

**AVANCES DEL PLAN
ESTRATEGICO
CONCERTADO DE
SALUD
2006-2010**

Versión Preliminar por concluir

**Piura, Diciembre del
2005**

PLAN ESTRATEGICO CONCERTADO DEL SECTOR SALUD EN PIURA 2005 - 10

INDICE

PAG.

I. PRESENTACION

1

II. SITUACION INSTITUCIONAL

- 2.1 NIVEL NACIONAL**
- 2.2 NIVEL REGIONAL**
- 2.3 MARCO LEGAL**
- 2.2 ANTECEDENTES DEL INICIO DE LA CONCERTACIÓN**
- 2.3 FINALIDAD DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD EN PIURA**
- 2.4 FUNCIONES DEL CONSEJO REGIONAL SALUD**

III. DIAGNOSTICO Y SITUACION DE SALUD EN LA REGION PIURA

- 1. CARACTERISTICAS GEOGRÁFICAS**
- 2 ASPECTOS SOCIO DEMOGRAFICOS**
- 3. SITUACION DE SALUD**
- 3. 4ESPUESTA SOCIAL FRENTE A LA SITUACION DE SALUD**
- 5. NECESIDAD DE SALUD SENTIDA**

IV. PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD

- 4.1 MISION**
- 4.2 VISION**
- 4.3 VALORES**
- 4.4 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS**
- 4.5 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**
- 4.6 ANALISIS FODA**
- 4.7 EJES ESTRATEGICOS**
- 4.8 PRIORIDADES SANITARIAS**
- 4.9 METAS SANITARIAS**

V. PROGRAMAS. PROYECTOS Y PRESUPUESTO

VI. CRONOGRAMA Y DESARROLLO

VII. MONITOREO Y EVALUACION

VIII. ANEXOS

PLAN ESTRATEGICO CONCERTADO DEL SECTOR SALUD EN PIURA 2006 - 2010

I. PRESENTACION

El Plan Estratégico Concertado del Sector Salud en Piura para el periodo 2005 - 2010 ha sido elaborado tomando como base la Ley 27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; su reglamento aprobado por D.S N° 004-03-SA-DM y las disposiciones emitidas por el Ministerio de Economía y Finanzas para elaboración de Planes Estratégicos.

El presente Plan fue producto de la iniciativa de la Dirección Regional de Salud que en Junio del año 2002 constituyó en aquel entonces el Consejo Consultivo Regional de Salud que era parte de la Estructura Orgánica de la Institución pero que no había sido implementado, siendo una de las primeras tareas iniciar el Plan Concertado de Salud, tomando como base el Lineamiento de Política del Sector Salud denominado “Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado del Sector Salud”.

Para su elaboración se desarrollaron 03 Talleres en donde participaron los miembros del Consejo Consultivo, la Oficina de Planificación de la DIRESA Piura, otras instituciones públicas y privadas.

Posteriormente y con la dación de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, su Reglamento y la emisión de una Ordenanza Regional, se conforma el Consejo Regional de Salud Piura, quienes toman como uno de los acuerdos el retomar el Plan Concertado, lo discuten proponen algunos ajustes y concluyen aspectos que quedaban pendientes denominándose a partir de esta fecha **“Plan Estratégico Concertado del Sector Salud en la Región Piura”**.

Este Plan tiene estrecha relación con los Objetivos del Milenio, el Acuerdo Nacional, el Plan Estratégico Sectorial Multianual de Ministerio de Salud, el Plan de Desarrollo y Plan Estratégico del Gobierno Regional Piura y los Lineamientos Regionales del Sector Salud, expresando por tanto el análisis, expectativas, y compromisos de los diferentes efectores del Sector Salud e Instituciones Públicas y Privadas relacionadas con el quehacer de la Salud en Piura y se constituirá en el documento que orientará las grandes actividades del sector en Piura contribuyendo de esta manera al desarrollo de nuestra región en el Período 2006-2010.

Piura, Febrero del 2006.

II. SITUACION INSTITUCIONAL

2.1 NIVEL NACIONAL

Las diferentes guías de trabajo y políticas de gobierno constituyen un referente fundamental para la elaboración de los diferentes planes dentro de una región en vías de alcanzar su desarrollo:

a) **HOJA DE RUTA**, presentado por el Gobierno Central ante el Congreso de la República, sintetiza los lineamientos de política general considerados para el período 2004 – 2006, cuyo detalle considera entre otros aspectos:

- La Superación de la Pobreza con Mejora en la Calidad del Gasto Social y Énfasis en Salud, Educación, Trabajo, Vivienda y Saneamiento Básico.

b) **ACUERDO NACIONAL** entre el Gobierno Central y las organizaciones políticas y sociales, permitió definir como prioritarias 29 Políticas de Estado, estando relacionados más directamente con el sector el componente:

EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

- Reducción de la pobreza.
- Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación.
- Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud

c) **LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL 2002-2012:**

1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. Atención Integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (Sistema Integral de Salud SIS, otros).
3. Política de suministro y uso racional de los medicamentos. política andina de medicamentos.
4. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.
5. Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
6. Impulsar un nuevo modelo de Atención Integral de Salud.
7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial.
8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.
9. Democratización de la salud.

2.2 NIVEL REGIONAL

PLAN DE DESARROLLO REGIONAL PIURA

El Plan de Desarrollo del Gobierno Regional Piura considera el cumplimiento de los siguientes objetivos de desarrollo estratégico:

1. Promover el desarrollo de actividades productivas y la generación de empleo a través de la participación de la inversión privada nacional y extranjera.
2. Lograr una drástica reducción de las condiciones de extrema pobreza, inequidad y discriminación económica, social y política.
3. Promover la formación del recurso humano en función a los objetivos de desarrollo regional.
4. Implementar el ordenamiento y zonificación económico-ecológica del territorio regional promoviendo el uso sostenible de los recursos naturales, la biodiversidad y el aprovechamiento integral de los bienes y servicios ambientales.
5. Promover el fortalecimiento institucional y la participación ciudadana en el marco del pleno ejercicio de la democracia participativa.

EJES DE ACCION ESTRATEGICA

1. **La lucha contra la pobreza.**
2. El desarrollo humano.
3. El desarrollo del entorno
4. El desarrollo productivo

En **LUCHA CONTRA LA POBREZA** se tratará de crear condiciones básicas de subsistencia a través de la puesta en marcha de proyectos que movilicen a la población y generen empleo. La movilización de la población deberá estructurarse en base a dinamizar actividades que mejoren los índices de salud y educación y faciliten la mejora de los servicios básicos de las viviendas.

La Estrategia para la Lucha Contra la Pobreza implica:

- ✓ Crear las bases que estimulen la participación de la empresa e inversión privada en los procesos productivos regionales, en especial en aquellos cuyo patrón de producción sea intensivo en el uso de mano de obra no calificada.
- ✓ Favorecer la puesta en marcha de proyectos de apoyo a la infraestructura educativa, así como de aquellos que estimulen hacia la mejora de contenidos curriculares de la población educativa menos favorecida.
- ✓ Promover acciones de concertación interinstitucional que contribuyan hacia el surgimiento de una mesa de donantes para el financiamiento de los principales proyectos de salud curativa y preventiva.

- ✓ Fomentar la inversión pública y privada en programas de vivienda que permitan mejorar las condiciones de habitabilidad de las familias menos favorecidas.
- ✓ Focalizar el gasto hacia áreas deprimidas y población en alto riesgo, mediante la puesta en marcha de proyectos de desarrollo integral.
- ✓ Formular un Plan Concertado de Acción Social orientado a reducir las condiciones de pobreza extrema, inequidad y discriminación económica, social y política.
- ✓ Elaborar Planes de promoción social con la participación de autoridades buscando la concertación y el mejoramiento de los servicios básicos a fin de lograr una población sana.

LINEAMIENTOS DE POLITICA REGIONAL DE SALUD

1. Atención integral de salud a la población de la región Piura
2. Reorientación del gasto interno y externo para mejorar las condiciones de salud, logrando el desarrollo en diferentes comunidades de la Región con énfasis a las de menores recursos.
3. Fortalecer el rol rector de salud en la Región, impulsando la constitución del consejo regional y provincial coordinado y descentralizado de salud de la Región Piura.
4. Impulsar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad
5. Desarrollar políticas de gestión de recursos humanos con equidad de género y dignidad

2.1 MARCO LEGAL

- Constitución Política del Perú
- Ley de Reforma de la Constitución, Ley 27680 – Cap. XIV – Título IV, Arts. 191 y 192, sobre Descentralización.
- Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización
- Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- Ley Modificatoria de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley 27902
- **Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud**
- Ley 27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
- D.S N° --- que aprueba el Reglamento del SNCDS
- Lineamientos de Política del Sector Salud
- Ordenanza Regional N° 002-2003/CR-RP, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional Piura
- Plan Regional de Desarrollo Concertado 2003 – 2006 de la Región Piura.
- Ordenanza Regional que aprueba los “Lineamientos de política regional año 2004 en materia de : Educación, Salud, Trabajo y Promoción Social en la Región Piura”

- R.P N° que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Piura

2.2 ANTECEDENTES DEL INICIO DE LA CONCERTACIÓN

- a. El Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Piura que estaba vigente en el año 2002 contemplaba en su estructura al Consejo Consultivo de Salud como Órgano de Consultivo pero que no se había implementado.
- b. Uno de los Lineamientos de Política del Ministerio de Salud para el período 2002-2012 es la Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado del Sector Salud.
- c. Sobre la base de los dos documentos antes mencionados la Dirección Regional de Salud Piura decide en el mes de Junio darle operatividad al Consejo Consultivo de Salud y convoca a las diferentes instituciones públicas y privadas a participara de este Consejo iniciándose con la elaboración del Plan Estratégico Concertado del Sector Salud.
- d. El 13 de Agosto del año 2002 se aprueba la Ley 27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- e. El 15 de Agosto del 2002 se instaló el Consejo Consultivo Regional de Salud y el 28 de Agosto el Vice Ministro de Salud de aquel entonces juramenta a dicho Consejo, siendo la primera iniciativa a nivel del País.
- f. En Diciembre del 2002 con R.P N° 1274-02-CTAR PIURA-P, se reconoce formalmente a este Consejo.
- g. En el mes de Febrero del 2003 se aprueba el Reglamento de la Ley 27813
- h. Con R.P N° ...-03-GOB.REG. PIURA-P, se designa al Director Regional de Salud Piura.
- i. Con Ordenanza Regional N° 030-04-GOB.REG.PIURA-CR se aprueba la conformación de los Consejos Regionales y Provinciales de Salud en el ámbito de la Región Piura.
- j. Con R.D N° ----04.GOB.REG PIURA-DRSP-OP, se designa a los miembros del Consejo Regional de Salud Piura.
- k. El Consejo Regional de Salud Piura, en una de sus sesiones toma conocimiento de la versión no terminada del Plan Estratégico Regional Concertado de Salud, lo revisan y en otra sesión efectúan algunos ajustes, asumiéndole como un gran avance y decidiéndose retomararlo para su culminación y aprobación.

2.3 FINALIDAD DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD PIURA

El Consejo Regional de Salud Piura es un órgano de concertación, coordinación y articulación regional del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

2.4 FUNCIONES DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD PIURA

- Promueve la concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de las actividades de salud, acorde a su complejidad y al principio de subsidiaridad.
- Impulsa el cumplimiento de las políticas y el Plan Nacional de Salud
- Propone las prioridades regionales de salud y vela por la organización y funcionamiento de los CPS y de los niveles de atención en su jurisdicción.
- Es precidido por la autoridad regional de salud y está integrado por representantes de las instituciones del sector en el ámbito regional acordadas por el Gobierno Regional respectivo.

III DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DE SALUD 2005

ANALISIS DE LA DEMANDA

1. CARACTERÍSTICAS GEOGRAFICAS

La Región Piura está ubicada en el norte del país, limita por el Norte con el departamento de Tumbes y la República del Ecuador; por el Este con la República del Ecuador y el departamento de Cajamarca; por el Sur con el departamento de Lambayeque y por el Oeste con el Océano Pacífico.

Tiene una superficie territorial de 35,829.49 Km², que representa el 3% del territorio nacional en donde habitan para el año 2005 aproximadamente 1'710,790 habitantes con una densidad poblacional de 45.4 hab/km².

El Clima es cálido en la costa, templado en la zona baja de la sierra y frío en la zona andina. Su suelo es variado y Presenta elevaciones que llegan a los 4,000 m.s.n.m. en Carmen de la Frontera y lugares que llegan hasta el nivel del mar, como Chulliyachy, Constante y Parachique, del distrito de Sechura.

El ámbito de la Región comprende 08 Provincias y 64 Distritos: Piura (9 Dist.), Sullana (8 Dist.), Talara (6 Dist.), Paita (7 Dist.), Sechura (6 Dist.), Morropón (10 Dist) Ayabaca (10 Dist.) y Huancabamba (8 Dist.). Las 05 primeras provincias y parte de la provincia de Morropón son netamente costeras, mientras que en la región Sierra se ubican las dos últimas provincias y parte oriental de la provincia de Morropón.

Superficie Continental		Superficie Insular		% del Territorio Nacional	
35,892.49		1.32 km ²		2.8	
Línea de Frontera (LF)		Extensión de la LF		Provincias Fronterizas	
Ecuador		280 km		Sullana, Ayabaca, Huancab.	
Distritos Fronterizos		Lancones, Suyo, Jililí, Sicchez, Ayabaca, C.de la Frontera			
Provincias	Distritos	C.Poblados	Población 2005	Altitud msnm	Región Natural
PIURA	9	454	649142	29	Costa
AYABACA	10	671	143890	2709	Sierra
HUANCABAMBA	8	513	134893	1929	Sierra/Selva
MORROPON	10	367	196541	92	Costa/Sierra
PAITA	7	69	102191	3	Costa
SULLANA	8	345	275027	11	Costa
TALARA	6	120	154404	60	Costa
SECHURA	6	93	54702	15	Costa
	64	2632	1710790		

Fte. Compendio Estadístico de Piura, INEI Piura

POBLACION

La población estimada para el año 2005 es de **1'710,790** habitantes, creciendo a razón de 1.47% anual. Tiene una superficie territorial de **35,892.49** Km², equivalente al 3% del territorio peruano.

REGION/ Prov	2004	2005	2006	TASA CREC
TOT REGION	<u>1'685,972</u>	<u>1'710790</u>	<u>1'736,011</u>	<u>1.47</u>
PIURA	637,437	649,142	661,062	1.84
AYABACA	143,140	143,890	144,644	0.52
HUANCABAM	133,537	134,893	136,263	1.02
MORROPON	194,168	196,541	198,943	1.22
PAITA	99,862	102,191	104,574	2.33
SULLANA	271,963	275,027	278,126	1.13
TALARA	152,233	154,404	156,606	1.43
SECHURA	53,632	54,702	55,793	2.00

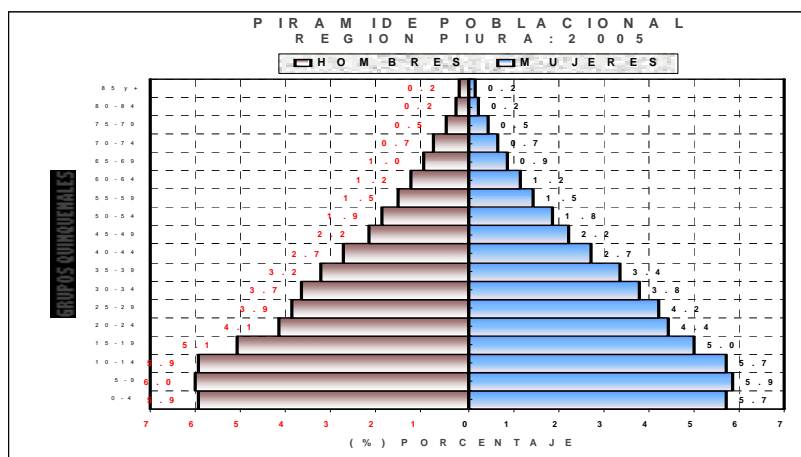
cc Reg Salud Piura-OVSP

Como se observa en el gráfico correspondiente, la pirámide poblacional es de base ancha, lo que nos muestra una población predominantemente joven, donde los menores de 15 años representan el 35.1% de la población total. La pirámide presenta una constricción en el

grupo de menores de 5 años, como consecuencia de las acciones implementadas dentro de la política de población, específicamente del programa de Planificación Familiar y la acentuada crisis económica que vive nuestra población, que hace que las parejas limiten el número de hijos.

La tendencia poblacional es a modificar lentamente la estructura, manteniéndonos en un lento proceso de envejecimiento de la población. Estos cambios demográficos significarán por sí solos cambios en el patrón de oferta y demanda de los servicios de salud, incorporándose progresivamente perfiles de morbilidad y mortalidad del ciclo de vida del adulto mayor (predominancia de enfermedades crónico degenerativas).

En 1961 los menores de 15 años representaban el 46.5% y los mayores de 64 años el 3.2%; se estima que para el año 2006, los menores de 15 años representen el 30.8% y los mayores de 64 años el 5.3%, de la población total



2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

En el siguiente cuadro se presentan indicadores demográficos de la Región Piura y su comparativo con los mismos indicadores a nivel nacional observándose que en la mayoría de ellos los regionales superan a los nacionales.

Indicador	Región Piura	Perú
Indicadores demográficos		
Población total 2005	1'710,790	27'946,774
Superficie territorial (Km2)	35,892.49	1 285215.6
Densidad poblacional (Hab/Km2)	47,7	21,7
Población < 15 años	36,1%	33,2%
Población > 64 años	4,9%	5,0%
Razón de dependencia	69,5%	61,8%
Tasa bruta Natalidad 2000-2005	24,7	22,6
Nacimientos anuales estimados	41 026	613 341
Tasa bruta Mortalidad 2000-2005	7,0	6,2
Defunciones anuales estimadas (**)	11 626	168 502
Crecimiento demográfico anual 2000-2005	1,5%	1,6%
Tasa Global Fecund (2) hijos/mujer	3,4	2,9
Población urbana	75,3%	72,3%
Esperanza de vida al nacer 2000-2005	68,1	69,8
Hombres	65,6	67,3
Mujeres	70,6	72,4
Indicadores socioeconómicos		
Población alfabetizada-2000 15 y + años	86,9%	89,3%
Hombres	91,1%	94,7%
Mujeres	82,8%	84,0%

(2) : Elaboración DRS Piura-ovsp

Respecto a los indicadores socioeconómicos es importante señalar que si bien el hombre registra más años de escolaridad que la mujer a nivel regional está por debajo de los años de escolaridad que ambos tienen a nivel nacional.

La cobertura de servicios de agua, desagüe y luz debe mejorar principalmente en los centros poblados rurales donde ha mejorado el abastecimiento de agua (no necesariamente segura) pero el proceso es más lento en los servicios de desagüe y luz.

Indicador	Región Piura	Perú
... Indicad Socioeconómicos		
Promed años escolaridad-2000:		
Hombres	7.6	8.9
Mujeres	7.1	8.3
Población con acceso a:		
Agua potable-2000	65.0%	72.3%
Saneamiento-2000	68.7%	75.9%
Alumbrado eléctrico-2000	63.1%	69.3%
Total pobreza-2000	64.0%	54.3%
Pobreza extrema-2000	28.0%	23.9%
Indicadores de Mortalidad:		
Defunciones registradas (2)	5,247	84,393
Tasa de subregistro Defunc (2)	56.3%	48.6%
Defunc con certific médico-2000	95.5%	87.7%
Causas mal definidas-2000	2.4%	2.7%
Mediana de Edad de Fallecim	65	62
Mortalid Perinat (x 1000 NV) -2000	20.0	23.0
Mortalid Infantil (x 1000 NV) -2000	34.1	33.6
Mortalid < 5 años (x 1000)	54.0	60.0
Indicadores de Recursos:		
Médicos-2002 (d)	596	18,583
Enfermeras-2002 (d)	568	17,942
Obstetricas-2002 (d)	336	5,689
Odontólogos-2002 (d)	62	2,201

(2) : Elaboración DRS Piura-ovsp

(d) : Sector Salud

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0 2001) el 64% de la población (1'030,000 habitantes) se encuentran en situación de pobreza al registrar un nivel de gasto insuficiente para adquirir la canasta básica de consumo de productos alimenticios y no alimenticios. La pobreza piurana es 9,7 puntos superior a la pobreza registrada a nivel nacional (54,3%). El dato más preocupante –sin embargo- es el asociado a la pobreza extrema, en donde las estadísticas indican que Piura registra un 28,0% de su población en situación de extrema pobreza –esto es- existen 348,000 piuranos cuyos gastos son inferiores al costo de la canasta básica de alimentos compatibles con una ingesta adecuada de calorías. Piura alberga al 5,3% de pobres extremos que existen en el país.

A nivel departamental, existe una alta tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (24.1 el año 2000), siendo el porcentaje de niños afectados en el área rural 38%,

mientras que en el área urbana se registra 17%. Es preocupante que el 36% de los niños afectados con desnutrición crónica provengan de madres con educación primaria y que aún en el segmento de madres con educación superior se registre un 7%. A nivel geográfico las mayores tasas de desnutrición se registran en los distritos de Sondorillo (51.86%), Lalaquiz (51.02%), Carmen De La Frontera (70.7%), Huarmaca (47.56%), y El Faique (47.37%). Según el Mapa de Pobreza de FONCODES el año 2002 los distritos en situación de Pobreza Extrema eran Frias(Ayabaca), Pacaipampa (Ayabaca) y Lalaquiz (Huancabamba), mientras que 11 distritos se ubicaban en situación de muy pobres y 17 distritos en condición de pobres.

En el departamento de Piura, la tasa de analfabetismo en mayores de 14 años alcanza el 16.3% cifra que supera el promedio nacional (12.8%). Los distritos de Pacaipampa y Sondorillo presentan las mayores tasas de analfabetismo catalogados como de muy alto riesgo. Las menores tasa de analfabetismo se registran en los distritos de Piura y Castilla. En la provincia de Piura, en las áreas con mayor peso de la población rural, la condición de analfabetismo se acentúa: La Arena (34.5%), Cura Mori (32.9%), El Tallan (27.9%), La Union (22.9%), y Catacaos (19.5%). En términos de género, la población femenina concentra las mayores tasas de analfabetismo, sólo en el área rural, especialmente en los distritos de La Arena y Cura Mori se registran tasas superiores al 50%.

NIVELES DE EMPLEO E INGRESO

La situación socio laboral de la Región Piura, ha estado caracterizada por una oferta laboral que se concentra en una mayor participación de la oferta masculina, tal que de una PEA de 712,801 trabajadores, el 60.06 % son hombres. La tasa de actividad regional es del 66.2 %, pero el porcentaje en mujeres tan sólo llega a 51.3 %, contra el 82.1 % de la de los hombres. Según rama de actividad la PEA agrícola es la más importante con el 34.8 %, seguida de los servicios con el 28.9%. Finalmente, la PEA presenta un bajo nivel educativo, especialmente en el área rural donde el 77.9 % no tiene instrucción y no alcanzó algún grado de educación primaria. En el área urbana el 35.6 % corresponde a este mismo concepto. Lo que plantea condiciones difíciles en cuanto a la calidad del recurso humano para el desarrollo regional.

DINAMICA ECONOMICA

La actividad económica regional está caracterizada por su base en los sectores de servicios, hidrocarburos, industrial y agrícola, los cuales no han logrado una diversificación importante; su orientación hacia la agroexportación y la extracción de recursos naturales con escaso valor agregado explican su limitado desarrollo.

No se identifica la presencia de cadenas productivas importantes que permitan visualizar la generación de un racimo de inversiones productivas que sustenten el desarrollo regional.

POTENCIALIDADES PRODUCTIVAS

En cuanto al potencial agrícola, la mayor parte de este potencial se localiza en los valles costeros del Chira, San Lorenzo, Medio, Bajo y Alto Piura. La cédula de cultivo se concentra principalmente en productos como algodón, arroz, maíz; sorgo que registran los mayores volúmenes de producción y representan el mayor porcentaje del PBI agrícola. El potencial pecuario está constituido por tierra para pastos apta para el desarrollo de la ganadería. El potencial pesquero se localiza en el litoral, durante los últimos años ha superado su carácter netamente artesanal para adoptar formas de tipo industrial. En lo referente al potencial minero, Piura posee una riqueza mineral muy variada constituida por yacimientos petrolíferos, gas, fosfatos, potasio, guano, carbón, sal, azufre, bentonita, baritina, cobre, molibdeno, tungsteno, oro y plata; destacan los yacimientos de la zona de Bayóvar, zona petrolera de Talara y zona polimetálica de Tambogrande

3. SITUACION DE SALUD A NIVEL REGIONAL:

→ MORBILIDAD GENERAL

En la morbilidad general se presenta como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, que conjuntamente con Otras Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias representan el 24.4% del total de la morbilidad, seguida de las Enfermedades Infecciosas Intestinales (7.4%) y las Enfermedades de la Cavidad Bucal Glándulas Salivales y Maxilares (6.7%). Las 10 primeras causas de morbilidad representan el 52.6% como se observa en el siguiente cuadro en tanto que las Demás causas el 47.4%.

Del total de la morbilidad general un porcentaje significativo se asocia a factores condicionantes del medio ambiente, tales como deficiente abastecimiento de agua de consumo humano, inadecuado sistema de alcantarillado, alto fecalismo (existente mayormente en los lugares rurales, aunado a ello tenemos la contaminación ambiental y sobre todo la escasa cultura sanitaria de la población que deviene en una deficiente disposición de residuos sólidos, que favorece la prevalencia de enfermedades infecciosas; ya sea, intestinales, respiratorias y cutáneas. Siendo el grupo de menores de 05 años y adultos mayores nuestras poblaciones de mayor riesgo. Sin embargo también son afectados los adultos jóvenes perjudicando de esta manera a la población económicamente activa (PEA).

REGION PIURA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL. 2004		
CAUSAS	N°	%
TOT. REGION	1'751,714	100.0
1 Infec Agudas Vías Resp Sup.	375,719	21.4
2 Enf Infecciosas Intestinales	129,762	7.4
3 Enf Cav Buc Gland Sal y Max	113,402	6.5
4 Helmintiasis	64,434	3.7
5 Desnutrición	63,343	3.6
6 Otras Infecc Agud Vías Resp Inf	52,422	3.0
7 Enf del Sist Urinario	50,547	2.9
8 Infecc Piel y Tej Cel Subcut.	27,138	1.5
9 Otr Transt Matern relac c' Emb.	26,071	1.5
10 Infecc Transm Predom Sex	17,814	1.0
Las Demás Causas	831,262	47.4
FUENTE: Direcc Reg Salud Piura-OVSP		

MORTALIDAD GENERAL

Las neoplasias o tumores malignos han sido la primera causa de mortalidad en la Región Piura durante el año 2004 representando el 13.9% del total de muertes, seguido por las neumonías (10.8%), otras formas de enfermedades del corazón (7.7%) y Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares Perinatales (5.8%) continúan otras enfermedades crónicas degenerativas como: enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebro vasculares; las cuales, no han sido impulsadas en el trabajo preventivo promocional que se viene realizando a nivel de dirección regional de salud, siendo el momento oportuno para mejorar el trabajo en este aspecto que nos permita disminuir las tasas de mortalidad por estas causas.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2004

CAUSAS	N°	%
TOT. REGION	5,247	100.0
1 Tumores [neoplasias] malignos	727	13.9
2 Influenza [gripe] y neumonía	568	10.8
3 Otras formas de enfermedad del corazón	402	7.7

4 Trast. Resp.y Cardio. Perí. Perinatal	302	5.8
5 Enf. Isquémicas del Corazón	297	5.7
6 Enf. Hipertensivas	284	5.4
7 Enf. del hígado	249	4.7
8 Enf. Cerebrovasculares	239	4.6
9 Feto y RN Afect. por Fact.mater. y com- plic. emb.,trabajo de parto y puerp	145	2.8
10 Otras enf. bacterianas	134	2.6
LAS DEMAS CAUSAS	1,900	36.2

FUENTE: OVSP - DRSP

→ MORBIMORTALIDAD INFANTIL

FALTA

MORTALIDAD INFANTIL A NIVEL REGIONAL 2004

El mayor número de defunciones infantiles se produce en el Período Perinatal, y los Trastornos respiratorios y cardiovasculares del periodo perinatal constituyen la principal causa con 34.4%.

La tasa registrada de mortalidad infantil es de 23.6 por mil nacidos vivos. Si a esta tasa le adicionamos las muertes ocurridas en otras regiones del país, y la omisión estimada en 51.5%, resulta una tasa de mortalidad infantil de 34.6 por mil nacidos vivos, tasa relativamente alta si la comparamos con el promedio nacional que es de 33.6 por mil nacidos vivos.

CAUSAS	Nº	%
TOT. REGION	741	100.0
1 Trast.respir.y cardiovasc. Espec.per.perin	255	34.4
2 Feto y RN.afec.fact.mater. Complic.emb.	124	16.7
3 Infecciones específ. del período perinatal	107	14.4
4 Influenza [gripe] y neumonía	73	9.9
5 Otras malformaciones congénitas	39	5.3
6 Trast.relacion.durac.gest.crecim. fetal	36	4.9
7 Malformac.congénit.sistema circulatorio	17	2.3
8 Enfermedades infecciosas intestinales	11	1.5
9 Desnutrición (E40-E46)	7	0.9
10 Malformac.congénit. sistema nervioso	7	0.9
DEMÁS CAUSAS	65	8.8

FUENTE: Direcc Reg Salud Piura-OVSP

→ MORBIMORTALIDAD MATERNA

FALTA

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es un problema social y de salud de gran relevancia, siendo además la expresión de la gran desigualdad e inequidad que caracteriza el proceso reproductivo de un importante sector de la población femenina.

La Razón de mortalidad materna registrada en la Región es de **156.2** por 100,000 N.V. donde las provincias de Ayabaca (506.8), Huancabamba (387.6) y Morropón (327.7) presentan los indicadores más altos. Durante los últimos cinco años las tasa se ha mantenido alrededor de este valor constituyendo un serio problema de salud.

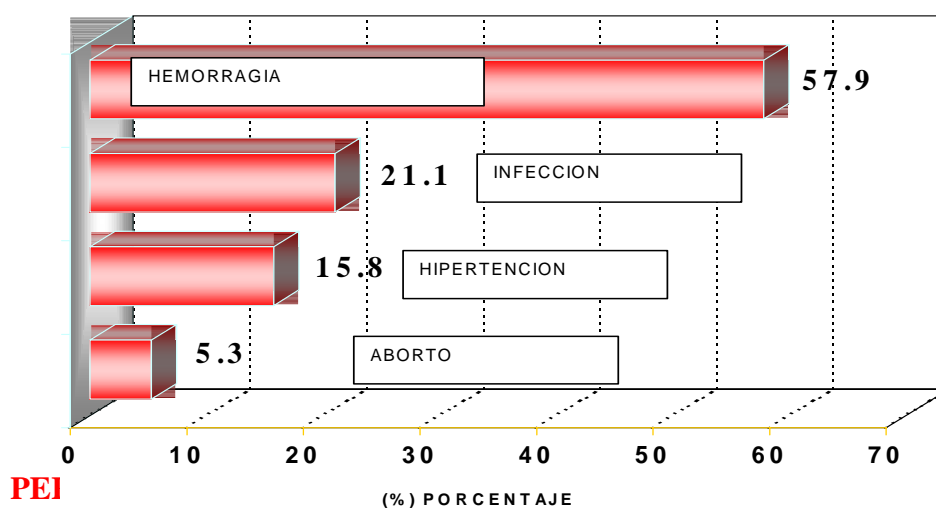
En el país la razón de mortalidad materna-2000 se estima en **185** x 100,000 N.V. donde el **13%** de las adolescentes ya son madres.

Como causas directas de muerte materna se identifican a las hemorragias, infecciones, hipertensión y el aborto complicado

REG/ Prov	TIPO DE MUERTE			RAZON MORT MATER
	Directa	Indirecta	Total	
TOT REG	38	11	49	156.2
PIURA	13	3	16	122.4
AYABACA	9	3	12	506.8
HUANCAB	8	0	8	387.6
MORROP	7	2	9	327.7
PAITA	0	2	2	108.1
SULLANA	0	1	1	17.6
TALARA	1	0	1	53.3
SECHURA	0	0	0	0.0

FUENTE: Direcc Reg Salud Piura-OVSP

REGION PIURA: CAUSAS DIRECTAS DE MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA. 2004



ANÁLISIS DE LA OFERTA

Se han identificado los principales recursos disponibles (organización, infraestructura, equipamiento, profesionales de la salud, financiamiento, tecnología, tipo de servicios)

SERVICIOS DE SALUD

MINSA

	TOTAL	HOSPITALES	CENTROS SALUD	PUESTOS SALUD
TOT. REGION	382	5	73	304
PIURA	92	2	19	71
AYABACA	70		10	60
HUANCAB	58		9	49
MORROP	55	1	8	46
PAITA	16	1	6	9
SULLANA	61	1	10	50
TALARA	11		7	4
SECHURA	19		4	15

Los Servicios de Salud de la Dirección Regional de Salud Piura, están organizados en 07 Redes en proceso de consolidación, en las cuales funcionan diferentes modelos de gestión:

- El Sistema de Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) coadministrados entre MINSA y Comunidad organizada. Actualmente contamos con 20 CLAS conformados que integran a 161 establecimientos de salud.
- El modelo de Focalización por el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT) ubicado en las Redes de Huancabamba, Huarmaca.
- Acuerdos de Gestión firmados por el Ministerio de Salud y la Dirección Regional de Salud Piura, a través de los cuales se espera mejorar la prestación de los servicios de salud y las coberturas de atenciones. Siendo éste un modelo nacional involucra al 100% de los servicios de salud de nuestra jurisdicción sanitaria. Así como a los dos hospitales MINSA que a partir del año 2003 son: el Hospital de Apoyo Chulucanas y el Hospital I Santa Rosa - Piura.

El 27% de los establecimientos de salud tienen su infraestructura en estado crítico, y el 22% en menor riesgo. Encontrándose el resto (50%) sin riesgo

ORGANIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD

EQUIPAMIENTO MEDICO

RECURSOS HUMANOS

MINSA

REG/PROV	MEDICO	ENFER- MERA	OBSTE- TRIZ	ODONTO- LOGO
TOT. REGION	422	276	365	77
PIURA	121	64	120	27
AYABACA	16	14	19	7
HUANCABAMBA	32	28	30	7
MORROPON	51	32	40	5
PAITA	40	23	36	6
SULLANA	131	93	80	17
TALARA	17	14	22	6
SECHURA	14	8	18	2

FINANCIAMIENTO

IV. PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD

4.1 MISION DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD PIURA

Somos un conjunto de instituciones públicas y Privadas de la Región Piura comprometidas, que promovemos, desarrollamos y brindamos atención integral de salud a la persona, familia y comunidad con calidad y equidad garantizando el acceso universal a los servicios de salud, para contribuir al desarrollo sustentable de la región

4.2 VISION DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD PIURA

Al 2010 el Sector de Salud en la Región Piura es un modelo de gestión liderado por la Dirección Regional de Salud Piura, descentralizado en redes, que brinda atención integral de calidad con participación ciudadana, asegurando un ambiente saludable y garantizando acceso a la atención de salud en todos los niveles.

4.3 VALORES

- Solidaridad
- Equidad
- Calidad
- Etica
- Universalidad
- Honestidad y Transparencia
- Integralidad (Individual y Colectiva)

4.4 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

GESTION

1. Deficiente infraestructura y equipamiento en algunos EE.SS
2. Inadecuado trato al usuario y mala calidad de atención.
3. No existe un nivel de referencia para la atención del III Nivel Hospitalario
4. Inadecuada capacidad resolutive de EE.SS y limitado y trabajo en RED
5. Lentitud en el sistema administrativo y centralización de los recursos.
6. Sistema información no oportuno y poco confiable
7. Escasa participación de personal de establecimientos de salud en la planificación análisis y formulación de propuestas.
8. Inequidad en el acceso de la capacitación de los recursos humanos.

SALUD INDIVIDUAL

1. Mortalidad Materna.
2. Mortalidad Infantil
3. Mal Nutrición Materno Infantil.
4. Caries dental en niños
5. Embarazo Adolescente

SALUD COLECTIVA

1. Inadecuado planeamiento y control de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes
2. Comunicación para el ámbito conductual en salud dirigidos en su mayoría a mujeres y no a toda la familia.
3. Deficiente protección de servicios con enfoque preventivo en violencia familiar, desnutrición y otro problema
4. Deficiente control sanitario y saneamiento ambiental.
5. Mecanismos inadecuados de participación ciudadana en la prestación y los servicios de salud.
6. Escasa coordinación interinstitucional para el abordaje de problemas de salud colectiva.

4.5 PROBLEMAS PRIORIZADOS

GESTION	SALUD INDIVIDUAL	SALUD COLECTIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Administrativo Lento e Ineficiente • Baja calidad de atención al usuario interno y externo • Limitada capacidad resolutoria en el II nivel de Atención de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta Tasa de Mortalidad Materna • Alta Tasa de Mortalidad Infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada prevención y control de las enfermedades transmisibles • Inadecuado Saneam. Básico y Limitado control e intervención sanitaria • Deficiente Promoción de la Salud

4.6 ANALISIS FODA

1. ANALISIS EXTERNO

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Convenio Binacional - Mesas de concertación ínter institucionales - Participación activa de ONGs - Participación activa de agentes comunitarias - Presencia de institutos superiores de investigación (Universidades, Institutos, etc.) - SIS Implementado - Ley del Sistema Nacional de Salud, conformación del Consejo Regional y provincial de salud (Descentralizado) - Tecnología informáticas en salud. - Instituciones que brindan atención de nivel III. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta prevalencia de desnutrición crónica • Facultades de ciencias de la salud no acreditadas y con curriculares académicas no concordantes con la realidad. • Falta de vigilancia del cumplimiento del Código de Ética en los colegios profesionales en el ejercicio de la profesión • Presencia del FEN • Escaso compromiso de los diferentes sectores con el sector salud • Presencia de enfermedades de emergentes y reemergentes. • Inadecuada calificación y selección de los miembros de las CLAS • Escasa participación comunitaria en los CLAS <u>OJO</u> • Incremento de la pobreza y extrema pobreza • Inequidad, insuficiente la asignación presupuestal. • Percepción de la comunidad del incumplimiento de horarios de atención.

2. ANALISIS INTERNO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Tener identificados prioridades sanitarias - Predisposición de efectores de salud para la concertación. - Atención de salud en redes - Mejoras en la infraestructura básica - Prioridad regional a las actividades preventivo – promoción - Recursos humanos capacitados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso limitado de la persona, familia y comunidad a los diferentes de atención - Existencia de planes de salud desarticulados ínter sectorialmente - Inadecuada distribución de recursos humanos para las instituciones de salud en la región - Asignación insuficiente de recursos

<ul style="list-style-type: none"> - Autonomía de gestión a través de clas - Promotores de salud identificados y formados - Modelo de experiencias de trabajo comunitario de salud replicable - Sector privado con mayor tecnología de punta - Mejora de la capacidad resolutive de los servicios en el I nivel de atención. - 	<p>logísticos para las instituciones públicas del sector e Inequidad en la distribución</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de un sistema de comunicación registro e información con tecnología de punta. - Falta de una estrategia conceptualizada de todos los actores del sector para la promoción y prevención de salud. - Planes, programas y proyectos elaborados sin participación de los actores sociales - Débil liderazgo en el ejercicio de la función rectora del MINSA - Ausencia de un diagnóstico de la necesidad de recursos humanos para salud - Cambios constantes de directivos y cargos técnicos por interés político y otros no técnico. - Deficiente calidad de atención de la población -
--	--

4.7 EJES ESTRATEGICOS.

1. Sistema de Vigilancia Materno Infantil
2. Promoción de la Salud.
3. Saneamiento Básico.
4. Concertación Interinstitucional y Multisectorial.
5. Financiamiento de la Salud
6. Normatividad

4.8 PRIORIDADES SANITARIAS.

SALUD INDIVIDUAL

- Disminuir Las Tasas De Mortalidad Materna.
- Disminuir Las Tasas De Mortalidad Infantil

SALUD COLECTIVA

- Impulsar la Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles
- Mejorar el Saneamiento Básico y el Control e Intervención Sanitaria
- Impulsar la Promoción de la Salud.
- Sistema Administrativo Eficiente.

GESTION

- Sistema Administrativo Eficiente
- Mejorar La Calidad De Atención Al Usuario Interno Y Externo
- Mejorar La Capacidad Resolutiva en la Atención De Salud De Segundo Nivel (Atención Hospital. I, II, III)

4.9 METAS SANITARIAS.

PROG.	PRIORIDADES SANITARIAS	METAS DE RESULTADO Y PROCESO
I. SALUD INDIVIDUAL	a. Disminuir Las Tasas De Mortalidad Materna. Las De	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir la Tasa de Mortalidad Materna en 20% en los próximos 5 años. 2. 80% al Primer año y 100% al Quinto año, los Efectores de Salud de la Región realizan Notificación de Muerte Materna e investigación de caso y la canalizan a la DIRESA-Piura. 3. Comité Técnico de Mortalidad Materna del CRS Formula el Plan Articulado de Reducción de Mortalidad materno-Perinatal, el cual está integrado en los POA/POI de cada Sub-sector de Salud que conforma el CRS.
		<p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comité Técnico de Mortalidad Materna del CRS realiza el estudio del 100% de casos de Muertes Maternas registrados en todos los Efectores de

PROG.	PRIORIDADES SANITARIAS	METAS DE RESULTADO Y PROCESO
		<p>salud.</p> <p>2. CRS a través del Comité Técnico de Mortalidad Materna diseña un contenido Curricular Breve con enfoque Intercultural, Orientado a la Prevención de Muerte Materno-Perinatal para sea incorporado en el Plan de Estudios de Los Institutos Superiores Tecnológicos de Salud y Facultades de Ciencias de la Salud de la Región.</p> <p>3. CRS realiza el Monitoreo y Seguimiento de la Incorporación del contenido Curricular Breve con enfoque Intercultural, Orientado a la Prevención de Muerte Materno-Perinatal es dictado en el 50% de Instituciones de Educación Superior en el Primer año y en el 80% al Quinto año.</p> <p>4. CRS a través del Comité Técnico de Mortalidad Materna diseña un contenido Curricular Breve con enfoque Intercultural, Orientado a la Prevención de Muerte Materno-Perinatal para que sea incorporado en la Curricula Educativa de la Educación Secundaria en sus 3 últimos años.</p> <p>5. CRS realiza el Monitoreo y Seguimiento de la Incorporación del contenido Curricular Breve con enfoque Intercultural, Orientado a la Prevención de Muerte Materno-Perinatal es dictado en el 50% de Instituciones de Educación Secundaria Públicas y Privadas en el Primer año y en el 75% al Quinto año.</p>
SALUD INDIVIDUAL	<p>b. Disminuir Tasas Mortalidad Infantil.</p> <p>Las De</p>	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p> <p>1. Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil en 20% en los próximos 5 años.</p> <p>2. 80% al Primer año y 100% al Quinto año de los Efectores de Salud de la Región realizan Notificación e Investigación de Caso de Muerte Infantil y la canalizan a la DIRESA-Piura.</p> <p>3. Se conforma Comité Técnico de Mortalidad Infantil del CRS.</p> <p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <p>1. Comité Técnico de Mortalidad Infantil del CRS realiza el estudio del 100% de casos de Muertes Infantiles registrados en todos los Efectores de salud.</p> <p>2. CRS a través del Comité Técnico de Mortalidad Infantil coordina con Sector Educación para Incorporar la Enseñanza del AIEPI Comunitario con enfoque Intercultural, Orientado a la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia para que sea incorporado en el Plan de Estudios del</p>

PROG.	PRIORIDADES SANITARIAS	METAS DE RESULTADO Y PROCESO
		<p>100% de Los Institutos Superiores Tecnológicos de Salud al cabo de los 5 años.</p> <p>3. CRS a través del Comité Técnico de Mortalidad Infantil coordina con Facultades de Ciencias de la Salud existentes en la Región para Incorporar en el Plan de Estudios del 100% de Facultades de Ciencias de la Salud de la Región la Enseñanza del AIEPI Clínico y Comunitario con enfoque Intercultural, Orientado a la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia.</p> <p>4. CRS realiza el Monitoreo y Seguimiento de la Incorporación del contenido Curricular AIEPI Comunitario con enfoque Intercultural, Orientado a la Prevención de Muerte Infantil es dictado en el 50% de Instituciones de Educación Superior en el Primer año y en el 80% al Quinto año.</p> <p>5. CRS realiza el Monitoreo y Seguimiento de la Incorporación del contenido Curricular AIEPI Clínico y Comunitario con enfoque Intercultural, Orientado a la Prevención de Muerte Infantil es dictado en el 100% de Facultades de Ciencias de la Salud de la Región.</p>
II SALUD COLECTIVA	c. Impulsar la Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles.	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Mantener el Índice de Infestación Aéctica por debajo del 2% en localidades con antecedente de infestación aéctica. Mantener el Índice Parasitario Anual (IPA) de Malaria dentro del promedio de los 3 últimos años en los 5 siguientes años. Reducir la letalidad por Bartonellosis en 20% en los próximos 5 años.
		<p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Reproducción y Distribución de Material de Capacitación (Manuales, Guías de Tratamiento, etc.) al 100% de efectores de los Subsectores de salud. Notificación del 100% de casos sospechosos de Dengue, Bartonellosis, Malaria en los efectores de los Subsectores de salud a la DIRESA – Piura. CRS impulsa la conformación e Instala la Mesa de Concertación Multisectorial para el control de Vectores de importancia médica, con actores claves.
	d. Mejorar el	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p>

PROG.	PRIORIDADES SANITARIAS	METAS DE RESULTADO Y PROCESO
III GESTION	Saneamiento Básico y el Control e Intervención Sanitaria.	<p>1. Plan Articulado de los Subsectores de salud para el control adecuado de los Residuos Sólidos de contaminantes biológicos producidos por los efectores de salud, organizado por provincias. (Articulación con los Consejos Provinciales de Salud). Plan General y 8 Planes Provinciales.</p> <p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <p>1. CRS forma comisión investigadora sobre la realidad situacional de los Residuos Sólidos contaminantes biológicos</p>
	e. Impulsar la Promoción de la Salud.	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p> <p>1. (06) Campañas de Motivación en la Comunidad desarrollado a lo largo del año y de manera simultánea del CRS con los CPS, en temas como: 1) Promover el Lavado de Manos. 2) Desalentar el Uso Irracional de Medicamentos en la Comunidad. 3) Promover los Espacios Libres de Tabaco certificados. 4) Promover los Mercados Saludables. 5) Promover Estilos de Vida Saludables y 6) Otras</p> <p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <p>1. Conformación e instalación de la Comisión Técnica del CRS que aborde el Tema de Promoción de la Salud.</p>
	f. Sistema Administrativo Eficiente.	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p> <p>1. Diagnóstico de Deficiencias en los Sistemas Administrativos en el Sub-sector Público para implementar planes de mejora.</p> <p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <p>1. Implementar la Aplicación de Auditoria Administrativa en los Sistemas Administrativos.</p>
	g. Mejorar La Calidad De Atención Al Usuario Interno Y Externo.	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p> <p>1. Reducción del 30% en el Segundo y de 50% en el Quinto año en el Número de Denuncias por Mala Calidad de Atención o Maltrato al usuario interno y externo sobre el Basal encontrado a nivel de los Establecimientos de Salud Públicos y Privados.</p> <p>2. Instalación e implementación del Centro de Denuncias por Mala Calidad de Atención o Maltrato al usuario interno y externo por el CRS con</p>

PROG.	PRIORIDADES SANITARIAS	METAS DE RESULTADO Y PROCESO
		<p>participación mayoritaria de la Sociedad Civil.</p> <p>3. Diagnóstico Basal de la Situación de Mala Calidad de Atención o Maltrato al usuario interno y externo.</p>
		<p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <p>1. Acuerdo o Convenio de Articulación del CRS con el Sistema de Vigilancia Ciudadana en Salud desarrollado por la Defensoría del Pueblo y la Sociedad Civil, para promover los Derechos Ciudadanos en Salud y recoger o promover las denuncias por Mala Calidad de Atención o Maltrato al usuario interno y externo.</p>
	h. Mejorar La Capacidad Resolutiva en la Atención De Salud De Segundo Nivel (Atención Hospital. I, II, III).	<p>➤ <u>METAS DE RESULTADOS:</u></p> <p>1. Diagnóstico Regional de las Necesidades de Segundo Nivel de Atención (Atención Hospitalaria) y por todos los Sub-sectores para definir una propuesta de Articulación del Red Hospitalaria y la ubicación de futuros Hospitales.</p>
		<p>➤ <u>METAS DE PROCESOS:</u></p> <p>1. Definición de un Sistema Regional Integrado y articulado de Referencia y Contra-referencia con los efectores de todos los Sub-sectores de salud.</p>

V. LINEAS DE PROYECTOS DE INVERSION

- 1. Mejorar la capacidad resolutiva en la atención de salud de segundo Nivel (Hospitalario I,II,III).**
- 2. Mejorar las condiciones de Asistencia y Operatividad de los Servicios de Salud del I Nivel de Atención (Centros y Puestos de Salud).**
- 3. Promoción de la Salud y la Vigilancia de Funciones Esenciales de Salud Pública.**
 - Fortalecer conjuntamente con Gobiernos Locales, instituciones de la sociedad civil y comunidad, Programas de Promoción de Estilos de Vida Saludable.
 - Mejorar las condiciones de saneamiento básico con énfasis a zonas de pobreza y extrema pobreza.

4. Controlar Riesgos y Daños de Significación Regional:

- Control de la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Leishmania
- Desarrollo de Programas agresivos que conlleven a la reducción de muertes maternas y perinatales

5. Promover el desarrollo de los Recursos Humanos del Sector

- Programas de Capacitación permanente al Personal de Salud administrativo y asistencial de Sede Periferie.

6. Fortalecer el Sistema de Comunicación, Informático y de Registro en toda la Región.

- Mejorar los Sistemas de Soporte para los flujos de información en el Sector.
- Ampliar la Red de Comunicaciones en tiempo real en todo el ámbito departamental.

7. Promover Investigación en Salud

- Proyecto de Fármaco Vigilancia de Drogas Antiamaláricas

5. ACTORES SOCIALES QUE TRABAJAN CON EL SECTOR SALUD

ORGANIZACIONES / INSTITUCIONES	NIVEL DE PARTICIPACION		
	ALTO	MEDIA.	BAJO
Poder Legislativo	Z		
Poder Ejecutivo	Z		
Ministerio de Educación	X	U V W	
Ministerio de Salud - DISA	U W X Y Z	V	
Ministerio de Economía y Finanzas	Y		
Instituto Nacional de Salud		Z	
ESSALUD	W X Y	U Z	V
Sanidad de la Policía Nacional	W X	Y	U V Z
Sanidad de las Fuerzas Armadas	W X	Y	U V Z
Gobiernos Regionales	V X Y	W Z	U
Gobiernos Locales (Municipalidades)	X	V W Z	U
Iglesia		W X	U V Y
Prefectura		X	U V
EPS		V	U W X
Juntas Administradoras de Agua			U V

Colegio Profesional Médico	W X		U V Z
Colegio Profesional de Obstetras	W X		U V Z
Colegio Profesional de Enfermeros	W X		U V Z
Colegio Profesional de Asistentes Sociales	W X		U V Z
Colegio Profesional de Nutricionistas	W X		U V Z
Colegio Profesional de Periodistas			U V
Cruz Roja		X	U V W
Club de Leones			U V
ADAINEN			U V
Asociación de Promotores		U V W X	
Clínicas Privadas de Salud		Y	U V W X
Cooperación Externa (*)		Y	
Plan Internacional	U V X	W Y	
CARE	U V X	W Y	
IDEAS	X	W Y	U V
Villa Nazareth	X	W Y	U V
PIRWA	X	W Y	U V
Ayuda en Acción	X	W Y	U V

IRESIMA	X	W Y	U V
Red de la Mujer	X	W Y	U V
Diaconía	X	W	U V
Radio Cutivalú		U X	V
FONCODES	V	X	U
Juntas Vecinales		V W X	U
Beneficencia Pública		Y	Z
Asociación de Vigías de Salud		U V W X	
TV		X	U V
Diarios		X	U V

U = Promoción de la Salud
V = Saneamiento
W = Sistema de Vigilancia Materno Infantil

X = Concertación Interinstitucional y Multisectorial
Y = Financiamiento
Z = Normatividad

6. CRONOGRAMA DE DESARROLLO