

**MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
CONSEJO REGIONAL DE SALUD**

**PLAN CONCERTADO REGIONAL
ANCASH**

(PRELIMINAR)

2007 - 2015

CONTENIDO

	Pág
PRESENTACIÓN	3
INTRODUCCION	4
I. ANALISIS DEL CONTEXTO	6
1.1. Marco Normativo	6
1.2. Características Generales	7
1.3. Aspectos Sociodemograficos	7
1.4. Análisis de la situación sectorial e institucional	11
II. ANALISIS DE LOS PROBLEMAS	13
2.1. Problema 1: Alta prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años.	13
2.2. Problema 2: Altas tasas de Mortalidad Materna	15
2.3. Problema 3: alta incidencia y prevalencia de enfermedades producidas por vectores (bartonelosis)	17
2.4. Problema 4: Escasa Participación multisectorial	17
2.5. Problema 5: Deficiente calidad de los servicios	17
2.6. Problema 6: Altos niveles de contaminación ambiental en Región Ancash.	19
III. MARCO METODOLOGICO Y CONCEPTUAL	
3.1. Marco Conceptual.	
3.2. Marco metodológico	
3.3.	
IV. MARCO PROGRAMATICO DE LA PROPUESTA	
3.1. Nuestros Principios	19
3.2. Visión	19
3.2. Misión:	19
3.4. Objetivos de los lineamientos de Desarrollo	22
4.1.1. Objetivos Generales	
4.1.2. Objetivos Específicos	
V. POLITICAS REGIONALES Y SECTORIALES	
5.1. Lineamientos de política	24
5.2. Objetivos y Metas a ser Alcanzados en el Período	27
VI. ANALISIS ESTRATEGICO	
6.1. Análisis Externo	
6.2. Análisis Interno	
6.3. Análisis FODA	
6.4. Estrategias	30
VII. PROYECTOS Y ACCIONES POR OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	
VIII. MATRIS DE INDICADORES DE IMPACTO	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

I. ANALISIS DEL CONTEXTO

1.1. MARCO NORMATIVO

Dentro de Acuerdo Nacional las políticas que se han acordado están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos:

- Democracia y Estado de Derecho
- Equidad y Justicia Social
- Competitividad del País
- Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

Así, dentro de las políticas de Equidad y Justicia Social, se plantea **Garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna**, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, promoviendo el acceso universal a la jubilación y la seguridad social, y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado.

La Décima Tercera Política de Estado: **Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social**. Asume el compromiso de asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Así mismo, a **promover la participación ciudadana** en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

La Décimo Quinta Política de Estado: *Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición*. Se compromete a establecer una política de seguridad alimentaria que **permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad**, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral.

Por otro lado la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria¹, establece un conjunto de objetivos y metas para hacer frente a la inseguridad alimentarias, así para el 2015 se plantea: *“Reducir los niveles de malnutrición y los riesgos de deficiencias nutricionales en las familias con niños y niñas menores de cinco años y gestantes, y en situación de mayor vulnerabilidad; promoviendo prácticas saludables de consumo alimentario e higiene, y asegurando una oferta sostenible y competitiva de alimentos”*.

Los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012, del MINSA plantea un conjunto de Principios básicos que permitirán enfrentar los problemas del sector salud:

- ✓ La solidaridad es el camino.
- ✓ La universalización del acceso a la salud es nuestra legítima aspiración.
- ✓ La familia es la unidad básica de salud con la cual trabajar.
- ✓ La integridad de la persona y de la atención se corresponden.
- ✓ La eficacia y la eficiencia son exigencias irrenunciables.
- ✓ La calidad de la atención es un derecho ciudadano.
- ✓ La equidad es un principio elemental de la justicia social.

¹ Se entiende por seguridad alimentaria al acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso. Esta definición incorpora los conceptos de disponibilidad, acceso, uso y estabilidad en el suministro de alimentos. (Decreto Supremo No. 118-2002-PCM)

Finalmente el Plan de Desarrollo Regional Concertado del Gobierno Regional de Ancash, en el Eje de Salud plantea como objetivos generales:

- ✓ Garantizar el acceso y la atención integral con servicios de salud de calidad, adecuados a las necesidades de la población, bajo criterios de equidad y considerando aspectos de interculturalidad.
- ✓ Mejorar integralmente el entorno ambiental previniendo y controlando riesgos y daños asociados a enfermedades transmisibles de importancia local regional y nacional.

Y como objetivos específicos:

- ✓ Fomentar la corresponsabilidad entre el Estado y la Sociedad en el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- ✓ Reestructurar integralmente los sistemas administrativos, operativos y fomentar sistemas de información integral.
- ✓ Brindar pautas de atención integral con enfoque de interculturalidad, preventivo y de promoción de la salud.
- ✓ Mejorar el equipamiento de los establecimientos de salud, acordes a la categorización y definición de redes y microrredes; bajo un sistema de mantenimiento preventivo, predictivo y recuperativo para los equipos críticos.
- ✓ Implementar políticas de recursos humanos que promuevan el desarrollo del potencial humano en Salud, bajo sistemas de mejoramiento continuo de calidad.
- ✓ Desarrollar sistemas de vigilancia en salud pública con base intersectorial, fortaleciendo el sistema de vigilancia comunal (SIVICO) como estrategia regional.
- ✓ Fomentar la participación de la sociedad civil a través de mesas de concertación en la reducción de los riesgos y daños a la salud.
- ✓ Mejorar el sistema de seguro integral de salud (SIS).
- ✓ Modernizar la gestión hospitalaria con sistemas de información integral.
- ✓ Fomentar la co-gestión de establecimientos de salud con la participación de la comunidad.
- ✓ Gestionar y fomentar el financiamiento a través de Cooperación Técnica Nacional e Internacional.
- ✓ Proteger el ambiente y reducir los impactos negativos de las actividades productivas y extractivas
- ✓ Reducir las tasas de morbi-mortalidad infantil, materna y enfermedades transmisibles.

1.2.

1.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Ancash fue fundada el 12 de Febrero de 1,821, su capital es la ciudad de Huaraz. Con una superficie 35,041.39Km², distribuido en 20 provincias y 166 distritos. Dio vida la cultura preinca de Chavin. Su territorio es poco accidentado en la costa, el resto de su espacio ocupado por los Andes, es muy accidentado. La altitud del departamento de Ancash va desde los 4 m.s.n.m. en Chimbote (zona costa) hasta los 6,768 m.s.n.m. en el pico sur del nevado Matashraju mas conocido como el Huascarán (zona sierra)³.

El río Santa, ha modelado en la puna un valle amplio que se va haciendo mas estrecho hasta cortar la cordillera negra, donde ha formado el imponente

² INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2,004- Ancash- MINSA –Oficina General de Epidemiología

³ ASIS 2,004 Dirección Regional de Salud Ancash

cañón del pato. En el callejón de Huaylas, formado por la cordillera blanca y negra, se concentra el mayor porcentaje de población Ancashina. Dos relieves destacan en su topografía: La cordillera Negra al oeste del Callejón de Huaylas, con cumbres que carecen de glaciares, y la Cordillera Blanca, al este, con numerosas cimas cubiertas de nieve y hielo, como el nevado Huascarán (6,768), el más alto del Perú, y el Alpamayo. Asimismo, hay gran número de lagunas de origen glaciar, como Llanganuco y Parón.

En Ancash existe un potencial de superficie de suelos agrícolas no aprovechados del 64% las que se encuentran en diferentes etapas de ser incorporadas o mejoradas a través de la ejecución de proyectos de irrigación, principalmente para, los valles de Chimbote, Nepeña, Casma y Sechín que contempla 44220 Has para el año 2003.

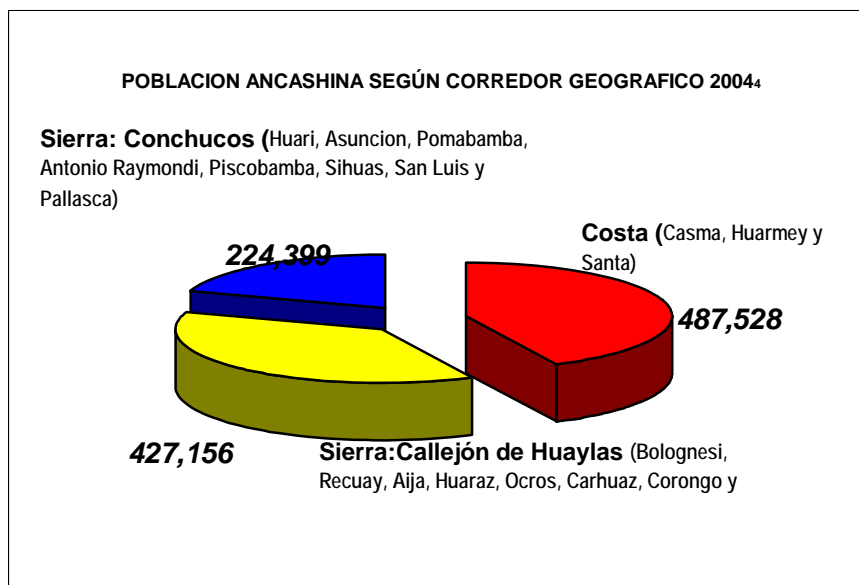
La presencia de las Cordilleras Blanca y Negra así como de otros factores da lugar a una variedad de microclimas, variando éstos desde un templado cálido, subtropical, en el litoral costero, hasta el clima polar en las áreas de nevados y glaciares de la Cordillera Blanca.

Su temperatura anual oscila entre los 24°C y los 0°C. Las precipitaciones pluviales son variables según las diferentes áreas y pisos altitudinales; acentuándose éstas en las provincias de la Zona de los Conchucos.

Estas particularidades geográficas y poblacionales de la Región permiten que determinadas patologías sean prevalentes en cada una de las provincias, teniendo además como común denominador el deficiente estado nutricional y pobres condiciones sanitarias.

1.4. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS⁴

La población en la Región Ancash se distribuye en tres grandes corredores sociales⁶: la Zona Costa, donde vive el 42.8% de la población (487,528 hab.), el Callejón de Huaylas, donde habitan el 37.5% de la población (427,156 hab.); y la Zona de los Conchucos donde se ubica el 19.7% restante (224,399 hab.).



⁴ Tomado de "Plan de Gestión Integral de Salud de la Dirección Regional de Salud – Ancash"- 2005.

a. Transición Demográfica.

En el 2,004, la población de la Región Ancash fue de 1,139,083 Habitantes, que representa el 4.1% del total nacional. De los cuales el 90.7% esta asignada a la DIRESA Ancash y el 9.3% a otras prestadoras de salud en la Región. La población es mayormente urbana que representa el 60.1%⁵, siendo menor en relación al Nacional, que es de 72.3%.

POBLACIÓN GENERAL 2004 ⁴	
Urbana	684,589 Hab.
Rural	454,494 Hab.
TOTAL	1,139,083

- 153,795 de la población total son menores de 5 años.
- La población de mujeres en edad fértil es de 278,849 (24.6 %)
- La población joven de 10 -19 años es de 240,627.

b. Indicadores Demográficos

- Población Total:1,139,083Habitantes⁶
- Densidad Poblacional es de 31.7 hab.x Km²⁷
- Población menor de 15 años 34%, siendo mayor que el Nacional de 32.7%⁸.
- Población mayor de 64 años 6% siendo mayor que el Nacional de 5.1%⁹.
- Registra una de las mas alta tasa bruta de Natalidad:23.1x1,000hab. Siendo el nacional de 22.6x1,000hab⁹.
- Nacimientos anuales 26,31310
- Tasa Bruta de Mortalidad 7,1x1,000hab⁹.
- Defunciones anuales es de 8,087¹⁰
- Tiene una tasa de crecimiento intercensal de 0.9%, siendo el promedio nacional, 1.6¹¹
- La paridez de las mujeres a nivel regional es de 3.4 hijos por mujer, incrementándose en la zona rural, llegando a un rango de 5.1 a 5.8 hijos en mujeres sin nivel educativo¹².
- Existe una tasa bruta mortalidad de 7.1x1000 habitantes siendo el promedio nacional de 6.2x1000 (INEI: Compendio Estadístico Sociodemográfico 2003)¹³.
- Existe una esperanza de vida al nacer de 70.1 siendo el promedio nacional 69.8, teniendo los hombres una esperanza de vida al nacer de 67.6 años, y las mujeres, de 72.7 años. (INEI. Proyecciones Departamentales de la Población 1995-2015. Lima: INEI; 1996)¹⁴.

⁵ INEI Compendio Estadístico Socio Demográfico 2,000. Lima: INEI 2,000.

⁶ INEI. Perú Proyecciones de Población Departamental por años calendarios y edades simples 1990-2005. En preparación; 2,002.

⁷ Calculo en base a la población estimada por el INEI.

⁸ INEI. Compendio Estadístico Sociodemográfico 2,000.Lima: INEI; 2,000

⁹ INEI. Compendio Estadístico Sociodemográfico 2,000.Lima: INEI; 2,000

¹⁰ Estimación en base a la población del año 2,004 y la Tasa bruta de natalidad

¹¹ Estimación en base a la población del año 2,004 y la Tasa bruta de mortalidad.

¹² INEI. Proyecciones Departamentales de la Población 1995 - 2,015. Lima: INEI;1,996

¹³ INEI. Encuesta Demográfica y de salud familiar. ENDES 2,000. Lima: INEI; 2,001

¹⁴ Idem.

c. Indicadores Socio Económicos

Con respecto al acceso a los servicios básicos, a nivel regional se observa mejores niveles de coberturas en el servicio de Agua potable; sin embargo en 9 distritos que representan el 5.4% del total de distritos en la región, se registran coberturas menores al 20%. Con similares coberturas se encuentran 76 distritos (45.8% del total) para el servicio de electricidad y 80 distritos (48.2%) para el servicio de desagüe. Todo esto refleja que existe un importante porcentaje de población que no accede a estos servicios. Siendo la descripción de la problemática:

- El Índice de Desarrollo Humano en el periodo 2,000 es de 0.577 comparativamente con el nacional que es de 0.620¹⁵
- Índice de Potenciación de Género es de 0.459 y el nacional es de 0.550¹⁶
- Población Alfabeta varones mayores de 15 años a mas es de 90.7% y de mujeres es de 71.2%¹⁷
- Población con acceso a agua potable 76.4%¹⁸
- Saneamiento 58.3%¹⁹
- Alumbrado eléctrico 55.1%²⁰
- Pobreza: Según línea de pobreza es Total: 55.5% y extrema 24.1%²¹
- Ingreso neto promedio mensual es de 254.3 nuevos soles²²
- La tasa de analfabetismo en las mujeres de la zona rural es del 52.5% y en la zona urbana el 14.9%²³

- El 36.1% de la población aprendió como lengua materna el quechua²⁴.
- El 67.4% de la población rural habla sólo quechua²⁵.
- La población desempleada constituye el 53.5%²⁶
- La población económicamente activa es el 46.5%²⁷

Según el resultado de la encuesta Nacional de Hogares IV trimestre 2001 sobre niveles de vida y pobreza ENAHO, la incidencia de la pobreza según el gasto de los hogares afecta a más de la mitad de la población del país, alcanzando el 54.8% del total, es decir de los 26'660,000 habitantes que se estimaba que tenía el país en el periodo de referencia, 14'609,000 no se encontraban en condiciones de adquirir una canasta básica de consumo. Del total de pobres 6'513,000 estaban en pobreza extrema; es decir, sus costos de consumo no cubrían el gasto de una canasta básica de alimentos. Esta población representaba el 24.4% del total del país.

La incidencia de la pobreza por áreas urbanas y rural existe una gran diferencia. Mientras que para el área urbana la pobreza afecta al 42.0% de su población, en el área rural afecta al 78.4%, es decir casi el doble.

¹⁵ PNUD. Informe sobre Desarrollo humano, Perú. 2,002. Lima: PNUD;2,002.

¹⁶ Idem.

¹⁷ INEI. Encuesta Nacional de Hogares (ENHO 2,000).

¹⁸ INEI. Encuesta Demográfica y de salud familiar. ENDES 2,000. Lima: INEI; 2,001 INEI.

¹⁹ Idem.

²⁰ Idem.

²¹ INEI. Encuesta Nacional de Hogares (ENHO 2,002).

²² Idem.

²³ ASIS 2,004 Dirección Regional de Salud Ancash y Plan Regional de Desarrollo Concertado Gobierno Regional de Ancash - 2004

²⁴ Idem.

²⁵ Idem.

²⁶ Idem.

²⁷ Idem.

1.5. Análisis de la situación sectorial e institucional

En el nivel institucional se percibe un proceso de desconcentración gradual del proceso decisorio con tendencia a mayor poder de decisión en las Direcciones Regionales de Salud. Con un marcado énfasis, en la delimitación de Redes y Microrredes de Servicios de Salud, en la atención integral primaria de la población materno perinatal, la normalización de acciones y calidad de atención: mejoramiento continuo de la calidad.

Por otro lado, se impulsa a la acreditación y la categorización de establecimientos de salud. La Puesta en marcha de la política de re-acreditación profesional

Incremento de la planificación estratégica como instrumentos de gestión, pero con enfoque corporativo más que competitivo.

Organización de la oferta de los servicios de salud

NO	DIRECCIÓN DE RED DE SALUD	MICRORREDES	ÁMBITO PROVINCIAL
01	RED HUAYLAS SUR	17	Recuay, Aija, Ocros, Huaraz, Carhuaz Asunción, Bolognesi
02	RED PACIFICO SUR	06	, Santa, Pallasca.
03	RED – CONCHUCOS SUR	05	Antonio Raymondi, Huari, Carlos Fermín Fitzcarrald.
04	RED – CONCHUCOS NORTEPOMABAMBA	5	Pomabamba, Piscobamba, Sihuas.
05	RED HUAYLAS NORTE	17	Huaylas, yungay, Corongo
06	RED PACIFICO NORTE	6	Santa, Casma Huarmey

Fuente: RM No 638 MINSA - Junio - 2,001

Adecuacion de la organización de la oferta de los servicios

No	Dirección de Red de Salud	Microrredes	Establecimiento	Población
01	RED PACIFICO NORTE	6	45	213,879
02	RED PACIFICO SUR	6	55	169,390
03	RED HUAYLAS NORTE	17	98	187,384
04	RED HUAYLAS SUR	16	108	199,163
05	RED CONCHUCOS NORTE	5	48	91,865
06	RED CONCHUCOS SUR	8	60	111,733
Total	06 Redes	58	414	973,414

Propuesta Técnica – DIRESA y GR 2005

Respecto a la población, esta adquiere conciencia del riesgo de salud de manera lenta. Los usuarios ejercen progresivamente sus derechos y deberes a través del empoderamiento ciudadano.

De las sociedad civil organizada, existe una atomización de organizaciones en salud, pero sin una conducción y división específica de las funciones e

integración de los objetivos institucionales que sean comunes. De los indicadores sociodemográficos la población de mayor porcentaje se encuentra organizado por los corredores económicos en la zona sierra y el crecimiento poblacional es bajo según el promedio nacional por la constante migración de la zona sierra a la costa de manera general en el resto del país. Siendo su densidad poblacional mayor significativamente en la zona sierra que la de la costa y del promedio nacional. Así mismo la región Ancash está entre las 14 regiones con mayor razón de dependencia económica en el Perú. A la vez registra una de las más altas tasas de natalidad, ocupando el 16º lugar a nivel nacional; la mortalidad ocupa el sexto lugar y tiene mayor número de hijos por mujer respecto al nacional. En lo socioeconómico, existe un importante porcentaje de la población que no accede a los servicios básicos de agua potable, electricidad y desagüe.

En lo que respecta al **Gobierno Regional**, la relación es de dependencia administrativa y en proceso de transferencias de funciones y competencia e integración dentro del proceso de descentralización y en relación con otros sectores.

Entidades públicas o privadas que prestan servicios de salud:

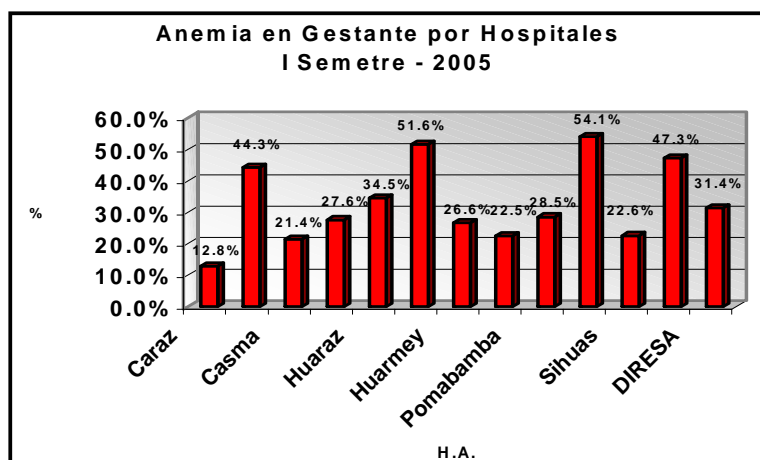
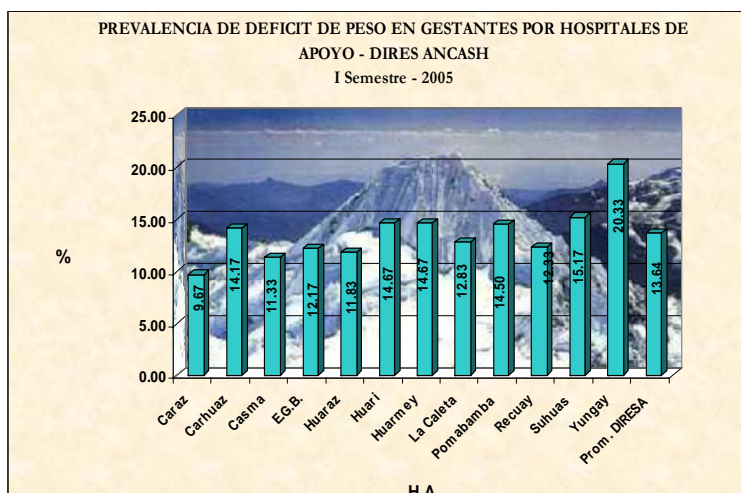
ENTIDADES	DESCRIPCIÓN
ESSALUD	02 Hospitales Referenciales
Policlinicos, Clínicas, Centros Médicos Privados	04, 08, 10 aprox. de Atención Privada
Sanidad de la Policía Nacional del Perú	02 Hospitales de Apoyo
Centros médicos municipales y parroquiales	01 Hospital
Otros	Ver Anexo No 03

II. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS²⁸:

♦ PROBLEMA 1: ALTA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS

Investigaciones especializadas han comprobado las consecuencias irreversibles que la desnutrición produce, sobre todo en los menores de edad, mortalidad, incapacidad física y daño al sistema nervioso central, lo cual repercute en la capacidad intelectual. Asimismo, se ha demostrado que una nutrición inadecuada de las madres gestantes causa daños severos en los futuros hijos.

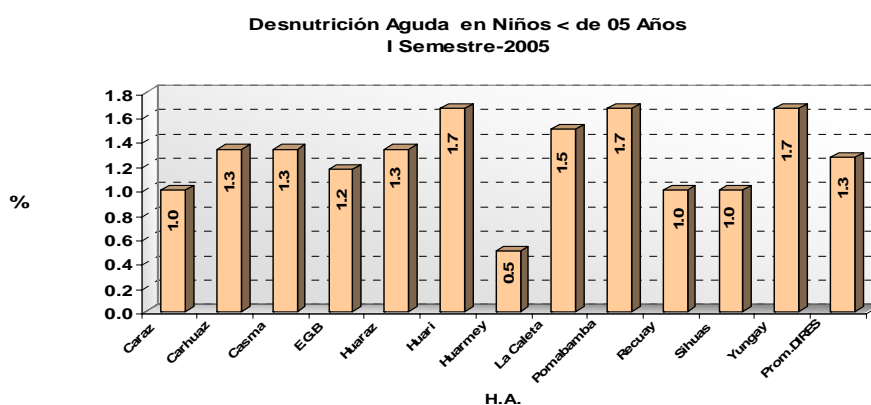
La primera oportunidad del niño de alcanzar todo su potencial humano es durante el embarazo, pero observamos según el SIEN (I Sem. 2005) un 13.4 % de gestantes con déficit de peso, el mismo que influye en un producto con bajo crecimiento y desarrollo, las causas de éste déficit de peso está asociada al trabajo con gran pérdida de energía diaria, una alimentación deficiente, multiparidad, bajo nivel educativo por ende escaso conocimiento en Alimentación y Nutrición. En muchos casos la responsabilidad de la familia recae en la mujer.



²⁸ Para la identificación de los problemas se ha utilizado la metodología participativa del árbol de problemas (causa – efecto), para mayor detalle se pueden revisar los esquemas elaborados por los participantes en los talleres de trabajo, que son parte del presente plan (ANEXO 1).

En el período de la gestación el requerimiento de hierro se ve duplicado, el mismo que es imposible cubrir con fuentes alimentarias, por lo que se recomienda la suplementación de Sulfato Ferroso y Acido Fólico, el mismo que no difunde en forma clara las ventajas y desventajas del producto haciendo que la gestante abandone la suplementación, afectando directamente al producto y llevándolo a otras patologías. En la Región Ancash se llega hasta un 53.83 % de anemia en Recuay de las gestantes que acceden a los Establecimientos de Salud que procesan la muestra.

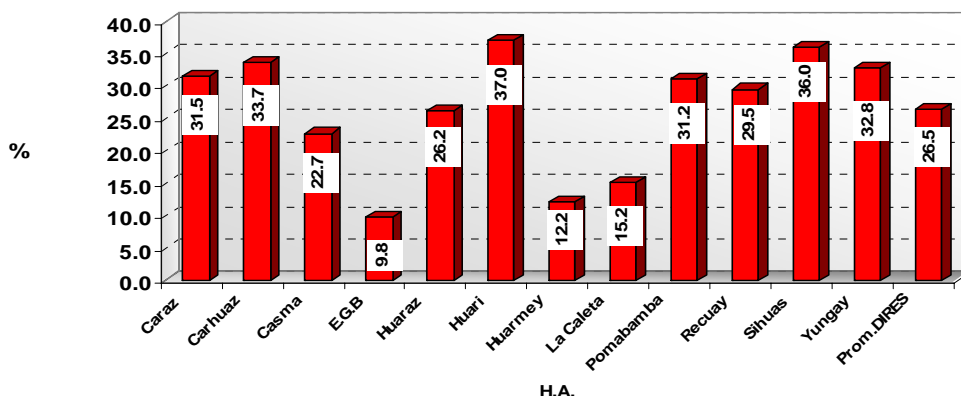
De acuerdo a los resultados del SIEN para el I semestre del presente año se tiene 1.3 % de Desnutrición Aguda, alcanzado el mayor porcentaje los Hospitales de Huari, Pomabamba y Yungay, superando largamente el promedio nacional (0.7%), como causas están las enfermedades infecciosas (EDAS, IRAS), saneamiento básico deficiente y prácticas inadecuadas durante la enfermedad, apreciándose con mayor incidencia en la zona rural de nuestra Región.



La desnutrición crónica en niños menores de 5 años, que afecta en forma irreversible su desarrollo cerebral, el promedio en la Región Ancash es de 26.5 % para el I semestre, el % Regional según ENDES 2,000 alcanza el 34.5, esta diferencia se debe a que el SIEN reporta a los niños que acuden al Establecimiento de Salud, mientras que en el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales son datos tomados por muestreo en toda la Región Ancash, en el año 2,002 arrojan una prevalencia de 37.4 % y en el 2,003 de 33.8 % datos que se asemejan al promedio Regional de ENDES.

Algunas de las causas son los episodios de Desnutrición aguda frecuentes y de larga duración, inicio de la complementación alimentaria tardía e inadecuada, prolongación de la lactancia materna exclusiva, especialmente en las zonas rurales; bajo nivel educativo de las madres, alto número de hijos, bajos ingresos económicos, todo ello asociado a una inseguridad alimentaria.

**Desnutrición Crónica en Niños < de 05 Años
I Semestre-2005**

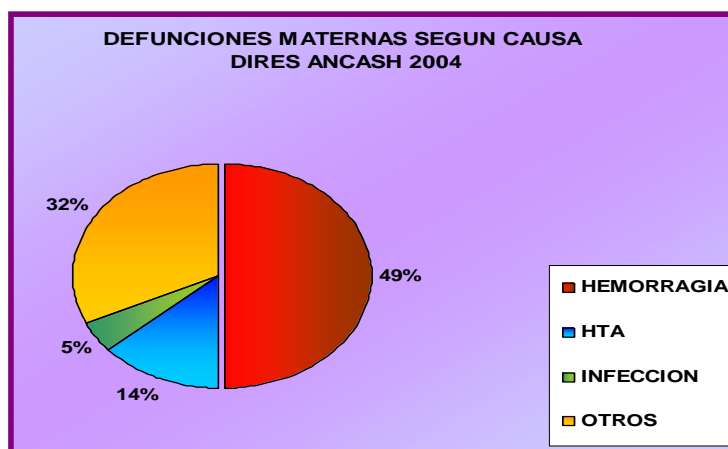


Otro factor que contribuye a la desnutrición crónica es la alta prevalencia de anemia en niños, de acuerdo a datos del MONIN 2003 es el 66.4%, teniendo como causas la parasitosis, dieta pobres en hierro hemínico y un consumo de fuentes de hierro no hemínico en forma inadecuada.

◆ **PROBLEMA 2: ALTAS TASAS DE MORTALIDAD MATERNA**

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad, la exclusión social, y permite evidenciar el grado de organización y accesibilidad a los servicios de salud. Refleja también la inequidad de género para la toma de decisiones, el respeto a los derechos humanos y el acceso a los servicios sociales.

Durante el año 2004 , se tuvo una razón de muerte materna de 104 x 100,000 NV, que en valores absolutos representa 22 muertes. Esta razón de mortalidad materna esta considerada según los estándares internacionales como “muy alta”, Las complicaciones de estos eventos ocurrieron durante el puerperio (77%) por hemorragia en un 49%, (retención placentarios.),en el grupo etareo de 30 a 39 años 58%, hasta Mayo del 2005, se han producido 12 muertes maternas , el 50 % (6 casos) corresponde a Hemorragia pos parto por retención placentaria, el 25 % (3 casos) corresponde a pacientes que han fallecido por TBC, el 8%(1caso) a Síndrome de HELLP, el 8% Sepsis, el 89% (1 caso) a otras causas²⁹.



²⁹ Extraído del Informe Materno Perinatal – Coordinación del programa – DIRES – Ancash..

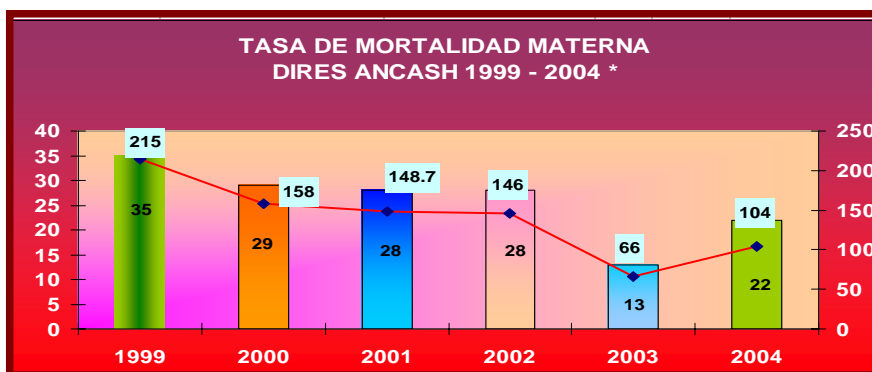
Como se puede determinar la principal causa de mortalidad materna es la hemorragia, y se viene incrementando los casos de TBC, lo que refleja que las estrategias para disminuir muerte materna no han sido abordadas efectivamente y no hubo sostenibilidad en la estrategia del SIVICO, es mas los caso de TBC son MDR, el 59 % de las gestantes que fallecieron tuvieron C.P.N., de mala calidad y fallecieron en domicilio y el 27.2 % en la Institución, la ocurrencia de la mayoría de muertes en domicilio y con C.P.N. demuestra incompetencia técnica, de los recurso humanos profesionales de la región, desconfianza a los servicios de salud, desorganización de los servicios, deficiente capacidad resolutive, como consecuencia mala calidad de atención., deficiente involucramiento del personal, familia y comunidad.

La cobertura de parto institucional partos esperados (25,607) es un indicador clave para el diseño de estrategias. Según datos del Informe anual operacional del programa Materno Perinatal, el 73 % (18257) de los nacimientos ocurridos de enero a diciembre del 2004 , tuvieron lugar en un establecimiento de salud; poniéndose en evidencia las barreras que existen en nuestro medio para el acceso al sistema de salud, tanto desde la perspectiva de la oferta, como de la demanda. Entre ellas, las principales son las geográficas, culturales, económicas, actitudinales, cognitivas y organizacionales, En lo que va del I trimestre del 2005, se han producido 4219 partos institucionales que equivale a un 16.4 % de los partos esperados.

Para dar respuesta a este problema debe existir una red de servicios con un sistema de referencia y contrarreferencia que permita el acceso oportuno a un establecimiento con capacidad resolutive para manejar el daño. Además se requiere que las personas, las familias y la comunidad reconozcan los signos de alarma, y que en los establecimientos se cuente con personal capacitado técnicamente y con un nivel de decisión adecuado y oportuno.

La complejidad del problema y la multicausalidad de la mortalidad materna y perinatal, en el ámbito de la DIRESA estan caracterizados por el alto índice de pobreza, analfabetismo, bajo status de la mujer, malnutrición, vías de comunicación en mal estado, inaccesibilidad geográfica, sistema de salud con problemas en su organización y capacidad de respuesta, aunados a un incipiente involucramiento de la familia y comunidad en el cuidado de la gestante y el recién nacido, hacen que su abordaje no sea fácil.

Al referirnos a mortalidad materna, necesariamente debemos abordar el tema de planificación familiar, es una de las estrategias mas importantes , que permiten disminuir tanto la mortalidad materna como la fetal, en la medida que se evitan embarazos no deseados, y el riesgo de abortos en condiciones de riesgo, actualmente existe un desabastecimiento de insumos ello conlleva al incremento de muerte materna sobre todo en zonas de riesgo.



◆ **PROBLEMA 3: ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VECTORES (BARTONELOSIS)**

En el ámbito de DIRES ANCASH, de las 20 provincias que tenemos, en 18 de ellas hay casos notificados de bartonella (Aija, Antonio Raymondi, Asunción, Bolognesi, Carhuaz, Carlos Fermín Fiscarrald, Casma, Corongo, Huaraz, Huari, Huarmey, Huaylas, Mariscal Luzuriaga, Pallasca, Pomabamba, Recuay, santa, Sihuas, Yungay), se vienen incrementando casos de bartonellosis en menores de 15 años y gestantes debido a varios factores que pueden ser susceptibles a la población. Hasta la semana epidemiológica N° 20, se han reportado 1,928 casos.

El problema de bartonellosis está influenciado por múltiples factores entre ellos: Los aspectos sanitarios sociales y geográficos, que favorece el crecimiento y la producción del vector, el factor sociocultural de la población que facilita prioritariamente el incremento de los reservorios y la prestación de los servicios de salud, en los cuales no se cuenta con suficientes recursos para el adecuado manejo y seguimiento de los casos.

En el año 2004, se inicio la activación del Sistema de Vigilancia Entomológica en la Región Ancash reuniendo a los inspectores de los Hospitales de Apoyo de Caraz, Yungay, Carhuaz, Recuay, Pomabamba, Sihuas y Huari.

El sistema de Vigilancia Entomológica en la Región Ancash comprende la Zona Andina (el Callejón de Huaylas y el Callejón de Conchucos) con 15 provincias enfatizando por el momento la vigilancia de *Lutzomyias* sp. y la Zona Costa con 05 provincias que prioriza la vigilancia en de *Aedes Aegyfi*. Sin dejar de lado la vigilancia de otras especies vectoras.

◆ **PROBLEMA 4: ESCASA PARTICIPACIÓN MULTISECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL**

◆ **PROBLEMA 5: DEFICIENTE CALIDAD DE LOS SERVICIOS**

Se han implementado procesos de autoevaluación, los mismos que se han desarrollada desde enero del año 2003 en función a atributos, estándares é indicadores de calidad. Para la medición de cada estándar se utilizaron los indicadores que identifican una situación actual con una situación de calidad deseada.

Los resultados de ésta autoevaluación de la calidad fueron que el 100% de nuestros establecimientos pilotos presentaban **deficiente calidad de servicios** en las tres dimensiones tanto: Humana, técnica y de entorno alcanzando una valoración menor a 3 puntos que los cataloga como deficiente de acuerdo a criterios de calificación pre- establecidos por la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud.

Ante ésta realidad, se considera las causas atribuibles: el escaso involucramiento por parte de los jefes, el escaso empoderamiento de la población para la participación ciudadana en la vigilancia de la calidad y el no desarrollo de proyectos de mejoramiento continuo de la calidad que incluya procesos de evaluación permanente de la calidad,

En este contexto la DIRES Ancash con la finalidad de mejorar la calidad de las prestaciones en los servicios de Salud, así mismo los procesos, el clima organizacional y satisfacer las necesidades y perspectivas de los usuarios plantean la necesidad de Instalar procesos de calidad para que en un futuro no muy lejano los establecimientos alcancen un nivel de calidad partiendo de las necesidades y expectativas de los usuarios

Por otro lado, los recursos humanos constituyen, sin duda, el activo más valioso que tiene la Institución. Se cuenta con un total de 2665 plazas

presupuestadas de las cuales 2562 están ocupadas por trabajadores nombrados y contratados a plazo fijo, 312 contratados por PSBPT y 197 por el CLASS, Sin embargo, en nuestra región no se ha producido cambios sustanciales en su planificación, regulación y gerencia generando dificultades para alcanzar objetivos y metas trazadas,. Así mismo se caracteriza por tener debilidades en el ejercicio de la rectoría en el campo de desarrollo de RRHH. El clima organizacional está influido por la complejidad propia de los procesos de atención de salud, así como por las insatisfactorias condiciones de trabajo, afectando la motivación, el compromiso y la identificación del trabajador con la institución.

El sistema de evaluación del desempeño según la normas vigentes, presenta algunas limitaciones, no evalúa el desempeño grupal, ni relaciona éste con el desempeño institucional, la evaluación es efectuada semestralmente existiendo poco oportunidad para su retroalimentación é implementación de medidas correctivas.

Carecemos de instrumentos adecuados de selección del personal, incrementando el riesgo del ingreso al sector del personal poco competente para el desarrollo de las acciones integrales de salud requiriendo un entrenamiento adicional que tiene un costo importante, a ello se agrega la rotación de personal capacitado alterando la continuidad de las prestaciones de Salud. Aunque éste último se viene superando los últimos años.

En cuanto a la capacitación se realiza aún en forma escolarizada y muchas veces solo a demanda, en el presente año se elaboró el Plan Anual de Capacitación en el marco del nuevo modelo de atención integral y en base a las necesidades, perfil epidemiológico y a los problemas sanitarios pero se operativiza parcialmente por carecer de presupuesto. Aún existe dificultad para mejorar la metodología, gestión y la evaluación de la capacitación así cómo el impacto de los mismos, la calidad del desempeño y el logro de la calidad en los servicios.

Otro problema álgido es la distribución del personal de salud en particular de los profesionales de la salud, la administración de los RRHH es parcialmente descentralizada generando inequidades en las Redes de salud especialmente en provincias y Distritos de mayor pobreza.

La gran mayoría de nuestros puestos de salud está a cargo de un personal técnico. Los profesionales de salud constituyen solo el 43% y el restante corresponde al personal técnico, administrativo y servicios generales concentrándose el mayor numero de personal en los hospitales.

Contamos con un servicio rural urbano marginal, sin recursos suficiente solo contamos con 77 plazas remuneradas que no cumplen adecuadamente la función de vincular la práctica de los profesionales con las necesidades de salud de la población.

No se encuentran diseñados los perfiles ocupacionales con enfoque de competencias, y aún tenemos limitaciones para implementar los procesos de Gestión del desarrollo de recursos humanos, porque en la Región aún no se instala la oficina de conducción estratégica de Recursos Humanos.

Entre las probables causas consideramos:

- ✓ Ausencia de una instancia de conducción estratégica del desarrollo de RRHH, así como de un sistema integrado de Gestión
- ✓ Ser fragmentada al desarrollarse como una práctica únicamente administrativa y paralelamente desarrollarse como práctica instrumental restringida a unidades que administran la capacitación
- ✓ Escasa atención al proceso de trabajo propiamente dicho : la cultura organizacional, la calidad, el desempeño, la supervisión etc.

- ✓ Debilidad en la gestión de las relaciones laborales y la conflictividad que surge de las contradicción entre intereses de los usuarios, la institución y los gremios.
- ✓ Débil atención a la gestión de la salud ocupacional, así como atención a las políticas de estímulos.
- ✓ Otra es el crecimiento no planificado de la formación de personal

◆ **PROBLEMA 6: ALTOS NIVELES DE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN REGIÓN ANCASH.**

La población de la Región de Ancash que cuenta con agua servida en la zona rural es aproximadamente 72,298 habitantes y con agua segura (agua potable) 36,365 que es de ; así mismo la población urbana con agua servida es de 482,228 habitantes y con agua segura (agua potable) 459,023 habitantes.

Como se puede notar el 50.30% a nivel rural cuenta con agua segura.

A nivel de la zona urbana se tiene el 95.2% que cuenta con agua segura.

La Dirección ejecutiva de Salud Ambiental de la DIRES, viene realizando acciones de vigilancia y monitoreo del agua para consumo humano, con la finalidad de garantizar la calidad del agua apta consumo humano; estas acciones ser realizan en coordinación con los Gobiernos Locales, Juntas Administradoras, ONGs, entre otros para mejorar el servicio en cantidad, calidad y continuidad de servicio.

III. MARCO METODOLOGICO Y CONCEPTUAL

3.1. Marco Conceptual.

3.2. Marco metodológico

TALLER DE FORMULACION DE VISION, POLÍTICAS Y PLAN REGIONAL DE SALUD³⁰

a. Objetivos:

- ✓ Formular una visión regional de salud integral que exprese la participación e involucramiento de los diferentes actores sociales representados en el Consejo Regional de salud Ancash.
- ✓ En función a prioridades regionales, definir Políticas para el mediano plazo (5 años).
- ✓ Formular El plan de acción Regional en documento preliminar que luego debe ser presentado por el Comité especial de Planificación en sesión de consejo para la difusión e implementación correspondiente.

b. Actividades:

Las actividades se desarrollaron según el siguiente programa:

	TEMA	METODOLOGÍA
Jueves 20-01-05		
8.30	<ul style="list-style-type: none">• Inscripción de Participantes	Proceso
9.00 a.m.	<ul style="list-style-type: none">• Inauguración del Evento	Dra. Murata. Directora Regional de Salud
9.30	<ul style="list-style-type: none">• Objetivos y productos esperados	Lic Herminia. DISA Ancash
9.45 a.m.	<ul style="list-style-type: none">• Marco legal de la descentralización.• Marco legal de la descentralización en salud. Sistema Nacional Descentralizado.• Marco legal de la Administración Compartida en el primer nivel.	Dr. Hugo Salazar Dr. Hugo Salazar Dr. Ricardo Díaz
11.00 a.m.	<ul style="list-style-type: none">• La Visión compartida en Salud. Importancia. Construcción. Metodología.	Dr. Ricardo Díaz
2.30 p.m.	<ul style="list-style-type: none">• Taller de formulación visión	Participantes
4.00 p.m.	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de prioridades	Dra. Murata
4.45p.m.	<ul style="list-style-type: none">• Formulación de políticas	Participantes
Viernes 21 – 01 –05		
8.30 a.m.	<ul style="list-style-type: none">• Metodología para formular el Plan Regional de Salud	Dr. Ricardo Díaz
10.00 a.m.	<ul style="list-style-type: none">• Formulación del plan-1ra parte	Participantes
1.00 p.m.	Almuerzo	Participantes
3.00 p.m.	<ul style="list-style-type: none">• Formulación del plan-2da parte	Participantes
6.00-6.15	<ul style="list-style-type: none">• Conclusiones y acuerdos	Participantes

³⁰ El presente taller fue facilitado por Ricardo Díaz Romero - Enero 2005

c. Asistentes:

- ✓ 22 Miembros del Consejo Regional de Salud (Integrado por 11 Instituciones y organizaciones sociales).
- ✓ 17 Presidentes de los Consejos Provinciales de Salud.
- ✓ 05 Directores de la Dirección Regional de Salud.

d. Productos:

- ✓ Los productos obtenidos están en función de los objetivos del taller. Son los siguientes: visión, lineamientos y planes de salud.
- ✓ Todos los productos tienen carácter preliminar en la medida que estos deben ser enriquecidos en el proceso participativo.

Producto 1: Visión Compartida

VISIÓN COMPARTIDA DE CONCHUCOS
“A fines del 2010 la población de la zona de los conchucos tiene una calidad de vida adecuada, donde diversos actores sociales ejercen sus derechos y responsabilidades ciudadanas a través de la formulación y ejecución de políticas sociales, teniendo como ente rector al Consejo Provincial de Salud”.

VISIÓN COMPARTIDA CALLEJÓN DE HUAYLAS Y ZONA COSTA
“En el 2015 el CPS tiene un sistema integrado de salud que satisface las necesidades de salud de la población con la participación ciudadana, a través de un trabajo integrado con otros sectores, logrando familias y comunidades saludables”

VISIÓN COMPARTIDA DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD DE ANCASH
“Región líder en mejorar la salud, educación, nutrición y medio ambiente, en el pleno ejercicio de sus derechos y la ampliación de oportunidades, con participación activa de los hombres, mujeres, niños y niñas, promoviendo la atención de sus necesidades prioritarias”.

Producto 2. Lineamientos de política

CALLEJON DE CONCHUCOS

- ✓ Promover la salud y prevenir las enfermedades
- ✓ Asegurar a la población en su totalidad al SIS
- ✓ Disponibilidad y uso adecuado de medicamentos
- ✓ Gestión y desarrollo de Recursos Humanos
- ✓ Integración y Concertación multisectorial asumiendo funciones en bien de la salud de la población
- ✓ población atendida en forma integrada
- ✓ Financiamiento orientado a los sectores mas pobres
- ✓ Fomentar los deberes y derechos de la salud en la población
- ✓ Promover y fomentar la medicina tradicional
- ✓ Fortalecimiento de Redes y Microrredes en Salud

CONSEJO REGIONAL DE SALUD DE ANCASH

- ✓ Fortalecimiento de la participación ciudadana en acciones preventivas y promocionales
- ✓ Garantizar el acceso a los servicios de agua potable de la población rural a través de la vigilancia del sector salud regional
- ✓ establecimiento de la atención primaria de la prevención de la salud con enfoque de interculturalidad
- ✓ Fomentar políticas por parte de MINSA para asegurar a la población pobre y en extrema pobreza
- ✓ Provisión de medicamentos de calidad en los establecimientos de salud a todo nivel
- ✓ Supervisión a farmacias para evitar el expendio de medicamentos sin receta
- ✓ Fortalecimientos de programas de capacitación al personal de salud en acciones de salud y relaciones interpersonales
- ✓ instalar el consejo de salud distrital y su articulación al sistema coordinado y descentralizado a nivel regional
- ✓ Capacitación permanente al personal de salud no médico para el suministro de medicamentos según protocolo

CALLEJÓN DE HUAYLAS Y ZONA COSTA

- ✓ Disminuir la mortalidad materno infantil.
- ✓ Disminuir la alta tasa de mortalidad perinatal
- ✓ Disminuir la alta incidencia de bartonelosis, malaria, tuberculosis y leishmaniasis.
- ✓ Proteger el medio ambiente y el desarrollo del saneamiento básico.
- ✓ Enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ✓ Mejorar las condiciones de vida del binomio madre – niño
- ✓ Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- ✓ Aseguramiento universal en salud.
- ✓ Suministro adecuado y oportuno de medicamentos.
- ✓ Fortalecer la capacidad de los RRHH de acuerdo a las necesidades.
- ✓ Promoción del trabajo intersectorial.
- ✓ Fortalecer a nivel provincial la atención primaria de salud.
- ✓ Sistema de gestión de redes.
- ✓ Generar servicios de salud de calidad.
- ✓ Promover los derechos de los ciudadanos a la salud y vida.
- ✓ Fortalecer el trabajo con CLAS

IV. MARCO CONCEPTUAL Y PROGRAMATICO DE LA PROPUESTA

4.1. PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN

Solidaridad

La Política de Salud promueve la solidaridad del conjunto de la sociedad con los sectores más empobrecidos. Alienta todas aquellas acciones que contemplen el beneficio colectivo del mayor número posible de habitantes procurando que la persona, para satisfacer sus intereses, promueva el bienestar de sus semejantes. Se trata de contrarrestar el utilitarismo predominante en la sociedad y disminuir las actitudes egoístas y las prácticas antisolidarias.

Mediante este principio fundamental, la sociedad en conjunto asume la responsabilidad de cubrir las necesidades y facilitar el acceso de la población de escasos recursos a los servicios de salud. Asimismo, este principio garantiza que los servicios de salud de la seguridad social tengan igual cobertura y calidad para los usuarios, independientemente del volumen de sus aportaciones³¹.

Ética y transparencia

Equidad y Justicia Social

El principio de la equidad busca revertir la tendencia de ampliación de la brecha entre los sectores pobres y ricos de la sociedad. Esto significa priorizar acciones en favor de los sectores de más bajos recursos como expresión de un profundo sentido de solidaridad y justicia social. Parte de ello serán las políticas orientadas a promover un mejor estado nutricional de la población y la prevención de las enfermedades transmisibles más frecuentes.

Asimismo, un compromiso de equidad es favorecer el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones de menores ingresos mediante el Seguro Integral de Salud (SIS). Asimismo, se promoverá las mejores condiciones de complementariedad y corresponsabilidad equitativa entre varones y mujeres³².

Acceso universal a la salud.

Se trata de asegurar una cobertura real de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a toda la población, haciendo que los servicios satisfagan las condiciones de accesibilidad económica, geográfica y cultural para todos los habitantes; asegurando la disponibilidad y la suficiencia de los recursos físicos, humanos y financieros, así como la aceptación del servicio por parte de la población y la continuidad de las acciones³³.

Calidad de los servicios de salud.

La Política de Salud promueve servicios donde la atención tenga como eje la satisfacción de los usuarios y la protección de la dignidad personal, en tanto persona con derechos fundamentales e inalienables. Se busca desarrollar un trato solidario con la población que ponga el conocimiento y la tecnología al servicio de la salud integral y la satisfacción del usuario. Se mejorará la normatividad y las capacidades del personal de salud para el trato adecuado a las diferencias culturales propias de nuestro país, con respeto y responsabilidad. Se dará impulso al tratamiento eficaz que toma en cuenta la

³¹ “Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2015” MINSA.

³² Ídem.

³³ Ídem.

historia, el trabajo, la vida cotidiana y las necesidades reales de quien demanda el servicio, garantizando el respeto a su dignidad y derechos fundamentales.

Una expresión de la calidad de los servicios de salud es la integridad de la atención. Las acciones de promoción, prevención y atención están dirigidas a la persona, a la familia y a la comunidad, y a su interrelación con el medio. La persona es considerada como un ser integral, con problemas reales y potenciales, poseedora de derechos que deben ser respetados y de obligaciones con la colectividad, que debe asumir de forma responsable³⁴.

4.2. VISIÓN.

EN EL 2015, EL CONSEJO REGIONAL DE SALUD DE ANCASH LIDERA LOS PROCESOS DE CONCERTACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA, ASEGURANDO LA ATENCIÓN DE SUS NECESIDADES PRIORITARIAS DE SALUD, EN EL CONTEXTO DE UNA GESTIÓN COMPARTIDA MODERNA, ÉTICA Y TRANSPARENTE.

4.3. MISION.

SOMOS UN ÓRGANO QUE CONCERTA, COORDINA Y ARTICULA POLÍTICAS REGIONALES EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD, ORIENTADAS A PROMOVER, PROTEGER Y RECUPERAR LA SALUD DE LA POBLACION ANCASHINA.

4.4. Objetivos de los lineamientos de Desarrollo.

4.4.1. Objetivos Generales:

- ♦ **OBJETIVO GENERAL 1:** Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el ámbito de la región Ancash en el periodo 2005 – 2015.

En el marco de las Política de Estado: “Estado de Democracia y Estado de Derecho”, indica la Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición, así mismo, la Política Sectorial: “Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad” refiere el “Fomento de la buena nutrición para contribuir a la prevención de riesgos y daños nutricionales”, la Dirección Regional de Salud Ancash ha priorizado como uno de los ejes principales la

³⁴ Ídem.

Educación Alimentaria Nutricional que permitirá alcanzar un adecuado estado nutricional y por ende el desarrollo del Capital Humano.

La inversión en alimentación y nutrición tiene como objetivo evitar que en el futuro, en las poblaciones beneficiarias, se imposibilite o sea muy costosa la generación de capital humano, necesarios para que eleve los niveles de ingreso de las familias, y que así haga posible la superación en el largo plazo de la pobreza.

♦ **OBJETIVO GENERAL 2: Promover la disminución de los niveles de contaminación ambiental de acuerdo a estándares nacional e internacionales mediante la concertación regional intersectorial a través del fortalecimiento del marco normativo regulatorio y la sensibilización de la población promocionando ambiente saludables en la Región Ancash.**

Durante los últimos decenios hemos aprendido que no es posible continuar ignorando el creciente impacto de las actividades humanas sobre el ambiente biofísico del cual somos parte.

Hemos tomado conciencia de los peligros que encierra la explotación indiscriminada de los recursos naturales (pesquería, bosques, suelos, ríos, minerales, hidrocarburos) y del riesgo que corremos al sobrecargar la capacidad de la tierra para absorber desperdicios (contaminación del aire y del agua, lluvia ácida, desechos sólidos, desperdicios tóxicos); como resultado, las consideraciones ambientales han pasado a ocupar un lugar prominente en las estrategias y políticas de desarrollo en prácticamente todos los países del mundo.

Una de las lecciones aprendidas en los últimos decenios es que las políticas ambientales y las otras políticas de desarrollo deben integrarse desde el primer momento en que se articulan las estrategias y políticas de desarrollo.

Es por eso que la Región Ancash, convocó a su Agenda ambiental 2004 – 2005 a instituciones públicas y privadas, así como a la sociedad civil a participar en un plan estratégico de medio ambiente. En dicho plan de trabajo se priorizaron los siguientes temas: control de la depredación forestal, control de la pérdida de suelos, Manejo eficiente de los recursos hidrobiológicos, recuperación ambiental de las bahías de la costa, control del impacto negativo de los agroquímicos, evaluación de la incidencia de los factores contaminantes, entre otros.

Estas acciones revelan mayor conciencia en la necesidad de tomar acciones que aseguren mejoras en los niveles de vida, no solo de las generaciones actuales sino el cerrar posibilidades de da; o a generaciones futuras, lo que implica una concepción de la equidad y la justicia social, que no estén rígidamente circunscritas por consideraciones temporales.

Asimismo, La Dirección Ejecutiva de Saneamiento Ambiental, del MINSA, realiza actividades orientadas a vigilar y controlar las condiciones de salubridad y condiciones ambientales para el desarrollo de la salud pública asociado al desarrollo sostenible.

♦ **OBJETIVO GENERAL 3: Contribuir a la disminución de la mortalidad materna a través de la participación ciudadana y la promoción de políticas públicas en salud.**

El Ministerio de Salud y el Gobierno Regional, luego de evaluar la situación de la salud materna y en concordancia con los compromisos nacionales, establecen como prioridad disminuir las muertes maternas, para el logro de tal meta se ha propuesto desarrollar las estrategias de mejoramiento de capacidad resolutoria de los establecimientos de salud de acuerdo al nivel de complejidad para resolver las funciones obstétricas y neonatales.

♦ **OBJETIVO GENERAL 4: Promover el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud a través de procedimientos estandarizados mediante la concertación sectorial regional acorde a las necesidades de la población de Ancash.**

La calidad es un atributo de las prestaciones en los servicios de salud que, junto con ser deseable, se ha constituido en una exigencia de los usuarios. Lograr prestaciones de calidad es uno de los mayores desafíos actuales de la Dirección Regional de Salud, motivo por el cual se ha incorporado como uno de los ejes orientadores de su política, la provisión de prestaciones que aseguren la satisfacción del usuario.

En este marco la DIRES ANCASH ha visto por conveniente implementar un sistema de gestión de la calidad en 24 microrredes pilotos centrada en 180 establecimientos de I nivel, así mismo en 12 hospitales con indicadores del Pacto por la Calidad, iniciando dicho proceso con el fortalecimiento de la organización de las Unidades de gestión de la calidad con responsables asignados, y para el logro de dicho objetivo se vienen desarrollando procesos de auto evaluación de calidad que consiste en un examen global, sistemático y periódico de las actividades los cuales son realizados por el equipo de los propios establecimientos comparándolo con un modelo de referencia para lo cual previamente se establecieron estándares a cumplir a fin de determinar exactamente nuestros puntos fuertes y débiles en la calidad de servicios que brindamos.

♦ **OBJETIVO GENERAL 5: Fortalecer la participación multisectorial e interinstitucional en el ámbito de la Región Ancash con los actores sociales locales y la sociedad civil en el periodo del 2005 al 2010.**

Construir ciudadanía en salud implica contribuir a la consolidación de una cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos, en la que cada actor social participe responsablemente en favor del mantenimiento de la salud y del bienestar individual y colectivo. Ciudadanía en salud se construye sobre la base de una auténtica participación que propicie el desarrollo de iniciativas autónomas, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad³⁵.

El desarrollo de acciones intersectoriales y el fortalecimiento de alianzas estratégicas mediante la articulación de redes sociales de

³⁵ Lineamientos de política de promoción de la salud, Consejo Nacional de la Salud.

distinto nivel institucional, comunitario o individual, potencian el logro de resultados en el campo de la Promoción de la Salud³⁶.

♦ **OBJETIVO GENERAL 6: Disminuir la incidencia y prevalencia de la Bartonella con participación de los actores sociales en la Region Ancash para el 2010**

Frente a esta situación es necesario fortalecer las actividades de Promoción de la Salud con la finalidad de que la población en general cuiden su salud mediante la vigilancia permanente y con la participación de las autoridades locales. Implementando algunas estrategias como intervención en escuelas saludables, familias saludables, municipios y comunidades saludables.

4.4.2. Objetivos Específicos

Para el Objetivo General 1:

- ♦ Promover la ingesta adecuada de alimentos en niños menores de 05 años en frecuencia, calidad y cantidad.
- ♦ Disminuir la prevalencia de enfermedades respiratorias y diarreicas en niños menores de 05 años.
- ♦ Fortalecer la promoción y difusión de las actividades de salud y nutrición.
- ♦ Mejorar las prácticas higiénico alimentarias de las familias con niños menores de 05 años.
- ♦ Promover la implementación del modelo de atención integral en los establecimientos de salud del ámbito.
- ♦ Mejorar el acceso a la información, educación y comunicación.

Para el Objetivo General 2:

- ♦ Promover el manejo integral de los residuos sólidos y líquidos municipales de acuerdo al marco normativo
- ♦ Promover y fortalecer un manejo adecuado de actividades extractivas mineras de acuerdo al marco regulatorio.
- ♦ Promover y fortalecer un manejo integral de los residuos sólidos, líquidos y gaseosos industriales de acuerdo al marco normativo
- ♦ Establecer los procedimientos para organizar el sistema de información del Consejo Regional de Salud de las entidades involucradas a fin de verificar el cumplimiento de las normas y su supervisión
- ♦ Revisar, evaluar, proponer y fortalecer el marco normativo regulatorio sobre los niveles de contaminación ambiental establecida
- ♦ Promover y fortalecer el marco normativo para el manejo adecuado de residuos de los establecimientos que brindan atención en salud
- ♦ Promover la disminución de los niveles de contaminación del aire producido por el parque automotor mediante la concertación intersectorial de acuerdo al marco normativo

³⁶ Idem.

- ◆ Promover la disminución de los niveles de contaminación del aire producido por el parque automotor mediante la concertación intersectorial de acuerdo al marco normativo

Para el Objetivo General 3:

- ◆ Incrementar la participación ciudadana en la prevención de la mortalidad materna.
- ◆ Incorporar el enfoque de interculturalidad y género en las estrategias de intervención de los establecimientos del sector.
- ◆ Monitorear la aplicación de las políticas de desarrollo de RR HH por niveles SNCDS.
- ◆ Fortalecer las actividades de promoción y prevención de la salud.

Para el Objetivo General 4:

- ◆ Promover la mejora de la infraestructura y equipamiento de los servicios a través de las alianzas estratégicas.
- ◆ Promover el fortalecimiento de las Competencias técnicas en los prestadores de salud, basado en perfiles ocupacionales y que respondan a las necesidades de los usuarios y prioridades regionales.
- ◆ Propiciar espacio de concertación ciudadana mediante la promoción de deberes y derechos responsabilidades en salud.

Para el Objetivo General 5:

- ◆ Lograr que los directivos y funcionarios de las instituciones públicas y privadas y representantes de la OSB participen activamente en la toma de decisiones.
- ◆ Lograr que las OSB realicen actividades de salud y desarrollo humano
- ◆ Incrementar el conocimiento de los miembros de los C.R.S. C.P.S y distrital sobre lineamientos y políticas sectoriales
- ◆ Mejorar el acceso a la información en temas de salud y desarrollo y otros temas humanos en los diferentes niveles organizativos.

Para el Objetivo General 6:

- ◆ Mejorar y ampliar los conocimientos de la Bartonella, en el personal de salud y actores sociales.
- ◆ Fortalecer los procesos de vigilancia y control entomológico epidemiológico en las zonas de alto riesgo
- ◆ Fortalecer la promoción de estilos saludables en la familia, comunidad instituciones educativas y gobiernos locales

V. POLITICAS REGIONALES Y SECTORIALES

5.1. Lineamientos de política

- ✓ **Protección a la salud integral de la madre y el niño.**
El Ministerio de Salud y el Gobierno Regional, luego de evaluar la situación de la salud materna y en concordancia con los compromisos nacionales, establecen como prioridad disminuir las muertes maternas, para el logro de tal meta se ha propuesto desarrollar las estrategias de mejoramiento de capacidad resolutoria de los establecimientos de salud de acuerdo al nivel de complejidad para resolver las funciones obstétricas y neonatales.
- ✓ **Protección del medio ambiente**
- ✓ **Articulación de políticas a favor de la seguridad alimentaria**
- ✓ **Calidad de los servicios de salud.**
- ✓ **Promoción de la salud y participación ciudadana.**
Para llevar adelante políticas de Promoción de la Salud será imprescindible afrontar una serie de retos, tales como: romper paradigmas vigentes; generar mecanismos de coordinación intersectorial que actualmente son frágiles; fortalecer la ciudadanía; contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y a la reorientación de los servicios promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana.
La Promoción de la Salud debe apostar a largo plazo por la construcción colectiva de una *cultura de la salud* orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud.
Esta visión de promoción de la salud requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad.
En conclusión es preciso señalar que la Promoción de la Salud requiere fundamentalmente del soporte de procesos políticos traducidos en la forma de asignación de recursos, legislación y regulación. Igualmente supone el desarrollo de procesos que involucren acciones de carácter intersectorial, que articulen los esfuerzos y las iniciativas públicas y privadas orientadas al logro del bienestar de la población. Existe por consiguiente plena concordancia con las políticas de Estado generadas a partir del Acuerdo Nacional, referidas a la política de descentralización y fortalecimiento de los gobiernos regionales y ámbitos locales incluidas las organizaciones comunales; con el objetivo de conseguir paz y desarrollo en el marco de la lucha contra la pobreza.
- ✓ **Transparencia y rendición de cuentas en el uso de los recursos.**
- ✓ **Gestión y desarrollo de recursos humanos**
La Política Nacional de Salud iniciada en el 2001, ha puesto en la agenda sectorial el desarrollo de los recursos humanos como condición indispensable para el mejoramiento de la equidad y la calidad en el cuidado integral de la salud, así como en su extensión progresiva a toda la

población. Esto ha ocurrido luego de diez años de una anterior reforma en la cual se dejó la responsabilidad del estado en diversas funciones de la salud pública y, como consecuencia no se dio prioridad a la compleja problemática de los recursos humanos de salud.

En este marco el desarrollo de los recursos humanos en salud constituye un gran desafío si partimos de un cambio epistemológico, reconociendo que **son personas que atienden personas**, que por tanto la prestación del servicio está mediado por un intenso y complejo proceso de trabajo desarrollado por personas que lo organizan y determinan, y por tanto sustentan el sistema de salud y sus servicios. Ello implica concertación entre los principales actores colectivos involucrados, tomando en cuenta que la orientación del desarrollo del personal debe responder a varios procesos como son: la orientación y complejidad de los cambios institucionales, el progreso científico, los cambios en los procesos de trabajo, el proceso de descentralización de la gestión sanitaria, los cambios en las prácticas profesionales y en los principios de la salud.

Desafío que cobra relevancia especial frente a las evidencias de las profundas transformaciones que la situación de los recursos humanos están viviendo en la etapa actual, a los que se añade la tendencia a reconfigurar los problemas tradicionalmente reconocidos en este campo. Y más aún, frente al interés que el desarrollo de la capacidad de gestión en el campo de RR.HH. está recibiendo actualmente en nuestro país desde diferentes espacios como la modernización de la gestión del Estado, el Acuerdo Nacional, y el proceso de descentralización en curso, constituyendo oportunidades para levantar líneas de acción innovadoras.

- ✓ **Gestión planificada de adquisición, disponibilidad y uso racional de medicamentos.**

(Análisis descriptivo)

5.2. Objetivos y Metas a ser alcanzados en el periodo

VI. ANALISIS ESTRATÉGICO

6.1. Análisis Externo

OPORTUNIDADES		AMENAZAS	
O1	Proceso de descentralización	A1	Falta de interés en temas de salud de (gobiernos locales) algunas autoridades locales.
O2	Apoyo legal Sinacodes	A2	(Barrera cultural) diversidad.
O3	Participación de Actores Sociales.	A3	Inestabilidad de políticos de estado
O4	Proceso emergente de participación comunitaria.	A4	Desconocimiento de la normatividad vigente por parte de los actores sociales,
O5	Presupuestos participativos y planes de desarrollo concertado	A5	Procesos Administrativos sectoriales no concordantes con los procesos
O6	Mesas de Concertación implementadas.	A6	Presencia de Enfermedades Emergentes y Reemergentes
O7	Organizaciones privadas contribuyen con acciones y estrategias para mejorar el nivel de salud de la población.	A7	Estructura curricular de las Ciencias de la salud de los Centros que no responden a las necesidades sanitarias de la región.
O8	Cooperación Externa para el apoyo de desarrollo de proyectos de Inversión en Salud.	A8	Resistencia al cambio de gestión autocrática a una gestión participativa por parte de las autoridades regionales y locales.
O9	Lineamientos de Política Sectorial: Universalización y Democratización de la Salud	A9	Falta de interés de la sociedad civil en el ejercicio de derechos en salud
O10	Definición de políticas Regionales de Salud como acción concertada desde lo local al regional	A10	
O11	Transferencia de Funciones y Competencias del MINSA al Gobierno Regional, como Proceso de Descentralización..	A11	

6.2. Análisis Interno

FORTALEZAS		DEBILIDADES	
F1	Equipo humano multidisciplinario sensibilizado y comprometido.	D1	Falta de presupuesto para el financiamiento del CES y consejo provincial de salud.
F2	Organización constituida formalmente en las 20 provincias.	D2	Escasa capacidad de convocatoria.
F3	Existencia de políticas nacionales (y regionales,)	D3	Indiferencia de algunos miembros del CRS,.
F4	Decisión Política Regional.	D4	Débil competencias de los miembros del CRS.
F5	Instalación de algunos consejos Distritales (Huaraz)	D5	Escaso posicionamiento del CRS en su ámbito jurisdiccional.
F6	Miembros de el consejo con nuevos enfoques y actitudes.	D6	Falta de reglamentación para la implementación de los consejos Distritales de salud.
F7	Capacidad de formular y conducir políticas regionales de salud .	D7	Distribución Inadecuada de los recursos humanos, logísticos, tecnológicos.
F8	Capacidad de concertar y articular con	D8	Establecimientos de Salud con

	los distritos sectores e instituciones.		Equipamiento insuficiente para la atención de prioridades sanitarias regionales.
F9	Implementación de los instrumentos de gestión (reglamento y planes concertado)	D9	Débil participación a nivel de interinstitucional.
F10	Sistemas de Vigilancia Comunal en desarrollo e implementación en los establecimientos de primer nivel de atención.	D10	Falta de liderazgo en las organizaciones.
F11	Seguro Integral de Salud que cobertura a la población de Pobreza y Extrema pobreza.		
F12	Participación de la ciudadanía mediante los CLAS y Consejo Regionales y Provinciales de Salud de la Región.		
F13	Cuenta con propuesta de lineamientos de políticas de salud regional.		

6.3. Análisis FODA

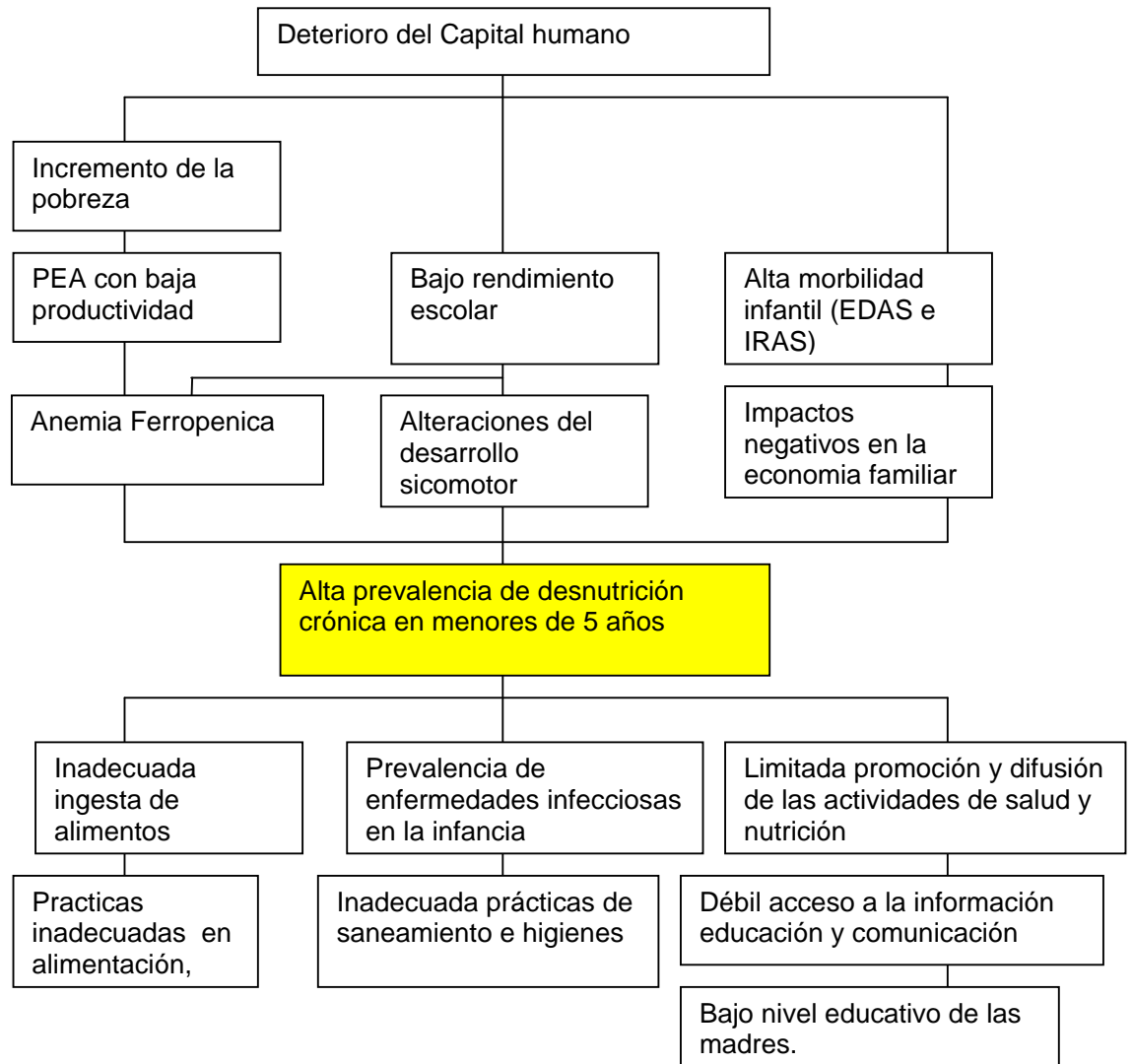
	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Equipo humano multidisciplinario sensibilizado y comprometido. ❖ Organización constituida formalmente en las 20 provincias. ❖ Existencia de políticas nacionales (y regionales,) ❖ Decisión Política Regional. ❖ Instalación de algunos consejos Distritales (Huaraz) ❖ Miembros del consejo con nuevos enfoques y actitudes. ❖ Capacidad de formular y conducir políticas regionales de salud. ❖ Capacidad de concertar y articular con los distritos sectores e instituciones. ❖ Implementación de los instrumentos de gestión (reglamento y planes concertado) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de presupuesto para el financiamiento del CES y consejo provincial de salud. ❖ Escasa capacidad de convocatoria. ❖ Indiferencia de algunos miembros del CRS,. ❖ Débil competencias de los miembros del CRS. ❖ Escaso posicionamiento del CRS en su ámbito jurisdiccional. ❖ Falta de reglamentación para la <u>implementación de los consejos Distritales de salud.</u>

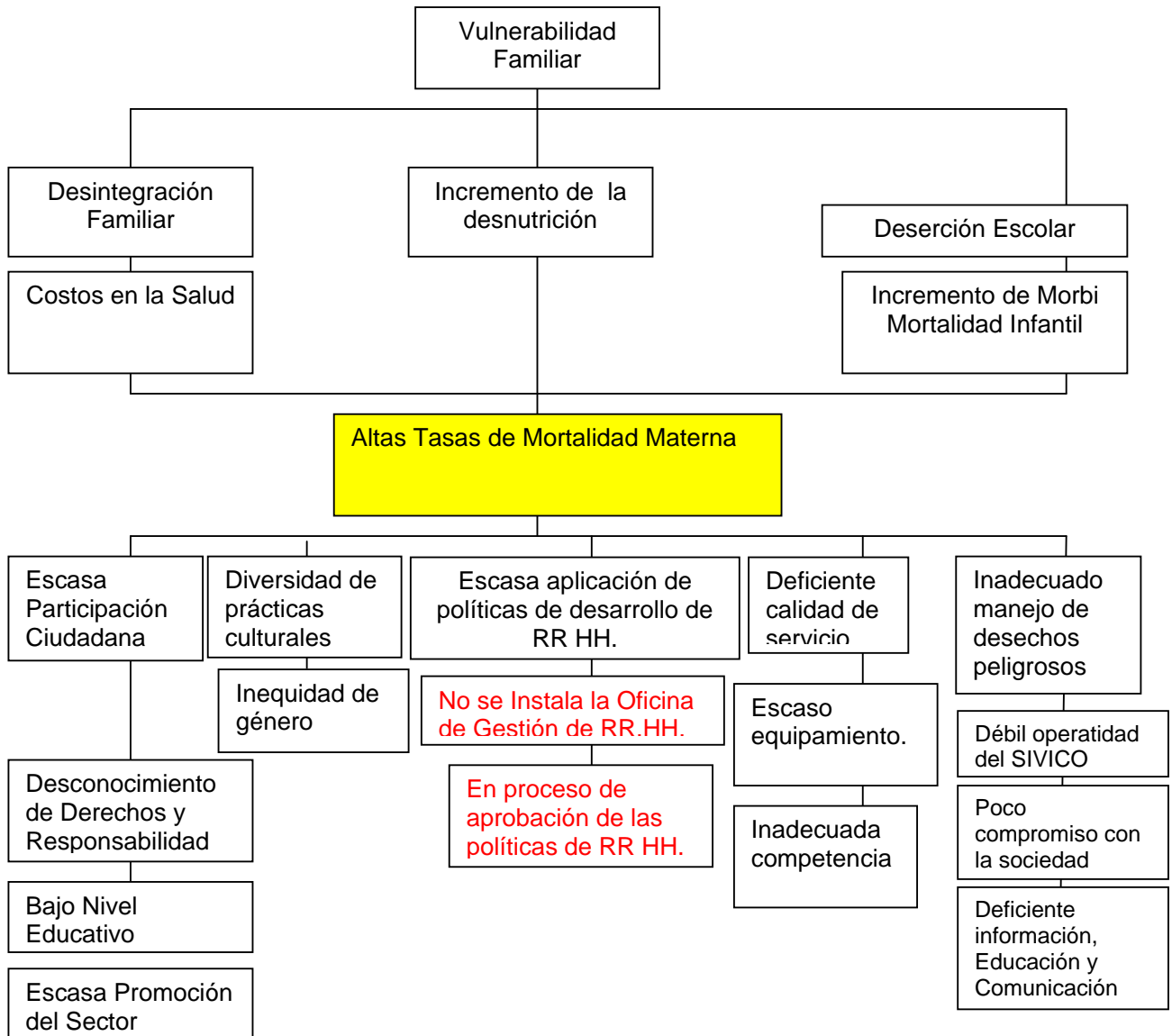
VII. MATRIZ DE INDICADORES DE IMPACTO Y RESULTADO

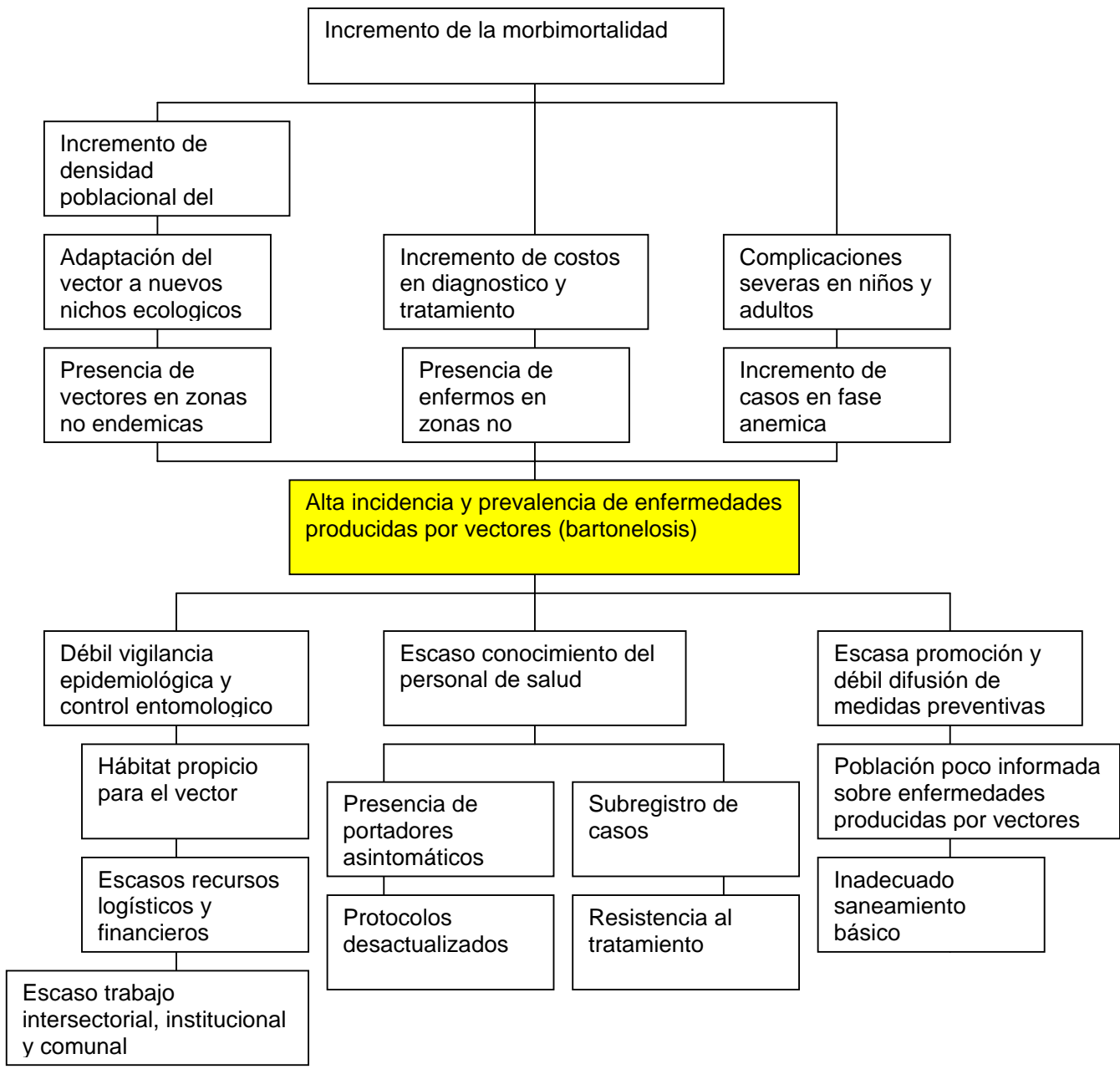
OBJETIVOS / INDICADORES	
OE1	
OE2	

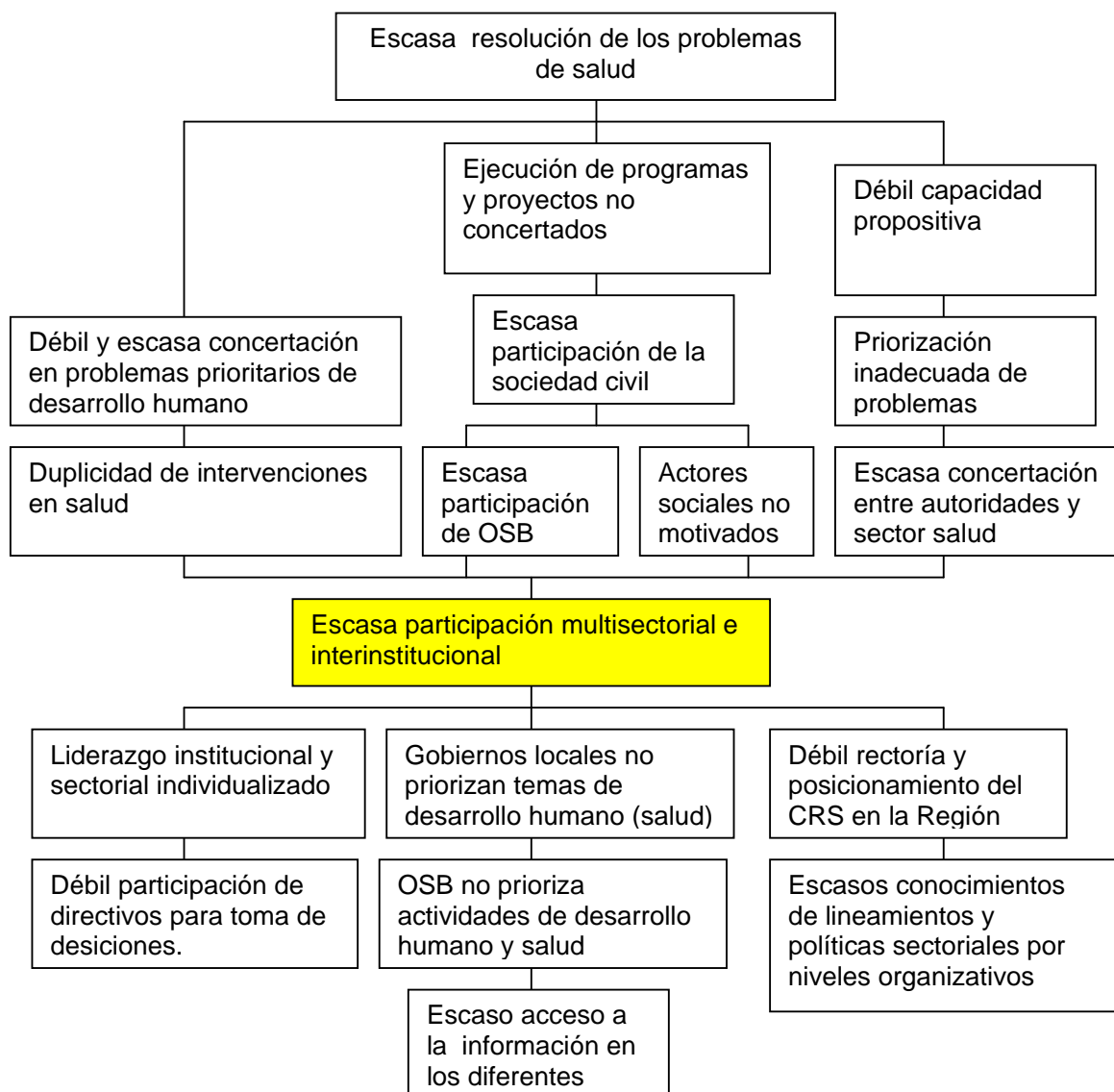
ANEXO 01

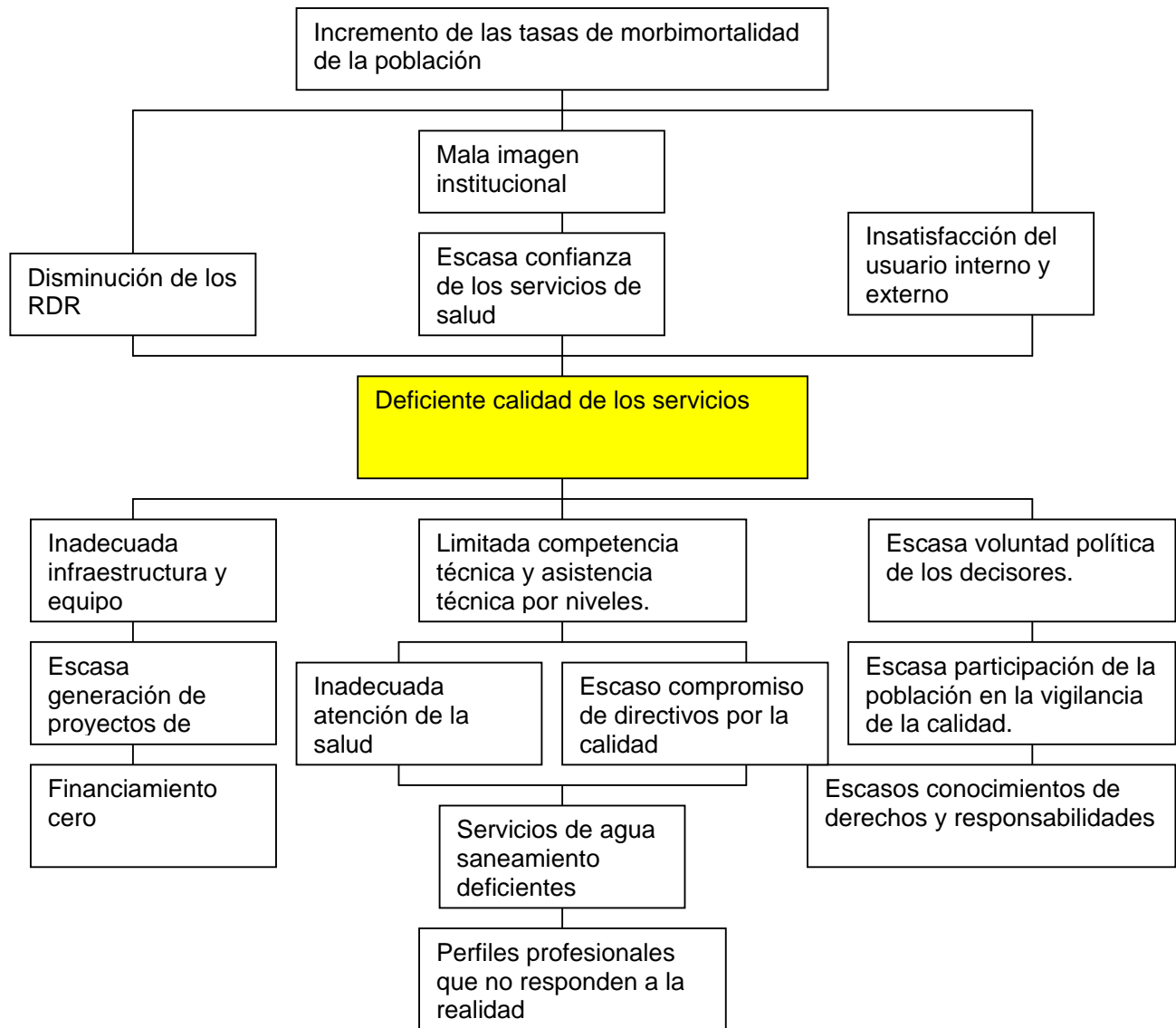
1.1. Análisis de problemas

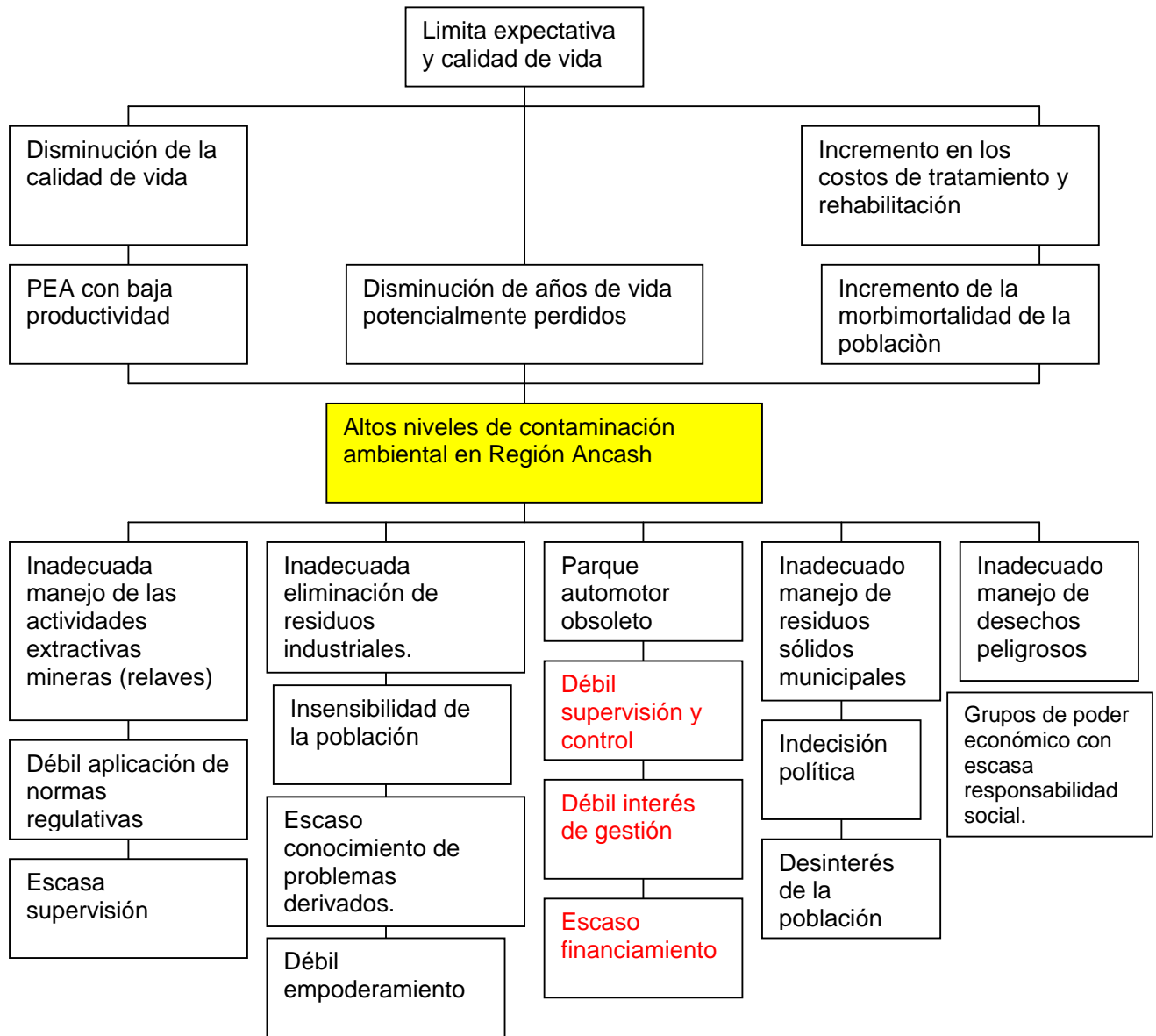






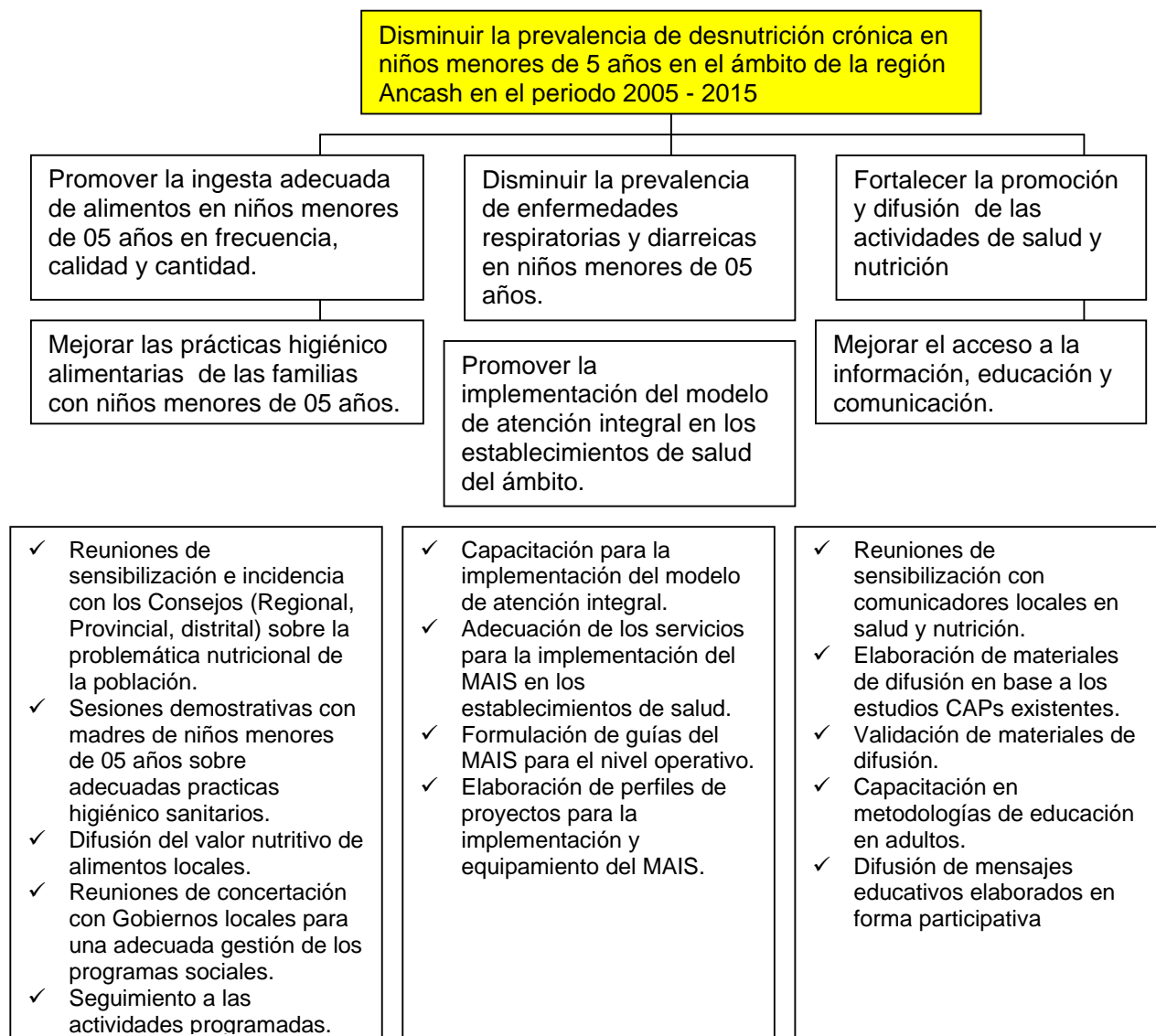






ANEXO 02

1.2. Análisis de objetivos



Contribuir a la disminución de la mortalidad materna a través de la participación ciudadana y la promoción de políticas públicas en salud

Incrementar la participación ciudadana en la prevención de la mortalidad materna

Incorporar el enfoque de interculturalidad y género en las estrategias de intervención de los establecimientos del sector

Monitorear la aplicación de las políticas de desarrollo de RR HH por niveles SNCDS

Fortalecer las actividades de promoción y prevención de la salud.

- ✓ Proponer la inclusión como nueva temática sobre prevención de la muerte materna en todo espacio de concertación a nivel regional
- ✓ Gestionar la ordenanza municipal a fin de que las unidades de transporte urbano e interprovincial apoyen las referencias a nivel de las 20 provincias
- ✓ Coordinar la emisión de una resolución regional para facilitar la comunicación y transporte oportuno de las emergencias maternas mediante el uso de radio, teléfono, vehículos, según oficiales o privadas.

- ✓ Taller de capacitación sobre y género dirigido al personal de salud del folios
- ✓ Socialización de políticas de desarrollo de RR HH por niveles SINCDs.

- ✓ Gestionar la institucionalización del SIVICO a través de una ordenanza regional
- ✓ Declaración alerta amarilla en la Región Ancash por el incremento de la (muertes maternas)

Promover el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud a través de procedimientos estandarizados mediante la concertación sectorial regional acorde a las necesidades de la población de Ancash.

Promover la mejora de la infraestructura y equipamiento de los servicios a través de las alianzas estratégicas.

Promover el fortalecimiento de las Competencias técnicas en las prestadores de salud, basado en perfiles ocupacionales y que respondan a las necesidades de los usuarios y prioridades regionales.

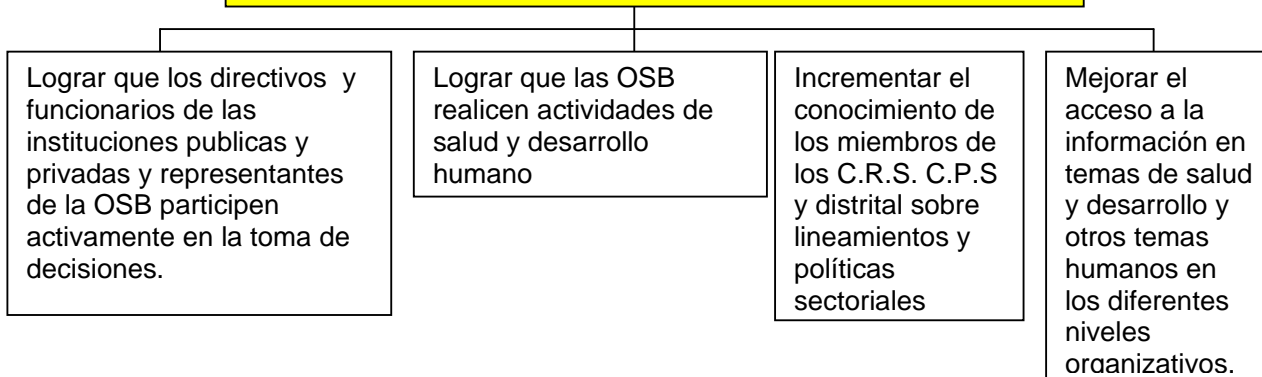
Propiciar espacio de concertación ciudadana mediante la promoción de deberes y derechos responsabilidades en salud.

- ✓ Elaboración del diagnóstico situacional de infraestructura y equipamiento por los prestadores del sector salud.
- ✓ Alianzas entratégicas para mejorar competencias y proyectos de inversión
- ✓ Canalizar los perfiles oprobados que no cuentan con presupuesto con el gobierno regional, local y otras agencias cooperantes.

- ✓ Regular la oferta educativa de acuerdo a las necesidades del sector, desarrollando mecanismos de concertación y convenios inter institucionales.
- ✓ Monitoreo de la implementacion de los procesos de mejora continua de la gestión y desarrollo de RR.HH.

- ✓ Encuentro taller sobre deberes y derechos ciudadana dirigidos a prestadores del sector.
- ✓ Proporcionar una cruzada regional sobre la calidad de los servicios de salud en forma periodica con participacion ciudadana.

Fortalecer la participación multisectoriales interinstitucional en el ámbito de la Región Ancash con los actores sociales locales y la sociedad civil en el periodo del 2005 al 2010



- ✓ Reuniones de sensibilización con las directivos y funcionarios de los instituciones públicas y privadas y OSB sobre temas de descentralización vigilancia ciudadana, gestión y liderazgo y promoción de la salud.
 - ✓ Realizar talleres de capacitación a los directivos de los instituciones públicas y privadas y OSB, sobre formulación de perfiles de proyectos de salud de desarrollo humano.
- ✓ Realizar talleres de reforzamiento a las OSB involucrados en temas de salud y desarrollo humano en forma semestral.
 - ✓ Monitoreo al desarrollo de las actividades programadas con las OSB, en forma semestral.
 - ✓ Desarrollar talleres sobre lineamientos y políticas sectoriales con los miembros de los CRS, CPS y consejos distritales
- ✓ Difundir en los diferentes íter niveles organizativos temas sobre salud, desarrollo humano y otros de interés de los consejos Regional, Provinciales y Distritales de salud.
 - ✓ Evaluación de aplicación de instrumentos de evaluación que midan los conocimientos difundidos y el desempeño dre los consejos Regional, Provinciales y Distritales

Disminuir la incidencia y prevalencia de la Bartonella con participación de los actores sociales en la Region Ancash al 2010

Mejorar, ampliar los conocimientos de la Bartonella, en el personal de salud y actores sociales.

Fortalecer los procesos de vigilancia y control entomológico epidemiológico en las zonas de alto riesgo

Fortalecer la promoción de estilos saludables en la familia, comunidad instituciones educativas y gobiernos locales

- ✓ Identificación de los ámbitos de alta densidad de hábitat del vector
- ✓ Localizar e identificar los colatares a través de barreras hemáticas
- ✓ Actualizar los protocolos de atención integral de la bartonella de acuerdo a las últimas normas
- ✓ Promover un manejo adicional de los registros diarios, semanales y mensuales en caso de Bartonella
- ✓ Promover un saneamiento básico adecuado a través de la acción multisectorial
- ✓ Sensibilizar a los usuarios, familia y comunidad en la atención integral de la bartonella a cargo de personal competente
- ✓ Gestionar la asignación presupuestal y financiera

- ✓ Mapeo de habitantes y vigilancia entomológica
- ✓ Toma de muestra de febriles, colaterales y asintomáticos en zonas de riesgo.
- ✓ Diagnóstico y tratamiento oportuno y supervisado a usuarios y colaterales
- ✓ Inserción curricular a través de la guía de bartonella
- ✓ Convenios multisectoriales (Salud, gobierno local y educación para el saneamiento básico)

ANEXO 03

REGION ANCASH DIRECCION REGIONAL DE SALUD ANCASH CONSEJO REGIONAL DE SALUD ANCASH REGLAMENTO DEL C. R. S. A. –2004

Capítulo I

Definición, Finalidad, Conformación y Organización del Consejo Regional de Salud de Ancash.

Artículo 1° Definición y Finalidad

El Consejo Regional de Salud es el conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos regionales y locales del sector salud y otros sectores, cuyo objetivo principal es desarrollar actividades orientadas a promover, proteger y recuperar la salud de la población.

El Consejo Regional de Salud tiene la finalidad de:

- a) Coordinar el proceso de aplicación de la política regional de salud, y promover su implementación concertada y descentralizada
- b) Coordinar los planes y programas de todas las instituciones del sector
- c) Lograr el cuidado integral de la salud de la población de la Región, brindada con calidad y calidez
- d) Avanzar hacia la seguridad social universal en salud

Artículo 2° Conformación, rectoría y autonomía institucional

El Consejo Regional de Salud está conformado por:

1. La Dirección Regional de Salud como órgano rector del sector
2. Gobierno Regional de Ancash
3. El Seguro Social de Salud
4. La Asociación de Municipalidades de Ancash
5. La Sanidad de Fuerzas Policiales
6. Representantes de las Universidades
7. El Colegio Médico
8. Servicios Privados de Salud
9. Las Organizaciones Sociales de Base
10. Los Trabajadores de Salud
11. Las ONGs.
12. La Dirección Regional de Educación
13. Colegios Profesionales
14. Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer

La participación de las entidades en el Consejo Regional de Salud se realiza sin perjuicio de la autonomía jurídica, técnica, administrativa, económica y financiera así como de las atribuciones que les confieren la Constitución Política y la Ley

Artículo 3°.- De los niveles de organización, concertación y coordinación.

El Consejo regional de Salud de Ancash como parte conformante del Sistema Nacional Concertado y Descentralizado de Salud tiene niveles de organización Regional, Provincial y Distrital con prioridad de desarrollo de este último.

Sus respectivos órganos de concertación y coordinación son:

- a) Consejo Regional de Salud
- b) Consejo Provincial de Salud
- c) Consejo Distrital de Salud (opcional)

Capítulo II

Organización Regional y Local del Consejo Regional de Salud

Artículo 4°.-Organización de los niveles regional y local

El Consejo Regional de Salud de Ancash y los niveles provincial y Distrital se organizan acorde al modelo de descentralización coordinada en los niveles regional, provincial y Distrital de salud, con la finalidad de concertar, coordinar y articular acciones así como de compartir competencias y responsabilidades de acuerdo a lo que establecen la Ley de Bases de la Descentralización, La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, La Ley Orgánica de Municipalidades, Ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de Salud 27813, Ley General de Salud y otras normas sobre descentralización, así como los acuerdos de gobernabilidad nacional , regional, provincial y Distrital

Artículo 5°.- Consejo Regional de Salud-CRS

El Consejo Regional es el órgano Consultivo de la DIRES Ancash tiene además la misión de concertación, coordinación y articulación regional del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Tiene las funciones siguientes:

- a) Promover la concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión de todas las actividades de salud y niveles de atención de la Región que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad.
- b) Elaborar las Políticas Regionales de Salud
- c) Impulsar en su ámbito el cumplimiento de la finalidad del SNCDS, la Política Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud, Políticas Regionales de salud, los Acuerdos del Consejo Regional de Salud, Planes estratégicos y sus propias disposiciones.
- d) Proponer anualmente prioridades regionales de salud, orientadas al cuidado integral de la salud.
- e) Velar por la organización y funcionamiento de los Consejos Provinciales y Distritales de Salud, y de los niveles de atención de su jurisdicción, propiciando la participación ciudadana y la coordinación intersectorial
- f) Evaluación periódica de manera sistémica y sistemática de todas las actividades de salud y niveles de atención de la Región.
- g) Proponer la política de desarrollo de los Recursos Humanos

Artículo 6°.- Conformación y Funcionamiento del CRS

- a) El CRS es presidido por la Dirección Regional de Salud y está integrado por representantes de las instituciones del sector en el ámbito regional de

conformidad con la finalidad y objetivos de la Ley 27813, acordadas por el Gobierno Regional respectivo

- b) Los miembros del CRS son designados por la Institución al cual representan un año renovable por sus representantes, salvo en los casos de los representantes de los servicios de salud privados, los trabajadores del sector y las organizaciones sociales de la comunidad que son elegidos por un año, pudiendo haber reelección inmediata solo por una vez a fin de promover la rotación de la representación entre las entidades que conforman el respectivo componente. En los casos de miembros designados, estos pueden ser removidos por decisión de su institución. La incorporación de los titulares y alternos elegidos del CRS se formalizara mediante resolución del Director Regional de Salud.
- c) La inasistencia a tres reuniones consecutivas y 05 alternas , será motivo de vacancia, lo que se hará conocer a su institución para su remoción.
- d) El CRS de Ancash se reunirá el primer viernes de cada mes por convocatoria del presidente, y en forma extraordinaria cuando lo soliciten por escrito cuatro de sus miembros, las sedes de las reuniones serán en forma alternada en la ciudad de Chimbote y Huaraz. El quórum es el número entero superior a la mitad de los miembros designados, los acuerdos se tomaran por mayoría simple, en caso de igualdad el presidente tiene voto dirimente.
- e) En caso de asistencia del titular y el alterno la votación se considera la del titular.
- f) Se conformará un Comité Especial para el apoyo al Consejo Regional de Salud de acuerdo a necesidades y cuando el caso lo requiera.
- g) La secretaria de coordinación regional estará a cargo de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud

Artículo 7°.- Transferencia de competencias

Velar por el adecuado proceso de transferencia del sector salud al gobierno regional y gobiernos locales, promoviendo el desarrollo de las capacidades de los miembros del Consejo Regional de Salud.

Artículo 8° Del Financiamiento

El Gobierno Regional y la Dires, buscaran mecanismos correspondientes para el financiamiento del traslado y otros que requieran el financiamiento del Consejo Regional de Salud.

Disposición Transitoria.

Unica.- Los aspectos no contemplados en el presente reglamento serán analizados y se realizaran modificaciones en reunión del CRS de ser necesario.

ANEXO 04