



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO



Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL



2009-2013

CUSCO - 2009

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO



PRESIDENTE:
Lic. Hugo Eulogio González Sayán

VICE PRESIDENTE
Lic. Mario Ochoa Vargas

GERENTE GENERAL
Eco. GERARDO BASTERRECHEA BLEST

GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL
Mgt. Washington Alosilla Robles

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
Dr. Santiago Saco Méndez



COMITÉ DE GESTION DIRESA CUSCO

DIRECTORIO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

Director General	: Dr. Santiago Saco Méndez
Sub Dirección	: Dr. Pablo Grajeda Ancca
Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud	: Eco. Pedro Quispe Valdez
Oficina Ejecutiva de Administración	: Eco. Olga Vargas Zapata
Dirección Ejecutiva de Salud Comunitaria	: Dr. José Rueda Pantigozo
Dirección Ejecutiva de Salud Individual	: Lic. Hilda Robles Mena
Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria	: Dr. Fernando Pérez Fasabi

ORGANOS DESCONCENTRADOS

Director Red de Servicios de Salud CCE	: Dra. Elbia Yopez Chacón
Director Red de Servicios de Salud La Convención	: Dr. Jorge Canales Santander
Director Red de Servicios de Salud Cusco Sur	: Dr. Denis Mendoza Gamarra
Director Red de Servicios de Salud Cusco Norte	: Dr. Daniel Castañeda Ponze
Director Red de Servicios de Salud Kimbiri Pichari	: Dr. Héctor Huacachi Trejo
Director Hospital Regional Cusco	: Dra. Sara Gonzales Portillo
Director Hospital Antonio Lorena Cusco	: Dr. Erwin Ccosi Paucar

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD

Eco. Pedro Quispe Valdez	: Director Ejecutivo
Lic. Marlene Abrill Gamarra	: Oficina de Planes y Programas
Lic. María Mar Salazar	: Oficina de Financiamiento
Ing. Alipio Sayhua Conde	: Oficina de Proyectos
Dr. Arturo Janqui Guzmán	: Oficina de Coop. Internacional
Señora Roxana Arana Esquivias	: Oficina de Financiamiento
Señora Gleny Guzmán Vera	: Secretaria

SISTEMATIZACION POR:

- Eco. Pedro Quispe Valdez
- Lic. Marlene Abrill Gamarra
- Eco. Olger Dueñas Cabrera

Auspicio de Instituciones

- Iniciativa de Políticas – USAID y UNICEF.

TALLER FINAL DE FORMULACION DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2009 - 2013



PARTICIPANTES TALLER PARTICIPATIVO

GRUPOS DE TRABAJO TALLER PARTICIPATIVO



INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	8
INTRODUCCION	12
1.0 MARCO DE REFERENCIA	12
2.0 MARCO INSTITUCIONAL	16
3.0.ALCANCES DEL PLAN	20
4.0 DIAGNOSTICO GENERAL.....	21
4.1 Contexto Socio Demográfico - Económico.....	22
a. La Población	22
b. La Pobreza	25
c. La Base Económica Regional	28
4.2 La Situación de la Salud en la Región	32
a. Fecundidad	32
b. Mortalidad General	33
c. Mortalidad Neonatal.....	34
d. Mortalidad Infantil	34
e. Mortalidad en la primera etapa post infantil	35
f. Mortalidad Materna	36
g. Principales causas de morbilidad	38
h. Desnutrición Crónica.....	39
i. Saneamiento Básico	41
4.3 Situación Institucional	42
a. Gestión Institucional	42
b. Disponibilidad de recursos.....	47
5.0 ANALISIS DE LOS PROBLEMAS	57
5.1. Identificación y Selección de los Principales Problemas Sanitarios y del Sistema de Salud	57
5.2. Análisis de Causalidad de los problemas.....	58
5.3. Línea de Base General	64
6.0 ROL ESTRATEGICO DE LA INSTITUCION	66
6.1. La Misión	66
6.2. La Visión	66
6.3 Rol Estratégico de la DIRESA Cusco.....	67
6.4 Principios Básicos de la Institucionalidad del PEI	67
7.0 LINEAS Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS	67
7.1. Política General Institucional.....	67
7.2. Líneas Estratégicas.....	68
7.3. Objetivos Estratégicos Institucionales.....	69
a. Objetivos Estratégico Generales	69
b. Objetivos Estratégico Específicos.....	69
8.0 PROYECTOS PRIORITARIOS.....	72
9.0 RECURSOS NECESARIOS	74
10.0 INDICADORES DE DESEMPEÑO	77

ABREVIATURAS

ASIS	: Análisis de Situación de Salud
HAL	: Hospital Antonio Lorena
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
EDA	: Enfermedades Digestivas Aguda
EESS	: Establecimientos de Salud
FONCODES	: Fondo de Compensación del Desarrollo Social
FONB	: Función Obstétrica Neonatal Básica
FONE	: Función Obstétrica Neonatal Especializada
HAD	: Hospital de Apoyo Departamental-Regional
HPM	: Hijos por mujer
HSH	: Hombres que tienen sexo con hombres
IDH	: Índice de Desarrollo Humano
IRA	: Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	: Infecciones de Transmisión Sexual
LC	: La Convención
MEF	: Mujeres en edad Fértil
MINSA	: Ministerio de Salud
MN	: Materno Neonatal
MNV	: Mil Nacidos Vivos
MOF	: Manual de Organización y Funciones
PPL	: Población privada de su libertad
PNUD	: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PVVS	: Personas Viviendo con VIH y Sida
RLC	: Red La Convención
RCCE	: Red Canas Canchis Espinar
RCN	: Red Cusco Norte
RCS	: Red Cusco Sur
RMM	: Razón de Mortalidad Materna
ROF	: Reglamento de Organización y Funciones
SIS	: Seguro Integral de Salud
SRCR	: Sistema de Referencia y Contra referencia
TBC	: Tuberculosis
TGF	: Tasa Global de Fecundidad
TMI	: Tasa de Mortalidad Infantil
UNICEF	: Fondo de la Naciones Unidad para el Desarrollo de la Infancia
USAID	: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
PAMS	: Personas Adulto Mayor
VACAM	: Valorización Clínica del Adulto Mayor.
SGCS	: Sistema de Gestión de Calidad de Saldo.
SEEUS	: Software para la Evaluación de Encuestas de Usuarios de Salud.

RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Estratégico Institucional 2009-2013 de la Dirección Regional de Salud – Cusco, en el marco de las políticas nacionales y regionales de salud, constituye un instrumento de gestión, orientador de las acciones y prioridades sanitarias, en materia de salud en la región Cusco.

El marco referencial en el que se inscribe el Plan Estratégico Institucional constituyen: Los Objetivos del Milenio; Los Lineamientos de Política de Salud 2007-2020 del Plan Nacional Concertado de Salud; los Objetivos del Plan Regional Concertado de Salud 2005-2021 y el Plan Estratégico de la Región Cusco. En tanto, el marco institucional del Plan, está definido por la naturaleza de la institución, como órgano desconcentrado del Gobierno Regional Cusco, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud.

El Diagnóstico contextual de Plan reconoce que las responsabilidades de velar por la salud de las personas se hace en un espacio territorial amplio (72 mil km²) y de difícil topografía, donde moran alrededor de 1'171,403 habitantes. Esta población define un perfil demográfico muy joven (35% de su población menor de 15 años), pero al mismo tiempo de alta ruralidad (45%), cuya gran dispersión dificulta el cumplimiento de las metas institucionales. Otro rasgo contextual relevante, es que por lo menos un tercio de la población de la región Cusco, vive privado de las necesidades básicas (agua, desagüe, energía eléctrica), donde la desnutrición crónica en menores de cinco años está alrededor de 31.9 % y el analfabetismo femenino 23%.

La situación de la salud en la Región Cusco, a la luz de algunos “indicadores resumen”, muestra aún su precariedad. Así, la tasa global de fecundidad (TGF), está alrededor del 4 HPM, siendo aún altos en las zonas rurales (5 a 6 HPM), en tanto que las primeras causas de muerte en menores de 5 años siguen siendo factores asociados a las afecciones respiratorias y las del aparato digestivo con un 2.7% y 0.7%, respectivamente. Por otro lado, la mortalidad neonatal aún persiste en 13.76 por mil nacidos vivos, llegando a duplicarse en las provincias altas como Espinar y la mortalidad materna está alrededor del 105 por cien mil nacidos vivos, cifra considerada de preocupación. Finalmente, es importante subrayar que un 80% de las consultas externas en los establecimientos de salud de la DIRESA Cusco, están asociadas a causas relacionadas al aparato respiratorio.

Un elemento coadyuvante a la situación de precariedad de la salud, en la región Cusco, sólo el 73.0% accede a servicios de agua, y solamente el 49.93% de la población es servida con agua segura, situación aún más crítica en la población rural, donde sólo el 11.00% de la población está servida con agua segura.

En cuanto a la gestión institucional, ésta se basa en los instrumentos de gestión actualizados (ROF, MOF, POA y otros), así como en una estructura organizativa basada en Redes y Microrredes, con un equipo gerencial de Directores, Subdirectores y Jefes de Oficina, donde se evidencia el trabajo en equipo, con delegación de responsabilidades. Un rasgo importante en este

aspecto, es la gestión interinstitucional con diferentes organismos del Estado y representantes de la Sociedad Civil, USAID, UNICEF y otros organismos no gubernamentales, con quienes se sinergiza esfuerzos para la mejor atención de la salud. Asimismo, es importante el involucramiento de las municipalidades distrital y provincial como aliados estratégicos.

Sin embargo, a pesar de los aciertos importantes de la gestión, todavía existe serias dificultades, derivados de la lentitud de procesos administrativos (logística), superposición de funciones de salud con otras instituciones, débil monitoreo y control de calidad del servicio de salud, así como la insuficiente implementación de redes y microrredes.

En lo referente a recursos humanos, la DIRESA Cusco cuenta con profesionales y técnicos capacitados y motivados. Este recurso en los últimos 5 años ha tenido un crecimiento relativamente importante, sobre todo en Médicos, Obstetras y Técnicos en Enfermería. Sin embargo, la disponibilidad del recurso humano es todavía muy insuficiente, frente al crecimiento vegetativo de la población total referenciada, lo que se expresa en que sólo se tiene 4 médicos por 10 mil habitantes, 5.3 enfermeras por 10 mil habitantes, 2.7 obstetras por 10 mil habitantes y 0.69 odontólogos por 10 mil habitantes. En todos los casos, los ratios están por debajo del nivel nacional.

En cuanto a la infraestructura disponible, se cuenta con 5 hospitales de referencia, 61 Centros de Salud y 218 Puestos de Salud. No se cuenta con información actualizada que permita conocer el estado real de la infraestructura. Sin embargo, es evidente la necesidad de rehabilitar, ampliar y construir nueva infraestructura de salud en la región Cusco, los principales hospitales Antonio Lorena y Regional cuentan con más de 50 años de antigüedad; así como los Centros y Puestos de Salud.

Con relación al equipamiento de los establecimientos de salud en general, éstas han devenido mayormente en obsoletas, previo una evaluación del estado en la que se encuentren, debiendo ser renovadas de acuerdo a los nuevos avances de la tecnología médica.

Por otro lado, los recursos financieros de la DIRESA Cusco, provienen de las asignaciones del Ministerio de Economía y Finanzas dentro del Pliego Presupuestal Gobierno Regional Cusco, los que se destinan casi en su integridad a gastos corrientes (remuneraciones). Al respecto, en el ejercicio fiscal del 2008 fue de S/. 135'668,346 nuevos soles, el mismo que corresponde a S/. 116 /año por habitante regional, suma bastante irrisoria. Lo que destaca por su importancia más que por la asignación presupuestal, son los programas estratégicos: Salud Materno-Infantil y Programa Articulado Nutricional.

En cuanto a los problemas básicos de salud, a los que DIRESA Cusco tiene que priorizar su atención a la morbi-mortalidad materna-infantil, la desnutrición crónica, enfermedades transmisibles, enfermedades crónica-degenerativas, enfermedades metaxénicas, salud mental, calidad de salud, participación comunitaria en acciones de salud y la mejora de la calidad de la gestión administrativa.

Por otro lado, se remarca que, las raíces de estos problemas básicos se encuentran asociadas a la pobreza e indigencia, al ingreso familiar precario, al escaso nivel educativo, entre otros factores determina la situación de pobreza y extrema pobreza en la que vive la población principalmente del área rural y urbano marginal.

En cuanto al rol estratégico de la institución, en reuniones de trabajo y taller participativo de actores de la institución y extra-institucionales, previamente consensuado la Misión y la Visión institucional al 2013, se ha validado de manera compartida el rol estratégico de la Dirección Regional de Salud Cusco, la de preservar el capital humano desde su concepción hasta el límite de sus vidas, con énfasis en los primeros años de la vida, así como en la salud de las madres.

Consecuente con la importancia de los problemas priorizados mediante las reuniones de trabajo y el taller participativo, concretizado en el análisis de los árboles de problemas y objetivos, se ha definido las siguientes líneas estratégicas y objetivos estratégicos institucionales:

LÍNEAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES
Mortalidad materna y neonatal	“Reducir la morbi-mortalidad materno neonatal”
Desnutrición crónica infantil	“Reducir la desnutrición crónica y la anemia en niños menores de 5 años y la gestante”
Enfermedades transmisibles	“Disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles”
Enfermedades crónico-degenerativas	“Prevenir y controlar adecuadamente las enfermedades no transmisibles y otros generados por factores externos”
Calidad de servicios de salud.	“Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud”
Participación ciudadana	“Promover estilos de vida saludables, a través de programas de promoción de la salud”
Rectoría y Gestión Administrativa	“Fortalecer la rectoría y la gestión administrativa de los servicios de salud”

La consecución de los objetivos estratégicos del Plan que complementara las actividades preventivo promocionales, así como para la prestación de los servicios de salud, se requiere una inversión de S/. 835,121.00 nuevos soles a ejecutarse en un periodo de cinco años 2009 - 2010:

Naturaleza de la Inversión Pública	Monto de Inversión Proyectos				
	2009	2010	2011	2012	2013
a) En Puestos y Centros de Salud	22,537	15,024	12,520	12,520	12,520
b) En Hospitales	35,000	160,000	225,000	200,000	140,000
Total DIRESA Cusco Proyectos de Inversión	57,537	175,024	237,520	212,520	152,520

El financiamiento para el periodo de los cinco años, en lo que corresponde a gasto corriente e inversión es de S/.1'440,738.00 nuevos soles, correspondiendo a inversión el 58% y gasto corriente el 42%.

Consolidado de los Recursos Financieros Necesarios 2009-2013

Presupuesto	Años				
	2009	2010	2011	2012	2013
Total Proyectos de Inversión en salud (coordin. c/ DIRESA)	57,537	175,024	237,520	212,520	152,520
Total Programación Gasto Corriente DIRESA Cusco.	109,605	115,011	120,760	126,873	133,368
Total General	167,141	290,035	358,281	339,393	285,888

Los indicadores de desempeño de los objetivos estratégicos, proyectado para alcanzar en el año 2013, entre los más importantes la mortalidad materna se tiene previsto alcanzar la meta de 90 x 100mil nacidos vivos, 4 por mil nacidos vivos en mortalidad neonatal, 21.5 % en desnutrición, 666 casos de TBC, entre otros indicadores sanitarios.

INTRODUCCIÓN

La Dirección Regional de Salud Cusco, como órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional Cusco, es la responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; así como, dirigir, normar y evaluar el funcionamiento de los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas nacional y planes sectoriales.

Esta importante competencia, requiere de decididas acciones planificadas, que permitan construir escenarios en materia de salud, no sólo deseados, sino posibles y probables para el conjunto de la población que habita la Región Cusco, en ese sentido el Plan Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Salud Cusco 2009-2013, debe ser considerado como un instrumento de gestión, orientador de las acciones priorizadas en materia de salud a realizar para el cumplimiento óptimo de sus fines y objetivos institucionales.

El Plan Estratégico Institucional 2009 – 2013 de la Dirección Regional de Salud Cusco, que procura articular no sólo las demandas de salud intergeneracional de una población en constante crecimiento, sino sobre todo hace énfasis en el enfoque participativo y propone elementos a considerarse en el mediano plazo, se ha concretizado en reuniones de trabajo llevada a cabo con profesionales de las estrategias y durante la realización del “Taller Central de Planeamiento Estratégico Institucional, llevado a cabo con la participación de representantes de las Direcciones de Línea y órganos Desconcentrados (Hospitales y Redes de Servicios de Salud), así como la participación de instituciones privadas de cooperación internacional como USAID y UNICEFF, permitieron identificar y analizar los problemas de salud, proponer objetivos y priorizar las actividades más importantes a ser consideradas en el Plan.

La metodológica aplicada en la formulación del Plan Estratégico Institucional, permitió la libre expresión de ideas, el análisis causal y el encausamiento de proposiciones hacia propuestas consensuales, ha sido el Marco Lógico Participativo, que a partir de la identificación de los problemas centrales expresados como “situaciones negativas que se intentan solucionar”, se realizó un análisis de sus causas y efectos (Construcción de árboles de causas-efectos) y, luego, sobre la base de éste se procedió a construir los árboles de objetivos o árboles de medios y fines. Precisamente, los medios de primer nivel, para lograr el objetivo central, permitieron identificar los objetivos específicos; en tanto que, los medios de segundo nivel precisaron las acciones necesarias en cada objetivo central.

Por otro lado, es importante remarcar que el Plan Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Salud del Cusco 2009-2013, desde su concepción inicial, hasta la programación de sus actividades, ha cuidado guardar el principio de la coherencia, tanto con los planes nacionales como el Plan Nacional Concertado de Salud 2007, así como con los planes regionales como el Plan Estratégico de Desarrollo Concertado Cusco al 2012 y el Plan Regional Concertado de Salud Cusco al 2021.

Asimismo, el presente documento, se estructura de modo general, de acuerdo a las normas para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes estratégicos institucionales del Pliego 446 del Gobierno Regional Cusco, definido mediante Directiva N° 010-2007-GR-CUSCO/PR, así como el documento técnico Plan Estratégico Institucional 2008-2011 del Ministerio de Salud.

El documento Plan Estratégico Institucional 2009 – 2013, considera en la primera parte el diagnóstico, el análisis de causalidad de problemas y la Línea de Base; para luego abordar la fase prospectiva, con el planteamiento del rol estratégico de la institución, los objetivos estratégicos generales y específicos, así como la presentación de los indicadores de desempeño.

Finalmente, nuestro especial agradecimiento a los funcionarios y profesionales de la Dirección Regional de Salud Cusco, de las Estrategias por las sucesivas consultas que se les hicieron, a Iniciativas de Políticas de Salud- Perú USAID y UNICEF, y al equipo de la Oficina de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud, por la concretización del presente Plan Estratégico Institucional 2009 - 2013.



1.0 MARCO DE REFERENCIA

El marco político-sectorial en la que se inscribe el Plan Estratégico Institucional 2009-2013 de la Dirección Regional de Salud Cusco lo constituyen:

A) Objetivos del Milenio

- Erradicar la pobreza y el hambre
- Lograr la educación primaria universal
- Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

B) Lineamientos de política de salud 2007-2020 del Plan Nacional Concertado de Salud

- Atención integral de salud a la mujer y el niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención.
- Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Aseguramiento Universal en Salud.
- Descentralización de la función de salud a nivel del Gobierno Regional y Local.
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- Desarrollo de los Recursos Humanos.
- Medicamento de calidad para todos / as.
- Financiamiento en función de resultados.
- Desarrollo de la rectoría del sistema de salud
- Participación Ciudadana en salud
- Mejora de los otros determinantes de la salud

C) Los Objetivos del Plan Regional Concertado de Salud 2005-2021

- Promover experiencias valiosas de intervención en salud y adecuadas con resultados plausibles en la región.
- Promover estilos de vida y prácticas de alimentación saludables con énfasis en los niños, niñas y mujeres.
- Mejorar el acceso a los servicios de saneamiento básico priorizando poblaciones excluidas.
- Promover y fortalecer la articulación del Sistema Regional de Salud, en el marco del modelo de atención integral.
- Promover el fortalecimiento de espacios de concertación interinstitucional y vigilancia para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

2.0. MARCO INSTITUCIONAL.-

A) NATURALEZA DE LA INSTITUCION.-

La Dirección Regional de Salud Cusco, es un órgano desconcentrado de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional del Cusco, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; así como, dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales.

La Dirección Regional de Salud Cusco tiene a su cargo, como órganos desconcentrados, a las Redes de Servicios de Salud y Hospitales de mayor capacidad resolutive.

B) OBJETIVOS FUNCIONALES GENERALES DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CUSCO.

La Dirección Regional de Salud Cusco, directamente o a través de las entidades competentes deberá lograr los siguientes objetivos funcionales en su respectiva jurisdicción:

- Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.
- Formular y ejecutar concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.
- Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.
- Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.
- Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de Promoción y Prevención de la salud.
- Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con el Gobierno Regional.
- Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales.
- Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.
- Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.
- Promover y preservar la salud ambiental de la región.
- Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de la infraestructura y servicios de salud.
- Promover la formación, capacitación y el desarrollo del potencial humano y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a comunidad.
- Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.

- Ejecutar la habilitación, categorización y acreditación de las entidades y servicios públicos y privados de salud, en coordinación con la Dirección General de Salud de las Personas y en cumplimiento a las normas pertinentes.
- Planificar financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.
- Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.
- Dirigir y ejecutar los procesos de protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, a través de los hospitales, entidades públicas y privadas del sector salud en su jurisdicción.
- Proteger la vida y salud de todos los niños por nacer, desde su concepción y registrarlos oficialmente como concebidos y sujetos de los derechos constitucionales.
- Lograr que se capacite a las madres y familias en la estimulación prenatal, la adecuada nutrición materna y la preparación para el parto con participación paterna. Establecer el control prenatal y el acceso al parto institucional de todas las mujeres gestantes por las entidades competentes.
- Lograr que se capaciten a las familias para que ejerciten los hábitos de higiene, la estimulación temprana de los niños, la maternidad y paternidad responsable y el desarrollo en los jóvenes de las habilidades psicosociales para una vida digna y sana, en el marco de una cultura de vida y paz.
- Lograr en la familia, escuela y comunidad, se eduque a la persona, con el fin de erradicar el consumo de drogas, tabaco y alcohol, que afecta la salud física y mental de la persona, familia y comunidad.
- Lograr que se incremente la actividad física, la práctica del deporte, las prácticas adecuadas de alimentación y la detección precoz de enfermedades no transmisibles para su prevención.
- Lograr que las familias, escuelas y comunidades integren en sus actividades la promoción y prevención de accidentes, emergencias y desastres, acordes a la situación geográfica y riesgos climatológicos.
- Supervisar la disponibilidad, equidad, calidad, eficacia, eficiencia, productividad, economía y otros indicadores requeridos en las prestaciones de salud de todas las entidades públicas y privadas en su jurisdicción y lograr que las entidades, públicas, privadas y las personas naturales, que desarrollen actividades afines al Sector Salud, se mantengan informadas y den cumplimiento a los dispositivos legales para la Salud.
- Lograr que toda la población cuente con información confiable, auténtica, veraz y oportuna sobre las enfermedades en la región, así como de las medidas preventivas o de detección precoz de enfermedades.

C) ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CUSCO

La estructura orgánica de la Dirección Regional de Salud Cusco, se establece hasta el tercer nivel organizacional y es la siguiente:

ÓRGANO DE DIRECCIÓN:

Dirección Regional de Salud

- Sub - Dirección Regional

ÓRGANO DE CONTROL:

- Órgano de Control Institucional

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO:

Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud

- Oficina de Financiamiento,
- Oficina de Organización y Planes,
- Oficina de Proyectos
- Oficina de Cooperación Internacional.
- Oficina de Asesoría Legal

ORGANOS DE APOYO

Oficina de Secretaría General

Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas.

Oficina Ejecutiva de Administración

- Oficina de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano
- Oficina de Economía
- Oficina de Logística
- Oficina de Gestión Patrimonial y Mantenimiento.

ÓRGANOS DE LÍNEA

Dirección Ejecutiva de Salud Comunitaria

- Dirección de Promoción de la Salud
- Dirección de Salud Ambiental
- Dirección de Salud Ocupacional
- Dirección de Laboratorios de Salud Pública

Dirección Ejecutiva de Salud Individual

- Dirección de Atención Integral de Salud
- Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria
- Dirección de Servicios de Salud
- Dirección de Seguros
- Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

Oficina Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria

- Dirección de Epidemiología e Investigación
- Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres
- Dirección de Estadística, Informática y Telecomunicaciones

ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

Hospitales de mayor nivel de complejidad.

- Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco

- Dirección Ejecutiva del Hospital Antonio Lorena
Redes de Servicios de Salud
- Dirección Ejecutiva de la Red de Servicios de Salud La Convención
 - o Dirección del Hospital Quillabamba
- Dirección Ejecutiva de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis
Espinar
 - o Dirección del Hospital Sicuani
- Dirección Ejecutiva de Red de Salud Cusco Sur
 - o Dirección del Hospital de Santo Tomas
- Dirección Ejecutiva Red de Servicios de Salud Cusco Norte
- Dirección Ejecutiva Red de Servicios de Salud Kimbiri - Pichari



REUNION DE TRABAJO GOBIERNO REGIONAL CUSCO, MINISTRO DE SALUD Y DIRESA CUSCO

3.0. ALCANCES DEL PLAN.-

A) Finalidad

Orientar y determinar los lineamientos y prioridades a seguir por la Dirección Regional de Salud Cusco, para alcanzar los objetivos planteados en el mediano plazo (2009-2013).

B) Objetivo

Establecer los cursos de acción que permitan cumplir a la Dirección Regional de Salud Cusco, los objetivos de mediano y largo plazo, dentro del marco de la racionalidad, transparencia y eficiencia del gasto, orientadas al cabal cumplimiento de los fines y funciones encomendadas en sus documentos de gestión.

C) BASE LEGAL

General:

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 013 Reglamento de la Ley 27657
- Ley N° 27783 Ley de Bases de la Regionalización
- Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- Ley N° 27902 Modificación de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

Específica:

- Resolución Ministerial N° 084-2001-EF/10 que aprueba la Directiva para la Elaboración de Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales y los “Planes Estratégicos Institucionales” para el período 2002-2006.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 Julio 2007 de aprobación del “Plan Nacional Concertado de Salud”.
- Resolución Ejecutiva Presidencial N° 029-2006-GR CUSCO/PR del 07 Enero 2006 de aprobación del Reglamento de Organización y Funciones de la DIRESA Cusco.
- Resolución Ejecutiva Presidencial N° 976-2007-GR CUSCO/PR del 11 Septiembre 2007 que aprueba la Directiva N° 10-2007-GR CUSCO/PR sobre “Normas para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Estratégicos Institucionales – PEI período 2007-2011 del Pliego 446 Gobierno Regional Cusco”.

D) Ámbito de Aplicación

El Plan Estratégico Institucional 2009-2013, comprende en su alcance a las unidades orgánicas, órganos desconcentrados y establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de la Dirección Regional de Salud Cusco.

4.0 DIAGNOSTICO GENERAL

La Dirección Regional de Salud Cusco, ejerce la autoridad máxima en salud, en el ámbito de la Región Cusco, sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud o cuyas actividades afecten directa o indirectamente a la salud de la población.

Para el mejor cumplimiento de sus funciones, la organización territorial de la Dirección Regional de Salud Cusco, considera 05 Redes de Servicio de Salud: Red la Convención, Red Cusco Norte, Red Cusco Sur, Red Canas- Canchis- Espinar, Red Kimbiri- Pichari y 36 microrredes.



4.1. Contexto Socio-Demográfico

a. La población

La población regional, a la que tiene que atender la Dirección Regional de Salud Cusco, es de 1,171,403 habitantes (Censo Nacional de Población y Vivienda 2007), con un índice de masculinidad de 99.7 por 100 mujeres y una tasa del periodo inter-censal 1993-2007 de 0.93 %.

La población regional se caracteriza por ser muy joven, dado que el 35% de sus habitantes aún no ha cumplido los 15 años de edad y la población de más de 65 años de edad no supera el 6% de la población total.

Otra característica de la población regional es su alto nivel de ruralidad y dispersión, evidenciado el 45% de la población habita en ámbitos rural, según la definición censal son moradores de precarios asentamientos menores a 100 viviendas contiguas. Las viviendas, por las características del tipo de asentamiento andino y amazónico, se encuentran muy diseminadas en el territorio regional.

Por otro lado, debe remarcarse que el 27% de la población regional se localiza en la ciudad del Cusco. La distribución territorial de la población corresponde a las provincias de los Valles Interandinos (46%), Provincias Altas (31%) y Provincias de Selva Alta y Baja (23%).

Cuadro N° 1

Región Cusco: Población Total por Sexo según Provincia

Provincia	Población total						TC
	1993			2007			
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
Cusco	270,324	132,896	137,428	367,791	177,553	190,238	2.22%
Acomayo	28,906	14,267	14,639	27,357	13,514	13,843	-0.39%
Anta	56,424	28,563	27,861	54,828	27,608	27,220	-0.20%
Calca	56,007	28,333	27,674	75,108	37,749	37,359	2.12%
Canas	39,476	19,621	19,855	28,592	14,361	14,231	-2.28%
Canchis	94,962	46,621	48,341	96,937	47,071	49,866	0.15%
Chumbivilcas	69,669	35,087	34,582	75,585	38,166	37,419	0.58%
Espinar	56,591	27,986	28,605	62,698	31,489	31,209	0.73%
La Convención	157,240	83,211	74,029	166,833	88,181	78,652	0.42%
Paruro	34,361	17,390	16,971	30,939	15,760	15,179	-0.75%
Paucartambo	40,696	20,881	19,815	45,877	23,105	22,772	0.86%
Quispicanchi	75,853	38,301	37,552	82,173	41,442	40,731	0.57%
Urubamba	48,254	24,641	23,613	56,685	28,869	27,816	1.16%
Total	1,028,763	517,798	510,965	1,171,403	584,868	586,535	0.93%

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población y de Vivienda 1993,2007
Elaboración propia

En cuanto a la distribución de la población por provincias, Cusco es la más poblada, registrando el 31.40% de la población regional. En segundo orden esta la provincia La Convención con el 13.42 %. Las provincias menos pobladas son Acomayo con 2.34% y Paruro con 1.52% del total de la población regional.

El crecimiento poblacional a nivel de provincias es heterogéneo, con alto dinamismo en las provincias de Cusco, Calca y Urubamba que registran tasas intercensales de 2.2%, 2.1% y 1.2%. Por otro lado, con preocupantes despojamientos en las provincias Acomayo, Anta, Canas y Paruro, que muestran tasas de crecimiento negativas, que al mismo tiempo coinciden como las provincias con mayor población rural. Estos indicadores de lento y negativo crecimiento poblacional ponen en manifiesto, el alto nivel de emigración de los efectivos poblacionales en las provincias del interior de la región Cusco. (Ver cuadros N° 1 y N° 2.).

Cuadro N° 2

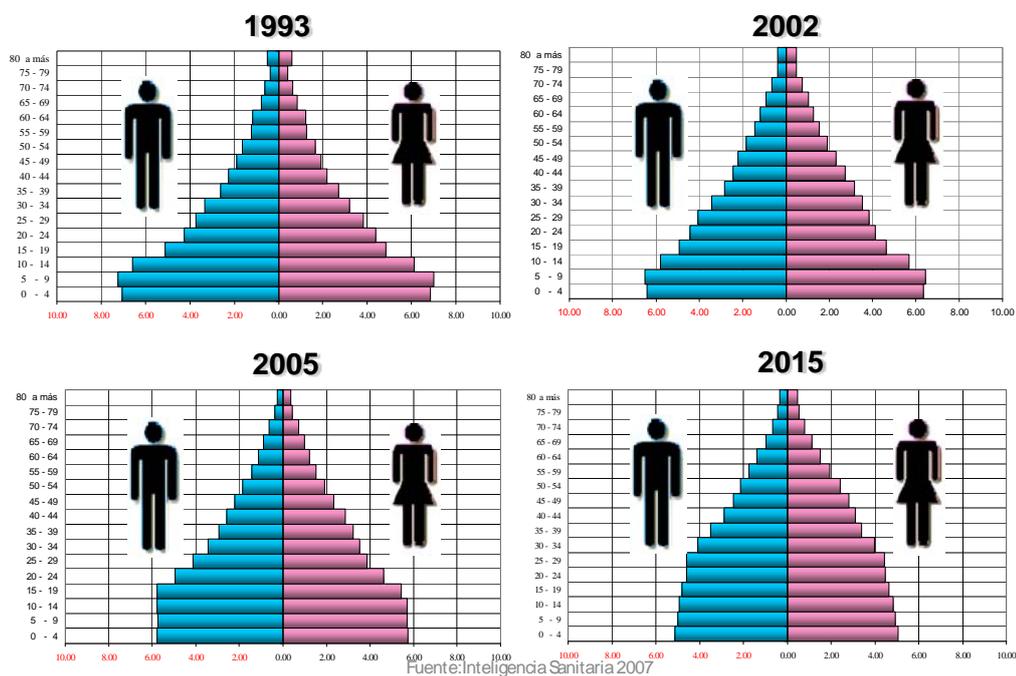
Región Cusco: Población Urbana y Rural-2007

Provincia	Urbano		Rural		Total
	Absoluto	%	Absoluto	%	
Cusco	351,780	95.65%	16,011	4.35%	367,791
Acomayo	14,460	52.86%	12,897	47.14%	27,357
Anta	19,386	35.36%	35,442	64.64%	54,828
Calca	23,117	35.34%	42,290	64.66%	65,407
Canas	6,156	16.08%	32,137	83.92%	38,293
Canchis	58,355	60.20%	38,582	39.80%	96,937
Chumbivilcas	17,505	23.16%	58,080	76.84%	75,585
Espinar	28,305	45.14%	34,393	54.86%	62,698
La Convención	49,892	29.91%	116,941	70.09%	166,833
Paruro	10,575	34.18%	20,364	65.82%	30,939
Paucartambo	8,511	18.55%	37,366	81.45%	45,877
Quispicanchi	28,911	35.18%	53,262	64.82%	82,173
Urubamba	27,731	48.92%	28,954	51.08%	56,685
Total	644,684	55.04%	526,719	44.96%	1,171,403

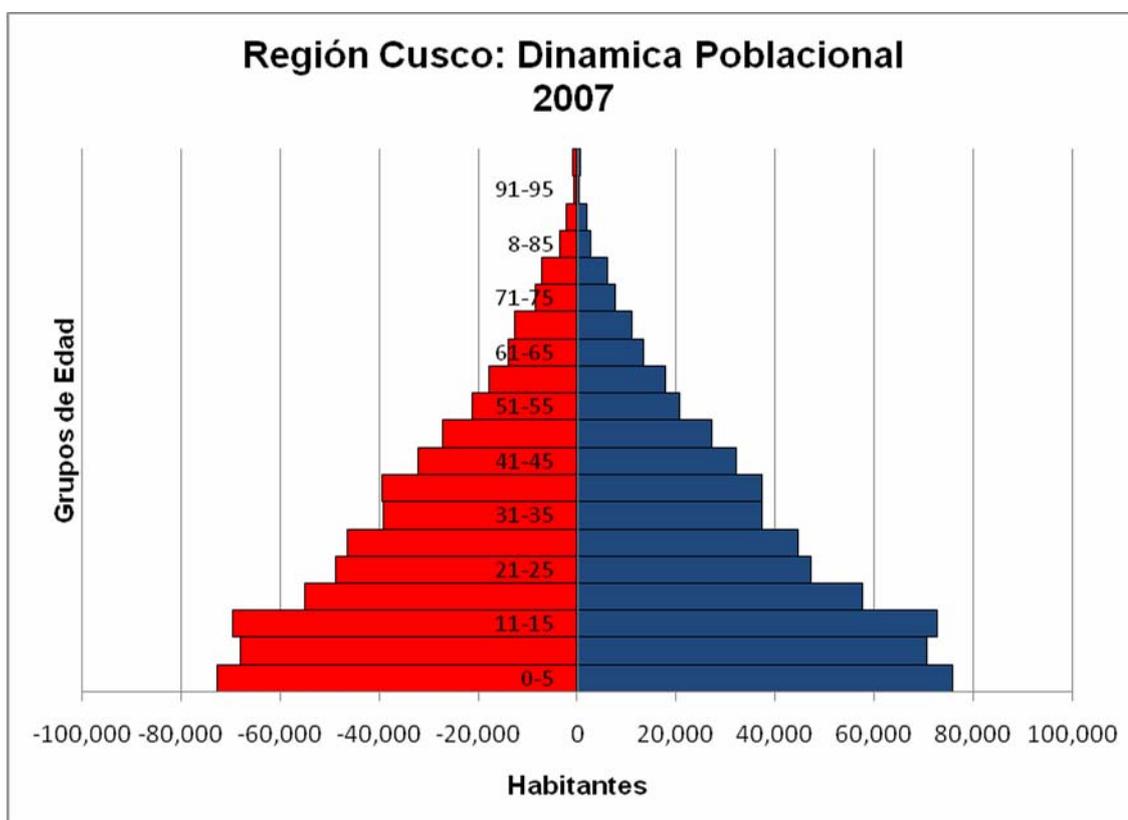
Fuente: CPV 2007- INEI
Elaboración propia

Así mismo, una tendencia hacia la transición demográfica en la región Cusco, se puede apreciar en los gráficos de evolución de la pirámide de la estructura por edad y sexo, que se presenta en los gráficos N° 1 y N° 2. En efecto en éstos gráficos se muestra cómo la población de cero a 4 años tiende a igualarse en el tiempo con la población de 5 a 9 años y éste con la población de 10 a 14 años; con mayor énfasis en el período 2002 - 2005.

Región Cusco: Dinámica Poblacional, Pirámides 1993 - 2015



Fuente: Inteligencia Sanitaria 2007



Fuente: INEI, Censo de Población y Vivienda 2007
Elaboración propia

b. La pobreza.

Según el Mapa de Pobreza elaborado por FONCODES, la región Cusco es una de las más pobres del país, con un índice de carencias de 0.7153. La mayoría de los distritos con excepción de Cusco, muestran un porcentaje de carencias por encima del 50% (agua, desagüe y energía eléctrica). En términos absolutos, Cusco es una de las provincias donde se ubica la mayor parte de la población con algún Servicio Básico Insatisfecho - SBI, junto a la Convención, Chumbivilcas y Espinar.

Cuadro N° 3

La pobreza Región Cusco, Lima y el Perú 2006

Indicadores	Región Cusco	Dpto. Lima	Perú
Población 2007	1`171,403	8`470,595	27`419,294
Índice de carencias (1)	0.7153	0.0549	--
% de población sin agua	33.0%	13.0%	27.0%
% de población sin desagüe / letrina	35.0%	5.0%	19.7%
% de la población sin energía eléctrica	35.0%	6.0%	26.9%
Tasa de analfabetismo de mujeres	23.0%	4.0%	26.8%
Tasa de desnutrición (2)	31.9%	11.0%	28.4%

(1) Es un valor entre 0 y 1. Se obtiene mediante el análisis factorial por el método de los componentes principales. (2) Censo de talla, 1999.

Elaboración: FONCODES / UPR, 2007

FUENTE: www.foncodes.gob.pe/mapadepobreza

Con respecto al Índice de Desarrollo Humano - IDH, los cálculos realizados por el PNUD, indican que la región Cusco le corresponde un Índice de Desarrollo Humano – IDH de 0.5377, que la ubica entre las que tienen un índice bajo. La Región Cusco, en el ranking nacional, se encuentra en la posición sexta y las provincias como Paruro que tiene un IDH de 0.4868 se ubica en el puesto 144, a nivel de provincias el Cusco tiene un IDH de 0.5989, le corresponde el puesto 44, en ambos casos muy por debajo de Lima provincia que tiene un IDH de 0.7071

Por otro lado, la Esperanza de Vida al Nacer, en la región Cusco es de 64.8 años, la tasa de analfabetismo es de 15.5%, siendo esta aun mas critica en las mujeres con 23.0% de mujeres analfabetas que pudieron acceder al sistema educativo formal.

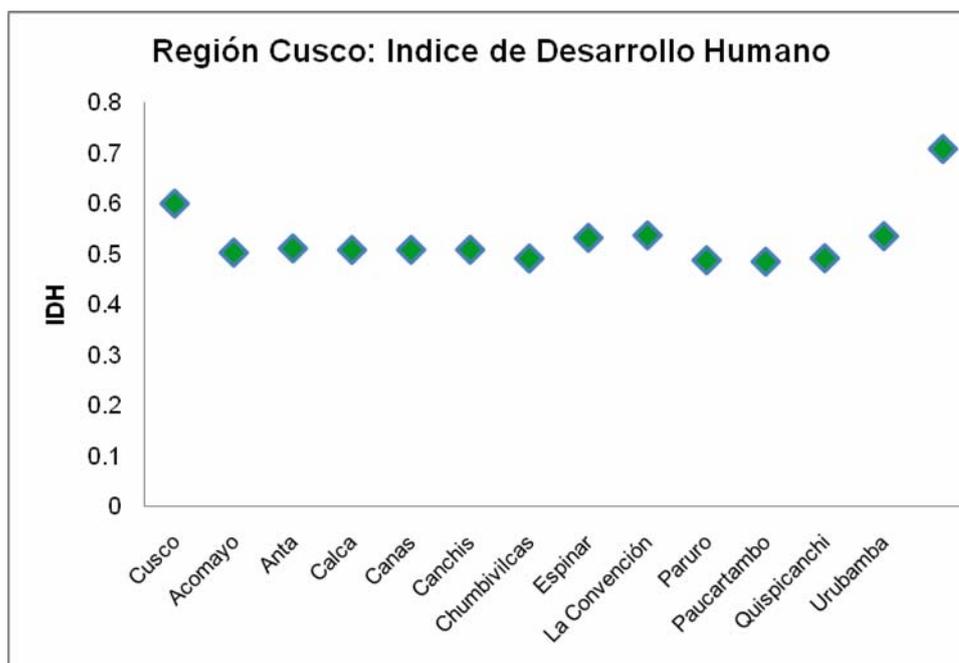
Asimismo, es importante señalar sobre la precariedad del ingreso familiar per cápita mensual, a nivel de provincias en ningún caso superan el mínimo vital. El promedio del ingreso familiar per cápita en la región Cusco es de S/. 227.5 nuevos soles mensuales.

Cuadro N° 4

Región Cusco: Índice de Desarrollo Humano 2005

Provincia	IDH	Esperanza de vida al nacer	Alfabetismo %	Escolaridad %	Logro Educativo %	Ingreso familiar per cápita
Cusco	0.5989	68.8	95.4	90.9	93.9	298.6
Acomayo	0.5019	62.7	74	91	79.7	201.1
Anta	0.5103	62.2	79.2	91.4	83.3	196
Calca	0.5073	63.8	75.8	86.7	79.4	202.7
Canas	0.5075	61.5	81	89	83.7	195.2
Canchis	0.5076	59.9	82.5	90.1	85	222
Chumbivilcas	0.4904	63	72	86.4	76.8	181
Espinar	0.5313	64.4	85.7	86.1	85.8	200
La Convención	0.5361	66.9	84.5	81.5	83.5	189.8
Paruro	0.4869	62.8	68.7	89.4	75.6	188.4
Paucartambo	0.484	63.7	68.3	93.6	73.4	185.2
Quispicanchi	0.4909	62	75	83.7	77.9	194
Urubamba	0.5346	64.1	84.2	91.4	86.6	210.6
Región Cusco	0.5377	64.8	84.5	87.7	85.6	227.5

Fuente: PNUD-IDH 2005
Elaboración propia



Fuente: PNUD-IDH 2005



MUJER ARTESANA LABORANDO



MADRE NIÑO Y NIÑAS VENDIENDO PRODUCTOS



VIVIENDA EN SELVA



ATENCION DE NIÑO

Por otro lado, del informe sobre el Estado de la niñez en el Perú, clasificado por departamentos y dada las limitaciones de información, se infiere que el Índice de Desarrollo del Niño de la región Cusco, está en el grupo de los que enfrentan las mayores limitaciones para el desarrollo de su primera infancia, niñez y adolescencia. Ver cuadro N° 5 y Gráfica N° 3

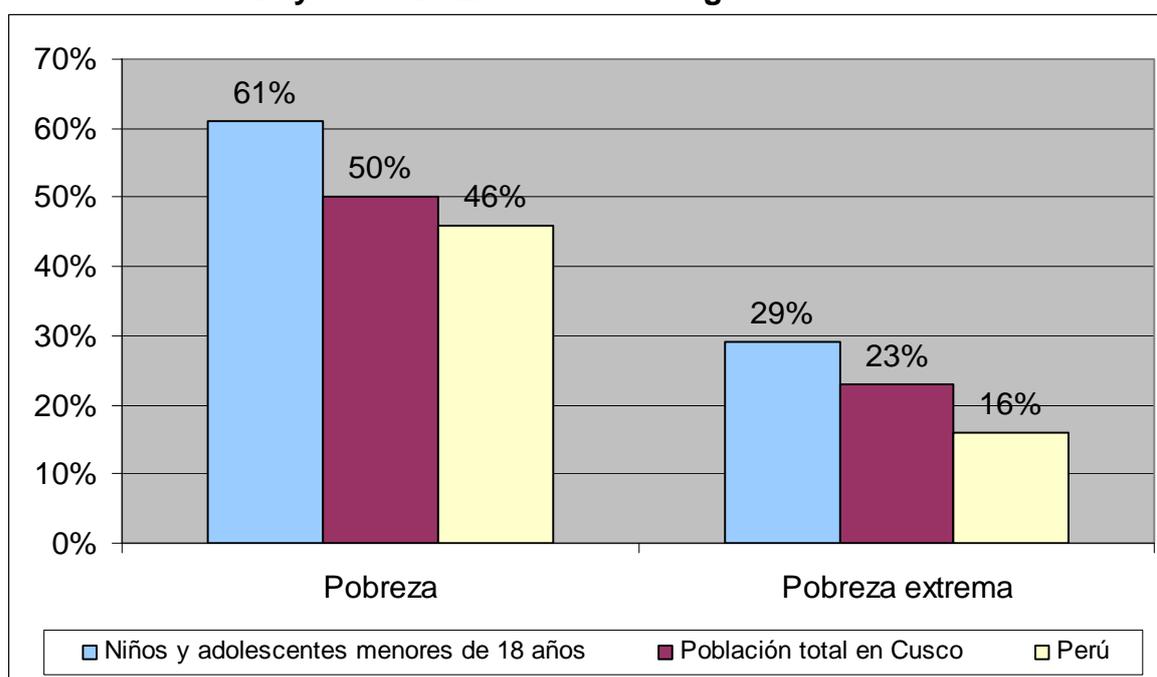
Cuadro N° 5

Posición relativa de la Región Cusco 2006

Grupo	IDN en la Primera Infancia	IDN en la Niñez	IDN en la Adolescencia
Grupo 1			
Grupo 2			
Grupo 3			Cusco
Grupo 4		Cusco	
Grupo 5	Cusco		

Fuente: UNICEF – Estado de la niñez en el Perú
Elaboración propia

Grafica N° 3
Pobreza y Pobreza Extrema en la región Cusco - Perú



Fuente: UNICEF

c) La Base Económica Regional

La región Cusco se caracteriza por tener una base económica predominantemente extractiva, basada en la producción agropecuaria, la minería y los hidrocarburos, en conjunto aportan aproximadamente el 37% del PBI regional y absorben el 40% de la PEA regional (38% en el agro + 2% en la Minería e hidrocarburo). Considerando que gran parte de la población de la región Cusco vive en el área rural y depende principalmente de la actividad agropecuaria, es preocupante la situación de la población que se dedica a esta actividad, por los limitados recursos productivos y tecnológicos, lo que se refleja en cultivos y crianzas con una baja producción y productividad y con una alta proporción para el autoconsumo.

La actividad agropecuaria en el periodo 1996- 2006, se ha reducido su contribución en la generación del Producto Bruto Interno de la economía regional, de 25.4% a 18.4% y contrariamente la actividad de servicios se constituye en la actividad mas dinámica incrementándose en un 4%, así como la actividad económica de explotación de Minas, Canteras e Hidrocarburos crece de 5.8% a 18.8% en el periodo en referencia.

La actividad de industria manufacturada y construcción, se encuentra en un proceso de retracción, con mayor incidencia en la industria manufacturera, limitándose al desarrollo de la micro y pequeñas empresas, con una alta proporción de informalidad. Sin embargo la actividad de la construcción, tiende a mantenerse con un decrecimiento muy leve en los 5 últimos años. El nivel de absorción de la PEA es del 12 %, activado por el dinamismo de la industria de la construcción, que constituye el 50% de la PEA de este sector.

Cuadro N° 6

Región Cusco: Tendencias de la Estructura Productiva (en porcentaje)

Actividad Económica	PBI 1996	PBI 2001	PBI 2006
Agricultura	25.4	24.1	18.4
Explotación de Minas, Canteras e Hidrocarburos	5.8	8.1	18.8
Industria Manufacturera	10.5	8.8	7.5
Construcción	7.8	5.2	6.5
Servicios	29.6	34.3	33.5
Otras Actividades no especificadas	20.9	19.5	15.3
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: PBI 1996: INEI; PBI 2001: Inst. Cuanto; PBI 2006: Estimación propia.



Agrícola



Ganadería



Turismo



Servicios

La actividad económica de servicios, tiene un crecimiento focalizado en la ciudad del Cusco, como consecuencia del desarrollo de la actividad turística, se ha generado actividades conexas como la artesanía, hotelería, bares y pensiones. Esta actividad de servicios, aporta la tercera parte de la riqueza de economía regional (33%) y absorbe el 42 % de la PEA regional, aunque una parte importante de éstos se refieren a empleos muy precarios y expuestos a riesgos de salud como el comercio al por menor (13%). El otro sector de los servicios referido a la atención de turistas mediante establecimientos de

hospedaje, restaurantes y transporte ocupa el 12% de la PEA., y los servicios de salud que alcanza a 7,399 trabajadores que representa el 1.75% de la PEA regional, el resto de la PEA de servicios se distribuye en las actividades de alquileres, administración pública, enseñanza (Ver Cuadros N° 6 y N° 7).

Cuadro N° 7

Región Cusco: Población Económicamente Activa Según Rama de Actividad-2007

Categorías	PEA	
	Numero	%
Agri.ganadería, caza y silvicultura	161,003	38.04 %
Pesca	93	0.02 %
Explotación de minas y canteras	2,904	0.69 %
Industrias manufactureras	24,257	5.73 %
Suministro electricidad, gas y agua	834	0.20 %
Construcción	26,919	6.36 %
Venta,mant.y rep.veh.autom.y motoc.	5,069	1.20 %
Comercio por mayor	2,780	0.66 %
Comercio por menor	54,972	12.99 %
Hoteles y restaurantes	22,638	5.35 %
Transp.almac.y comunicaciones	27,392	6.47 %
Intermediación financiera	1,449	0.34 %
Activit.inmobil.,empres.y alquileres	14,634	3.46 %
Admin. publica y defensa; seguridad social.	14,651	3.46 %
Enseñanza	25,204	5.96 %
Servicios sociales y de salud	7,399	1.75 %
Otras activi. serv.comun.,soc.y personales	9,354	2.21 %
Hogares privados y servicios domésticos	8,115	1.92 %
Organización órganos extraterritoriales	8	0.00 %
Actividad económica no especificada	13,524	3.20 %
Total	423,199	100.00 %

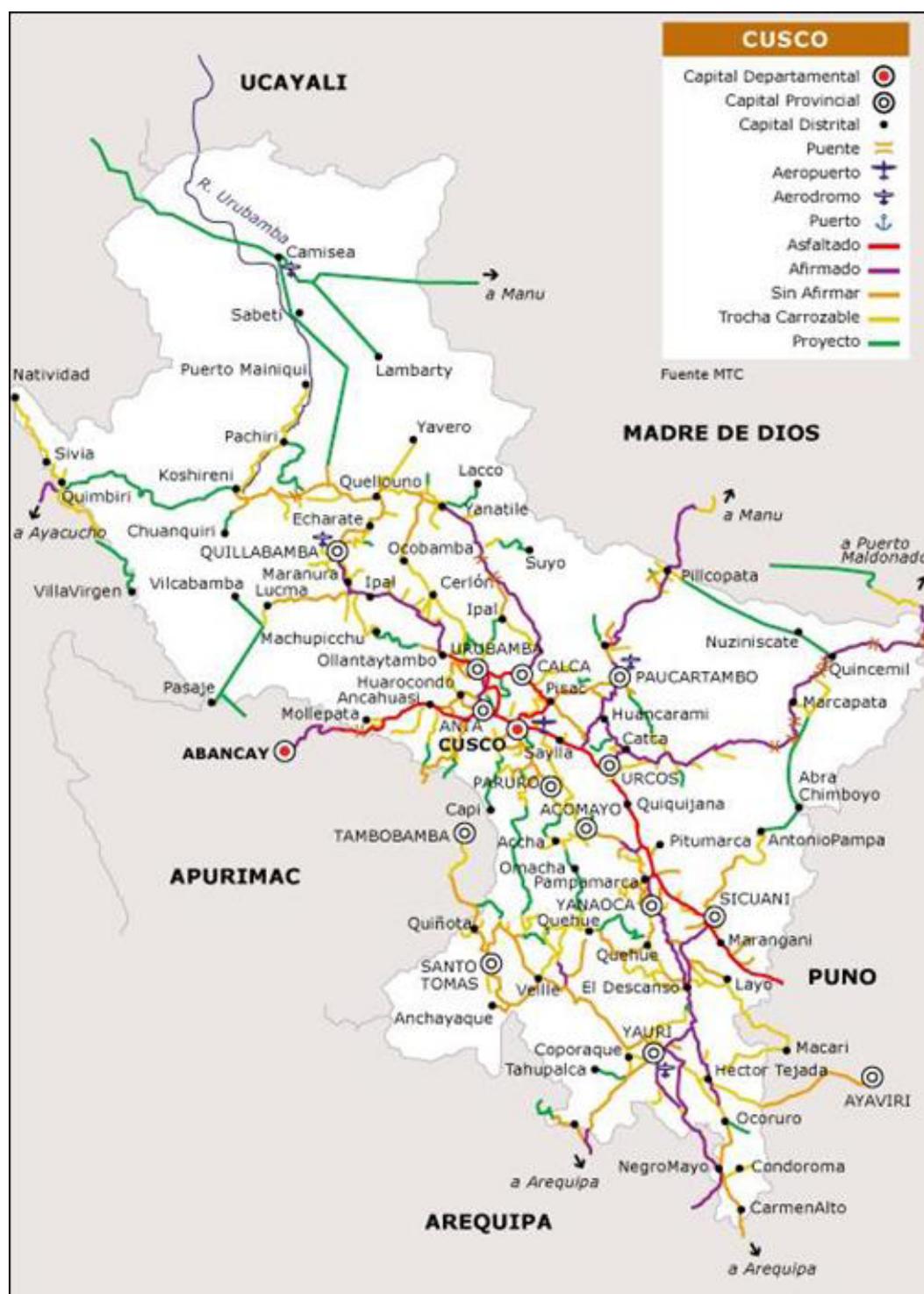
Fuente: CPV 2007- INEI

VIAS DE COMUNICACIÓN

El medio de transporte mas utilizado por la población y que permite acceder a los servicios de salud principalmente en el ámbito rural es el medio de transporte carretero, que cuenta con una longitud de 5,434 kilómetros de carreteras, donde el (33%) es trocha carrozable, el 14% carreta sin afirmar, el 44% es carretera afirmada y sólo el 9% son asfaltadas. Esta situación no garantiza la transitabilidad adecuada del flujo de carga ni de pasajeros; inclusive la accesibilidad para garantizar la cobertura de los servicios, se salud se hace penoso. Así, el informe de las Naciones Unidas califica que en la región del Cusco a nivel de sus 108 distritos, el 14% tiene 'muy difícil' accesibilidad, el 28% difícil accesibilidad y sólo el 58% es accesible (PNUD, 2002). Estos accesos se hacen más críticos en los servicios de salud en los territorios aislados como el Bajo Urubamba, las zonas de Kimbiri, Pichari, Villa Virgen (Margen derecha del Río Apurímac-Ene) y en general las comunidades de las Provincias Altas de la Región Cusco. Ver Mapa N° 1.

Mapa N° 1

Región Cusco: Vías de Comunicación y Ciudades Principales



Fuente: Asís/DIRESA-Cusco, 2008.
Elaboración propia

4.2 LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA REGIÓN CUSCO

El estado de salud de las personas se puede apreciarse a través de los indicadores sanitarios del cómo nacer, cómo vivir y cómo morir, que a continuación se describe:

a) Fecundidad

En la región Cusco la tasa global de fecundidad (TGF), que viene a ser el número promedio de hijos que tendría la madre al término de su vida reproductiva en el quinquenio 2000-2005 es de 3.4 hijos por mujer, cifra menor a la observada en el quinquenio 1995-2000, que fue de 3.9 hijos por mujer. De acuerdo al Censo Nacional de población y vivienda del 2007 la Tasa General de Fecundidad según lugar de residencia urbano y rural es de 3.2 y 5.7 hijos por mujer respectivamente, existiendo una relación inversa entre fecundidad y educación. Este descenso de la fecundidad en general, se atribuye principalmente al mayor acceso de la mujer a la educación. Ver cuadro N° 8.

En nuestro departamento las madres tienen un nivel educativo promedio equivalente al cuarto año de primaria (*UNICEF “El Desarrollo Educativo de la niñez y la Adolescencia”*). Este factor asociado a los anteriores indicadores señalados agudiza la problemática de la Tasa Global de Fecundidad, porque en las provincias donde el nivel educativo es menor, la Tasa Global de Fecundidad es mayor. En la zona urbana el nivel educativo de las madres en promedio es de 8.5 años y en la zona rural es de 4.3 años.

Cuadro N° 8

Región Cusco: Tasa Global de Fecundidad según Residencia y Educación- 2007

Características	Tasa Global de Fecundidad 15-49 años
Área de residencia	
Urbano	2.6
Rural	5.00
Nivel de Educación	
Sin Educación	6.60
Primaria	5.20
Secundaria	2.80
Superior	2.50
Total	4.00

Fuente: ASIS 2008- DIRESA
Elaboración propia

b) Mortalidad General

En la región Cusco, como primera causa de mortalidad general de la población, son las afecciones respiratorias que corresponde al 19 % de las muertes ocurridas en el año, seguida de los traumatismos y enfermedades del sistema circulatorio.

Las defunciones de mayor ocurrencia en la población, son en los menores de un año de edad. Este grupo etario representa aproximadamente una quinta parte del total de fallecidos (20%), siendo las causas principales las afecciones en el período perinatal y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, junto con las enfermedades respiratorias.

Un elemento a remarcar, es la importancia relativa que aún tienen como causa de muerte, las enfermedades del aparato digestivo que representan alrededor del 11% de las defunciones.

De igual manera, llama la atención la proporción importante que va adquiriendo las causas de muerte asociadas a tumores (neoplasias) que alcanza a cerca del 9% de muertes/año ocurrida.

Cuadro N° 9

Región Cusco: Diez Primeras Causas de Mortalidad General Según Grupo Etareo

N°	GRUPOS DE EDAD (AÑOS)									total	%
	0-28 DIAS	<1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-49a	50-64a	>65a		
1	217	257	35	30	23	20	198	158	557	994	18.6
2	35	149	25	6	13	15	133	154	415	645	12.1
3	9	143	21	6	7	13	111	122	281	626	11.7
4	9	34	12	5	6	10	97	104	259	579	10.8
5	5	23	12	3	4	8	89	103	228	473	8.9
6	5	12	9	2	5	8	79	44	177	446	8.4
7	3	11	4	2	3	5	77	42	108	314	5.9
8	3	8	2	1	3	2	76	31	93	257	4.8
9	0	7	1	0	1	1	28	30	37	255	4.8
10	0	1	0	0	0	0	0	0	0	210	3.9
OTROS	37	82	26	9	8	13	112	84	204	538	10.1
TOTALES	323	727	147	64	73	95	1000	872	2359	5337	100

	Enfermedades del Sistema Respiratorio
	Traumatismo, envenamamiento y algunas otras consecuencias de causas externas
	Enfermedades del Sistema Circulatorio
	Enfermedades del Sistema Digestivo
	Tumores (neoplasias)
	Sintomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, No clasificados en otras partes
	Ciertas enfermedades Infecciosas y Parasitarias
	Ciertas Afecciones originadas en el Período Perinatal
	Enfermedades del Sistema Genitourinario
	Causas externas de Morbilidad y de Mortalidad

c) Mortalidad Neonatal

En la región del Cusco, según la información del ASIS/DIRESA Cusco, las primeras causas de mortalidad de población en etapa neonatal (de 0 a 28 días), corresponden a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (52.3%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (9.9%), causas externas de morbilidad y mortalidad (9.3%), y Enfermedades del aparato respiratorio (9.3%).

Asimismo, se aprecia que a nivel regional, la tasa de mortalidad neonatal es de 6 por 1000 nacidos vivos, registrándose con mayor frecuencia en las provincias de Espinar (12.5 x MN), Paruro (10.7 x MN) y Calca (9.5 x MN). Ver el cuadro N° 10

Cuadro N° 10
Region Cusco: Numero y Tasas de Mortalidad Neonatal por provincias, 2006

Provincias	Población	Total		Tasa por 1,000
		N°	%	
Acomayo	822	3	1.7	3.6
Anta	1536	5	2.9	3.3
Calca	1539	15	8.7	9.7
Canas	1056	9	5.2	8.5
Canchis	2530	18	10.5	7.1
Chumbivilcas	1839	6	3.5	3.3
Cusco	7661	48	27.9	6.3
Espinar	1605	20	11.6	12.5
La Convención	4698	23	13.4	4.9
Paruro	937	10	5.8	10.7
Paucartambo	1145	4	2.3	3.5
Quispicanchi	2136	10	5.8	4.7
Urubamba	1347	1	0.6	0.7
Total	28851	172	100.0	6.0

Área de informática: Dirección Estadística e informática DIRESA Cusco.

d) Mortalidad Infantil

En la región del Cusco, la frecuencia de niños que se mueren antes de cumplir el primer año de la vida, alcanza a 15.1 por mil nacidos vivos. Cifra aparentemente baja, pero que aún esconde magnitudes preocupantes a nivel de provincias con un alto componente rural como Canas, Espinar, Calca y Canchis, con tasas que fluctúan entre 23.3 y 39.8 por MNV, (ver cuadro N° 11).

Es importante señalar que la Tasa de Mortalidad de 15 x MNV, debe tomarse con mucha prudencia sobre todo en la definición de políticas, debido a que es posible de que esté subestimada. Para el mismo período, ENDES 2005, muestra que la TMI para el Cusco es de 49 x MNV, estimada sobre una muestra confiable y con métodos indirectos.

Cuadro N° 11
Region Cusco: Numero y Tasas de Mortalidad Neonatal por provincias, 2006

Provincias	Población	Total		Tasa por 1,000
		N°	%	
Acomayo	822	8	1.8	9.7
Anta	1536	19	4.4	12.4
Calca	1539	38	8.7	24.7
Canas	1056	42	9.7	39.8
Canchis	2530	59	13.-6	23.3
Chumbivilcas	1839	18	4.1	9.8
Cusco	7661	92	21.1	12.0
Espinar	1605	41	9.4	25.5
La Convención	4698	48	11.0	10.2
Paruro	937	17	3.9	18.1
Paucartambo	1145	15	3.4	13.1
Quispicanchi	2136	34	7.8	15.9
Urubamba	1347	4	0.9	3.0
Total	28851	435	100.0	15.1

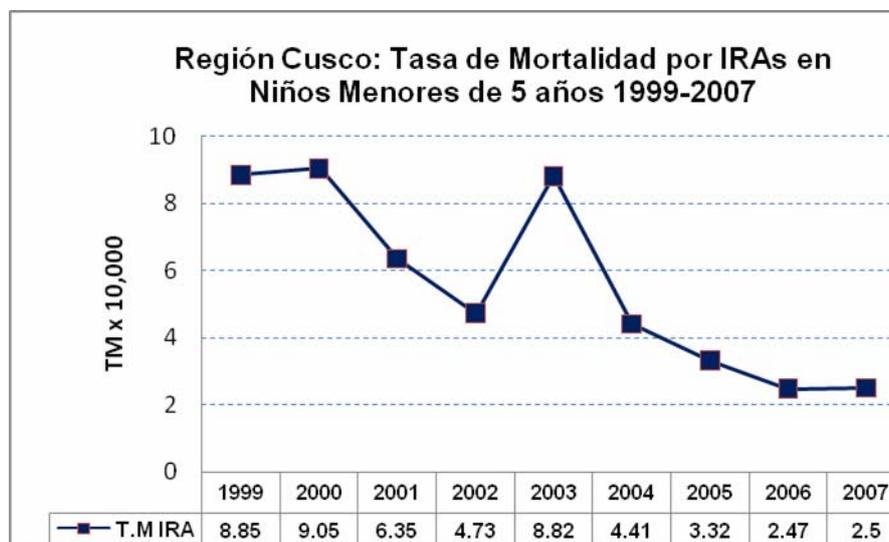
Área de informática: Dirección Estadística e informática DIRESA Cusco.

Así mismo, con relación a las primeras causas de mortalidad de la población menor de un año en la Región Cusco, son las afecciones originadas en el periodo perinatal (27,6%), así como las causas externas de morbilidad (21.6%) y las enfermedades del Aparato Respiratorio (14.9%).

e) Mortalidad en la Primera Etapa Post Infantil (De 0 a 4 años)

Por otro lado, los indicadores de tasa de mortalidad ocasionados por las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, han ido en franco descenso. Asimismo, el comportamiento de las tasas de mortalidad por las Enfermedades Diarreicas Agudas – EDAs, sigue un comportamiento descendente en los últimos 7 años. (Ver grafico N° 4 y 5.)

Grafico N° 4



Fuente: Análisis de la Situación de la Salud Cusco – 2008



Niño esperando atención



Madre niño nativos



Madre niño nativos

Los principales factores estructurales asociados a la mortalidad materna están asociados a la carencia de servicios básicos, incluido los medios de transporte oportuno y la pobreza generalizada en la que muchas de las familias se encuentran. Sin embargo, este indicador en lo inmediato, también está asociado a causas básicas relacionadas a la baja capacidad resolutoria y de calidad para la atención prenatal, cuyas complicaciones se manifiestan en hemorragias, infecciones, complicaciones de aborto y la toxemia. De allí que, superar las demoras es la clave, para mejorar sustantivamente este indicador.

En la tendencia de muertes ocurridas a nivel de las provincias del interior de la región Cusco, en el periodo 2006 – 2007, las provincias más afectadas son las provincias Espinar, Cusco y La Convención, según la información del ASIS, ésta mantiene una tendencia mostrada en los últimos cinco años. (Ver cuadro N° 12).

Asimismo, es importante señalar, que la mortalidad materna al ser un daño de poca predictibilidad, requiere esfuerzos de intervención institucional integral, integrados y multi-sectorial, con una sostenibilidad en el tiempo de los logros que se puedan alcanzar.

Cuadro N° 12

**Región Cusco: Número de Muertes Maternas
por Provincias**

Provincia	Muertes Maternas	
	2006	2007
La Convención	7	4
Chumbivilcas	5	1
Quispicanchis	3	3
Espinar	1	5
Cusco	2	5
Canas	1	3
Canchis	0	0
Paucartambo	0	1
Calca	0	0
Urubamba	0	2
Acomayo	0	0
Paruro	0	0
Total	19	24

*Fuente: Asís Materno 2007- DIRESA Cusco
Elaboración propia*

g) Las principales causas de morbilidad

Las principales causas de morbilidad en los servicios de salud de la Dirección Regional de Salud Cusco, están relacionados con la situación de pobreza de la población, así como la práctica de hábitos y estilos de vida no saludables; agregándose a ello las condiciones insuficientes de saneamiento ambiental, el analfabetismo, la inadecuada manipulación de alimentos y los problemas persistentes de inaccesibilidad a los servicios de salud. Todos estos factores se manifiestan en enfermedades patológicas infecciosas.

Según información de Inteligencia Sanitaria - DIRESA - 2007, el 80% de los motivos de consulta externa de la población en general, en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud Cusco son las enfermedades del aparato respiratorio; seguido de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de enfermedades del aparato digestivo, enfermedades de las endocrinas nutricionales y metabólicas; y las enfermedades genitourinarias.(Ver cuadro N° 13).

Cuadro N° 13

Región Cusco: Diez primeras causas de Morbilidad General y Específica según grupo de causas en población general 2007

N°	Grupo de causa	0-26 días	Grupo de edad (años)						Total	%	Tasa x1000	
			<1a	1-4a	5-9a	10.14a	15-19a	20-59a				60ª
	TOTALES	9828	141603	417390	262157	194435	126447	579312	114130	1835474	100	15019.62
1	Enfermedades del sistema respiratorio	3951	74795	156918	83674	56177	29597	126731	27542	555434	30.26	4545.10
2	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	386	18453	78255	52188	35101	14852	68408	8844	276101	15.04	2259.32
3	Enfermedades del sistema digestivo	307	3117	20001	47420	38676	30804	98255	16339	251612	13.87	2083.48
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1167	20527	95520	27973	19008	5777	4531	1609	174945	9.53	1431.47
5	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otras parte.	263	4867	20029	15047	12992	10074	42849	4964	110822	6.04	906.85
6	Enfermedades del sistema genitourinario	69	840	3864	3467	3040	8016	80158	10335	109720	5.98	897.83
7	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	98	1268	9228	10331	10223	7942	43879	9207	92078	5.02	753.47
8	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	630	6034	14375	9412	8118	5790	18398	3397	65524	3.57	536.18
9	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	14	106	382	478	1000	1869	33095	15075	52005	2.83	425.56
10	Enfermedades del ojo y de sus anexos	317	4482	8198	4668	3725	2189	11306	5488	40056	2.18	327.78
	Todas las demás causas	2626	7114	10620	7499	6375	9537	51702	11330	104177	5.68	852.48

Fuente: Inteligencia Sanitaria 2007

h) Desnutrición Crónica

En la región del Cusco, más de la cuarta parte de los niños comprendidos entre las edades de 0 a 5 años sufren de desnutrición crónica, siendo esta proporción persistente en los últimos años.

A nivel de las provincias, el problema registrado es más preocupante, dado que superan los índices del 30% de desnutrición crónica, como es el caso de Acomayo, Paruro, Paucartambo y Quispicanchi (Ver cuadro N°14).

Con respecto a la tasa de desnutrición crónica de niños que se encuentran en edad escolar (6 a 9 años), de acuerdo con el Censo de Talla Escolar, la desnutrición crónica alcanza a 31.5 % de los escolares entre 6 y 9 años de edad, lo cual es expresada en insuficiente talla de edad.

Estas tasas de desnutrición crónica, son más preocupantes en la población escolar de la provincia Chumbivilcas, que supera la tasa de 51% de desnutrición en los escolares de 6 a 9 años, seguidos de las provincias de Paruro, Paucartambo y Quispicanchi con tasas de 47%. (Ver cuadro N°15).

Cuadro N° 14

Región Cusco: Tasa de Desnutrición Crónica en Niños menores de 5 años

Provincia	Tasa de desnutrición crónica		
	2005	2006	2007
Cusco	12.3	12.5	13.3
Acomayo	31.9	30.6	32.5
Anta	27.7	26.1	28.3
Calca	26.9	27.5	28.3
Canas	34.0	31.7	30.8
Canchis	27.4	23.6	28.5
Chumbivilcas	34.1	33.4	31.7
Espinar	37.0	32.0	25.2
La Convención	21.8	21.5	23.1
Paruro	37.3	36.8	34.8
Paucartambo	35.5	35.7	34.5
Quispicanchi	26.9	26.7	36.0
Urubamba	17.2	16.9	20.8
R.Cusco	24.0	23.9	25.4

Fuente: ASIS 2008
Elaboración propia

Cuadro N° 15

Región Cusco: Tasa de desnutrición crónica en la Población escolar de 6-9 años de edad según provincia.

Provincia	1999			2005		
	N° de niños tallados de 6-9 años de edad	N° de niños con desnutrición crónica	Tasa de desnutrición crónica	N° de niños tallados de 6-9 años de edad	N° de niños con desnutrición crónica	Tasa de desnutrición crónica
Cusco	12169	2418	19.9	12263	1746	14.2
Acomayo	2739	1402	51.2	2845	1185	41.7
Anta	5923	2698	45.6	5045	1872	37.1
Calca	6228	2931	46.8	5532	2214	40.0
Canas	4082	1896	46.4	3853	1550	40.2
Canchis	10111	3761	37.2	9839	3276	33.3
Chumbivilcas	8172	4186	51.2	7778	3979	51.2
Espinar	6172	2581	41.8	6119	2187	35.7
La Convención	14478	5880	40.6	14765	4787	32.4
Paruro	3780	1877	49.7	3313	1570	47.4
Paucartambo	4450	2335	52.5	4647	2207	47.5
Quispicanchi	7649	3752	49.1	7772	3681	47.4
Urubamba	4788	1963	41	4911	1597	32.5
Cusco	102509	40552	39.6	102443	32294	31.5

Fuente: Censo de Talla Escolar 1999-2005
Elaboración propia



Niños de sierra



Niños de selva

i) Saneamiento Básico:

En la región Cusco, el 64.60% del número de viviendas es servida con agua, pero tan solo el 40.93% es servida con agua segura, es decir cuenta con una red pública de agua potable en su vivienda. Sin embargo, las estadísticas muestran que en el área rural, la situación es más crítica, tan solo el 11.00% de las viviendas accede a agua segura y existe todavía un 56% que toma agua del río o de la acequia. Estos porcentajes sin duda reflejan la precaria calidad de vida de la población y, principalmente en la zona rural. La carencia del servicio de agua segura se refleja en los altos índices de las enfermedades Diarreicas Agudas - EDAS. (ver cuadros N° 17, 18, y 19).

Cuadro N° 17

Región Cusco: Abastecimiento de Agua en las Viviendas

Provincia	Red Pública Dentro (Agua Potable), Año: 2007	
	Casos	%
Cusco	58,506	66.23 %
Acomayo	2,839	38.32 %
Anta	4,345	31.81 %
Calca	4,345	26.72 %
Canas	1,153	11.52 %
Canchis	15,096	57.77 %
Chumbivilcas	3,766	19.42 %
Espinar	4,174	25.96 %
La Convención	6,455	14.66 %
Paruro	3,337	40.20 %
Paucartambo	1,559	13.78 %
Quispicanchi	7,213	36.99 %
Urubamba	7,371	55.97 %
Total Región	120,159	40.93%

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2007
Elaboración propia

Cuadro N° 18

Región Cusco: Abastecimiento de Agua en las Viviendas

Categorías	Numero de Viviendas (2007)		
	Casos	%	Acumulado %
Red pública dentro de la Vivienda (Agua potable)	120,159	40.93 %	40.93 %
Red Pública Fuera de la Vivienda.	59,738	20.35 %	61.28 %
Pilón de uso público	9,751	3.32 %	64.60 %
Camión, cisterna	427	0.15 %	64.74 %
Pozo	8,962	3.05 %	67.80 %
Río, acequia	84,045	28.63 %	96.42 %
Vecino	7,318	2.49 %	98.92 %
Otro	3,184	1.08 %	100.00 %
Total	293,584	100.00 %	100.00 %

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2007
Elaboración propia

Cuadro N° 19

Región Cusco: Abastecimiento de Agua en las Viviendas por Tipo de Área (2007)

Categorías	Urbano		Rural		Total
	Absoluto	%	Absoluto	%	
Red pública dentro de la Vivienda (Agua potable)	98,861	62.04%	21,298	15.87%	120,159
Red Pública Fuera de la vivienda	42,319	26.56%	17,419	12.98%	59,738
Pilón de uso público	3,511	2.20%	6,240	4.65%	9,751
Camión, cisterna	196	0.12%	231	0.17%	427
Pozo	1,106	0.69%	7,856	5.85%	8,962
Río, acequia	8,500	5.33%	75,545	56.28%	84,045
Vecino	3,502	2.20%	3,816	2.84%	7,318
Otro	1,356	0.85%	1,828	1.36%	3,184
Total	159,351	100.00%	134,233	100.00%	293,584

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2007
Elaboración Propia

4.3 SITUACIÓN INSTITUCIONAL**a) Gestión institucional**

La Dirección Regional de Salud Cusco, como órgano responsable del desarrollo de la salud de la población regional, norma, dirige, y evalúa las funciones esenciales de la salud pública. Para lo cual cuenta con documentos de gestión institucional, Reglamento de Organización de Funciones (ROF), Manual de Organización y Funciones (MOF) y los Planes Operativos Anuales. Así mismo, su operatividad se organiza en una estructura funcional de servicios de Salud, organizada en Redes y Microrredes, territorialmente bien definidos,

aspecto que contribuye a la descentralización de los servicios, en el vasto territorio que comprende las 13 provincias de la Región Cusco (72,104.41 km²).

La organización territorial de la Dirección Regional de Salud Cusco, ha permitido constituir un equipo de gestión con capacidad gerencial, conformado por la Sub Dirección, las Direcciones Ejecutivas de Línea, las Direcciones de los Órganos Desconcentrados (Hospitales y Redes de Servicios de Salud), y las oficinas de asesoramiento y de apoyo.

El trabajo multidisciplinario y la delegación de funciones, es una característica que le ha permitido lograr un liderazgo regional en gestión de los servicios de salud, promoción, prevención y control de enfermedades. Los resultados mostrados en el diagnóstico de salud, como son los indicadores críticos de mortalidad neonatal, mortalidad materna, mortalidad infantil, entre otros, se encuentran en franco proceso de reducción, lo que demuestra los resultados de la intervención institucional en los últimos cinco años, resultado del trabajo del personal profesional y técnico asistencial y administrativo en los diferentes niveles de atención.

Un aspecto importante de la actual gestión institucional, es el **trabajo interinstitucional** sectorial y con instituciones privadas y la Sociedad Civil. Un primer paso en la gestión ha sido dar continuidad a los lineamientos del Plan Concertado Regional de Salud 2005-2021. Pero sobre todo el hecho de estar siempre tendiendo puentes a instituciones de Cooperación Internacional como UNICEF, USAID, Médicos del Mundo, Caritas, Visión Mundial, Solaris, Kallpa, Ricchary Ayllu, Ayuda en Acción, Prisma, Plan Internacional, Futuras Generaciones, e inclusive otros provenientes de la empresa privada como Condor Travel. Previa a la firma de Convenios con estos organismos, la DIRESA Cusco, focaliza los espacios de intervención y las áreas estratégicas de intervención en función de los problemas sanitarios y los vincula con las Redes y Microrredes de Salud. La suscripción de Convenios más importantes han sido con:

- Médicos del Mundo, para el ámbito de la Microred de Kiteni (Financiamiento s/. 2,800,000: dotación de una ambulancia, equipos de cómputo y comunicación, y fortalecimiento de la microrred en gestión).
- Iniciativas de Políticas de Salud-USAID: mejoramiento en la formulación de políticas de recursos humanos en salud, gestión de la calidad, mejoramiento del sistema de información, y provisión oportuna de medicamento seguro.
- SOLARIS: Programación y ejecución de actividades complementarias en materia de salud materno infantil en 05 provincias (Sicuni, Quispicanchi, Paruro, Yanaoca y Cusco).
- Futuras Generaciones: organización de los CLASS, viviendas y municipios saludables.

En esta línea de gestión interinstitucional de salud, debe subrayarse la capacidad de coordinación con los Alcaldes Provinciales y Distritales, no sólo en la búsqueda de financiamiento para la ejecución de proyectos de inversión, sino también, de compartir programas y actividades relacionadas al desarrollo

de políticas públicas saludables, de entornos y espacios saludables; así como de fomento a la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud, en el marco del proceso de descentralización de los servicios de salud.

El trabajo interinstitucional de la gestión ha llevado también a que la DIRESA Cusco participe de los foros y mesas de concertación relacionada directa o indirectamente con la promoción de la salud. Así la DIRESA Cusco participa en:

- La Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza.
- El Consejo Regional de Seguridad Alimentaria (CORSA)
- El Consejo Regional de Salud (CRS)
- El Equipo de Gestión Social del Gobierno Regional
- La Comisión Especial del VRAE.
- Otros foros, relacionados al medio ambiente saludable y la equidad de género.

Es importante señalar sobre la actual gestión institucional, se desarrolla en el marco del proceso de descentralización y reformas del Sector Público, que se viene realizando en nuestro país. La lentitud de este proceso y los problemas estructurales de la administración pública generan algunas limitantes a la gestión. Así, uno de estos problemas es la falta de articulación y coordinación de las funciones que en materia de salud se realiza en la región del Cusco, gobiernos locales, ONGs, EsSalud, Sanidad Policial y el MINSA si bien es cierto formalmente ha concluido con la transferencia de 16 funciones y 125 facultades, esta transferencia se ha dado sin los recursos humanos y financieros, sin embargo se viene implementando los procesos de evaluación de los resultados del ejercicio de las funciones y facultades transferidas.

Los otros problemas se derivan de la inflexibilidad de los procesos burocráticos al interior de la DIRESA y Redes de Servicios de Salud, sobre todo, las dificultades de cambiar algunas actitudes poco constructivas de un sector del personal que labora en la institución.

En el plano de la eficiencia de los resultados de la gestión, aún falta mejorar el sistema de monitoreo y supervisión de salud; así como superar la insuficiente implementación del control de la calidad sanitaria de cara hacia los usuarios-pacientes; los mecanismos de control se han centrado básicamente en aspectos administrativos.

De igual modo debe remarcarse que el proceso de implementación de Redes es aún un proceso inconcluso e insuficiente, sobre todo en los aspectos de desconcentración administrativa, que socavan la capacidad resolutoria de los EESS, así como el proceso de acreditación de los 283 establecimientos de salud de la Región Cusco y el proceso de categorización y recategorización de establecimientos de salud requiere ser actualizada.

GESTION INSTITUCIONAL



Reunión Gobierno Regional con Ministro de Salud



Visita a Cusco de Ministro de Salud



Reunión de trabajo con Ministra de Justicia



Lanzamiento de la campaña de vacunación de Las Américas

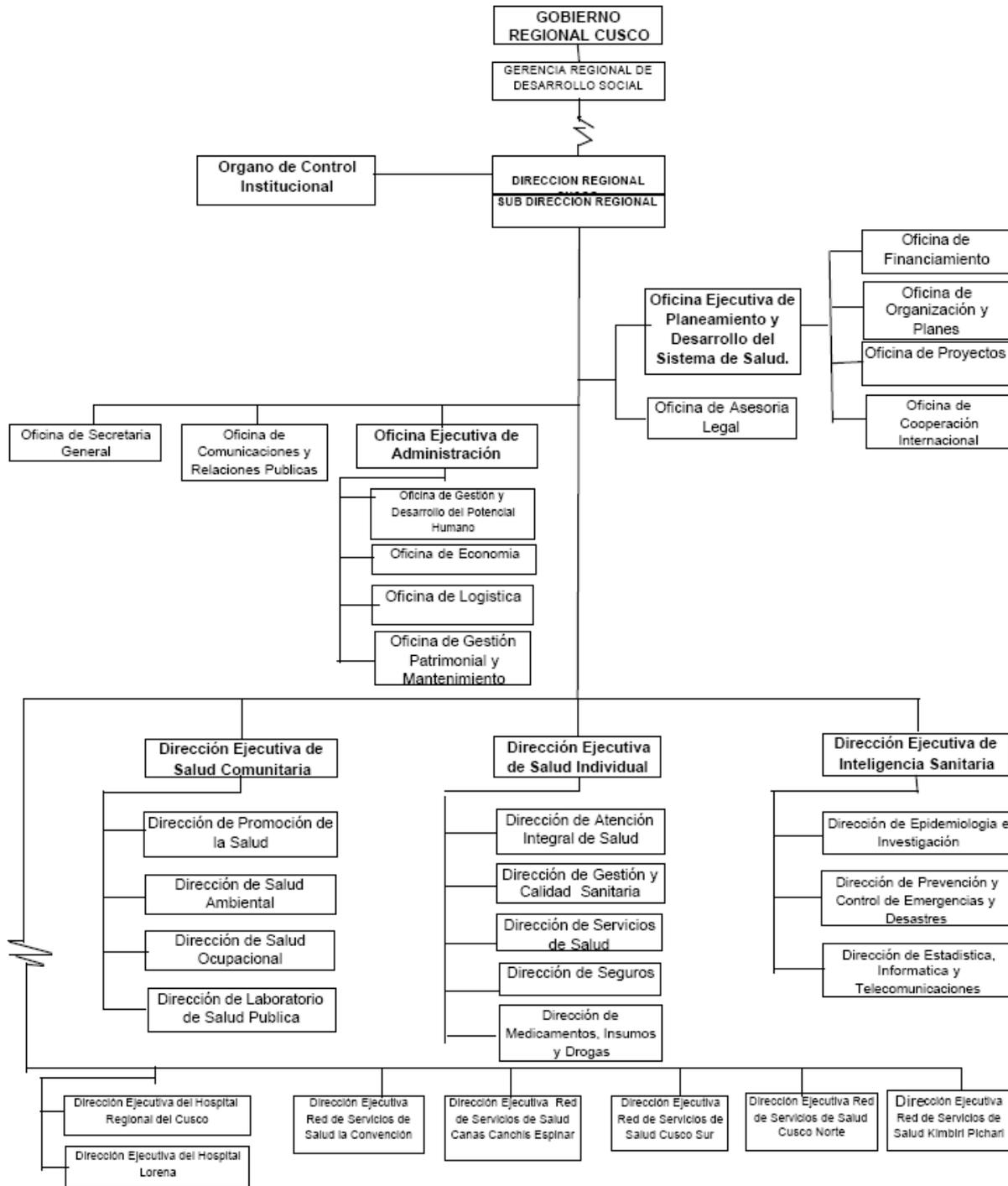


Reunión de trabajo con la Universidad Particular Andina



Lanzamiento patrones de Crecimiento y Desarrollo

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO



Fuente: Reglamento de Organización y Funciones – DIRESA Cusco

b) Disponibilidad de recursos

Recursos humanos.- La principal fortaleza que tiene la DIRESA Cusco, son sus recursos intangibles, constituidos por profesionales y técnicos asistencial y administrativo quienes cuentan con una amplia experiencia de trabajo en salud, debidamente capacitados y motivados. Este recurso en los últimos 5 años ha tenido un crecimiento relativamente importante, sobre todo en Médicos, Obstetras y Técnicos en Enfermería (ver cuadro N° 20). Sin embargo, la disponibilidad del recurso humano es insuficiente, frente al crecimiento poblacional que demanda mayor atención de los servicios de salud en cantidad y calidad, en promedio en la región Cusco se cuenta con 4 médicos por 10 mil habitantes, 5 enfermeras por 10 mil habitantes, 3 obstetras por 10 mil habitantes y 0.6 odontólogos por 10 mil habitantes, en todos los casos los ratios están por debajo del nivel nacional. (Ver cuadro N° 21).

Cuadro N° 20

DIRESA Cusco: Recursos Humanos por Ramas de Actividad

Profesionales	Año				
	1990	1995	2000	2002	2007
Médicos	132	279	312	313	509
Odontólogos	20	37	51	45	81
Q.Farmacéuticos	5		10	16	20
Obstetras	53	183	496	196	341
Enfermeras	733	507	183	496	655
Nutricionistas			4	9	11
Biólogos			12	19	21
Asistenta Social			7	12	12
Tec. Enfermería	239	850	977	883	883
Tec. Laboratorio			24	41	50
Otros	292	0	1344	723	723
Total	1474	1856	3420	2753	3306

Fuente: Asís- 2007
Elaboración propia

Cuadro N° 21

DIRESA Cusco: Recursos Humanos por Ramas de Actividad

Grupo Ocupacional	Numero de Profesionales Cusco	Numero de Profesionales x 10,000 hab	
		Cusco	Perú
Médicos	509	4.14	11.7
Enfermeras	655	5.3	8
Obstetras	341	2.7	2.6
Odontólogos	81	0.6	1.1

Fuente: Asís- 2007
Elaboración propia

Otro aspecto importante a señalar, es la alta concentración del recurso humano en la provincia del Cusco, que representa el 39% del total de los recursos humanos de la Dirección Regional de Salud Cusco, principalmente los profesionales médicos y enfermeras, siguiendo en orden de importancia la Provincia La Convención, cuya participación es del 19% del total del recurso humano existente. En relación a profesionales médicos especialistas y anestesiólogos, solo existen en los establecimientos de salud del nivel III-1 (Hospital Antonio Lorena, Regional de Cusco y de la Seguridad Social), los establecimientos del nivel II-1 ubicadas en el interior de la Región Cusco, no cuentan con médicos especialistas, quienes no aceptan por los bajos sueldos y condiciones de trabajo que limita sus expectativas de mayores ingresos mediante consultorios particulares en las principales ciudades de alta concentración población urbana.

Cuadro N° 22
DIRESA Cusco: Recursos Humanos por
Ramas de Actividad por Provincias

Provincia	Total	Médicos	Enfermeras	Obtetriz	Dentista	Psicólogo	Químico Farmacéutico	Biólogo	Nutricionista	Asistente Social	Tec Medico Laboratorio y Rayos X	Técnico Asistencial	Funcionario y Prof. Admin.	Técnico Administrativo
Cusco	1370	201	229	60	19	5	12	14	3	4	7	564	68	184
Acomayo	69	10	16	10	2	0	0	0	1	0	3	22	0	5
Anta	111	17	26	14	2	1	0	1	1	0	0	41	1	7
Calca	194	33	43	21	8	1	0	3	1	0	1	67	0	16
Canas	85	19	23	20	4	1	0	3	1	1	0	10	0	3
Canchis	316	52	61	36	8	2	4	5	1	3	0	83	13	48
Chumbivilcas	151	20	31	28	3	1	2	2	1	0	3	41	0	19
Espinar	99	22	27	18	4	0	1	3	0	1	0	21	1	1
La Convención	673	73	109	74	17	1	6	18	2	2	14	226	11	120
Paruro	85	13	20	11	3	0	0	0	0	0	2	27	0	9
Paucartambo	99	14	18	17	3	0	0	1	1	0	1	32	0	12
Quispicanchi	130	19	29	19	3	1	0	1	1	0	1	41	0	15
Urubamba	115	16	23	13	5	1	0	5	0	0	2	35	0	15
Total	3497	509	655	341	81	14	25	56	13	11	34	1210	94	454

Fuente: Informe Ejecutivo de Gestión DIRESA Cusco 2008
Elaboración propia



CUERPO MEDICO LA CONVENCION



PERSONAL DEL PS. CAMISEA



PERSONAL OBSTETRA PS. TIMPIA



PERSONAL PUESTO DE SALUD KIRIGUETI



PERSONAL DE LA DIRESA



PERSONAL RED LA CONVENCION Y DIRESA

Recursos materiales.- La Dirección Regional de Salud Cusco, cuenta con disponibilidad de infraestructura y equipamiento básico para los servicios de salud, la mayoría de la infraestructura y equipamiento tiene una antigüedad superior a los 25 años, a pesar de estas limitaciones, cumple una función importante e imprescindible en la prestación de los servicios salud a la población. Se requiere de una evaluación sobre la situación de la infraestructura y equipamiento de salud, que permita estructurar un programa de intervención y financiamiento para el corto y mediano plazo, de esta manera poder intervenir en forma ordenada con la construcción y equipamiento de los establecimientos de salud en la Región Cusco.

La Dirección Regional de Salud Cusco, para el año 2007 cuenta con 5 Hospitales de referencia, 61 Centros de Salud y 218 Puestos de Salud. Según fuentes de información no se cuenta con información actualizada que permita conocer el estado real de dicha infraestructura. Sin embargo, es evidente la necesidad de ampliar y remodelar sustantivamente el Hospital Regional del Cusco, así como la construcción del nuevo Hospital Antonio Lorena y Hospital Macro Regional de Emergencia. También es una exigencia de la población la construcción de un nuevo Hospital en la ciudad de Quillabamba (Provincia La Convención) y en la ciudad Sicuani (Provincia Canchis), establecimientos de tercer y segundo nivel de atención facilitarían los procesos de transferencia de pacientes del primer nivel de atención.

Cuadro N° 23
Región Cusco: Infraestructura de Salud Existente

Provincia	Total General	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Población Rural (En miles, 2007)	Infraestr. Otros Sectores
Cusco	25	2	12	11	16 (12)	5
Acomayo	9	0	2	7	13 (13)	0
Anta	15	0	2	13	35 (7)	0
Calca	31	0	6	25	42 (4)	1
Canas	14	0	3	11	32 (9)	0
Canchis	20	1	5	14	39 (5)	0
Chumbivilcas	22	1	2	19	58 (2)	0
Espinar	12	0	1	11	34 (8)	1
La Convención	78	1	11	66	116 (1)	2
Paruro	13	0	3	10	20 (11)	0
Paucartambo	15	0	4	11	37 (6)	1
Quispicanchi	19	0	5	14	53 (3)	1
Urubamba	11	0	5	6	28 (10)	1
Total General	284	5	61	218	527,	12

Fuente: Población Cusco 2008- Estadísticas DIRESA

Elaboración propia. Las cifras entre paréntesis indican la prioridad de la cantidad de población por provincia.

Cuadro N° 24
Región Cusco: Infraestructura de Salud por Redes

Redes	Total General	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	EsSalud	Otros Sectores
Cusco Sur	78	1	20	57	3	1
Cusco Norte	77	0	21	56	5	0
Canas Canchis						
Espinar	50	1	9	40	2	0
La Convención	61	1	9	51	1	1
Kimbiri- Pichari	16	0	2	14	0	0
Hospitales Cusco	2	2	0	0	0	0
Total General	284	5	61	218	11	2

Fuente: Población Cusco 2008- Estadísticas DIRESA- Elaboración propia



CENTRO DE SALUD CAMISEA



PS PUERTO RICO



EN CONSTRUCCION CS. ACOMAYO



PS SAN PABLO



CS SAN JERONIMO



CASA DE ESPERA CALCA

Con relación al equipamiento de los establecimientos de salud, esta ha devenido mayormente en obsoleta, por lo que se requiere la renovación con equipos biomédicos, mobiliario de acuerdo a los nuevos avances de la tecnología médica. Sobre la situación, condiciones y antigüedad de los equipos que en promedio tienen una antigüedad superior a los 20 años, de acuerdo a la normatividad vigente estos equipos ya no estarían en condiciones para recibir el mantenimiento, sin embargo por la necesidad de seguir contando con

estos equipos, se hace el esfuerzo de ponerlas operativas. En el cuadro N° 25, se presenta la relación de algunos equipos obsoletos:

Cuadro N° 25

Región Cusco: Equipos que requieren ser remplazado en Hospitales

Denominación de Equipo	Ubicación	Antigüedad	Estado
Equipo de Rayos X	HAL	30 a	Deteriorado
Camas ginecológicas	H. Regional	43 a	Deteriorado
Lámparas cuello ganso	H. Regional	43 a	Deteriorado
Camillas de recuperación ginecológica	H. Regional	43 a	Deteriorado
Dopler Portátil	H. Regional	15 a	Deteriorado
Esterilizador de calor seco	H. Regional	15 a	Deteriorado
Electro Cauterio	H. Regional	15 a	Deteriorado
Aspiradores de Secreciones	H. Regional	15 a	Deteriorado
Lámpara ciática de pedestal	H. Regional	15 a	Deteriorado
Auto WW	H. Regional	40 a	Deteriorado
Esterilizador Calor Seco- Quirúrgico	H. Quillabamba	13 a	Deteriorado
Ecografo	H. Quillabamba	12 ^a	Deteriorado
Equipo Dental	H. Quillabamba	15 a	Deteriorado
Esterilizador Calor Seco – Emerg.	H. Quillabamba	12 ^a	Deteriorado
Monitor Multiparametro	H. Espinar	11 ^a	Deteriorado
Langoscopia	H. Espinar	12	Deteriorado
Espectrómetro	H. Espinar	11	Deteriorado
Estufa Eléctrica	H. Espinar	15	Deteriorado
Refrigeradora Eléctrica Domestica	H. Espinar	15	Deteriorado
Dopler Portátil- Centro Obstétrico	H. Regional	15	Deteriorado
Dopler Portátil- Centro Obstétrico	H. Regional	15	Deteriorado
Cirugía Laparoscopia	H. Regional	15	Deteriorado
Bomba de Infusión.- Pediátrica B	H. Regional	10	Deteriorado
Bomba de Infusión- Pediatría B	H. Regional	10	Deteriorado
Monitor Fetal	H. Regional	15	Deteriorado
Esterilizador de calor seco	H. Regional	15	Deteriorado
Aspirador de Secreciones	H. Regional	15	Deteriorado
Lámpara ciáltica con pedestal	H. Regional	15	Deteriorado

*Fuente: DIRESA Cusco- Equipamiento y Mantenimiento DGIEM
Elaboración propia*



EQUIPO DENTAL



EQUIPAMIENTO DE AMULANCIA

CONSULTORIO DE ATENCION



BOTE AMBULANCIA



AMBULANCIA CHINO



AMBULANCIA HOSPITAL ANTONIO LORENA Y REGIONAL



EQUIPO DE COMUNICACIÓN RADIO



EQUIPAMIENTO BIOMEDICO

Recursos financieros.- La Dirección Regional de Salud Cusco cuenta con asignaciones presupuestales para el cumplimiento de sus funciones. Sin embargo estos montos son insuficientes para el adecuado servicio de salud oportuno y de calidad. Para el año 2008 se tiene una asignación presupuestal por toda fuente de financiamiento de S/. 135'668,346 que no es sino el equivalente a S/. 116/año por habitante regional, suma bastante irrisoria, si se compara por ejemplo con los S/. 552/año por habitante que reciben por concepto de Canon gasífero y minero entre el Gobierno de la Región Cusco y los Gobiernos Locales.

Por otro lado, estas asignaciones financieras priorizan principalmente los gastos corrientes y dentro de éstos, los referidos a las remuneraciones. En realidad las asignaciones del pliego presupuestal de la Dirección Regional de Salud Cusco, para gastos de capital son muy exiguos, así dentro de la ejecución presupuestal del 2008, sólo representan el 6.7% del presupuesto total, concentrándose mayormente en la Unidad Ejecutora 400 Salud Cusco (Ver cuadro N° 26)

De la distribución del presupuesto por Redes de Servicios de Salud, a la Unidad Ejecutora 400 Salud Cusco le corresponde el 46%(comprende a la Red Sur y Norte); Unidad Ejecutora 401 Canas Canchis Espinar el 13%; Unidad Ejecutora 402 Hospital de Apoyo Departamental el 17%; Unidad Ejecutora 403 Hospital Antonio Lorena el 15%; y a la Unidad Ejecutora 404 La Convención el 9%. respectivamente (Ver cuadro N° 26).

CUADRO N° 26

Presupuesto Global DIRESA Cusco 2008

Redes	Recursos Ordinarios	Recursos Directa. Recaudados	Donaciones y Transferencias	Total	% Por Redes Respecto al total Ppto.
U.E. 400 Salud Cusco	47,565,186	4,532,873	10,868,583	62,966,642	46.4%
Gastos de Capital	4,480,522	583,374	1,255,491	6,319,387	--
% G de capital en el Total	9.42%	12.87%	11.55%	10.04%	--
U.E. 401 Canas Canchis Espinar	13,752,141	727,840	2,653,792	17,133,773	12.6%
Gastos de Capital	0	0	550,000	550,000	--
% G de capital en el Total	0.00%	0.00%	20.73%	3.21%	--
U.E. 402 Hospital de Apoyo Departamental	14,880,723	4,200,913	3,266,976	22,348,612	16.5%
Gastos de Capital	0	270,000	380,000	650,000	--
% G de capital en el Total	0.00%	6.43%	11.63%	2.91%	--
U.E. 403 Hospital Antonio Lorena	12,899,145	4,150,964	3,703,814	20,753,923	15.3%
Gastos de Capital	149,713	510,000	350,000	1,009,713	--
% G de capital en el Total	1.16%	12.29%	9.45%	4.87%	--
U.E. 404 La Convención	9,092,172	889,487	2,483,737	12,465,396	9.2%
Gastos de Capital	0	100,000	400,000	500,000	--
% G de capital en el Total	0.00%	11.24%	16.10%	4.01%	--
TOTAL DIRESA Cusco	98,189,367	14,502,077	22,976,902	135,668,346	100.0%
Gastos de Capital	4,630,235	1,463,374	2,935,491	9,029,100	--
% G de capital en el Total	4.72%	10.09%	12.78%	6.66%	--

FUENTE: Fuente: DIRESA Cusco- Oficina de Planificación
Elaboración propia.

En cuanto a las fuentes de financiamiento del presupuesto de la DIRESA Cusco, tomando como referencia el presupuesto del 2008, el 72% proviene de Recursos Ordinarios, el 11% de Recursos Directamente Recaudados y el 17% de Donaciones y Transferencias.

Una referencia de la evolución del comportamiento de la asignación del presupuesto de la Dirección Regional de Salud Cusco, se observa una disminución de los recursos directamente recaudados y un incremento sustancial de las donaciones y transferencias, situación generada por los mayores ingresos que viene captando el Seguro Integral de Salud – SIS (Ver cuadro N° 27).

Cuadro N° 27

Evolución del Presupuesto Institucional DIRESA

Fuentes de Financiamiento	Ejecutado		Ejecutado		Presupuestado		Formulado	
	2006	%	2007	%	2008	%	2009 (*)	%
Recursos Ordinarios	83,297,276	75.0%	85,499,775	75.6%	98,189,367	72.4%	98,205,644	70.8
Recursos Directamente Recaudados	13,502,992	12.2%	11,091,568	9.8%	14,502,077	10.7%	11,398,869	8.2
Donaciones y Transferencias	14,267,303	12.8%	16,552,364	14.6%	22,976,902	16.9%	29,180,665	21.0
Total	111,067,571	100%	113,143,707	100%	135,668,346	100%	138,785,178	100%

(*) Incluye el Presupuesto 2009, aprobado por el MEF de S/. 109604513 + la estimación por donaciones y transferencias de S/. 29180665 (La estimación se ha hecho por incremento promedial móvil del 2006 al 2008).

Fuente: DIRESA Cusco- Oficina de Planificación

Elaboración propia.

La distribución del presupuesto de la Dirección Regional de Salud Cusco, por Unidades Ejecutoras y Programas y Estrategias es la siguiente:

- Al Programa Salud Materno Neonatal, se le asigna el 5.7% del presupuesto total para el año 2009.
- Al Programa Articulado Nutricional, se le asigna el 3.0% del presupuesto total el año 2009.
- Otros programas no estratégicos, representa el 91.3% del total del presupuesto asignado para el año 2009, el mismo que considera las remuneraciones del personal profesional asistencial y administrativo y técnico, así como las obligaciones previsionales de toda la Dirección Regional de Salud Cusco, el mismo que alcanza a 12 millones de soles/año.

El proceso presupuestario vigente define una asignación financiera histórico de hace cinco años atrás, a pesar de incorporar la programación presupuestal estratégica, materno neonatal y articulado nutricional en el marco del presupuesto por resultados, sin embargo estos programas no cuentan con recursos financieros adicionales que permitan objetivizar resultados y productos.

CUADRO N° 28
PRESUPUESTO DIRESA CUSCO 2009 CON PROGRAMAS
ESTRATÉGICOS (1)

Redes	Salud Materno Infantil (Prog.Estrat)	Programa Articulado Nutricional (Prog.Estratégico)	Sin Programa Estratégico	Total General	Porcentaje (%)
U.E. 400 Salud Cusco	1,466,217	1,161,461	47,508,286	50,135,964	45.7
U.E. 401 Canas Canchis Espinar	869,674	845,587	13,049,212	14,764,473	13.5
U.E. 402 Hospital de Apoyo Departamental	2,092,154	272,705	16,298,680	18,663,539	17.0
U.E. 403 Hospital Antonio Lorena	684,021	14,900	15,304,406	16,003,327	14.6
U.E. 404 La Convención	1,113,124	923,273	8,000,813	10,037,210	9.2
TOTAL DIRESA Cusco	6,225,190	3,217,926	100,161,397	109,604,513	100.0
Porcentaje (%)	5.7	3.0	91.3	100.0	

(1) Presupuesto aprobado por el MEF para el 2009 a nivel de Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados (446 Gob. Región Cusco)

5.0 ANALISIS DE LOS PROBLEMAS

5.1 IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS SANITARIOS Y DEL SISTEMA DE SALUD.

La problemática de salud de la población que vive en la Región Cusco, ámbito de intervención de la Dirección Regional de Salud, tiene sus raíces de los problemas básicos sanitarios a los que se tiene que hacer frente, los mismos que se encuentran fuertemente insertos a los problemas estructurales de la sociedad regional y local. De allí, que la prevalencia e incidencia de muchas enfermedades, asociadas a la pobreza e indigencia, al ingreso familiar precario, a los bajos niveles educativos de su población principalmente rural y urbano marginal, calidad del medio ambiente y las condiciones de seguridad ciudadana.

De los principales problemas priorizados como prioridad sanitaria a intervenir, corresponden a problemas estrictamente sanitarios y problemas que se derivan del sistema de salud a escala nacional y regional, expresados en los lentos procesos de descentralización y modernización del Sector Salud, limitados recursos que inciden en la insuficiente oferta de servicios de calidad, poca participación de la ciudadanía en el desarrollo de propuestas y compromisos del quehacer sanitario, reduciéndose la responsabilidad de la salud solamente a las instancias sanitarias de la Dirección Regional de Salud Cusco.

Los problemas básicos de la situación de Salud a la que la Dirección Regional de Salud Cusco, tiene que hacer frente son las que se describen a continuación:

Carácter de los problemas	Nº de orden	LOS PROBLEMAS BÁSICOS DE SALUD EN LA REGIÓN
Problemas Sanitarios	1º	ALTA TASA DE MORBI-MORTALIDAD MATERNA – INFANTIL
	2º	ALTA TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y ANEMIA
	3º	ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIH/SIDA, (TUBERCULOSIS, HEPATITIS Y OTROS).
	4º	ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS.
	5º	ELEVADA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS
	6º	CRECIENTE DETERIORO DE LA SALUD MENTAL

Problemas del Sistema de Salud	7º	INADECUADA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD
	8º	ESCASA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN ACCIONES DE SALUD
	9º	INSUFICIENTE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

5.2 ANÁLISIS DE CAUSALIDAD DE LOS PROBLEMAS

1º.- ALTA TASA DE MORBI-MORTALIDAD MATERNA INFANTIL.-

El problema de la morbi-mortalidad materna infantil, se manifiesta como una deficiente atención explicado principalmente por:

- Deficiencia en las competencias de los recursos humanos relacionados a materno-neonatal.
- Insuficiente disponibilidad de recursos humanos especialistas en materno-neonatal.
- Insuficiente equipamiento de establecimientos según categoría para la atención materno-neonatal.
- Deficiente gestión de medicamentos e insumos para la atención materno-neonatal.
- Insuficiente e inadecuada infraestructura de acuerdo a la categoría de los establecimientos de salud.
- Insuficiente desarrollo del sistema de referencia y contrareferencia.
- Débil participación en salud materno neonatal, principalmente de autoridades locales.

2º.- ALTA TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.-

El problema de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de cinco años, se manifiesta por:

- Insuficiente gestión de la estrategia para superar la desnutrición en la región, la que se halla asociada a la inadecuada calificación, seguimiento y control de los establecimientos para proveer servicios de salud.

- La dieta pobre en cantidad y calidad, a la que acceden la mayor parte de la población de la Región Cusco, principalmente los habitantes del área rural, situación que tiene sus causas, en los hogares que tienen practicas inadecuadas para el cuidado infantil y la alimentación de los menores de 36 meses; así como la insuficiente disponibilidad de alimentos de calidad, ocasionados generalmente por la dilución familiar de los alimentos de los programas de nutrición.
- Persistencia de enfermedades prevalentes de la infancia, ocasionados por las limitaciones de acceso a agua segura, o inadecuadas prácticas de higiene personal y ambiental, así como por el inoportuno diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes.
- Alta incidencia de bajo peso al nacer, debido principalmente a la inadecuada alimentación y nutrición de la gestante, así como la poca calidad de atención prenatal.

3º.- ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIH/SIDA) Y TBC.-

La Región del Cusco, por la creciente afluencia de turistas y otros factores, se encuentra expuesta al virus del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, siendo las poblaciones más vulnerables los segmentos marginados y estigmatizados, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios (as) de drogas Población Privada de su Libertad (PPL) y sobre todo las trabajadoras (es) sexuales (TS). Siendo las principales causas, entre otras las siguientes:

- Existencia de casos de Recién Nacidos expuestos al VIH, debido al incremento de MEF que se infectan y que en algún momento de su vida sexual reproductiva se embarazan. Persistencia de casos de TV (trasmisión vertical), debido al incremento de MEF que se infectan.
- Incremento de conducta de riesgo en adolescentes, asociado al desconocimiento del uso adecuado del condón, debido a la insuficiente e inadecuada información que reciben al respecto.
- Insuficiente accesibilidad a los servicios de salud, por no existir servicios diferenciados para adolescentes y suficiente disponibilidad de insumos y medicamentos en los EESS.
- Escaso involucramiento de las autoridades regionales y locales en el tema de prevención de las enfermedades trasmisibles.
- Incremento de las ITS en las poblaciones vulnerables (HsH, TS y PPL.)
- Servicios de atención Integral para las Personas Viviendo con VIH y Sida (PVVS) centralizados.

En cuanto a la prevalencia de la TBC, las causas están asociadas a:

- Implementación limitada de políticas, manejo y prevención de la enfermedad, sobre todo en la atención médica periódica, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.
- Débil organización de los servicios de salud reflejados en inadecuadas respuestas del sistema de referencia y contrareferencia (SRCR), así como el deficiente equipamiento de los laboratorios.
- Inadecuada gestión de medicamentos e insumos, que generan el alto costo de los mismos, agregándose las condiciones deficientes de supervisión no asistido.
- Insuficiente participación de autoridades y grupos organizados de apoyo a los enfermos con TBC.

4º.- ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS.

La prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, tiene sus causas inmediatas en:

- El alto nivel de estrés de la población sobre todo urbana, debido no solo a la excesiva carga laboral de la población activa, sino también al creciente desempleo abierto.
- Malos hábitos de nutrición, asociados básicamente a la insuficiente información.
- Detección tardía de enfermedades, asociado a insuficientes recursos humanos y equipamiento especializado.
- Escasa actividad física en los mayores de 40 años, ocasionados por el sedentarismo y los estilos de vida inadecuados.

5º.- ELEVADA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS

La región Cusco abarca importantes espacios del trópico y subtrópico húmedo de la Amazonía y Valles Interandinos Cálidos, donde la exposición al riesgo de contraer enfermedades metaxénicas es alta; situación que se manifiesta en la elevada incidencia de estas enfermedades, cuyas causas inmediatas son por las siguientes causas:

- Débil sistema de vigilancia epidemiológica y entomológica en la prevención y control de enfermedades metaxénicas en zonas de alto riesgo, ocasionados no sólo por las escasas competencias de los recursos humanos especializados e insuficiente equipamiento de la DIRESA Cusco; sino también, por el débil involucramiento de las autoridades locales y la

propia población en acciones de prevención y control de estas enfermedades.

- Inoportuno e inadecuado diagnóstico de los casos que se presentan, por no contar con una adecuada implementación de laboratorios

6º.- CRECIENTE DETERIORO DE LA SALUD MENTAL

El creciente deterioro mental de las personas en la Región Cusco, se expresa en los trastornos mentales, problemas psicosociales graves y los diversos tipos de violencia material y psicológica. Las causas básicas están asociadas a múltiples factores, sin embargo en lo inmediato se identifican las siguientes:

- Débil posicionamiento de la salud mental como un derecho a la persona, por cuanto está ausente en las prioridades de la Agenda Pública y se desconoce la magnitud y las causas asociadas a esta enfermedad.
- Insuficiente rectoría en salud mental, dado que sus políticas y programas no lo incorporan, ni se concertan acciones con otros organismos públicos y privados.
- Existe limitaciones para los pacientes con salud mental, para acceder al seguro universal de atención integral, por que no existe un modelo de atención integral de salud mental, falta de medicamentos específicos y escaso personal especializado.

7º.- INADECUADA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD.-

La calidad de atención de salud se refiere a un servicio prestado de manera integral y oportuna, de tal manera que el consumidor de ese servicio (paciente) esté satisfecho al recibir el servicio. Eso significa, atención oportuna y humana con estándares técnico-científicos reconocidos en el acto médico prestado.

En ese sentido, la inadecuada e insuficiente calidad de atención brindada por la DIRESA Cusco, está asociada a muchos factores, siendo las principales:

- La inadecuada planificación para la calidad de atención, que a su vez tiene su origen en: 1º) Débil desarrollo de políticas y sistemas regionales para la atención de salud de calidad. 2º) El escaso desarrollo de Estrategias, Objetivos y Planes de acción para la mejora continua de la atención de salud. 3º) El limitado desarrollo del proceso de monitoreo, evaluación, supervisión y retroalimentación de las acciones de mejora continua.
- Inadecuada organización para la calidad de atención en salud, cuyos elementos explicativos deben encontrarse no sólo en el inadecuado diseño organizacional a nivel de Redes, Hospitales, Microredes y Establecimientos de Salud, cuyas funciones no garantizan servicios de atención de calidad; sino, también en la escasa implementación de personal en dichos niveles organizacionales. A estas restricciones, se debe agregar, la limitada

organización para la inclusión del sector público y privado, principalmente del gobierno regional y de los gobiernos locales (provinciales y distritales), para coadyuvar a la gestión de salud de calidad.

- El débil sistema de información para la calidad de atención en salud, debido a la inadecuada construcción de base de datos, que sistematice información que permita la mejora continua de la calidad y que además sea accesible. A ello se agrega, el deficiente desarrollo de sistemas y mecanismos de información y comunicación social, dirigido a los usuarios sobre la calidad de los servicios brindados; así como la limitada implementación de mecanismos de toma de decisiones, en base a indicadores de calidad, como parte de una gestión sanitaria integral.
- El limitado desarrollo de las acciones de regulación del desempeño, para la garantía y mejora de la calidad de atención. Este problema a su vez está asociado a diversos factores, siendo los más relevantes el inadecuado desarrollo de mejoramiento continuo de la calidad y el limitado abordaje de la mejora continua para la seguridad del paciente y evaluación de la tecnología sanitaria.
- Escasa participación social en temas de salud, asociados a la participación pasiva de los espacios de concertación de salud, a las barreras culturales y al incipiente conocimiento de los derechos y deberes de salud por parte de la ciudadanía.

8º.- ESCASA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN ACCIONES DE SALUD.-

Las acciones de fomento y protección de salud se ven seriamente limitadas cuando hay insuficiente participación de la comunidad, situación que se evidencia en la región Cusco. Las principales razones de esta escasa participación se asocian generalmente a factores como:

- El gobierno regional y locales asignan limitados presupuestos para acciones de prevención y promoción de salud de las personas, debido a que se encuentran entre sus prioridades operativas, aún cuando en sus Planes de Desarrollo Regional y local estén consideradas como una prioridad.
- Los actores sociales no se involucran en acciones de salud, debido a que sus preocupaciones están priorizadas en temas de coyuntura y de carácter reivindicativo y asistencial.
- El bajo nivel educativo de la población en temas de salud, debido a la débil implementación de políticas educativas en salud, que prioricen acciones preventivo promocionales de salud desde la educación formal.
- Sobrecarga de actividades asistenciales recuperativas y administrativas que dificultan el trabajo extramural y de abogacía.

9º.- INSUFICIENTE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La gestión administrativa de la DIRESA Cusco, para la atención de los Servicios de Salud, enfrenta diversos problemas de naturaleza compleja, muchas de ellas responden a formas y modalidades de organización y administración que se han venido decantando en muchos años; y, cuya reversión, requiere de una severa reestructuración territorial y administrativa. Las causas más relevantes en las que se debe intervenir para mejorar el sistema de organización y gestión, están referidas a:

- Los recursos humanos profesional y técnico asistencial y administrativo para la atención de los servicios de salud se encuentran en su mayoría insuficientemente actualizada y capacitada, personal desmotivado; lo que no permite realizar intervenciones sanitarias adecuadas ni oportunas.
- Existe deficiencia en los procesos logísticos para la atención de los servicios de salud, asociados a los cuellos de botella en el suministro de insumos, medicamentos y otros medios, asociados a factores como:
 - o Deficiente programación de requerimientos, debido a que el Plan Anual de Adquisiciones, que se realiza al inicio de cada año, resulta muy referencial, dado que no refleja las necesidades reales de los servicios de salud y, tampoco, las especificaciones técnicas detalladas.
 - o Deficientes procesos de adquisición, por razones como la conformación de Comités de Adquisición con personal no técnico de acuerdo a los productos requeridos y deficiencias en los mismos procesos de adquisición y compromiso de los integrantes de las comisiones.
 - o Inoportuna distribución de los insumos, ocasionado no sólo por el incumplimiento de parte de los proveedores, sino también por las limitaciones de los medios de transporte, dada la amplia extensión del territorio de la jurisdicción de la DIRESA Cusco y la modalidad de distribución y medio de transporte.
 - o Débil conocimiento de la normatividad que rige los procesos de logística como el SIGA, SEACE y otros, los cuales se asocian a las escasas oportunidades de capacitación que tiene el personal involucrado en procesos de adquisiciones, así como a la rotación del personal que va adquiriendo experiencia y auto capacitación.
- Insuficiencia e inadecuado equipamiento e infraestructura para los servicios de salud en los establecimientos de salud, que constituyen factores restrictivos para una adecuada competencia institucional de la DIRESA Cusco en sus diferentes niveles de atención de salud.
- La falta de una estructura de organización acorde a las exigencias de una administración y gestión moderna, en el marco del proceso de transferencia

y delegación de funciones de carácter territorial, administrativa y presupuestal.

10.- OTROS PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS.-

Se han identificado como otros problemas adicionales a los descritos anteriormente, los mismos que afectan a la salud de la población y que vienen a ser competencia de la DIRESA Cusco, aun cuando por las restricciones presupuestales no permiten una adecuada atención con los servicios de salud, siendo entre otras las siguientes:

Alta prevalencia de enfermedades odontoestomacales, cuyas causas se asocian básicamente a:

- Escasa cobertura de vigilancia y evaluación del estado de salud bucal, su atención no está priorizada por limitaciones presupuestales.
- Insuficiente atención de las enfermedades odontoestomatológicas. Los casos de tratamiento de salud bucal, no se realizan de acuerdo a los estándares de calidad, debido a la escasa disponibilidad de los recursos humanos y equipos especializados.
- Los crecientes factores de riesgo pre disponentes en la población, referido a los hábitos de limpieza e higiene bucal de las personas, así como el adecuado conocimiento de los factores desencadenantes de las enfermedades bucodentales.

5.3 LÍNEA DE BASE GENERAL 2007

La línea de base General del Plan Estratégico Institucional 2009 – 2013, de la Dirección Regional de Salud Cusco, tiene relación con los problemas priorizados para la definición de los objetivos y acciones del Plan Estratégico Institucional. La información que sustenta la Línea de Base se ha inferido principalmente del documento Análisis de la Situación de Salud Cusco – ASIS - 2008, así como información de las Unidades Ejecutoras de la Dirección Regional de Salud Cusco, teniendo como fecha corte el año 2007.

LINEA DE BASE GENERAL 2007

PROBLEMAS/INDICADORES	LINEA BASAL
<ul style="list-style-type: none"> • Alta tasa de mortalidad materna • Alta tasa de mortalidad peri natal • Tasa de mortalidad neonatal • Tasa de mortalidad general • Tasa de mortalidad infantil 	<p>105 x 100,000 NV 27.7 x 10,000 NV 13.76 x 1,000 Hab 3.1 x 1,000 Hab 18.1 x 1,000 Hab</p>
○ Tasa globalidad de fecundidad	2.7
○ Alto % de desnutrición crónica en menores de 5 años	31.9 %
Alta Prevalência de EDAS e IRAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad IRAS • Tasa de mortalidad EDAS 	<p>2.7x10,000<5A 0.7x10,000<5A</p>
Alto riesgo de ocurrencia de enfermedades metaxenicas, inmunoprevenibles y alta prevalencia de Tuberculosis, VIH, Hepatitis:	
<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia de Bartenolosis • Cobertura fiebre amarilla • Tasa de malaria • Cobertura Anti Polio • Cobertura Anti DPT • Tasa de incidencia TBC • VIH Gestantes • Tasa de Hepatitis 	<p>1.3 x 10,000 Hab 85.58 % 3.55 x 10,000 Hab 70 % 70 % 54.5 x 100,000 Hab 0.34 % 0.6 %</p>
Alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas:	
<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Hipertensión • Diabetes 	<p>1,711 Unid 1,541 Unid 649 Unid</p>
Alta prevalencia de violencia familiar social, alcoholismo, traumatismos y envenenamientos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo y adicciones • Violencia • Depresión • Suicidios • Traumatismos • Envenenamientos 	<p>4,500 Casos 40,000 Casos 9,000 Casos 31 Casos 22 Casos 23 Casos</p>
Saneamiento básico:	
<ul style="list-style-type: none"> • Población servida con agua • Consume agua segura • Área rural con agua servida <ul style="list-style-type: none"> ○ Servida con agua segura 	<p>73.00 % 49.93 % 44.00 % 11.00 %</p>
Infraestructura y recursos humanos:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Infraestructura: ○ Recursos humanos:* 10,000 Hab. <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos : 509 ○ Enfermeras : 655 ○ Obstetras : 341 ○ Odontólogos : 81 ○ Tec. Enfermería : 1216 ○ Nutricionistas. : 13 	<p>285 Establecimientos Cusco* Perú* 4.14 11.7 5.3 8.0 2.7 2.6 0.69 1.1 0.6 -- 0.11 --</p>

6.0 ROL ESTRATÉGICO DE LA INSTITUCIÓN

6.1 Misión de la Dirección Regional de Salud Cusco:

MISION

“Brindar atención integral de salud en las dimensiones de persona, familia y comunidad, mediante la Red de Servicios de Salud; con una gestión eficaz y eficiente, en corresponsabilidad con la sociedad organizada; respetando la equidad de género, derechos e interculturalidad, priorizando los grupos de mayor riesgo en la Región Cusco”.

6.2 Visión de la Dirección Regional de Salud Cusco:

VISION

“Somos una institución descentralizada, líder en la gestión y prestación integral de servicios de salud de calidad, con participación ciudadana; que practicamos la equidad, solidaridad, justicia e interculturalidad, contribuyendo a una mejor calidad de vida de la población en la Región Cusco”.

6.3. Rol Estratégico de la Dirección Regional de Salud Cusco

Consecuente con los retos del nuevo milenio y los nuevos contextos internacionales y nacionales, el reto inmediato e ineludible del desarrollo de la Región Cusco, es la superación de la pobreza y la creación de las condiciones básicas para el pleno ejercicio de las capacidades de su población.

En este contexto, la DIRESA Cusco tiene un rol estratégico, la de preservar el capital humano desde la concepción hasta el límite de la vida, con especial énfasis en los primeros años de la vida y la salud de las madres. En este sentido la Dirección Regional de Salud Cusco, cumple con la función de promover, recuperar y rehabilitar la salud de la población, contribuyendo efectivamente a que las personas tengan la oportunidad de desarrollar sus capacidades y el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

6.4. Principios Básicos de institucionalidad del Plan Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Salud Cusco

Los principios básicos que guiarán el logro y cumplimiento de la Misión y Visión Institucional son:

- Responsabilidad en el cumplimiento del trabajo.
- Respeto mutuo en las relaciones de trabajo y con la comunidad
- Honestidad en el manejo de los recursos institucionales
- Espíritu de iniciativa y superación
- Trabajo en equipo y multidisciplinario
- Reconocimiento a los méritos y esfuerzos destacables.
- Identificación y respeto a la diversidad cultural.

7.0 LINEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

7.1 Política General de Salud de la Dirección Regional de Salud Cusco.-

- Promoción de la salud y la prevención de los daños de salud
- Interculturalidad en la atención de salud.
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- Atención integral de salud (persona, familia y comunidad).
- Atención prioritaria a las poblaciones excluidas y dispersas de los servicios de salud.
- Desarrollo de los recursos humanos
- Aseguramiento Universal de Salud.
- Medicamentos de calidad para todos.
- Desarrollo de la rectoría del sistema de salud regional.

- Descentralización de la función de salud a nivel regional y local.
- Participación ciudadana en salud

7.2 Líneas estratégicas.-

Consecuente con las políticas institucionales, así como con la importancia de los problemas sanitarios prioritarios del presente Plan Institucional, se ha definido las siguientes líneas estratégicas de carácter prioritario:

- Atención integral de salud a la mujer y el niño.
- Desnutrición crónica infantil y anemia
- Enfermedades trasmisibles.
- Enfermedades crónico degenerativas
- Calidad de los servicios de salud
- Participación ciudadana
- Rectoría y Gestión administrativa

Es importante hacer notar que las dos primeras líneas estratégicas: La morbi-mortalidad materna neonatal; y, la segunda: la desnutrición crónica y anemia de los menores de cinco años, se vienen implementando como Programas Estratégicos de carácter regional y nacional, otorgándosele la misma prioridad en el presente Plan Estratégico Institucional.

La línea estratégica de gestión administrativa, tiene que ver con la institucionalidad, provisión y combinación adecuada de los recursos materiales, humanos y financieros.

7.3. Los objetivos estratégicos institucionales.-

a) Objetivos Estratégicos Generales

LINEAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES INSTITUCIONALES
Atención integral de salud a la mujer y al niño	“Reducir la morbi-mortalidad materna neonatal”
Desnutrición crónica infantil y anemia	“Reducir la desnutrición crónica y la anemia en niños menores de 5 años y en la gestante”
Enfermedades transmisibles	“Disminuir la prevalencia de enfermedades trasmisibles”
Enfermedades crónico-degenerativas	“Prevenir y controlar adecuadamente las enfermedades no trasmisibles y otros generados por factores externos”
Calidad de los Servicios de Salud	“Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud”.
Participación Ciudadana	“Promover estilos de vida saludables, atravez de programas de promoción de la salud”.
Rectoría y Gestión Administrativa de Salud	“Fortalecer la rectoría y gestión administrativa”.

b) Objetivos Estratégicos Específicos

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL Nº 1	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
“Reducir la morbi-mortalidad materna neonatal”	1.1.- Fortalecer la gestión de la estrategia materno neonatal.
	1.2.- Promover los conocimientos en salud sexual reproductiva y que acceden a métodos de planificación familiar.
	1.3.- Reducir la morbilidad y mortalidad materna.
	1.4 Reducir la morbilidad y mortalidad neonatal.

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL Nº 2	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
“Reducir la desnutrición crónica y la anemia en niños menores de 5 años y la gestante”	2.1 Fortalecer la gestión de la estrategia nutricional.
	2.2 Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.
	2.3 Reducir la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes.
	2.4 Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL Nº 3	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
“Disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles”	3.1 Disminuir la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH Y SIDA).
	3.2 Reducir la incidencia de la tuberculosis en las zonas de alto riesgo de la Dirección Regional de Salud Cusco.
	3.3 Disminuir la incidencia de las enfermedades metaxinicas y otros transmitida por vectores.

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL Nº 4	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
“Prevenir y controlar adecuadamente las enfermedades no transmisibles y otros generados por factores externos”	4.1 Prevenir y controlar las enfermedades crónicas degenerativas.
	4.2 Disminuir la tasa de morbilidad en salud mental.
	4.3 Disminuir la prevalencia de enfermedades odonto estomatológicas.
	4.4 Brindar atención integral por etapas de vida

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL Nº 5	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
“Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud”	5.1 Fortalecer el componente de Dirección, que comprende la gestión, planificación, regulación, organización, concertación e implementación del sistema de gestión de calidad.
	5.2 Implementar el componente de control institucional y social de la calidad de atención en salud.
	5.3 Fortalecer el componente de la Garantía y Mejora de la calidad de atención en salud.
	5.4 Implementar el proceso de soporte para la calidad, a través del fortalecimiento de las capacidades para la calidad, de los procesos de información y registro para la mejora de la calidad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL Nº 6	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
“ Promover estilos de vida saludables, a través de programas de promoción de la salud”	6.1 Mejorar el nivel educativo de la población en temas de salud.
	6.2 Lograr el involucramiento de la comunidad y familias en acciones de salud.
	6.3 Promover mayores y efectivos niveles de involucramiento del Gobierno Regional y autoridades locales en acciones de salud..

OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL Nº 7	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
“Fortalecer la rectoría y gestión administrativa de Salud”	7.1 Mejorar la gestión de los servicios de salud
	7.2 Mejorar la gestión administrativa para la atención de los servicios de salud promoviendo el acceso universal a los medicamentos, insumos médico quirúrgico y al sistema de apoyo al diagnóstico
	7.3 Optimizar la administración de los recursos materiales, económicos, financieros, gestión patrimonial y los servicios de mantenimiento.
	7.4 Optimizar la administración y desarrollo del Recurso Humano.
	7.5 Optimizar la rectoría, planeamiento e imagen institucional.
	7.6 Contribuir al desarrollo del seguro integral de salud y lograr el aseguramiento universal.
	7.7 Vigilar y controlar los riesgos ambientales, ocupacionales de saneamiento básico, higiene alimentaria, vectores y zoonosis en el ámbito de la región Cusco.
	7.8 Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.

8.0. PROYECTOS PRIORITARIOS

El presupuesto para proyectos de inversión en salud es muy exiguo, no superan el 7% del total del presupuesto programado anualmente. Sin embargo, la formulación, ejecución y puesta en operación de estos proyectos, son parte de la gestión interinstitucional que realiza la DIRESA Cusco, ya sea al Gobierno Regional Cusco o las Municipalidades provincial y distritales y la cooperación técnica internacional.

La intervención en materia de proyectos de inversión, resalta los proyectos referidos a la construcción de establecimientos de salud del primer nivel de atención, financiados por el Gobierno Regional Cusco y Gobiernos Locales Provinciales y Distritales, asimismo, se encuentra en proceso de construcción el Hospital de Sicuani y en formulación los estudios de pre inversión para la construcción de los Hospitales Antonio Lorena, Hospital de Emergencia Macroregional de Cusco, Construcción Hospital de Quillabamba y Hospital para el VRAE, los mismos que responden a una demanda por mejorar y ampliar la cobertura de los servicios de salud para la población de la Región Cusco.

Los principales proyectos de inversión considerados en el Plan, son los que a continuación se detalla. (Ver cuadro N° 29).

Cuadro N° 29

IDENTIFICACIÓN DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA DE HOSPITALES

Nombre	Categoría	Monto de Inversión Estimado S/.	Posible año de inicio de Inversión
Remodelación Hospital Regional del Cusco	III-1	110'000	2012
Construcción Hospital Antonio Lorena	III-1	270'000	2010
Construcción Hospital de Emergencia macroregional Cusco	II-1	180'000	2011
Construcción Hospital Quillabamba.	II-1	120'000	2010
Construcción Hospital para el Valle Rio Apurimac - Ene	II-1	150'000	2010
Instituto de Investigación de Enfermedades Tropicales de Kiteni (TGP)	II-1	100'000	2011
Construcción Hospital de Sicuani	II-1	45'000	2009

Asimismo de acuerdo al Banco de Proyectos del Gobierno Regional Cusco, se cuenta con 122 proyectos con estudios de pre inversión con viabilidad, que forman parte del Plan Multianual de Inversión Pública 2009-2013, en su mayoría están referidos a Centros y Puestos de Salud.

La programación de inversión pública para el quinquenio 2009 – 2013, se estima en 860 millones 121 mil nuevos soles, de los cuales el 91% son previsiones para la construcción y equipamiento de Hospitales y el 9.7 % para la construcción y equipamiento de Centros y Puestos de Salud.

Para la consecución de los objetivos estratégicos del Plan, que complementara las actividades preventivo promocionales, así como la prestación de los servicios de salud, se requiere una inversión de S/. 860,121.00 nuevos soles a ejecutarse en un periodo de cinco años 2009 -2013. (Ver cuadro N° 30).

Cuadro N° 30

Programación Multianual de Inversión Pública en Salud 2009-2013
(En Miles de Nuevos Soles)

DENOMINACION	Monto de Inversión Proyectos Viables (*)					TOTAL S/:
	2009	2010	2011	2012	2013	
Construcción y equipamiento de centros y puestos de salud	22,537	15,024	12,520	12,520	12,520	
Sub Total:	22,537	15,024	12,520	12,520	12,520	75,121
Proyecto Regionales(**)						
Const. Hospital de Emergencia Cusco	-.-	10,000	60,000	60,000	50,000	180,000
Construcción Hospital Antonio Lorena	10,000	100,000	100,000	60,000	-.-	270,000
Remodelación .Hospital Regional Cusco	-.-	-.-	-.-	10,000	60,000	70,000
Construcción Hospital de Quillabamba	10,000	40,000	40,000	30,000	-.-	120,000
Construcción Hospital para el Valle Rio Apurimac - Ene:	-.-	20,000	15,000	10,000	-.-	45,000
Construcción Hospital de Enfermedades Tropicales Kiteni (TGP)	-.-	10,000	30,000	30,000	30,000	100,000
Sub Total :	20,000	180,000	245,000	200,000	140,000	785,000
Total Inversión :	42,537	195,024	257,520	212,520	152,520	860,121

(*) Banco de Datos OPI Gobierno Regional Cusco, ver

(**) Información preliminar DIRESA Cusco

Cuadro N° 31

Naturaleza de la Inversión Pública	Proyectos de Inversión (En miles de nuevos soles)					Total S/.
	2009	2010	2011	2012	2013	
a) En Puestos y Centros de Salud	22,537	15,024	12,520	12,520	12,520	75,121
b) En Hospitales	20,000	180,000	245,000	200,000	140,000	785,000
Total Proyectos de Inversión	42,537	195,024	257,520	212,520	152,520	860,121

El financiamiento del Plan Estratégico Institucional 2009-2013, que considera entre otros indicadores de desempeño de los objetivos estratégicos, proyectado para el año 2013, en mortalidad materna se tiene previsto alcanzar la meta de 90 x 100mil nacidos vivos, 4 por mil nacidos vivos en mortalidad neonatal, 21.5 % en desnutrición, 666 casos de TBC, entre otros, los recursos financieros previstos para el periodo de ejecución del plan, es de S/.1,465,738.00 nuevos soles, correspondiendo para inversión el 58% y gasto corriente 42%.

Cuadro N° 32

Dirección Regional de Salud Cusco Recursos Financieros 2009-2013
(En Miles de Nuevos Soles)

Presupuesto	Años					Total S/.
	2009	2010	2011	2012	2013	
Total Proyectos de Inversión	42,537	195,024	257,520	212,520	152,520	860,121
Total Programación Gasto Corriente	109,605	115,011	120,760	126,873	133,368	605,617
Total General	152,142	310,035	378,280	339,393	285,888	1'465,738

9.0 RECURSOS NECESARIOS.-

Tomando en consideración la tendencia histórica de las asignaciones presupuestales y consecuentes con la objetividad y realismo que debe tener el Plan, se ha visto por conveniente programar los recursos presupuestales con los siguientes criterios:

Primero: Se ha tomado la Programación del Presupuesto de la DIRESA Cusco aprobada por el MEF para el año 2009 (Presupuesto por fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados); esta cifra se ha programado para los años 2010 a 2013, en base al comportamiento de los montos asignados para los años 2006 - 2009.

Segundo: Se ha estimado el monto de Donaciones y Transferencias presupuestales en base a la evolución observada entre 2006 a 2008 en esta partida; para luego considerarlo como una constante en los años de programación, dado que su predicción es aleatoria, pero no menor a esta cifra. (Ver cuadro N° 33).

Cuadro N° 33

Programación del Gasto Corriente por Fuente de Financiamiento (S/.)

Fuentes de Financiamiento	Formulado 2009 (*)	Programado			
		2010	2011	2012	2013
Recursos Ordinarios	98,205,644	103,935,088	109,998,795	116,416,267	123,208,142
Recursos Directamente Recaudados	11,398,869	11,075,591	10,761,482	10,456,281	10,159,736
Total Recursos Ordinarios y RDR (Programa DIRESAC, 446 GR)	109,604,513	115,010,679	120,760,277	126,872,548	133,367,878
Donaciones y Transferencias (**)	29,180,665	29,180,665	29,180,665	29,180,665	29,180,665
Total	138,785,178	144,191,344	149,940,942	156,053,213	162,548,543

(*) Formulado DIRESA Cusco y Aprobado por el MEF para el 2009

(**) Datos estimados para el 2009 en base al comportamiento de la fuente 2006, 2007 y 2008

Fuente: DIRESA Cusco

Elaboración propia

Por otro lado, con el objeto de realizar la programación en el horizonte del Plan por objetivos estratégicos, se ha procedido a reclasificar el presupuesto aprobado de la DIRESA Cusco para el año 2009 por objetivos estratégicos del Plan Estratégico Institucional y se ha realizado la programación, cuidando no sobrepasar los techos presupuestales programados de manera global. El presupuesto institucional es sólo para gasto corriente.

Con información del ejercicio fiscal 2009 se ha programado para el periodo 2010 - 2013, manteniendo la estructura de gasto por objetivos del año 2009. (Ver cuadro N° 34 y N° 35).

Cuadro N° 34

Programación Presupuestaria 2009, según Objetivos Estratégicos Institucionales

Prioridades Institucionales	Redes					Total General S/.	%
	Cusco	Canas Canchis Espinar	Hospital de Apoyo Departamental	Hospital Antonio Lorena	La Convención		
Mortalidad Materno Neonatal	1,466,217	869,674	2,092,154	684,021	1,113,124	6,225,190	5.68
Desnutrición Crónica Infantil	1,161,461	845,587	272,705	14,900	923,273	3,217,926	2.94
Enfermedades Transmisibles	748,849	4,060	-	-	8,600	761,509	0.69
Enfermedades Crónico Degenerativas	-	-	8,574,939	8,624,163	-	17,199,102	15.69
Enfermedades Metaxénicas	1,448,677	4,365,880	2,472,820	1,391,928	457,646	10,136,951	9.25
Calidad de Servicios	22,504,349	4,259,062	2,627,574	2,740,797	5,098,844	37,230,626	33.97
Participación Ciudadana	1,479,816	2,095,504	410,804	123,627	90,420	4,200,171	3.83
Mejorar la gestión administrativa en servicios de salud	21,326,595	2,324,706	2,212,543	2,423,891	2,345,303	30,633,038	27.95
Total General:	50,135,964	14,764,473	18,663,539	16,003,327	10,037,210	109,604,513	
%	45.7%	13.5%	17.0%	14.6%	9.2%	100.0%	100.0%

Fuente: DIRESA Cusco

Cuadro N° 35
Programación Presupuestaria DIRESA Cusco 2009-2013 por Objetivos Estratégicos

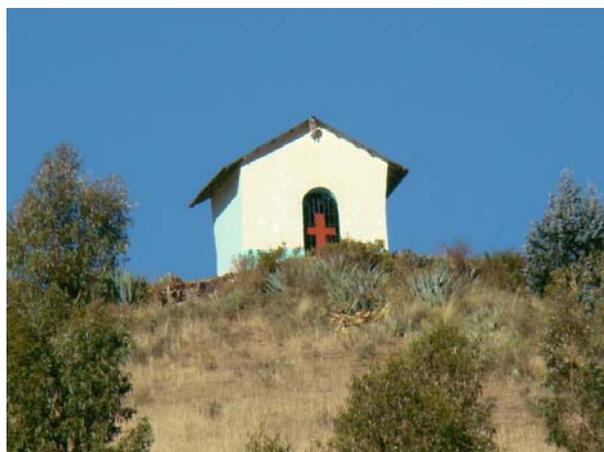
Objetivos Estratégicos Generales	Estimación Presupuestaria Multianual por Objetivos (Gasto Corriente* en Soles)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Mortalidad Materno Neonatal	6,225,190	6,532,243	6,858,802	7,205,960	7,574,874
Desnutrición Crónica Infantil	3,217,926	3,376,648	3,545,453	3,724,906	3,915,605
Enfermedades Transmisibles	761,509	799,070	839,017	881,484	926,612
Enfermedades Crónico Degenerativas	17,199,102	18,047,436	18,949,661	19,908,796	20,928,041
Enfermedades Metaxénicas	10,136,951	10,636,949	11,168,710	11,734,013	12,334,744
Calidad de Servicios	37,230,626	39,067,001	41,020,033	43,096,258	45,302,602
Participación Ciudadana	4,200,171	4,407,342	4,627,673	4,861,902	5,110,810
Mejorar la gestión administrativa en servicios de salud	30,633,038	32,143,991	33,750,929	35,459,230	37,274,590
Total	109,604,513	115,010,679	120,760,277	126,872,548	133,367,878

(*) La estimación considera la fuente de financiamiento recursos ordinarios y recursos directamente recaudados

Cuadro N° 36
Consolidado de los Recursos Financieros Necesarios 2009-2013
(En miles de soles)

Presupuesto	Años					Total S/.
	2009	2010	2011	2012	2013	
Programación Presupuestaria RO y RDR.	109,605	115,011	120,760	126,873	133,368	605,617
Donaciones y Transferencias (**)	29,181	29,181	29,181	29,181	29,181	145,905
Proyectos de Inversión	42,537	195,024	257,520	212,520	152,520	860,121
Total General	181,323	339,216	407,461	368,574	315,069	1,611,643

Fuente: Elaboración propia en base a los cuadros N° 32 y N° 35



10.0 INDICADORES DE DESEMPEÑO

La Línea de Base y los indicadores que medirán el grado de cumplimiento de los objetivos generales y los objetivos específicos para el periodo 2009- 2013, son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCION AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
OEG. 1. REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO NEONATAL	FORTALECER LA GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL.	Normas técnicas para la mejora de los procesos de gestión y condiciones de trabajo en materno neonatal aprobadas	Nº de normas técnicas aprobadas/ Nº de normas técnicas en materno neonatal programadas	1	3	4	5	6	7	DESI- ESSS
	PROMOVER LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y QUE ACCEDEN A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	Cobertura de parejas protegidas	Nº de parejas protegidas por métodos / Población de mujeres en edad fértil x 100	16.60%	16.60%	.=>16.60 %	.=>16.60 %	.=>16.60 %	.=>16.60 %	Estadística e informática/DE SI-ESSS
	REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA	Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos.	Nº de muertes maternas / Nº de nacimientos vivos X 100,000.	105 X 100,000 NV	88 X 100,000 NV	87 X 100,000 NV	86 X 100,000 NV	85 X 100,000 NV	84 X 100,000 NV	Estadística e Informática-Notificaciones epidemiológicas
		Cobertura de partos Institucionales	Nº de partos institucionales atendidos en la región de Q1, Q2 / Total de partos esperados de la región Q1 y Q2 X 100.	74.50%	75%	76%	77%	78%	79%	Estadística e Informática-Notificaciones epidemiológicas

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
		Proporción de establecimientos calificados como FONB	Nº de EE.SS. I-4 con FONB / Total de establecimientos de salud I-4 X 100.	34 EE.SS.	36 EE.SS.	38 EE.SS.	40 EE.SS.	43 EE.SS.	46 EE.SS.	Estadística e informática.
REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL	Tasa de mortalidad Neonatal	(Número de defunciones que ocurren en menores de 29 días/ Total de nacidos vivos en un año determinado) x 1000 NV.	15 X 1000 NV.	14 X 1000 NV	13 X 1000 NV	12 X 1000 NV	11 X 1000 NV	10 X 1000 NV	Estadística e Informática-Notificaciones epidemiológicas, ENDES	
	Tasa de letalidad en niños de 0 a 28 días que fueron atendidos en los servicios de salud.	Nº de defunciones que ocurren en niños de 0 a 28 días atendidos en los servicios de salud en un periodo determinado x100/ total de nacidos vivos complicados, en un periodo determinado.	1.8 X 100 NV.	1.5 X 100 NV.	1.3 X 100 NV.	1.1 X 100 NV.	0.90 X 100 NV.	0.80 X 100 NV.	Estadística e informática.	
	Proporción de atención institucional del RN	Nº de recién nacidos atendidos en EE.SS. En un periodo determinado x 100 / Total del recién nacidos esperados para el periodo.	75.0 X 100	78 x 100	81 X 100	85 X 100	88 X 100	91 X 100	Estadística e informática.-Notificación epidemiológica, ENDES.	
	Normas técnicas para la mejora de los procesos de gestión y condiciones de trabajo en articulado nutricional aprobadas	Nº de normas técnicas aprobadas/ Nº de normas técnicas en nutrición programadas	0	4	> = 4	> = 4	> = 4	> = 4	ESS Nutrición	
OEG. 2. REDUCIR LA DESNUTRICION CRONICA Y LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y LA GESTANTE	FORTALECER LA GESTION DE LA ESTRATEGIA NUTRICIONAL									

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
	MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES	Proporción de niños y niñas menores de 2 años con vacuna completa de acuerdo a su edad	Nº de niños (as) menores de 24 meses con vacuna completa de acuerdo a su edad en un periodo determinado X 100 / Total de niños (as) menores de 24 meses en un periodo determinado.	83.20%	87%	90%	92%	94%	96%	Estadística e Informática, DESI.
Proporción de menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad		Nº de niños (as) menores de 36 meses controlados en CRED, en un periodo determinado x 100 / Total de niños (as) menores de 36 meses en un periodo determinado.	52.30%	57.30%	62.30%	67.30%	72.30%	77.30%	Estadística e Informática, DESI.	
Proporción de menores de 24 meses que recibieron suplemento de hierro		(Nº de niños (as) menores de 24 meses que recibieron suplemento de hierro de acuerdo a norma técnica, en un periodo determinado X 100 / Total de niños (as) menores de 24 meses en un periodo determinado.	33.90%	38.90%	43.90%	48.90%	53.90%	58.90%	Estadística e Informática, DESI.	
Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años		Nº de niños (as) menores de 5 años con talla para la edad con Zscore menor a 2, en un periodo determinado/ Total menores de 5 años, en un periodo determinado.	36.90%	35.90%	34.90%	33.90%	32.90%	31.90%	ENDES	

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCION AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
		Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses	Nº de niños(as) menores de 36 meses con anemia (hemoglobina < a 11g/dl) en un periodo determinado / Total de niños menores de 36 meses con dopaje de hemoglobina en un periodo determinado X 100.	73.10%	69.10%	65.10%	61.10%	57.10%	53.10%	ENDES
	REDUCIR LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	Proporción de neumonías complicadas en menores de 36 meses	(Nº de casos de neumonías complicadas en niños menores de 36 meses en un periodo determinado / Total de casos de neumonías en niños menores de 36 meses en un periodo determinado X 100	41.25%	39.20%	37.20%	35.20%	33.20%	31.20%	Estadística e Informática, DESI.
		Porcentaje de casos de EDAS complicadas (caso de EDA con deshidratación y deshidratación con shock) en menores de 36 meses.	Nº de casos de EDA COMPLICADA (Casos de EDA con deshidratación y deshidratación con shock) en niños (as) menores de 36 meses en un periodo determinado / Total de casos de EDA en menores de 36 meses en un periodo determinado X 100.	3.81%	3.31%	2.81%	2.31%	1.81%	1.31%	Estadística e Informática, DESI.
	REDUCIR LA INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER	Incidencia de bajo peso al nacer	(Nº de recién nacidos con peso menor de 2500 Gr. atendidos en EESS / Total de recién nacidos en EESS) x 100	70.23%	65.23%	60.23%	55.23%	50.23%	45.23%	Estadística e Informática, DESI.

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCION AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
OEG. 3. DISMINUIR LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	DISMINUIR LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH Y SIDA)	Incidência de casos de ITS (VIH/SIDA)	Nº de caso nuevos / Población Total	0.02%	0.01%	< = 0.01%	< = 0.01%	< = 0.01%	< = 0.01%	Estadística e Informática, DESI/ Estrategia.
	REDUCIR LA INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN LAS ZONAS DE ALTO RIESGO DE LA REGIÓN DE SALUD CUSCO	Tasa de Mortalidad por tuberculosis por etapas de vida.	Nº de fallecidos por tuberculosis por etapas de vida / Población total por tuberculosis x 100.	4.80%	4.50%	4.30%	4.10%	3.90%	3.70%	Estadística e informática-ESS TBC.
		Tasa de Morbilidad por tuberculosis por etapas de vida.	Nº de casos nuevos +casos antes tratados + fracasos / Población total anual, por etapas de vida x 100.	62.86%	61.86%	60.86%	59.86%	58.86%	57.86%	Estadística e informática-ESS TBC.
		Tasa de incidencia TBP FP por tuberculosis por etapas de vida.	Casos nuevos de tuberculosis Pulmonar Frotis(+) / Población Total de tuberculosis, por etapas de vida x 100.	57.25	55.25%	53.25%	51.25%	49.25%	47.25%	Estadística e informática-ESS TBC.
	DISMINUIR LA INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTROS TRANSMITIDAS POR VECTORES.	Índice Parasitario Anual (IPA)	Nº de casos confirmados de malaria / Población total en riesgo de transmisión x 1000.	3.10 x 1000	< = 3.10 X 1000	< = 3.10 X 1000	< = 3.10 X 1000	< = 3.10 X 1000	< = 3.10 X 1000	Estadística e Informática, DESI/ ESP y CEM y OTVs.
PREVENIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS.	Prevalencia de Hipertensión Arterial.	Nº de casos de hipertensión Arterial./ Total de población x 10,000.	353.9 x10,000	18%	15%	10 %	5 %	1%	Estadística e Informática, EE.SS. Crónico degenerativa.	

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCION AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
OEG. 4 PREVENIR Y CONTROLAR ADECUADAMENTE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y OTROS GENERADOS POR FACTORES EXTERNOS		Tasa de prevalencia por diabetes Mellitus	Nº de casos de Diabetes Mellitus / Total de Población x 10,000.	106.36 x 10,000	21%	20%	15%	10	5%	Estadística e Informática, EE.SS. Crónico degenerativa.
		Prevalencia del Cáncer de cuello uterino.	Nº de casos de cáncer de cuello uterino / Total de población femenina x 10,000.	1.4 x 10,000	4.3	4.2	4.3	3.9	3.8	Estadística e Informática, EE.SS. Crónico degenerativa.
	DISMINUIR LA TASA DE MORBIMORTALIDAD EN SALUD MENTAL.	Número de personas que reciben atención de salud mental	Nº de personas atendidas en salud mental / total de personas atendidas por toda las causas	8%	12%	18%	24%	36%	54%	ESS - Salud Mental.
		Número de personas con entrevista de tamisaje en salud mental	Nº de personas con tamisaje en salud mental / Total de atendidos en salud mental.	103%	100%	100%	100%	100%	100%	ESS - Salud Mental.
	DISMINUIR LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS.	Porcentaje de personas con alta básica odontológica por etapa de vida	Nº de personas con alta básica odontológica por etapa de vida / Nº Total de personas examinadas por etapa de vida x 100.	4.37%	5.00%	10.00%	15.00%	20.00%	30.00%	Estadística e Informática- ESS Salud bucal.

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
	BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA.	Cobertura de adultos mayores y gestantes rehabilitados.	Nº de adultos mayores y gestantes portadores de prótesis dentales / Nº total de adultos mayores y gestantes de Q1 Q2 x 100.	2%	10%	20%	30%	40%	50%	Estadística e Informática-ESS Salud bucal.
		Porcentaje de PAMs con evaluación clínica integral (VACAM)	Nº de PAMs que se le han realizándola, evaluación clínica integral(VACAM) / Toda la PAM atendida en el EE.SS. X 100.	5%	20%	75%	100%	100%	100%	Estadística e Informática-EV-Adulto mayor
		Porcentaje de PAMs con evaluación categoría frágil.	Nº de PAMs en categoría frágil / Total de PAMs con evaluación integral.	2%	30%	75%	100%	100%	100%	Estadística e Informática-EV-Adulto mayor
OEG. 5. MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE SALUD.	FORTALECER EL COMPONENTE DE DIRECCIÓN, QUE COMPRENDA, LA GESTIÓN, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN, ORGANIZACIÓN, CONCERTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	Porcentaje de Direcciones : DIRESA, RED Hospital III-1 que cuentan con documentos de gestión (ROF,CAP, MOF,PEI,POI)	Nº de Direcciones que cuentan con documentos de gestión/Nº de Direcciones	25%	50%	75%	100%	100%	100%	Documento aprobado-Registro Escalafón
		Porcentaje de Normas (o adecuación) administrativas / sanitarias/	Nº de Normas, Políticas formuladas y aprobadas/Nº de Normas, Políticas Programadas	10%	20%	50%	75%	100%	100%	RD. Registro Escalafón

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
		Políticas, formuladas y aprobadas.								
	IMPLEMENTAR EL COMPONENTE DE CONTROL INSTITUCIONAL Y SOCIAL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.	Porcentaje de EE.SS. que realizan auditoria de la calidad de atención en salud a través del comité de auditoria	Nº de EE.SS, que realizan auditoria de la calidad de atención en salud / Nº de EE.SS. De DIRESA.	6%	25%	40%	55%	75%	100%	Informe de auditoría - DGCS.
		Porcentaje de supervisiones integrales realizadas e informadas, a través de instrumentos, a los órganos desconcentrados.	Nº de supervisiones integrales realizadas / Nº de supervisiones integrales programadas.	50%	75%	85%	100%	100%	100%	Instrumento de supervisión, actas, informes.
	FORTALECER EL COMPONENTE DE LA GARANTÍA Y MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.	Porcentaje de personal profesional y no profesional capacitado en SGCS.	Nº de personas capacitadas en la implementación del SGCS / Nº de personas programadas para la capacitación	75%	100%	100%	100%	100%	100%	Registro de capacitaciones

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCION AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
	IMPLEMENTAR EL PROCESO DE SOPORTE PARA LA CALIDAD, A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES PARA LA CALIDAD, DE LOS PROCESOS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO PARA LA CALIDAD, DE LOS PROCESOS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA LA CALIDAD.	Porcentaje de establecimientos de salud que cumplen con las Funciones Obstétricas y Neonatales.	Nº de EE.SS. Que cumplen umbral de estándares de resultados / Nº de EE.SS. Programados	7%	11%	20%	40%	60%	100%	Registro de capacitaciones
		Índice de insatisfacción del usuario externo	Según SEEUS	Resultado de la primera encuesta	Disminuir la insatisfacción en un 10%	< 20%	< 10%	< 5%	< 5%	Encuesta, DGCS
OEG. 6. PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, A TRAVEZ	PROMOVER MAYORES Y EFECTIVOS NIVELES DE INVOLUCRAMIENTO DEL GOBIERNO REGIONAL Y AUTORIDADES LOCALES EN ACCIONES DE SALUD.	Proporción de municipios saludables	Nº de Municipios Saludables/ Total de municipios del ámbito x 100	60%	35% Q1Q2	50% Q1Q2	50% Q1Q2	50% Q1Q2	50% Q1Q2	Estadística e Informática, Promoción de la Salud.

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCION AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
DE PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD.	MEJORAR EL NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN TEMAS DE SALUD.	Proporción de Instituciones Educativas Saludables	Nº de Instituciones Educativas Saludables / Total de Instituciones Educativas x 100.	40% Q1Q2	35% Q1Q2	50% Q1Q2	50% Q1Q2	50% Q1Q2	50% Q1Q2	Estadística e Informática, Promoción de la Salud.
	LOGRAR EL INVOLUCRAMIENTO DE LA COMUNIDAD Y FAMILIAS EN ACCIONES DE SALUD.	Proporción de Familias Saludables	Nº de Familias Saludables / Total de Familias saludables programadas x 100.	100% Q1Q2	100% Q1Q2	100% Q1Q2	100% Q1Q2	100% Q1Q2	100% Q1Q2	Estadística e Informática, Promoción de la Salud.
OEG. 7. FORTALECER LA RECTORIA Y GESTION ADMINISTRATIVA	MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y GESTIÓN DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE.	Porcentaje de Bancos de Sangre que cumplen los criterios de Sistema de Gestión de la Calidad.	Nº de CH y BS que cumplen los criterios del SGC / Nº Total de CH y BS de la Región x 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Estadística e Informática-DIRECCION DE Servicios de Salud.
		Porcentaje de Sangre disponible para emergencias quirúrgicas.	Nº de Unidades de sangre abastecidas para emergencias medico quirúrgicas / Nº Total de Unidades de Sangre solicitadas para emergencias medico quirúrgicas x 100.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Estadística e Informática-DIRECCION DE Servicios de Salud.

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCION AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
MEJORAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PROMOVRIENDO EL ACCESO UNIVERSAL A LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICO, AL SISTEMA DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.	Porcentaje de medicamentos disponibles en los Establecimientos de Salud.	Nº de Ítems de medicamentos en stock en cantidad equivalente a 01 o más meses de consumo en los establecimientos públicos de salud vs. Nº total de ítems de medicamentos en el informe del consumo integrado (ICI) en los establecimientos de salud digitados en el software del SISMED.	85.50%	91.00%	93%	95.50%	97.00%	98.00%	Base de datos - DMID.	
	Proporción de establecimientos farmacéuticos públicos y privados que cumplen con la buenas prácticas de almacenamiento (BPA)	Nº de establecimientos farmacéuticos (droguerías, farmacias, boticas, botiquines), públicos y probados, que cumplen con las BPA Vs. El Nº total de establecimientos farmacéuticos inspeccionados x 100.	59%	61%	63%	65%	67%	69%	Base de datos - DMID.	
	Razón de examen de laboratorio por atenciones en consulta externa	Nº de análisis realizados en laboratorio provenientes de consultorio externo / Nº de atenciones consultorio externo	54%	59%	60%	62%	65%	68%	Oficinas de estadística e Informática de cada Establecimiento -Unidad Ejecutora / OEI	

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
	OPTIMIZAR LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES, ECONÓMICOS, FINANCIEROS, GESTIÓN PATRIMONIAL Y SERVICIOS DE MANTENIMIENTO.	Eficacia de la ejecución	Nº de procesos de adquisiciones realizadas / Nº de procesos de adquisición programadas en el plan Anual de adquisiciones x 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Oficina Ejecutiva de Administración
			Presupuesto Ejecutado por fuente de Fte. Fto. / Presupuesto programado por Fte. Fte x 100..	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Oficina Ejecutiva de Administración
	OPTIMIZAR LA GESTIÓN, EL DESARROLLO, LAS COMPETENCIAS, RECURSOS ECONÓMICOS Y CONDUCCIÓN SECTORIAL DE LA OGDPH.	Proporción de servidores que se benefician de la capacitación	Nº de servidores capacitados/ Total servidores programados en el Plan anual de capacitación.	20%	20%	22.50%	25%	27.50%	30%	OGDPH- Capacitación
	OPTIMIZAR LA RECTORÍA, PLANEAMIENTO E IMAGEN INSTITUCIONAL.	Porcentaje de las Unidades desconcentradas que cuentan con equipos capacitados en Gestión local de Salud.	Nº de Órganos desconcentrados que cuentan con equipo básico de Salud capacitados en gestión local/Total de Órganos desconcentrados programados x100	13%	20%	20%	20%	20%	20%	OGDPH

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL AL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
		Reuniones del comité de Gestión con Órganos Desconcentrados.	Nº de reuniones realizadas Órganos Desconcentrados / Nº de reuniones programadas con Órganos desconcentrados x 100.	0	01	02	02	02	02	Dirección General.
		Eficacia de Programación y formulación del presupuesto.	Nº de Unidades Ejecutoras que programan y formulan sus presupuesto 2009 de acuerdo a la normatividad vigente/Nº de Unidades ejecutoras x100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Oficina de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud.
		Monitoreo y seguimiento de proyectos de inversión ejecutados.	Nº de acciones de monitoreo y seguimiento ejecutadas/Nº de acciones de monitoreo y seguimiento programadas x 100.	0	100%	100%	100%	100%	100%	Oficina de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud.
	CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LOGRAR EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL.	Porcentaje de personas afiliadas al SIS	Nº de personas afiliadas al SIS (Afiliados vigentes a la fecha de corte / Nº de población programada de SIS. X 100	77.60%	85%	90%	94%	97%	100%	Base de datos del SIS.
	VIGILAR Y CONTROLAR LOS RIESGOS AMBIENTALES, OCUPACIONALES DE SANEAMIENTO BÁSICO HIGIENE, ALIMENTARIA, VECTORES Y ZOONOSIS EN EL ÁMBITO DE LA REGIÓNCUSCO.	Porcentaje de Población con Acceso a Saneamiento Básico Vigilados	Población con acceso a saneamiento básico vigilados / Población Total.	74%	76%	79%	81%	83%	85%	Fichas de campo, resultados de laboratorio, informes operacionales de la DSA.

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
		Porcentaje de población que consume Alimentos procesados y manipulados vigilados sanitariamente (Kioscos escolares, Industrias alimentarias y manipuladores de programas sociales)	Población que consume alimentos inocuos / Pob. Total.	19.80%	19.9%	20.0%	20.01%	20.02%	20.03%	Actas de inspección, Informes operacionales.
		Porcentaje de la población protegida a través de la vigilancia y control de las enfermedades zoonoticas en el reservorio.	Población protegida a través de la vigilancia en el reservorio / Pob. Total.	0.2945%	0.2999%	0.3501%	0.3503%	0.504%	0.3507%	Registros, informe Operacional.
		Porcentaje de la población protegida a través de la vigilancia	Población protegida a través de vigilancia y control de vectores / Pob. Total.	15%	15.08%	15.09%	15.10%	15.11%	15.60%	Informe Operacional, formatos de campo.
	CONDUCIR Y EJECUTAR COORDINADAMENTE CON LOS ORGANOS COMPETENTES LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS DE EMERGENCIA Y DESASTRES	Porcentaje de Unidades Notificantes que cumplen oportunamente (dentro del plazo establecido por la DE) con la notificación semanal de Vig.Epidemiolog.	Nº de Unidades Notificantes del Sistema de vigilancia epidemiológica que cumplen con notificar semanalmente en forma oportuna / Nº Total de Unidades Notificantes del Sistema de vigilancia epidemiológica	296 unidades notificantes (97%)	296 unidades notificantes (97%)	300 unidades notificantes (97%)	310 unidades notificantes (97%)	310 unidades notificantes (97%)	310 unidades notificantes (97%)	Dirección de Epidemiología

OBJETIVO GENERAL PLAN ESTRATEGICO O INSTITUCIONAL 2009 - 2013	OBJETIVO ESPECIFICO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	INDICADOR								
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	2009	2010	2011	2012	2013	FUENTE
		% de reportes de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades que notifican oportunamente dentro de los plazos establecidos	N° de Reportes de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades de intervención de eventos adversos/N° total probable programado de reportes	64 Reportes EDAN (150%)	80 Reportes EDAN (100%)	Dirección de Epidemiología				
		% de elaboración e implementación de Planes de Prevención y Control de Emergencias y Desastres	N° e implementación de planes de Prevención y Control de Emergencias y Desastres/N° total de planes programados de Emergencia y Desastres.	12 Planes (171%)	12 reportes EDAN (150%)	12 reportes EDAN (100%)	Oficina de Emergencia y Desastres			
		% de Declaratorias de Alertas de Prevención y Control de Emergencias y Desastres(eventos adversos)	N° de Declaratorias de Alertas de prevención y control de Emergencias y Desastres (Eventos adversos)/N° total de Declaratorias Programadas.	16 Declaratorias (100%)	20 Declaratorias (100%)	Oficina de Emergencia y Desastres				

**PARTICIPANTES DEL TALLER CENTRAL DE PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL**
Fecha: 29, 30 de setiembre y 01 de Octubre del 2008.

Nro	Apellidos y Nombres	Profesión	Cargo	INSTITUCION
01	ROZAS HUACHO ZONIA	MEDICO	RESP.INICIATIVAS DE POLITICAS	USAID
02	CHEVARRIA LAZO CARLOS	ECONOMISTA	UNICEF	UNICEF
03	DEL CARPIO GARCIA VICTOR	MEDICO	FACILIT.REGIONAL	USAID
04	CORONADO MIGUEL ANGEL	LIC. ADM.	PLANIFICADOR	G.REGIONAL
05	VEGA MONGE SERAPIO	ECONOMISTA.	PLANIFICADOR	G.REGIONAL
06	ACURIO MENDOZA GEORGINA	ENFERMERA	RESP. COLEG DE ENFERMERAS.	COLEGIO DE ENFERMERAS
07	ABRILL GAMARRA MARLENI	LIC.ADM.	OF.ORGAN.PLANES	DIRESA
08	ALVAREZ OCHOA JOEL	Q.FARMACEUT	FARMACEUTICO	DIRESA
09	AYMA CORNEJO LUIS	BIOLOGO	RESP.LABORATORIO REFERENCIAL	DIRESA
10	CACERES ALLENDE LILIAN	ANTROPOLOGA	DIREC.PROMOCION	DIRESA
11	CAMERO ZAVALATA CECILIA	MEDICO	DIRECCION SERVICIOS DE SALUD.	DIRESA
12	CHALLCO BENAVENTE ANGELICA	LIC.COMUNICAC.	RESP. RR.PP	DIRESA
13	CHIRINOS ANTEZANA IVONNE	CONTADORA	D.EJEC.ADMINISTRAC.	DIRESA
14	DIAZ HUAMAN RODOLFO	LIC.COMUNICAC.	OFICINA RR.PP	DIRESA
15	DUEÑAS ALVAREZ WILBERT	INGENIERO	INGENIERO	DIRESA
16	ESQUIVEL MEZA YANNINA	BIOLOGA	TEC.SALUD OCUPACIONAL	DIRESA
17	FUENTES CARAYHUA ISABEL	ENFERMERA	D. ATENCION INTEGRAL DE SALUD	DIRESA
18	GIL GONZALES VICTOR	COMUN.SOCIAL	RESP. PROMOCION	DIRESA
19	GONZALES CASTILLA LUIS	MEDICO	DIREC.EPIDEMIOLOGIA	DIRESA
20	GRAJEDA ANCCA PABLO	MEDICO	SUB DIRECTOR REGIONAL	DIRESA
21	JANQUI GUZMAN ARTURO	MEDICO	RESP. CAPACITACION	DIRESA
22	LAZO VALDERRAMA DEYSSI	NUTRICIONISTA	RESP. ESTRATEGIA SANITARIA DE NUTRICION	DIRESA
23	MALDONADO SALAS TULA	ENFERMERA	COORD.METAXENICAS	DIRESA
24	MEDRANO ESQUIVEL VICTORIA	ASISTENTA SOCIAL	D.POTENCIAL HUMANO	DIRESA
25	QUISPE VALDEZ PEDRO L.	ECONOMISTA	D.E . PLANEAMIENTO	DIRESA
27	PEREZ FASABI FERNANDO	MEDICO	D.INTELEG.SANITARIA	DIRESA
28	QUISPE BLANCO KETTI	OBSTETRIZ	COORD. ESTRAT. MATERNO NEONATAL	DIRESA
29	QUISPE PERALTA SANTIAGO	ING.SISTEMAS	COORD.DEFENSA NAC	DIRESA
30	ROBLES MENA HILDA	ENFERMERA	D.E. SALUD INDIVIDUAL	DIRESA
31	ROJAS ASTETE MARIA. LUISA	PSICOLOGA	COORD. SALUD METAL	DIRESA
32	RUEDA PANTIGOZO JOSE M	MEDICO	D.E. SALUD COMUNITARIA	DIRESA
33	SACO MENDEZ SANTIAGO	MEDICO	DIRECTOR REGIONAL	DIRESA
34	SOLIS SILVA FREDDY	ECONOMISTA	D.ESTADISTICA	DIRESA
35	ZVIECHOVICH GUERRA ROCIO	C.DENTISTA	COORD. SAÑID BUCAL	DIRESA
36	HUALLER GAMBIA FERMIN	TEC.ADM.	ENCARG.PRESUPUEST.	H.A.LORENA
37	HUARHUA ZAPATA YULI	L.ADMINISTRAC	JEFE PLANEAMIENTO	H.A.LORENA
38	TIMPO DE BREIBAT VILMA	ENFERMERA	JEFE ENFERMERAS	H.A.LORENA
39	LINARES SALAZAR EFRAIN	MEDICO	DIRECTOR	H.REGIONAL
40	PALMA PAJA JESUS	PSICOLOGO	JEFE PSICOLOGIA	H.REGIONAL
41	SALAS CARRION RAUL	MEDICO	PLANIFICACION	H.REGIONAL
42	VICTORIO GONZALES J.CESAR	INGL.QUIMICO	JEFE PLANEAMIENTO	H.REGIONAL
43	ZARATE DALEUIS SONIA	CONTADORA	D. ADMINISTRACION	H.REGIONAL
44	HUACACHI TREJO HECTOR	MEDICO	DIRECTOR	KIMBIRI
45	JORDAN SIHUAY GUIDO	MEDICO	GERENTE MICRO RED	KIMBIRI
46	PILLCO ORTEGA HILDA	ENFERMERA	RESP.EPIDEMIOLOGIA	KIMBIRI
47	QUISPE MERCADO CESAR	ENFERMERA	RESP.PLANEAMIENTO	KIMBIRI

48				
49	DIAZ ROJAS ELSA	OBSTETRIZ	RESP. SE SALUD SEXUAL REPROD.	LA CONVENC.
50	CABALLERO AVILA MIRIAM	TEC.ESTADISTCO	RESP.ESTADISTICA	LA CONVENC
51	HUALLHUAMAN PANIHUARA FORTUNATA	ENFERMERA	RESP.PROMOCION	LA CONVENC
52	PACORI HUAMAN PERCY	CONTADOR	JEFE ECONOMIA	LA CONVENC
53	VALCARCEL SALAS DAVID	MEDICO	DIRECTOR DE RED	LA CONVENC.
54	CACERES ZAVALA DOLORES	ESTADISTICA	JEFE DE ESTADISTICA	RED CCE
55	CORBACHO GUTIERREZ PAUL	NUTRICIONISTA	NUTRICIONISTA	RED CCE
56	MUÑOZ RODRIGUEZ JESUS	MEDICO	DIRECTOR DE RED	RED CCE
57	OCHOA VALLE EDWARD	MEDICO	JEFE DESARROLLO INTEGRAL	RED CCE
58	PUMA ESCOBAR BENILDA	OBSTETRIZ	CORDINADOR	RED CCE
59	ROJAS QUINCHO PASCUAL	TECNICO	JEFE PLANEAMIENTO	RED CCE
60	CALLER CONTO HERMITAÑO	ENFERMERO	RESP.PROMOCION	RED NORTE
26	NINA HUILLCA LILIANA	ENFERMERA	RESP.PLANEAMIENTO	RED NORTE
61	CASTANEDA PONZE DANIEL	MEDICO	DIREC. RED NORTE	RED NORTE
62	ESCALANTE PORTILLO ADOLFO	MEDICO	GERENTE MICRO RED	RED NORTE
63	FARFAN OCHOA JORGE OMAR	MEDICO	OFICINA DESARROLLO INTEGRAL	RED NORTE
64	GARCIA GARCIA FERNANDO	MEDICO	JEFE EPIDEMIOLOGIA	RED NORTE
65	LAURENTE ARQUE ABEL	A.SISTEMAS	RESP.ESTADISTICO	RED NORTE
66	MACEDO CALDERON YOLANDA	ENFERMERA	COORD.NUTRICION	RED NORTE
67	SOTO LUGUI BERNARDO	ODONTOLOGO	COORDINADOR	RED NORTE
68	UGARTE LARICO MARIA ELENA	OBSTETRIZ	COOR. SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA	RED NORTE
69	ALEJO RAMOS MIRIAM	OBSTETRIZ	COORD.SALUD SEXUAL REPRODUCTIVATS	RED SUR
70	BERNABLE VILLASANTE LUZ	OBSTETRIZ	COORD.ETAPA NIÑO	RED SUR
71	CONDORI CONDORI MERY	ENFERMERA	JEFE PLANIFICACION	RED SUR
72	GAMARRA VELARDE ELIZABETH	ENFERMERA	COORD. ESANS	RED SUR
73	LAURENTE FLORES ROLANDO	ENFERMERA	RESP.ESTADISTICA	RED SUR
74	LUGO ESQUIVEL MARIA	ING.SISTEMAS	JEFE EPIDEMIOLOGIA	RED SUR
75	MENDOZA GAMARRA DENIS	ENFERMERA	DIRECTOR RED	RED SUR
76	MUÑIZ ORE BLANCA	ENFERMERA	RESP.EPIDEMIOLOGIA	RED SUR
77	NAVARRO MENDOZA DARIO	MEDICO	JEFE MICRO RED	MR. URCOS

FACILITADORE DEL TALLER PEI: MGT. OLGHER DUEÑAS CABRERA