

# MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA DURANTE EL PERIODO 2010-2016, A PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN PARTICIPATIVO REGIONAL DE SALUD 2010-2014

## MATERNAL MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF CAJAMARCA FOR THE PERIOD 2010-2016, WITH REGARD TO THE EVALUATION OF THE HEALTH REGIONAL PARTICIPATORY PLAN 2010-2014

*Evelyn Facho Bautista, Ivonne Ruíz Rodríguez \*\*, Mardely Arce Rumay\*\*\**

### RESUMEN

El presente es una revisión de la información referida a Mortalidad Materna (MM) en el Departamento de Cajamarca, con la finalidad de determinar si se ha alcanzado el objetivo de reducir en 30 puntos porcentuales entre 2010 al 2016, conforme a lo establecido en el Plan Participativo Regional de Salud Cajamarca 2010-2014 (PPRS 2010-2014)

Esta revisión se ha realizado mediante un estudio observacional y descriptivo, evaluando las variables de la razón de mortalidad materna, las causas de muerte, la edad de las madres fallecidas, lugar de ocurrencia, tipo de parto, hora de fallecimiento, estado del Recién Nacido (RN) y Número de Hijos en orfandad. Las causas se clasificaron de acuerdo Guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM, los datos se obtuvieron de los registros estadísticos de la Dirección Regional de Salud Cajamarca.

La revisión permitió tener un claro panorama de la situación actual y demostrar una reducción sostenida de la razón de mortalidad materna que al 2010 fue de 157 x 100,00 nacidos vivos (43 MM) y al 2015 fue de 111x 100,000 n.v, año en el que se tuvo la razón más baja con 30 MM. Durante los años 2010 al 2014, la primera causa de muerte materna fueron las Hemorragias producidas durante el embarazo o el puerperio; a partir del año 2014 se observó un incremento de la muerte materna por Hipertensión Inducida por la Gestación ( Pre eclampsia, Eclampsia, Síndrome Hellp); en relación a la edad promedio de las mujeres para ese mismo periodo el mayor porcentaje se concentró en el grupo etáreo de 30 a 40 años; con respecto al lugar de ocurrencia de la muerte materna tenemos que

\*Magíster en Project Management. Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca. Especialista en Epidemiología. Consultora en Psicoprofilaxis Obstétrica. Especialista en Desarrollo Infantil y Nutrición. Coordinadora Oficina Regional Desarrollo Infantil y Nutrición-Gerencia Regional Desarrollo Social. Gobierno Regional Cajamarca. Correo: [eviadania@gmail.com](mailto:eviadania@gmail.com)

\*\*Magíster en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales. Especialista en "Emergencias Obstétricas". Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca. Coordinadora Estrategia Regional de Salud Materna y Neonatal. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Correo: [ivoruro2000@yahoo.es](mailto:ivoruro2000@yahoo.es)

\*\*\*Magíster en Administración. Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca. Consultora en Psicoprofilaxis Obstétrica. ....del Vicerrectorado de Investigación. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrel. Correo: [mardelyarce@gmail.com](mailto:mardelyarce@gmail.com)

**Recibido:** 10/09/16

**Aprobado:** 22/12/16

## RESUMEN

en el año 2010 las mujeres fallecían en sus domicilios. A la semana epidemiológica 40 -I 2016 esta situación ha cambiado siendo la primera causa de muerte materna la Hipertensión Inducida por la Gestación, en relación a la edad de las mujeres fallecidas se encontraron en el grupo etáreo de 20 a 29 años y con respecto al lugar de fallecimiento, se observa que las muertes se están produciendo en los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (Hospitales y I-4).

**Palabras claves:** Muerte materna, razón de mortalidad materna, causa de muerte, lugar de ocurrencia, salud materna, Cajamarca

## ABSTRACT

This is a review of the information referred to maternal mortality in the Department of Cajamarca, with the purpose of determining if it has been reached the objective of reducing in 30 percentage points between 2010 and 2016, according to what was established in the Regional Health Participatory Plan - Cajamarca 2010-2014 (PPRS 2010-2014)

This review was made through a observational and descriptive study evaluating variables of the maternal mortality ratio, causes of death, the age of deceased mothers, place of occurrence, type of delivery, time of death, state of newly born and number of orphan children. The causes were classified according to the WHO guide for the implementation of International Classification of Diseases (ICD)-10 to deaths that occurred during pregnancy, childbirth and puerperium: CIE MM. Data were obtained from the statistical records of the Regional Directorate of Health - Cajamarca.

The review provided a clear picture of the current situation and demonstrated a sustained reduction in the maternal mortality rate, which was 157 x 100,00 live births (43 MM) in 2010 and 111x 100,000 nv in the year 2015. Which had the lowest ratio with 30 MM. During the years 2010 to 2014, the first cause of maternal death were hemorrhages produced during pregnancy or the puerperium; An increase in maternal death due to pregnancy-induced hypertension (Pre-eclampsia, Eclampsia, Hellp syndrome) was observed from 2014; In relation to the average age of women for the same period, the highest percentage was concentrated in the age group of 30 to 40 years; With respect to the place of occurrence of maternal death we have that in 2010 women died in their homes. In the epidemiological week 40 - 2016 this situation has changed, being the first cause of maternal death, pregnancy - induced hypertension, in relation to the age of the deceased women were in the age group of 20 to 29 years and with respect to the Place of death, it is observed that the deaths are occurring in health facilities with greater capacity to resolve (Hospitals and I-4).

**Keywords:** Death mother, ratio of maternal mortality, cause of death, place of occurrence, maternal health, Cajamarca

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define Muerte Materna como el evento suscitado durante el periodo de gestación, parto y/o puerperio (42 días post parto), independiente del lugar, situación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo y/o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales<sup>6</sup>. Según esta definición, tenemos una clasificación básica de MM Directas (defunción debida principalmente a una causa obstétrica) e Indirectas (Un deceso materno que no se debe de manera directa a una causa obstétrica), al 2012, el 69,7% de las defunciones fueron directas y el 30,23% indirectas, a la semana epidemiológica 40 del 2016 se tiene un 70,5% de MM Directas y 29,4% Indirectas.

La MM, es un grave problema no solo de salud pública, sino también de limitante para el desarrollo de una sociedad, debido a que es causa de múltiples complicaciones en la familia. Cuando la mujer falta, los hijos se quedan huérfanos no solo de madre sino también de padre, debido los niños en orfandad van a vivir con los abuelos y el padre forma una nueva familia, rompiendo el núcleo de la sociedad; además, la OMS, refiere que las repercusiones sociales y económicas son varias, ya que las mujeres son los pilares de la familia, las que velan y educan a los niños, proveen cuidado de jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y frecuentemente las que aportan el sustento del hogar. [...] se pierde una mujer, la cultura empobrece y su potencial para el desarrollo se ve seriamente limitado<sup>7</sup>, esto también afecta las perspectivas futuras de la familia para los que llegan a sobrevivirle. Asimismo, las MM nos llevan a analizar las condiciones de los servicios

de salud, la cobertura y calidad de la atención que se brinda a la mujer en edad fértil.

El departamento de Cajamarca, pese a sus avances aún en el 2008 mantenía una razón de Mortalidad Materna de 127 x 100,000 n.v, por ello se propuso durante la elaboración del Plan Participativo Regional de Salud 2010-2014 reducir en 30 puntos porcentuales la mortalidad materna en aras de aportar no sólo al cumplimiento de los compromisos consensuados en los objetivos de desarrollo del milenio, sino sobre todo cumplir con las expectativas de las familias y la sociedad cajamarquina que espera una mejor capacidad de respuesta a este problema de salud pública que afecta el desarrollo de la sociedad<sup>1</sup>.

“La Mortalidad Materna (MM) ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres, y por encima de todo, mujeres”, frase con la que se inauguró la Conferencia de Maternidad Sin Riesgo en Nairobi en 1987<sup>2</sup>. La realidad que se describe no está lejos de la nuestra, la cara de la mortalidad materna en Cajamarca era básicamente rural, domiciliaria y por partos no institucionales, en el año 2008, 95% de mujeres muertas procedieron de la zona rural<sup>3</sup>, al 2016 esta realidad aun supera el 50%, 64% de mujeres muertas proceden de zona rural<sup>4</sup>. Adicional a esto se suma el analfabetismo y el bajo nivel de escolaridad que afecta principalmente a mujeres en situación de pobreza, para el 2010 el 85% de mujeres fallecidas tenía solo primaria incompleta o era analfabeta y de este grupo las adolescentes representaban el 16 y 18%. Se observó que a la semana epidemiológica 40-2016, la población adolescente (12-17 años) representa el 5.8%

de las muertes maternas ocurridas; sin embargo las mujeres que fallecieron aún proceden de las áreas rurales en un 64%, sin embargo la población de mujeres que fallecieron tenían un nivel educativo de Primaria, Secundaria y Superior en un 88%, en contraste con las Analfabetas que fueron el 22%.

Porqué la Mortalidad Materna es una prioridad a nivel regional, nacional e internacional, nos preguntamos, existen múltiples razones pero sobre todo como refiere Fathalla “[...] porque cada muerte materna es un evento que podría haberse evitado y que nunca debiera haberse permitido que ocurriera.”<sup>5</sup> En el 2009 el 87% de las MM fue evitable y dependió de los servicios de salud de manera directa (personal de salud no identificó riesgos, identifica riesgos y tiene manejo inadecuado de los riesgos, o no está presente en el momento de la complicación, la referencia y contrareferencia de la gestante en riesgo clínico es inadecuada: no hay seguimiento, las pacientes llegan solas a los hospitales o es derivada sin la compañía del personal de salud<sup>1</sup>. Durante este periodo la hemorragia (45%) ocupaba el primer lugar, seguido de hipertensión inducida por la gestación (30%) y la infección (20%), conformando las principales causas de MM. Del total de hemorragias, el 72% ocurrió por retención placentaria. Al 2016, esta realidad se ha invertido y ha reducido, la principal causa de MM es la hipertensión inducida por el embarazo (37%), seguido de la hemorragia (23%) e infección (15%), además se han presentado casos como Síndrome de Hodking, Tumor Cerebral, Lupus Eritematoso, Crisis Asmática y Envenenamiento que representan el 25%. Del total de Hipertensión Inducida por el embarazo, el 50% son Eclampsias, el 33% Pre Eclampsia y el 17% Síndrome de Hellp; asimismo, del total de hemorragias el 75% se originan por una retención placentaria y el

25% por Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)<sup>4</sup>. Como se puede evidenciar la brecha de hemorragia se ha acortando en 5 años (reducción en 22 puntos porcentuales), lo que significa que un mayor número de muertes maternas se han evitado y/o prevenido en los servicios de salud actualmente.

En tal sentido, el propósito de la presente revisión es mostrar las características de la MM en el Departamento de Cajamarca y señalar si se ha cumplido con la meta de reducción en 30 pp propuestos en el PPRS 2010-2014.

## Epidemiología

Antes de presentar los datos relacionados a la situación de la Mortalidad Materna en el departamento de Cajamarca en el periodo 2010-2016, es importante tener en cuenta que las estadísticas oficiales no revelan la totalidad de casos debido al subregistro que posee este indicador, en el año 2012 se realizó un estudio que concluye que existe un subregistro de 11% de muertes maternas en Cajamarca<sup>8</sup>.

La OMS refiere que esta falencia se debe primordialmente a las dificultades relacionadas con la obtención de la información debido al mal llenado del Certificado de Defunción. Un estudio de corrección de datos oficiales, determinó que la mortalidad materna en Sao Paulo, Brasil, que oficialmente era de 50,2 por 100 mil nacidos vivos en el año 1986, pasó a ser de 99,7 por 100 mil o sea casi el doble en ese mismo año después de una revisión de los certificados de defunción<sup>9</sup>. Como podemos observar esta es una realidad que no podemos negar, por lo cual se convierte en un gran desafío para la reducción de la MM y conocer su real magnitud.

En la gráfica 1, se observa que el año 2009 y 2012 se han presentado el mayor porcentaje en la razón de mortalidad materna 180 X 100,000 nv (49 y 40 casos de MM respectivamente), evidenciándose un descenso sostenido a partir del año 2013.

En el año 2015 se registraron 30 defunciones; la distribución geográfica de la ocurrencia de

MM fue desigual, para evidenciarlo mostramos los mapas comparativos correspondientes a la Semana Epidemiológica 37 del año 2015 y 2016, momento en el cual ya se habían presentado 25 casos (2015) y 16 casos (2016) de MM. Se evidencia que tanto en el 2015 y 2016, el mayor número de defunciones se presentó en las Provincias de Cajamarca y Jaén. (Ver figura 1).

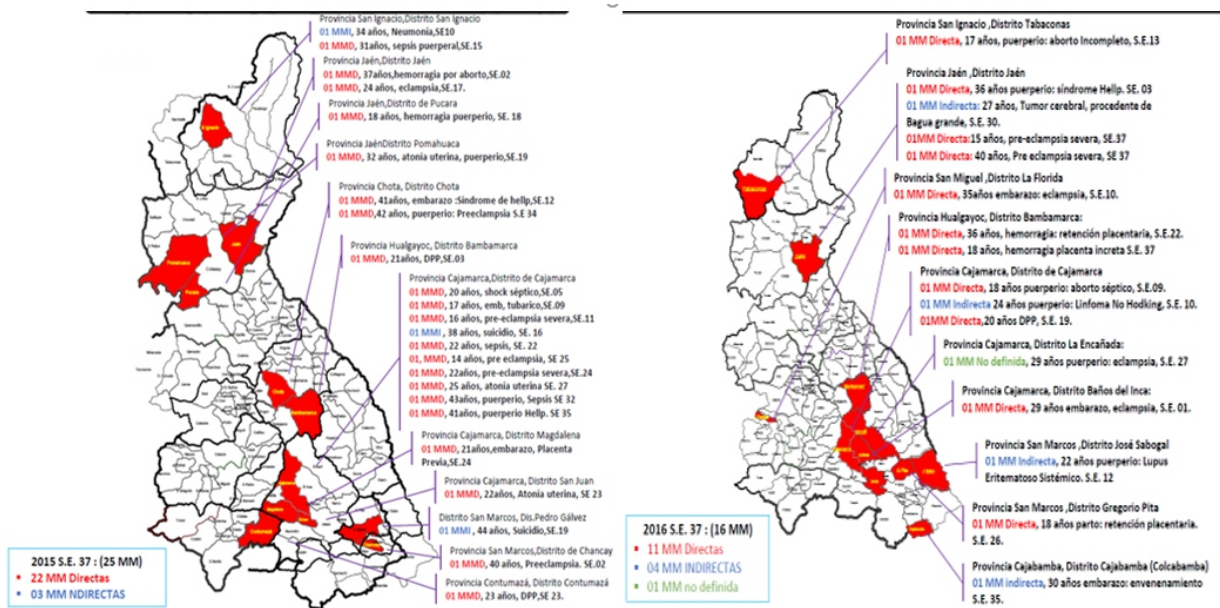


Figura 1. Mapa de Mortalidad Materna por Ubicación Geográfica SE. 37 2015 – SE 37 2016

En base a las estadísticas reportadas por la Oficina de Epidemiología de la Región Cajamarca, se tiene que durante el periodo en revisión 2010-2016 la razón de mortalidad materna se ha reducido en 46 puntos porcentuales (2010-2015) de 157 a 111 por 100,000

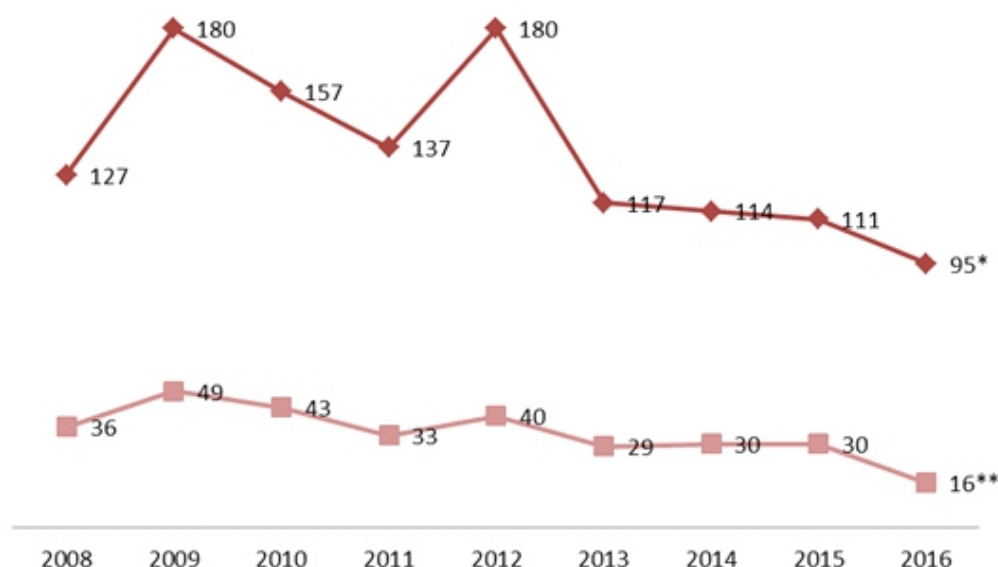
n.v4. Al 2014 el porcentaje de reducción llegó a 43%. En el PPRS 2010-2014, se consignó como línea basal la razón de mortalidad materna de 127 x 100,000 n.v (2008)<sup>1</sup>, por lo tanto no se cumple la meta de reducción de 30 pp al año 2014 (Tabla 1).

**Tabla 1. Evaluación del Logro de Objetivos del PPRS 2010-2014**

Objetivo Estratégico PPRS 2010-2014	Resultado Impacto PPRS 2010-2014	Indicador	Valor base	Resultado alcanzado en el 2014	Brecha
Reducir la mortalidad materna en la Región Cajamarca.	Reducir en 30 pp la razón de mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna	127 x 100,000 NV	114 x 100000 NV	17 x 100000 NV

Fuente: Evaluación del Plan Participativo Regional de Salud 2010-2014

**Gráfico 1. Tendencia de Razón de Mortalidad Materna. Región Cajamarca 2008-2016**



\*Razón MM Proyectada al 2016

\*\*SE 37-2016

Fuente: Oficina de Epidemiología 2008-2016

.Periodo 2010-2016, según la revisión de estadística de las MM ocurridas se evidencia las siguientes características:

**1. Domiciliaria y por partos no institucionales.** Tenemos que en el 2012 el 96% de defunciones han sido procedentes de zona rural<sup>10</sup>.

En el 2016, a la SE 37 el 44% (7) de las defunciones se presentaron en domicilio y el 19% (3) en el trayecto del domicilio al Establecimiento de Salud. El 17% (2) en un Hospital nivel II-2 y el 8%(2), en Hospital de nivel II-1, donde generalmente las pacientes que llegan están graves, y el 6% fallecen en los establecimientos del primer nivel de atención. El porcentaje de parto institucional en el I Semestre del 2016 alcanzó el 42.2% de avance, lo cual nos proyecta a un 84.4% al final del año 2016 según la fuente HIS; sin embargo aún tenemos una brecha en relación al parto domiciliario el cual se encontraría entre el 5 % (1er Semestre 2016), y un mínimo porcentaje de partos que se producen en el trayecto a un establecimiento de salud (2.8%).

**2. Afecta a la población adolescente.** De acuerdo a las etapas de vida, en el 2012 el 65.9% de las defunciones se dieron en mujeres entre los (23-37 años), el 6.8% entre los 12 a 17 años y el 13,6% entre los 18-22 años. En 2013, las MM ocurrieron en mujeres entre los 23 – 37 años (65.3%), de las cuales el 69% fueron múltiples (entre 2 a 4 gestaciones), la población entre 18 a 22 años representó el 16%. En el 2014 llegó a 63.3% entre los 23-37 años, y 2015 las MM en adolescentes (12-17 años) llegaron al 13.3% (4), y en el 2016 a la S.E. 37 es de 6.25% (1).

**3. Predominio de muerte durante el parto – puerperio.** En el 2013 según el momento de

fallecimiento, el 48% se produjo en el puerperio, un 31% en el embarazo y el 21% durante el parto. En el 2014, el 72% de defunciones se produjo durante el puerperio, el 16% en el embarazo y un 12% en el parto. En el 2015, el 68% de MM se produjeron durante el puerperio, el 28% en el embarazo y un 4% en el parto. En el 2016, el 43,8% de MM se produjeron durante el puerperio, el 37,5% en el embarazo y el 18,8% en el parto.

La hora de fallecimiento en el 2016 ha sido predominantemente en el transcurso de la tarde (13 – 18 horas) con un 44%; noche (19 - 24 horas) y madrugada (1-5 horas) representó el 31%. El 100% de defunciones en el trayecto se han suscitado en la noche y el 60% de ocurrencia de MM se ha sido durante la tarde. El horario en el que se ha presentado la emergencia y se procedió a la atención en domicilio fue en el 40% de los casos en la tarde (13-18 horas), así también, se observó que los días en los que las mujeres fallecen son predominantemente Sábado y Domingo.

**4. Por causas prevenibles.** Las causas de muerte materna se dividen en Muerte Materna Directa y Muerte Materna Indirecta. Dentro de MM Directa está la hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo y las infecciones. Dentro de MM Indirecta (Síndromes, tumores, enfermedades autoinmunes, envenenamiento, etc.)

En el 2013, del total de defunciones el 38% son por Hemorragia, seguidas de la Hipertensión Inducida por el Embarazo 14%, Otras causas el 41% e Infección 3%. En lo que va del 2016, la principal causa de MM es la hipertensión inducida por el embarazo (37%), seguido de la hemorragia (23%) e infección (15%), además se han presentado casos como Síndrome de Hodking, Tumor Cerebral, Lupus Eritematoso, Crisis Asmática y Envenenamiento que repre

sentan el 25%, consideradas muertes indirectas. Del total de Hipertensión Inducida por el embarazo, el 50% son Eclampsias, el 33% Pre Eclampsia y el 17% Síndrome de Hellp; asimismo, del total de hemorragias el 75% se originan por una retención placentaria y el 25% por Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)<sup>4</sup>.

## ANÁLISIS

La mortalidad materna es sinónimo de desigualdad e inequidad, afectando principalmente a mujeres en situación de pobreza y pobreza extrema según las estadísticas del periodo 2010-2016, en el departamento de Cajamarca. Con un 67% de ruralidad, se reduce las oportunidades y aumenta la injusticia social, dificulta a la vez el acceso a los servicios de salud por múltiples factores, desde los socio-culturales que devienen de la misma población que demanda el servicio, como desconfianza en los servicios de salud (MM suscitadas en domicilio, estando a 5 minutos del establecimiento), debido al maltrato por profesionales, establecimientos cerrados, no respeto de costumbres y prácticas ancestrales, etc. Hasta los relacionados a capacidad de respuesta de los mismos, establecimientos de salud que no cuentan con equipo completo, ausencia de recurso humano capacitado para atender con adecuación cultural, etc.

No obstante y pese a los diferentes problemas que aun persisten, en los últimos años se ha observado una reducción sostenida de la razón de mortalidad materna y un incremento del uso de servicios de salud<sup>1</sup> por la población rural, este no es solo un logro de la Dirección Regional de Salud ente rector en el tema, sino que se ha complementado con los programas sociales, en especial Juntos- Programa de Transferencias Condicionadas que han acer-

cado a la población al servicio. Este acercamiento ha originado que los problemas ya presentes se hagan palpables y que se requiera aún con más prontitud mejoras. Las estadísticas presentadas nos confirman que aun las MM ocurren en mayor proporción en partos domiciliarios y en el trayecto del domicilio al establecimiento, evidencia que aún persisten problemas relacionados con el acceso oportuno a los servicios de salud.

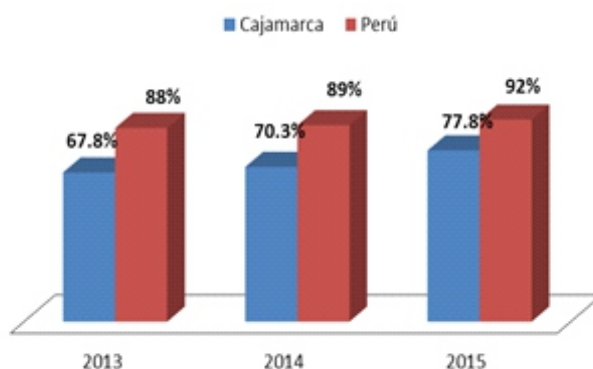
Otra de las características mencionadas es que afecta principalmente a adolescentes, en el periodo en revisión se evidencia una reducción de MM en adolescente. Según ENDES 201411, Cajamarca tuvo el 15,4% de adolescentes embarazadas o que ya gestaron una vez y tienen un hijo. Para el 2016 el porcentaje de gestantes adolescentes atendidas llega a 11.08%<sup>12</sup>. Esto se debe a las mejoras en la implementación de la estrategia de salud sexual y reproductiva que ha fortalecido el tema de consejerías a la etapa de vida adolescente, así como un adecuado plan comunicacional en planificación familiar y prevención de embarazo, además de mejorar los espacios donde se brinda atención diferenciada a adolescente. A la fecha del total de establecimientos de salud, el 3.9% (33) cuentan con ambientes exclusivos para brindar atención diferenciada y el 54.9% ya tienen horario diferenciado, aún hay una brecha que cerrar 45% para brindar adecuadamente el Paquete de Atención Integral, el cual promueve la prevención e identificación oportuna de los riesgos en el desarrollo de esta etapa de vida, pudiendo revertirlos e instalar factores protectores desde la familia, comunidad e instituciones educativas, teniendo el impacto final en la prevención del Embarazo Adolescente y en una Etapa de Vida saludable.



La alta concentración de muertes maternas en el puerperio y en el parto está relacionada por el hecho de que aún la población es renuente en aceptar el parto institucional, desconociendo la importancia del mismo. Pese a que el indicador de atención de parto institucional ha mejorado, de 60.6% en el 2010 a 77.8% al 2015 (Gráfico 2), y al I Semestre del 2016 alcanzó el 42.4% se evidencia que la prevalencia de defunciones es en domicilio y/o en trayecto, aún queda mucho por hacer. El 60% de las emergencias se producen en la tarde y madrugada, horario en el cual los establecimientos de salud I-1, I-2 no se encuentran atendiendo siendo una limitante para que la población pueda acceder a una atención oportuna. A esto, se suma la débil capacidad de la

gestante y/o sus familiares en reconocer un riesgo para la salud. En el 60.5% de los casos que se investigaron en el año 2008-2009 no hubo identificación oportuna de la gravedad de la mujer por parte de los familiares y el 83% reconoció que hubo demora para buscar atención<sup>1</sup> (PPRS 2010-2014, pág. 37). Esta es considerada la primera demora en el análisis de una muerte materna, poniendo de manifiesto que la población no está empoderada ni organizada para cuidar, promover y promocionar acciones de salud. Asimismo, se tiene la deficiente respuesta de los servicios de salud y es allí en donde se produce la segunda y tercera demora que puede ser crucial en el momento de evitar una MM.

**Gráfico 2. Proporción de Parto Atendido por Personal de Salud en el Perú y la Región Cajamarca. 2013 – 2015**



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2015

La muerte materna por hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo y las infecciones, son consideradas causas prevenibles. Muertes maternas evitables que dependen de los servicios de salud (personal no identifica riesgos, identifica riesgos y tiene un manejo inadecuado de riesgos, no usa protocolos, desconoce la normatividad de salud, la no permanencia del personal en los establecimientos de salud dentro de horario de atención, referencias inadecuadas con pacientes

no estables, débil seguimiento de contrareferencias, maltrato a paciente y familiares) son solo algunas de las características de un servicio deficiente y es la realidad de los establecimientos de la región y del Perú en general.

Cajamarca, cuenta con 832 establecimientos de salud, de los cuales el 68.9% (574) son establecimientos nivel I-1, el 15,3% nivel I-2, el 12,8% nivel I-3, el 1.6% nivel I-4 y 0.96% nivel II.

. Como se observa en la tabla 2, la más alta concentración de establecimientos es de primer nivel y son evaluados con los estándares del FON-P, de los cuales solo el 1% (4) cumplen con más del 90% de los criterios solicitados (ENESA). Con respecto a los estándares para FONB, ningún establecimiento logro cumplir con más del 90% de los criterios solicitados. Este es un indicador de capacidad resolutiva mínima, es meritorio de atención sino se llega

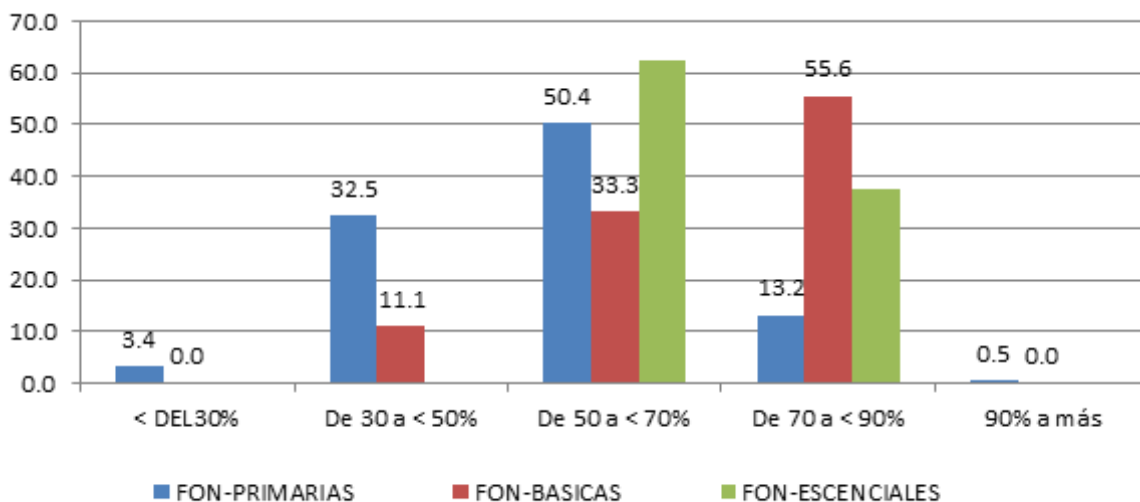
a cumplir con el total de los establecimientos de salud; ya que responde a la capacidad que tienen los servicios de salud para la atención de las gestantes y recién nacidos; parte indispensable para la disminución de la mortalidad materna. La Región Cajamarca cuenta con 1 Hospital de nivel II-2, siendo el de mayor capacidad resolutiva y el único de referencia regional para los casos más complicados.

**Tabla 2. Distribución de EESS del Gobierno Regional de Cajamarca por Unidades Ejecutoras y Niveles de Atención**

UNIDAD EJECUTORA	I NIVEL				II NIVEL			III NIVEL	TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	
SALUD CAJAMARCA	153	51	20	9	2			1	236
SALUD CHOTA	184	32	29	2	1				248
SALUD CUTERVO	147	16	20		1				184
SALUD JAÉN	90	29	38	3		1			161
HOSPITAL CAJAMARCA						1			1
HOSPITAL JAÉN					1				1
HOSPITAL CHOTA					1				1
<b>TOTAL</b>	<b>574</b>	<b>128</b>	<b>107</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>832</b>

Fuente: RENIPRESS – SUSALUD DIRESA CAJAMARCA

**Tabla 3. Capacidad Resolutiva de los Establecimientos de salud de la Región Cajamarca. Junio 2016.**



FUENTE: Evaluación FON 2016 – DIRESA CAJAMARCA

**Tabla 4. Capacidad Resolutiva de los FONE (Hospitales) de la Región Cajamarca. Junio 2016.**



FUENTE: Evaluación FON 2016 – DIRESA CAJAMARCA

Frente a ello se han tomado medidas correctivas, lo que ha permitido mejorar el acceso de la población al servicio, sin embargo tenemos un 25% de población insatisfecha y una razón de mortalidad materna de 95 x 100,000 nv1. Además, Cajamarca al 2015 cuenta con el mayor porcentaje (23.56%) de gestantes afiliadas al SIS con paquete preventivo completo, con respecto a otras regiones (19%) y Perú (18%)<sup>13</sup>. Esto es un aliciente considerando que nuestra región cuenta con un 68% de ruralidad y una de nuestras principales limitantes son las barreras de acceso de índole cultural.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Regional de Salud. Plan Participativo Regional de Salud 2010-2014. Gobierno Regional Cajamarca. Dirección Regional de Salud. Cajamarca-Perú. Diciembre 2009.
2. Mahler Halfdan T. Conferencia de Maternidad Sin Riesgo, Nairobi 1987
3. DIRESA. Boletín Epidemiológico S.E. 52-2008. Cajamarca.
4. DIRESA. Situación Epidemiológica de Mortalidad Materna S.E. 37. Oficina Regional de Epidemiología. Cajamarca, 2016.
5. López M. Un día para la reflexión. Publicado en Prensa Bloque AC. 8 marzo, 2014 'Revisado (5 octubre del 2016). Disponible en: <http://rn24.com.ar/archivos/19590>
6. OPS/OMS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión, vol. 2, Washington, D.C., 1995.
7. OMS. Articulación para Reducción de Mortalidad Materna, OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial, Ginebra, 1999.
9. Elizalde, E.G. Análisis de la ocurrencia de la Mortalidad Materna en la Provincia de Santa Fe – Argentina. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 7, N° 4, Pag. 436. 2004. Cita a Laurenti R. Maternal mortality in Latin American urban areas: the case of Sao Paulo, Brazil. Bull Pan Am Health Organ 1993;205-14.
10. GRDS-GRC Creencias, concepciones y prácticas de la familia y la comunidad durante el embarazo, parto y puerperio. En relación al acceso a los EE.SS. Cajamarca, Perú. Julio, 2012. Pag. 17.
11. ENDES, 2014
12. DIRESA. Oficina Regional de Estadística-Fuente HIS. Agosto 2016.
13. SIS. Análisis al 2015

### CORRESPONDENCIA

Autor: Evelyn Facho Bautista

Dirección: Pasaje El Milagro 192

Correo: [eviadania@gmail.com](mailto:eviadania@gmail.com)