelosis y leishmaniasis.

f. Meta:

Al finalizar el cuarto año, todas las poblaciones dispersas de la Región estarán integradas a un plan de atención itinerante.

5.7.3 Mejoramiento de la atención de EsSalud.

a. Objetivo

Ampliar la cobertura del seguro social y mejorar los niveles de atención que EsSalud provee a sus usuarios.

b. Justificación

Los servicios de atención de EsSalud no incorporan a todos los trabajadores susceptibles de estar afiliados a la seguridad social, en gran medida por la informalidad en los centros de trabajo que producen bienes y servicios. Pero, adicionalmente, gran parte de los asegurados consideran que la atención que reciben en los establecimientos de la seguridad social no es la adecuada.

De otro lado, son insuficientes los niveles de coordinación entre la DIRESA, EsSalud y las otras instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, lo cual hace que el sistema de salud en la Región sea ineficiente frente a los problemas prioritarios de salud.

c. Población objetivo

Toda la población trabajadora, susceptible de incorporarse al seguro social de salud.

d. Proyectos de intervención

□ *Ampliación de la cobertura del Seguro Social y mejoramiento de la atención:* Desarrollar una acción continua por la incorporación a EsSalud de todos los trabajadores susceptibles de ser asegurados. Esto exige una acción intersectorial para que los empresarios de todos los niveles se adecuen a lo esta-

blecido por la ley. Además deberá coordinarse con las autoridades de EsSalud para el mejoramiento de los estándares de atención a sus asegurados

- Q *Implementación de programas de salud conjuntos entre EsSalud y la DIRESA:* Fortalecimiento de los espacios de coordinación entre la DIRESA, EsSalud y demás instituciones de salud de la Región, mediante el Consejo Regional de Salud y los Consejos Provinciales de Salud, para la aprobación conjunta del Plan Regional de Salud y la participación de cada una de las instituciones de gobierno y de la sociedad civil en su implementación.

e. Alcances de la estrategia

Mediante esta estrategia se logrará ampliar y mejorar la cobertura de EsSalud, lo cual contribuirá en el largo plazo al aseguramiento universal en salud de la población de Cajamarca conjuntamente con los otros mecanismos de aseguramiento ya descritos.

Asimismo, esta estrategia permitirá hacer un uso más racional de los recursos de salud existentes en la región y contribuirá a una mayor eficiencia del sistema de salud regional.

f. Meta

Al finalizar el cuarto año habrá un trabajo concertado entre instituciones del sector.

Contribuciones para una visión del desarrollo de Cajamarca

- 1. Cajamarca: El proceso demográfico**
Carlos Eduardo Aramburú
María Bustinza Nalvarte
- 2. Cajamarca: Lineamientos de política de infraestructura económica**
Gustavo Guerra García Picasso
Verónica Minaya Lazarte
Roberto Mosqueira Ramírez
- 3. Cajamarca: Lineamientos para una política regional de medio ambiente**
Pablo Sánchez Zevallos
- 4. Cajamarca: Lineamientos para una política regional de agricultura**
Eduardo Zegarra Méndez
Daniel Calvelo Aros
- 5. Cajamarca: Lineamientos para una política regional de salud**
Oscar Ugarte Ubilluz
Enrique Marroquín Osorio
- 6. Cajamarca: Lineamientos para una política de desarrollo turístico**
Beatriz Boza Dibos
- 7. Cajamarca: Lineamientos para una política regional de educación**
Manuel Iguñiz Echeverría
Arturo Miranda Blanco
Elena Sánchez Cueva
- 8. Cajamarca: Lineamientos para una política de fortalecimiento institucional**
Cecilia Balcázar Suárez
- 9. Cajamarca: Lineamientos para una política de descentralización**
J. Francisco Santa Cruz C.
- 10. Cajamarca: Lineamientos para una política de desarrollo minero**
Luis Guiulfo Z.

**Impreso en Visual Service
José de la Torre Ugarte 433 Lince
Lima - Perú**

El presente trabajo con relación a la situación de salud en Cajamarca y las políticas y estrategias que desarrollar en los próximos años, se inscribe en el contexto de la importante experiencia de análisis y planeamiento estratégico acumulada en esta Región, tanto en el campo de la salud como de los demás campos del desarrollo económico y social. Por lo tanto, sólo aspira a ser un insumo que contribuya a las decisiones de los actores regionales y locales con relación a éste tema.

Metodológicamente, este trabajo ha utilizado una concepción integral e intersectorial tratando de superar la visión fragmentada que podría darse si primase un enfoque exclusivamente desde el sector salud. Esto es una necesidad en la medida que la salud es consecuencia de factores tan diversos como el empleo, las condiciones de trabajo, la vivienda, los servicios básicos, la alimentación, las relaciones en el hogar, los hábitos de vida, el medio ambiente y muchos otros factores determinantes.

Tomando en cuenta recientes estudios del Gobierno Regional, la Dirección Regional de Salud y diversas instituciones de la sociedad civil, se identificó siete temas sanitarios de prioridad en la Región: desnutrición infantil, elevada mortalidad materna, deficientes servicios de salud, riesgos ambientales, elevada incidencia de enfermedades metaxénicas (malaria, bartonelosis, leishmaniasis o “uta”), débil participación social y persistencia de exclusión de servicios de salud.

Para enfrentar los problemas señalados proponemos políticas específicas que incluyen un total de 19 estrategias y 50 proyectos de intervención orientados, en su gran mayoría, al desarrollo de capacidades para la superación de los problemas sanitarios priorizados y garantizar la sostenibilidad de los resultados esperados.

La propuesta ha tratado de identificar, además las áreas específicas de intervención en las áreas o espacios socioeconómicos naturales de la Región Cajamarca, válidos para la planificación multisectorial en las 13 provincias y los 127 distritos de la Región. Igualmente, el análisis toma en cuenta las interrelaciones naturales con las otras Regiones del Norte y Del Oriente del país.

Finalmente, la propuesta se inscribe en el contexto del proceso de descentralización que vive el país, y por lo tanto, de las nuevas funciones que están siendo transferidas desde el gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales. Más aún se tiene en cuenta que durante el año 2005 el Gobierno Regional de Cajamarca aprobó la acreditación respectiva para ejercer las funciones de formulación de sus prioridades y aprobación de propuestas de políticas regionales en salud.