



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO



PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD 2005 AL 2021



¡ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL CUIDANDO TU SALUD!!

CUSCO, 11 DE OCTUBRE 2005

CAPITULO I
MARCO DE REFERENCIA POLITICO
ESTRATEGICO

I. MARCO DE REFERENCIA POLITICO ESTRATEGICO

La elaboración del Plan Regional Concertado de Salud – Región Cusco 2005-2021, se inicia haciendo referencia a la situación de la salud, en un contexto de cambios tecnológicos a nivel mundial, nacional y regional; sus condicionantes y servicios, y cuáles son los problemas prioritarios a los que se enfrenta, qué objetivos de mejora se pueden enunciar, y cómo pueden abordarse estos problemas.

1.1 En el contexto mundial

Tendencias del Proceso de Globalización

La globalización de la economía mundial esta moldeando los patrones de salud global y que la morbilidad y mortalidad asociadas esta afectando la capacidad de los países para lograr el crecimiento económico. La globalización de la salud pública tiene importantes implicancias para el acceso a la atención básica de salud. Javier Pérez de Cuéllar, ex Secretario General de las Naciones Unidas, considera que en un contexto global es urgente una ética global con una perspectiva cultural global que podría estar basada en:

- ? Los derechos y las responsabilidades humanas;
- ? La democracia y los elementos de la sociedad civil;
- ? La protección de las minorías;
- ? El compromiso de la resolución pacífica de los conflictos con una negociación leal y,
- ? La equidad dentro y entre las generaciones

Tal es el caso del derecho a la salud, que aunque es una de nuestras necesidades prioritarias, es actualmente difícil de sostener: todo indica que algunos ciudadanos podrán acceder a la tecnología de punta que proporciona la medicina globalizada y otros, las "grandes minorías", seguirán siendo amparados por programas como los de atención primaria a la salud y atención a la salud para población abierta. Este último constituirá una de las estrategias de atención a la salud de mayor importancia, debido al actual crecimiento de la población desempleada a raíz de la modernización tecnológica de las empresas transnacionales en nuestro país y de la reciente desaceleración de la economía estadounidense.

En esta perspectiva la enfermedad es visualizada como un sistema de perturbaciones individuales y colectivas, biológicas y sociales, que implica respuestas no solo de resolución biológica sino que demandan estrategias económicas, sociales y políticas. Siendo incongruente formular metas de reducción de tasas de morbilidad, desconectadas de una estrategia que modifique condiciones de pobreza y de mejoramiento del entorno ambiental.

Declaración del Milenio

La Declaración del Milenio, aprobada por los líderes del mundo en la Cumbre del Milenio celebrada por las Naciones Unidas en el año 2000, se plasmaron las aspiraciones de la comunidad internacional para el nuevo siglo; expresa las preocupaciones de los Jefes de Estado en los temas de paz, seguridad y desarrollo, incluyendo las áreas de gobierno, derechos humanos, y cuestiones ambientales. También prioriza un conjunto de objetivos de desarrollo interconectados en una agenda global. En 2001, las metas de desarrollo contenidas en la Declaración del Milenio fueron designadas como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). Los ODMs sintetizan las metas cuantitativas y los objetivos del monitoreo del desarrollo humano que deben ser alcanzados entre 1990 y 2015. Hay ocho ODMs, los cuales están asociados a 18 metas y 48 indicadores de tipo cuantitativo.

Objetivos de desarrollo del milenio

- ? Erradicar la pobreza extrema 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.

El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio requiere de la participación, el esfuerzo y compromiso de todos los actores sociales el Estado, la población organizada y la cooperación internacional.

El Informe 2004 "Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú", sintetiza su accionar deseando que el trabajo por la consecución del logro de objetivos sea una tarea solidaria, concertada y compartida para que el Perú llegue al año 2015 como un país más próspero y equitativo.

En países de América Latina y el Caribe la Caracterización de la exclusión en salud particularmente para el caso del Perú ha tenido los siguientes resultados.

- ? Los factores externos al sistema de salud (barreras de entrada) explican el 54% de la situación de exclusión en salud: (pobreza 13%; condición rural 16%; falta de servicios públicos de saneamiento y electricidad en la vivienda (13%); discriminación étnica (7%)
- ? Problemas de suministro de servicios de salud dan cuenta del 46% de la situación de exclusión
- ? 10% de la población (2,59 mill.) se encuentra totalmente excluida del sistema¹.
- ? En cuanto al perfil de la población excluida, que no solo es un problema en el sector salud:

La población excluida está compuesta básicamente por los pobres (87% en el caso de Perú y Honduras) que residen en zonas rurales (entre 60% y 80%) y forman parte de la fuerza laboral independiente o dependiente sin contrato de trabajo (68%).

- ? Existe un alto grado de asociación negativa entre el nivel de pobreza y la afiliación a seguros de salud
- ? La población excluida y con alto riesgo de exclusión se ubica en un 47% - 54% el rango de edad de 18-65 años
- ? Escaso grado de instrucción: (entre 74% y 90% de la población excluida tiene un nivel de instrucción inferior a la primaria)

1.2 En el contexto nacional

Política Nacional

- ? Constitución Política del Perú:
Título I De la persona y de la Sociedad; Capítulo I Derechos Fundamentales de la Persona.
- ? Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización.

¹ Pan American Health Organization 2004 Foro regional de reforma del sector salud
Dra. María Cecilia Acuña HP/SHD/OPS-OMS 19-22 de Julio 2004

- ? Ley N° 27867 Ley Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902
Título I Disposiciones Generales, Artículo 10°.- Competencias exclusivas y compartidas establecidas en la constitución y la Ley de Bases de la Descentralización
Título IV Funciones; Capítulo II Funciones Específicas; Artículos 46°; 49°; 51° y 58°.
- ? Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades.
Título Preliminar, Artículo I Gobiernos locales, Artículo IV Finalidad
Título V las competencias y Funciones Específicas de los Gobiernos Locales;
Capítulo I Las Competencias y Funciones Específicas Generales; Artículo 73°
Capítulo II Las Competencias y Funciones Específicas; Artículo 80°; 84; 85°
- ? Ley General de Salud – 26842 : responsabilidad del Estado en provisión servicios de salud pública y promoción del aseguramiento universal
- ? Ley de Modernización de la Seguridad Social (1997): Flexibilizó monopolio público en atención médica a asegurados.
- ? Ley General de Servicios de Saneamiento – 26338
- ? Política de Seguridad Alimentaria 2004-2015 (Presidencia del Consejo de Ministros)
- ? Lineamientos Nacionales de Políticas de Salud, Estrategias Nacionales de Salud.

Acuerdo Nacional

Hecho histórico sin precedentes, donde el gobierno peruano, siete partidos políticos y siete organizaciones de la sociedad civil firmaron el Acuerdo Nacional de Gobernabilidad, que señala 29 políticas que servirán de guía a los gobiernos de los próximos 20 años.

Objetivos, Firmantes y Asistentes

Las 29 políticas para la gobernabilidad del Perú responden a cuatro objetivos:

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

El segundo objetivo que se cita, es en el cual se enmarca los propósitos del presente Plan; en el se procura todo cuanto se refiere a la atención de los servicios de Salud, cuyo contenido específico consideramos necesario detallar a continuación:

Equidad y Justicia Social

Afirmamos que el desarrollo humano integral, la superación de la pobreza y la igualdad de acceso a las oportunidades para todos los peruanos y peruanas, sin ningún tipo de discriminación, constituyen el eje principal de la acción del Estado. Consecuentes con ello, nos comprometemos a:

- ? Adoptar medidas orientadas a lograr la generación de oportunidades económicas, sociales, culturales y políticas, erradicando toda forma de inequidad y de discriminación, en un contexto de pleno respeto a los Derechos Humanos.
- ? Garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, promoviendo el acceso universal a la jubilación y la seguridad social, y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado.
- ? Propiciar el acceso de cada familia a una vivienda digna y a condiciones básicas para un desarrollo saludable en un ambiente de calidad y seguridad.

Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 – 2012 y principios para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio 2001 – 2006 OPS/OMS-Perú

El Ministerio de Salud del Perú en el marco de contribuir a la lucha contra la pobreza y al desarrollo integral del pueblo peruano, hace la presentación de un documento de políticas de salud para los próximos años, el cual sirva como instrumento que oriente el accionar particularmente del sector salud, en la construcción de una sociedad más solidaria, justa, democrática y saludable.

VISION:

A mediados de la década 2010 – 2020, la salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basados en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y una cultura de solidaridad, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integra los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población.

PRINCIPIOS BASICOS:

El Ministerio de Salud considera que los principios orientadores de la política de salud para enfrentar los problemas tanto de salud como los del sector, debe ser expresión de respeto a la persona para los próximos 10 años, precisando que:

1. La Solidaridad es el camino
2. La Universalización del acceso a la salud es nuestra legítima aspiración.
3. La familia es la unidad básica de salud con la cual trabajar.
4. La integridad de la persona y de la atención se corresponden.
5. La eficacia y la eficiencia son exigencias irrenunciables.
6. La calidad de la atención es un derecho ciudadano.
7. La equidad es un principio elemental de la justicia social.

Lineamientos Generales para la Década 2002 – 2012

A partir del análisis de los principales problemas de salud y del sector, el Ministerio de Salud propone al país Lineamientos Generales que orienten las políticas de salud en el periodo 2002 - 2012

| PROBLEMAS PRIORIZADOS | LINEAMIENTOS GENERALES 2002-2012 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. -Deficiente Salud Ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento de las no transmisibles. | 1. - Promoción de la Salud |
| 2. - Elevada Desnutrición infantil y Materna | |
| 3. - Elevada Mortalidad Infantil y Materna. | |
| 4. - Reducida cobertura y aumento de la exclusión. | 2. - Atención Integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (seguro Integral SIS, Essalud y otros) |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.- Limitado acceso a los medicamentos | 3.- Política de suministro y uso racional de Medicamentos, política andina de Medicamentos. |
| 6.- Ausencia de Política de Recursos Humanos. | 4.- Política de Gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad. |
| 7.- Segmentación e Irracionalidad en el Sector Salud. | 5.- Creación del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de salud. |
| | 6.- Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud. |
| 8.- Desorden Administrativo y ausencia de rectoría del Ministerio de salud. | 7.- Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial. |
| 9.- Financiamiento insuficiente e inequitativo. | 8.- Financiamiento Interno y Externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad. |
| 10.- Limitada participación ciudadana y promoción de la misma. | 9.- Democratización de la salud. |

1.3 En el contexto regional

La preeminencia de las decisiones de los actores locales por sobre otras decisiones que no responden a los intereses locales, es lo que define un proceso de desarrollo, en ese sentido, el desarrollo y diseño de una Plan Regional Concertado de Salud, requiere el aporte, intervención y compromiso de todos los actores de la región, siendo esta unión y concertación de voluntades, las bases para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos de lo programado.

El actual proceso de descentralización como medio para llegar a un objetivo que es el desarrollo pleno y eficaz de nuestro país, pasa por tener espacios geográficos autónomos y fuertes, con economías y procesos internos fuertes que ayuden al cumplimiento de las metas o objetivos trazados en los planes sectoriales que vienen a plasmar las aspiraciones del eje estratégico de condiciones de vida, que forma parte de una instrumento mayor llamado Plan de Desarrollo Regional.

La responsabilidad del Estado en cuanto a la provisión de adecuados servicios de salud, encaja en la participación ciudadana para el diseño y gestión de dichos servicios y en un proceso de planeamiento sectorial adecuado a las realidades de nuestra región, lográndose una participación y concertación en el planeamiento de un futuro a mejorar.

Siendo el Desarrollo Regional, un proceso orientado por sus actores, una acción de transformación del territorio en una determinada dirección, y además permanente, esta requiere de la concertación entre Estado y Sociedad Civil para la identificación y ejecución de las acciones priorizadas, debe ser el pilar de un proceso que fortalece y fortifica la descentralización, logrando conductas colectivas de los diversos actores destinadas y orientadas hacia un mismo fin, el desarrollo regional.

La Implementación de políticas sectoriales regionales, son básicas para una adecuada administración de los servicios de salud, facilitando la gobernabilidad y el buen gobierno, con una participación constante de la sociedad civil en todos sus etapas, todos, Estado y Sociedad civil hacia el crecimiento y desarrollo con oportunidades para unas mejores condiciones de vida.

El desarrollo humano regional sustentable, permite la ampliación de las oportunidades de las personas, con el conocimiento adecuado de sus derechos y capacidades y la satisfacción de las necesidades de la población sin poder en peligro a las futuras generaciones.

Plan Estratégico de Desarrollo Regional Concertado Cusco al 2012

Objetivo Estratégico General.

Mejorar las condiciones de vida de la población, potenciando el factor humano, consolidando la institucionalidad regional, articulando e integrando nuestra región, agregando valor a la producción regional mediante procesos de transformación e industrialización, aprovechando en forma sostenible sus potencialidades, desarrollando: la actividad turística, nuestro sector minero energético y la actividad agrícola, en torno a la puesta en valor de la biodiversidad genética, así como gestionando la ejecución de megaproyectos.

Ejes Estratégicos para el Desarrollo Regional – Cusco

| Bases para el Desarrollo | Potencialidades Económicas |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones de Vida 2. Factor Humano 3. Gestión de RR.NN. y Medio Ambiente 4. Institucionalidad Regional 5. Articulación y Comunicación 6. Valor Agregado a la Producción | <ol style="list-style-type: none"> 7. Actividad Turística 8. Minero Energético 9 Desarrollo Agropecuario |

EJE 1: CONDICIONES DE VIDA

Objetivos Estratégicos para el Largo Plazo

Garantizar que la población de la región, en especial sus sectores más vulnerables y la población que vive en situación de pobreza tengan acceso a la salud, a una justicia adecuada en un medio ambiente saludable, disminuyendo sustantivamente las inequidades en la prestación de los servicios básicos de salud, saneamiento y justicia y empoderamiento a la población en el ejercicio de sus deberes y en el conocimiento, vigilancia y defensa de sus derechos ciudadanos.

Mediano plazo

Incrementar el acceso de la población más vulnerable a los servicios de salud, promoviendo mecanismos de participación ciudadana.

Dirección Regional de Salud Cusco

VISION.-

A fines del año 2006 la Dirección Regional de Salud Cusco contribuye a la mejora de la calidad de vida de la población de la Región, es una organización líder, eficiente y competitiva en la protección de la Salud, con gestión Técnica administrativa que permite el acceso universal con equidad, respecto a la diversidad cultural y participación comprometida de la comunidad.

MISION.-

La Dirección Regional de Salud Cusco promueve, previene, recupera y rehabilita la salud de la población de la Región, priorizando a los grupos mas vulnerables

brindando atención integral de salud con calidad, utilizando eficientemente los recursos y comprometiendo la participación activa de los actores sociales.

LINEAMIENTOS DE POLITICA

De acuerdo a lo analizado y determinado como prioridades para el Ministerio de Salud en el 2002, el Plan Estratégico Institucional 2002-2006 del MINSA se tiene como Lineamientos de Política los siguientes:

- ? Cobertura Universal de salud a través de la promoción de Salud Prevención de la Enfermedad priorizando a los sectores de mayor pobreza.
- ? Extensión y Universalización del aseguramiento en Salud a través del Seguro Integral de Salud.
- ? Promoción del uso racional de Medicamentos Priorizando los Genéricos, garantizando su accesibilidad, Calidad y Regulación.
- ? Fortalecer las capacidades de Planificación y Gestión de Políticas de Salud a nivel Nacional permitiendo que el MINSA ejerza su rol de conducción Social.
- ? Promover la Revaloración y Dignificación de los Recursos Humanos.
- ? Descentralización del Sector Salud que promueva la participación ciudadana y de todos los sectores y agentes de la Salud.
- ? Impulsar el nuevo modelo de Atención Integral de la Salud.
- ? Financiamiento Interno y Externo orientado a los sectores más pobres.
- ? Democratización de la Salud.

LINEAMIENTOS DE POLITICA INSTITUCIONAL DE LA DIRESA-CUSCO

De acuerdo a lo analizado y determinado como prioridad para la DIRESA Cusco, los lineamientos de Política 2002-2006 son los siguientes:

- ? Modernizar, optimizar y descentralizar la Gestión administrativa de la DIRESA-Cusco.
- ? Fortalecer el acceso Universal de la población a la Atención Integral con calidad y a la Promoción de la salud en todos los niveles de atención.
- ? Atender de manera Integral las prioridades sanitarias del Niño, adolescente y Mujer.
- ? Controlar los riesgos y daños asociados a las enfermedades transmisibles con enfoque integral fomentando la participación comunitaria.
- ? Contribuir a la disminución de los factores de riesgo medio ambientales que afectan a la salud de las personas.
- ? Contribuir a la disminución de los problemas sanitarios de causalidad Psicosocial con enfoque integral.
- ? Promover la corresponsabilidad y vigilancia ciudadana en las acciones de salud.

PRIORIDADES SANITARIAS DE GESTION

De acuerdo al análisis de la problemática sanitaria y de Gestión, se han planteado las siguientes prioridades Regionales para el periodo 2002-2006:

- ? Alta Razón de Mortalidad Materna.
- ? Altas Tasas de Mortalidad Neonatal.
- ? Alta tasa de Mortalidad Infantil.
- ? Alta Prevalencia de desnutrición crónica y anemia moderada.
- ? Incremento de embarazos en adolescentes.
- ? Alta incidencia de Tuberculosis, SIDA, ITS, MALARIA y otras enfermedades Metaxénicas.
- ? Elevada incidencia de enfermedades prevenibles en el escolar y adolescente.
- ? Incremento de factores de riesgo medio ambientales y psicosociales que afectan la salud de las personas.
- ? Atención segmentada en los EE. SS. con deficiente acceso de la población pobre y de extrema pobreza.

- ? Sistema de vigilancia poco desarrollado, que no permite respuesta oportuna e integral frente a los daños y problemas de importancia de salud pública que afecta con más énfasis a la población más vulnerable.
- ? Sistema de servicio de salud con capacidad poco desarrollada para dar respuesta oportuna e integral frente a la presencia de emergencias sanitarias y desastres.
- ? Insuficiente y/o fragmentado análisis de información por los equipos de gestión para la toma de decisiones en los diferentes niveles de responsabilidad.
- ? Procesos administrativos deficientes burocráticos y centralizados.
- ? Ausencia de políticas de Recursos Humanos.
- ? Infraestructura y equipamiento deficiente.
- ? Limitada participación ciudadana en acciones de salud.

CAPITULO II

Análisis de la Situación de Salud en la Región Cusco 2005



Presentación

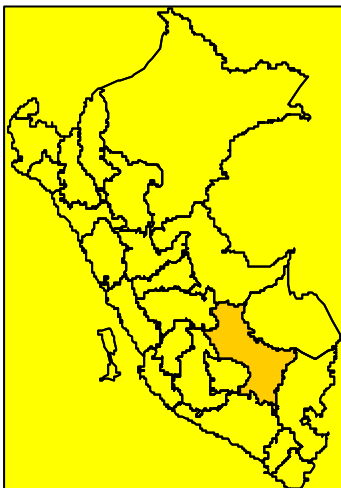
El presente Capítulo, constituye el análisis de la Situación Socio Sanitaria de Salud de la Región Cusco al año 2005, consta de 03 secciones, las que tratan de enfocar no solo los aspectos de enfermedad sino también aquellas percepciones y demandas desde la misma población, pretende además constituirse en un instrumento de uso por parte de quienes estén interesados y sean responsables de realizar un análisis integral de la situación de salud en nuestra región, procurando llamarnos a la reflexión, la cual permita involucrarse responsablemente en el cuidado de la salud, entendiéndosela como uno de los pilares o bases para el logro del desarrollo humano en la región.

En este entender este capítulo está constituido por las siguientes secciones:

- 1. Características Generales de la Región.**
- 2. Características de los grupos poblacionales:**
 - a) Situación de Salud Infantil.
 - b) Situación de Salud Adolescente y Joven.
 - c) Situación de Salud del Adulto y adulto mayor.
 - d) Salud de la Población discapacitada.
 - e) Salud Ocupacional.
 - f) Salud de los Pueblos Indígenas.
- 3. Organización del Sistema de Salud Regional.**

UBICACIÓN Y CARACTERIZACION GENERAL

1.1.1. CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS



UBICACIÓN: El Cusco se localiza en el corazón de la sierra peruana, en coordenadas geográficas: 11°13' 19" y 15°20' 25" de latitud sur, 70°21' 41" y 73°57' 45" de longitud oeste, colinda con siete departamentos, por el norte: Junín y Ucayali; por el este con Madre de Dios y Puno, por el sur, con Arequipa y por el oeste con Apurímac y Ayacucho.

Altitud: De 95 a 4801m.s.n.m.

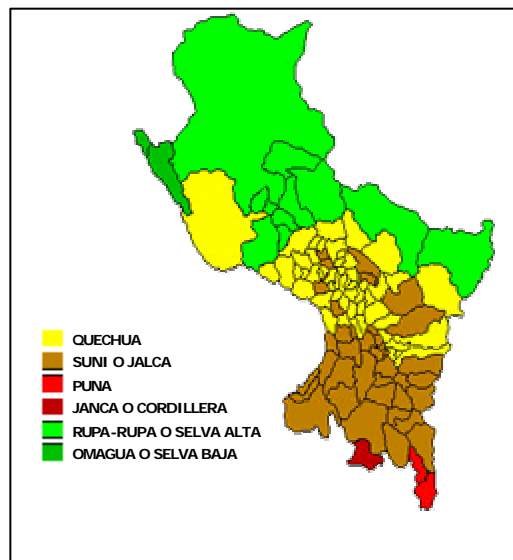
Clima: Seco, frío y lluvioso en épocas de verano.

Extensión: Superficie: 72,104.41 Km²

1.1.2. PISOS ALTITUDINALES



1.1.3. ESTRUCTURA POLITICA



- ? El departamento del Cusco posee diversos pisos altitudinales, por ello su riqueza y biodiversidad en cuanto a recursos naturales de flora y fauna.
- ? Políticamente el Cusco está dividido en 13 provincias y 108 distritos y 1030 comunidades, la capital departamental es la Ciudad del Cusco.

POBREZA, EXCLUSIÓN SOCIAL Y EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CUSCO

La pobreza y exclusión social en el Perú y en la Región Cusco tiene el rostro de mujeres y niñas indígenas, la muerte no es más que el resultado final de una historia de vida de exclusión, inequidad y violencia que día a día viven miles y porque no millones de mujeres, niños y niñas.



En la década de los 70 por cada 21 nacimientos se producían 7 defunciones, la presente década para el país evidenció notables avances en términos de supervivencia infantil, es así que por cada 7 niños que nacen, sólo uno fallece; sin embargo la Región Cusco no ha logrado importantes avances en términos de supervivencia infantil, es una de las Regiones que reporta las tasas más altas de mortalidad perinatal y más grave aún resulta el hecho de que la calidad de supervivencia de los niños esté lejos de garantizar el pleno ejercicio de sus Derechos, casi la mitad de los niños de la Región tiene desnutrición crónica (talla baja para la edad). El rostro de la pobreza y exclusión en países como el Perú y la Región Cusco es el de las Niñas y los Niños, resulta más grave aún en un País y una Región donde la cultura lejos de ser vista como una barrera debería ser entendida como una oportunidad para construir un País basado en el respeto, la tolerancia y la pluralidad.

Aún resulta difícil colocar en la agenda de las autoridades a la Infancia como prioridad, más en un contexto donde históricamente la concepción de desarrollo ha estado ligada a las grandes obras y no a la inversión en el capital humano: fundamentalmente la niñez. Pese a este panorama está demostrado que la inversión en los tres primeros años de vida en materia de salud, educación y nutrición pueden cambiar drásticamente la realidad de una Región y un País, los niños no son sólo el futuro de una Nación...ellos son el presente.

Analizando las condiciones básicas para el desarrollo de las mujeres vemos que la tasa de analfabetismo en mujeres de la Región (zona rural) alcanza el 30% (ENAH0 2001), la deserción escolar es mayor en las mujeres, la violencia hacia ellas registra cifras inaceptables, finalmente la paternidad y el rol reproductivo están centrados en las mujeres, los programas de salud sexual y salud reproductiva tienen un sesgo por enfocar y centrar el mayor peso de responsabilidad a la mujer, en este marco es difícil abordar la paternidad con criterios de equidad, los enfoques a la fecha difundidos no son los más pertinentes.

DEMOGRAFIA POBLACIONAL

Población Total: 1 252 201 habitantes

Población de acuerdo a sexo:

Masculino 631,109 50,40%

Femenino 621,092 49,6%

Población por ciclos de vida- 2005.

| Ciclos | Nº | % |
|--------------------------|---------|-------|
| Gestantes | 37,959 | 2,09 |
| 0 a 28 días (neonatos) | 2879 | 0,15 |
| < de 1 año (infancia) | 29,001 | 1,60 |
| 1-4 años (Pre escolar) | 121,690 | 6,72 |
| 5 -17 años (Escolar) | 370,008 | 20,42 |
| 10-19 años (adolescente) | 260,652 | 14,38 |
| 20 – 64 años (adultos) | 619,272 | 34,18 |
| 65 a mas (adulto mayor) | 67,041 | 3,70 |
| Mujeres en edad fértil | 303,473 | 16,75 |

Podemos ver que el grupo de adultos representa el 34,18% de la población total, el 20,42% es la población escolar y el 16,75 son mujeres en edad fértil.

Fuente: Análisis Situacional de Salud- Dirección de Salud Cusco 2003.

Evolución de la Población Urbana y Rural:

| Año | Urbana | Rural |
|------|--------|-------|
| 1940 | 25,2% | 74,8% |
| 1961 | 32,4% | 67,6% |
| 1972 | 36,7% | 63,3% |
| 1981 | 41,8% | 58,2% |
| 1993 | 45,9% | 54,1% |
| 2002 | 48,6% | 51,4% |
| 2005 | 45,9% | 54,1% |

De acuerdo a las Proyecciones del Censo de poblaciones del INEI 1993, la población rural habría disminuido del 74,8 al 54,1%, sin embargo la provincia de Chumbivilcas ostenta uno de los índices mas altos de ruralidad del Perú: 86.80% casi el total de sus habitantes viven en el campo

Fuente: Análisis Situacional de Salud- Dirección de Salud Cusco 2003.

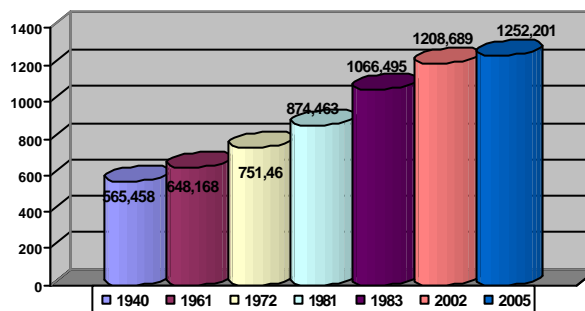
DENSIDAD POBLACIONAL

La densidad poblacional es todavía baja en el Cusco, ya que solo tiene 16.79 habitantes por Km², frente al promedio nacional de 20.81 hab/Km². Sin embargo también es muy variada la provincia capital, con 499.95 hab. por Km², mientras que en La Convención solo hay 6.31 personas por Km².

NIVELES DE POBREZA.- según la ENAHO 2001, el departamento del Cusco tiene 901.000 habitantes pobres, que representa el 74,54%, de los cuales 614,000 se encuentran en situación de extrema pobreza, el 84.2%

Fuente: INEI ENDES 2000 y Encuesta de Hogares 2001

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN 1940 –2005



ESPERANZA DE VIDA AL NACER

La esperanza de vida en la Región en los años 1995 al 2000 alcanzaba los 60 años; para el presente quinquenio (2005) ésta es de 63 años, se proyecta que para el 2015 que será de 67 años.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

La tasa global de fecundidad ha ido disminuyendo, principalmente a partir de las proyecciones del año 1995 de 3,9 a 2,7 hijos por mujer. Es decir casi en un 50%.

Fuente: Análisis Situacional de Salud- Dirección de Salud Cusco 2003.

INDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)

Mientras la provincia del Cusco figura en 11avo lugar en índice de desarrollo humano en el Perú, las de Paruro y Paucartambo ocupan el puesto 182 y 186, respectivamente.

(*) El valor del IDH indica cuánto ha avanzado un país ó un departamento a fin de llegar a ciertas metas. Se estima a partir de:

- 1 Esperanza de Vida al Nacer EVN
- 2 Nivel Educativo que comprende la alfabetización adulta y Años promedio de estudios logrados
- 3 El Ingreso Per Cápita

El rango de IDH fluctúa entre 0 (cero) y 1 (uno). Cuanto más cercano esté el país o un departamento de un IDH igual a 1, tanto mayor será su nivel de desarrollo humano.

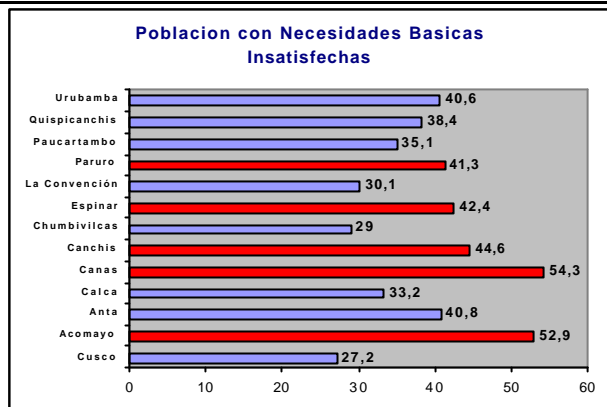
Fuente: Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo (PNUD) "Informe sobre Desarrollo Humano, Perú -2000"

NUMERO DE HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS - NBI(*)

La población con Necesidades Básicas Insatisfechas es aquella que sufre de las siguientes carencias básicas:

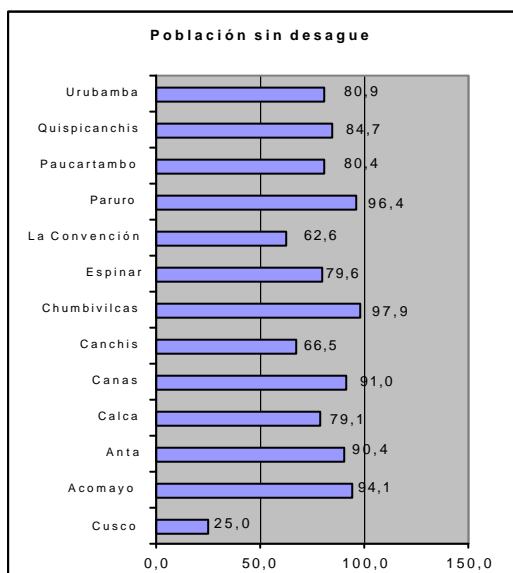
- 1 **Características físicas inadecuadas de la vivienda:** material de paredes, pisos y tipo de vivienda.
- 2 **Hacinamiento:** hogares que tienen mas de 3 personas por habitación (sin considerar cocina, pasadizos, garaje, baños, etc.)
- 3 **Viviendas que no cuentan con desagüe:** es decir aquellas que no tienen servicios higiénicos con red o tubería o que no poseen un pozo ciego
- 4 **Niños que no asisten a la escuela.** Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- INEI.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática: "Las estadísticas Vitales en el Perú Septiembre - 2000"



En rojo podemos observar las cinco provincias con mayor índice de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas): Canas, Acomayo, Canchis, Espinar y Paruro.

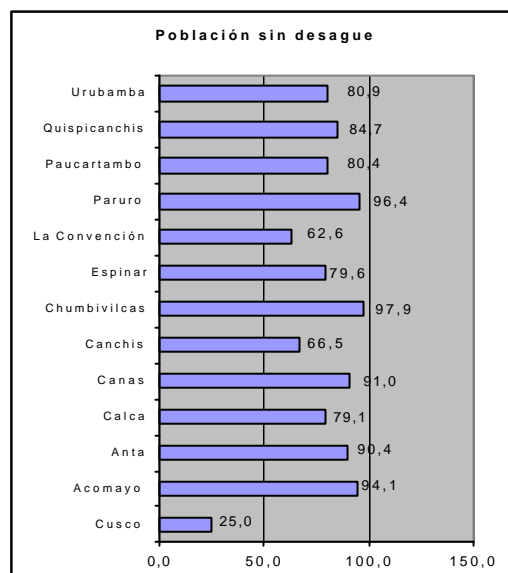
NUMERO DE VIVIENDAS SIN DESAGUE



A pesar de que estadísticamente los promedios departamentales indican que un 52,8% de hogares cuentan con saneamiento básico, podemos observar que las todas las provincias a excepción del Cusco, muestran cifras de viviendas que no cuentan con desagüe por encima de 50%.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- "Proyecciones Departamentales del Perú 1995-2005"

NUMERO DE VIVIENDAS CON HACINAMIENTO



La población de las provincias habita en viviendas con hacinamiento, entre las mas altas tasas se encuentran: La Convención (45,6%), Paruro (40,5%), Calca(40,0%) y Anta (39,4%).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- "Proyecciones Departamentales del Perú 1995-2005"

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO SOCIO SANITARIO DESDE LA MIRADA DE LA POBLACION

Testimonios de la población en los talleres provinciales:

Durante el desarrollo de los talleres participativos realizados en las 13 provincias de la Región, el estado de salud de la niñez, fue siempre uno de los primeros problemas en ser priorizado por los participantes, los principales problemas de salud infantil identificados en las trece provincias fueron en orden de prioridad: la desnutrición infantil, las enfermedades diarreicas, la violencia (psicológica, física y sexual), las enfermedades respiratorias, la parasitosis asociada al inadecuado saneamiento básico, la muerte de recién nacidos, otros problemas de tipo social priorizados fueron la falta de registro de niños y el maltrato a niños discapacitados.

De acuerdo a las percepciones de la población que participó en los talleres diagnóstico, se han podido encontrar marcadas diferencias con relación a la diversidad con la que cuenta la Región: la cultura, el idioma, la geografía, los pisos altitudinales, etc. Entre algunas de estas podemos citar:

- **Altas tasas de desnutrición infantil y materna:** este ha sido un problema de necesidad prioritaria en todas las provincias, autoridades, representantes y líderes, mujeres, adolescentes y niños han coincidido en que la situación de la salud infantil tiene índices muy graves principalmente en zona rural, donde la desnutrición crónica afecta a más del 70% de niños y niñas en comparación con el promedio regional (43,2%).

“La desnutrición no es solo de los niños, también afecta a las mujeres y más si están embarazadas, acá casi todos los niños están desnutridos... así como queremos progresar...”

- **Enfoque holístico de la salud:** Las percepciones de la población en relación a su visión de salud, va más allá del enfoque sanitario, esto ha sido evidenciado en cuanto a sus opiniones y preocupaciones respecto a la salud ambiental (contaminación de ríos), la salud mental: altas tasas de violencia intrafamiliar (Cusco tiene una prevalencia de violencia física contra la mujer de 69%).



“las violaciones pasan más a las niñas, por que ellas son las que provocan a los varones...(niño) ...claro las violaciones son más a las niñas porque todos los hombres son unos cochinos...(niña)... ha pasado un caso de violación, los chicos se han llevado a una chica al cerro y entre todos la han violado...” (Niñas.)

El alcoholismo es además según la población otro de los principales problemas de salud, principal factor desencadenante de la violencia y componente del ciclo de pobreza que viene

afectando a mas de la mitad de la población, nuevamente con mayor incidencia en comunidades campesinas dispersas y rurales.

"...claro que los jóvenes también toman, nosotros les hemos visto yéndose a Santa Bárbara con su trago y con las chicas...." (niños y niñas)

- **Respecto a los Servicios de Salud:** La población aun siente que los servicios de salud son insuficientes, perciben que la salud es una condición solo para aquellos que pueden acceder económicamente a ella, si uno no cuenta con recursos económicos lo mas probable es que muera o deje morir, pues en el contexto de supervivencia en que se encuentran las poblaciones hacen que se priorice la subsistencia antes que la atención de salud.

"claro ahora ya no tenemos seguro escolar nosotros, así nos han dicho(...) pero entonces deberían informarnos mejor, peor cuando somos chicos no mas y vamos ni caso que nos hacen...si a nuestros papas les gritan peor será a nosotros pues...." (Niños y adolescentes)

"si es cierto en el centro de salud, cuando vamos nos tratan mal hay muchos médicos renegones, ellos deberían irse de vacaciones no?" (niño).

"los médicos y las enfermeras siempre están siendo cambiados, uno se esta acostumbrando recién a ellos y ya los están cambiando...."

(Mujer-madre de familia.)

- **Capacitación e información:** Otro aspecto resaltante es la creciente demanda de la población con relación a estar mas informados y fortalecer sus capacidades para cuidar su salud y prevenir, en este entender la población viene fortaleciendo ya su posición en cuanto a su derecho a la salud, ahora se ha notado además la creciente preocupación por asumir además sus deberes en relación a la misma.



"es necesario ya que se empiece a enseñar a la población a cuidarse...nosotros mismos estamos en la obligación de hacerlo...pero si prevenimos las enfermedades antes será mejor que curarlas después...."

Autoridad Local

"Necesitamos que el personal de salud, salga del establecimiento mas, que vengan a las comunidades...que nos enseñen a cuidar a nuestras wawas...para que crezcan sanos y fuertes y no se enfermen y mueran..."

Mujer- madre de familia.

CARACTERISTICAS DE SALUD POR GRANDES GRUPOS DE EDAD

Principales indicadores de salud infantil en la Región

Población Infantil en la Región: según proyecciones para el año 2005 del último censo 1993-INEI la región cuenta con:

| | | |
|-----------------------------------------|--------------|--------|
| Niños de 0 a 7 años (periodo neonatal) | : N° 617 | % 0,03 |
| Niños de 0 a 28 días (periodo neonatal) | : N° 2,262 | % 0,12 |
| Menores de 1 año (Infancia) | : N° 29,001 | %1,60 |
| Niños de 1 a 4 años (Pre escolar) | : N° 121,690 | % 6.72 |

Fuente: Análisis Situacional de Salud DISA Cusco 2003

Tasa de Mortalidad infantil:

Para el año 2003 era de 25.1 x 1000 nacidos vivos. La Región aún tiene una de las tasas más altas de mortalidad infantil a nivel del País, las tasas mas altas se registran en las siguientes provincias:

- ? **Espinar:** 40.5 x 1000 nacidos vivos
- ? **Paucartambo :** 39.8 X 1000 nacidos vivos.
- ? **Quispicanchi :** 49.5 X 1000 nacidos vivos.
- ? **Canas :** 38.7 X 1000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad perinatal:

Para la Dirección de Salud Cusco, la Tasa de mortalidad perinatal es de 35,9 x 1000 n.v. la cual esta por encima del promedio nacional que es de 39 x 1000 n.v.

Siendo las provincias con mayores tasas registradas:

- ? Chumbivilcas: 61.5 x 1000 n.v.
- ? Paruro: 58.,8 x 1000 n.v.
- ? Quispicanchi: 58.2 x 1000 n.v.
- ? Acomayo: 55.9 x 1000 n.v.

El 60% de causas de mortalidad están asociadas a afecciones originadas en el Período perinatal, traumatismos y envenenamiento y enfermedades del sistema respiratorio, cada año un promedio de 800 niños comprendidos entre las 22 semanas de gestación y los 28 días de nacido mueren en la Región Cusco



Fuente: Análisis Situacional de Salud DISA Cusco 2003.

Morbilidad infantil:

El 70% de enfermedades en los niños fueron causadas por Enfermedades del Sistema Respiratorio, Parasitosis y Desnutrición infantil. La tasa de neumonías en menores de 1 año es de 50.2 x 1000 niños, las provincias con mayores casos son Paucartambo y Quispicanchi.

Fuente: Análisis Situacional de Salud DISA Cusco 2003.

Desnutrición Infantil:

La tasa de desnutrición crónica infantil regional alcanza el 43.2%, el 20% de niños comprendidos entre los 6 y 11 meses de vida ya tienen desnutrición crónica mientras que el 2.1% de recién nacidos de la Región nacen con menos de 2,500 gramos de peso. Del total de niños controlados en los servicios de salud sólo el 78% recibe lactancia materna exclusiva, solo el 22% de niños entre 6 y 11 meses han sido protegidos con vitamina A.

Fuente: ENDES 2000-INEI- ASIS DISA 2003.

Enfermedades diarreicas:

El 80% de enfermedades motivo de consulta fueron diarreas y parasitosis, en el año 2004 se reportó una tasa de 161 por mil, la implementación de sistemas de agua segura han sido escasos o nulos, no existen programas sostenidos de educación sanitaria que promuevan prácticas sencillas como el lavado de manos, las experiencias desarrolladas han sido focalizadas y su impacto no ha modificado la situación.

Fuente: Análisis Situacional de Salud DISA Cusco 2003

La violencia contra niños y niñas:

Este ha sido uno de los problemas priorizados en las 13 provincias de la región, el Ministerio de

salud en el año 2003 registró 1868 casos de violencia en menores de 5 años de los cuales 898 fueron contra niñas, los resultados de un estudio nacional sobre violencia ubicaron a Cusco como la segunda Región con mayor violencia en el país.

Fuente: Análisis Situacional de Salud DISA Cusco 2003

Respuesta a la problemática de salud infantil en la Región:



Respuesta del Sector Salud:

La introducción de protocolos de manejo de neumonías, el entrenamiento del personal de salud, el entrenamiento de promotores de salud y familias junto con la vigilancia de casos a las 48 horas contribuyó a reducir la tasa de mortalidad por Neumonía de 8.82 (año 2003) a 4.41 por mil menores de 1 año (año 2004), asimismo el manejo de la Terapia de rehidratación oral en comunidades y establecimientos de salud permitió que las muertes por Enfermedades diarreicas agudas disminuya de 3.27 (año 1999) a 1.52 por mil menores de 5 años.

Para el año 2003 el 94% de niños menores de un año fueron vacunados con la vacuna contra la Difteria, Tos ferina y Tétanos, registrándose únicamente 4 casos a nivel de la Región, para el año 2004 la vacuna contra la influenza alcanzó una cobertura del 82% lo que permitió reducir la incidencia de Neumonía del 93.2% en el año 2000 a 50.2% para el año 2004.

Fuente: Análisis Situacional de Salud DISA Cusco 2003

Algunas experiencias exitosas en Salud Infantil en la Región:

En la región se cuenta con el apoyo técnico y financiero externo, que mediante Organizaciones de cooperación, Organismos No Gubernamentales en convenio con el Ministerio de salud, han desarrollado algunas experiencias interesantes para disminuir la problemática de salud infantil, a continuación algunas de estas experiencias:

- ? **Seguridad Alimentaria- CECOSAS:** focalizado en provincias como Chumbivilcas, Canas, impulsada por el Instituto de alternativa agraria IAA, incluido en el Plan de Emergencia Infantil Regional, que busca complementar las intervenciones en seguridad alimentaria.
- ? **Crecimiento Desarrollo Temprano – Buen Inicio:** capacitó personal y promotores de salud, focalizando su intervención en comunidades de tres provincias de la Región: Calca, Anta y Sicuani – impulsado por UNICEF y ONGs como CADEP y Ricchary Ayllu, a la fecha viene siendo extendido a través del Plan de Emergencia Infantil a todas las provincias de la Región.
- ? **Estrategia de Atención Integral de enfermedades prevalentes en la Infancia AIEPI:** interviene actualmente capacitando personal de salud, promotores y madres en cinco provincias de la región: Paucartambo, Calca, Acomayo, Canas y Espinar, y la Provincia de Aimaraes en Apurímac, viene siendo implementada por la Dirección Regional de Salud en convenio con UNICEF, Plan, Runamaki y CESA.
- ? **Escuelas Promotoras de la salud:** mediante la ONG Kallpa se ha focalizado su intervención en las provincias de Canchis, La Convención, Acomayo, Quispicanchis y Cusco, a la fecha se ha institucionalizado, siendo política de los sectores salud y educación a nivel nacional.
- ? **Prevención del Maltrato:** desde la Mesa Regional de Lucha contra la violencia y a través de atención, referencia y seguimiento de casos por defensorías comunitarias y defensorías del niño y adolescente.

Principales indicadores de salud adolescente y joven en la Región

Población adolescente en la Región:

Según proyecciones del último censo 1993-INEI la región cuenta con adolescentes entre 10 y 19 años.

Tasa de Mortalidad adolescente:

La tasa de mortalidad en la Región es de 0.6 por 1000 adolescentes.

Principales causas de mortalidad adolescente:

Las primeras causas de mortalidad de población adolescente, comprendida entre los 10 y 19 años, corresponden a traumatismos, envenenamientos (25,6%), enfermedades infecciosas y parasitarias (11,9%) enfermedades del sistema circulatorio (8,3%) enfermedades del sistema respiratorio (8,3%) y tumores (5,4%). Otro aspecto a destacar es el incremento del embarazo en adolescentes ha evidenciado otros problemas como son la mortalidad materna y el aborto en condiciones inseguras que alcanza el 3.5%.

Morbilidad adolescente:

Principales causas de morbilidad adolescente:

El 80% de consultas en establecimientos de salud, fueron ocasionados por enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo.

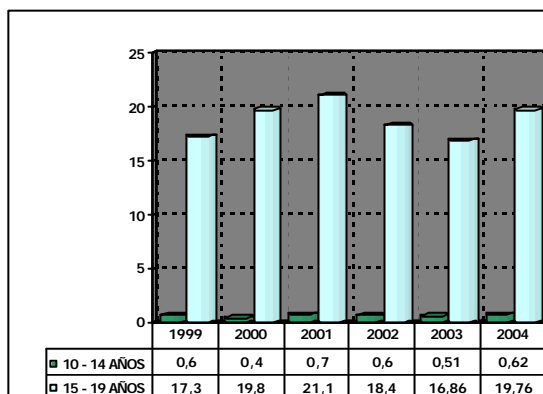
El alcoholismo y drogadicción:

Otro problema es la existencia de abuso de alcohol, para el año 2003 se dio un incremento alarmante de casos en mujeres adolescentes, del total de registrados por el Ministerio de salud, 71 eran mujeres y 41 varones.

Salud sexual y reproductiva en adolescentes:

Embarazo y aborto:

La ausencia de programas sostenidos de educación sexual y el limitado acceso a servicios de orientación han contribuido al incremento del embarazo en esta etapa de vida, en el año 2002 el porcentaje de adolescentes gestantes entre los 15 y 19 años era del 15.5%, para el año 2003 se incrementó al 22.5%.



Infecciones de transmisión sexual VIH SIDA:

El rostro de la epidemia del VIH y SIDA en el País y Región es cada vez más joven en el año 2004 de los 8 casos confirmados 3 tienen entre 18 y 28 años, 4 tienen entre 29 y 35 años y un niño de 1 año de edad; se supone que los 7 primeros casos adquirieron la enfermedad en la adolescencia, asimismo la proporción de varones y mujeres infectadas es cada vez menor, por ejemplo hace diez años por cada varón infectado existía una mujer en esta condición, actualmente por cada varón infectado en la Región Cusco existe una mujer infectada, hecho que evidencia la situación de inequidad de género que vulnera las posibilidades de desarrollo de las adolescentes de la Región.

2.1. ESTADO DE SALUD DEL ADULTO EN LA REGION

Población en la Región:

Masculino 631,109 50,40%
Femenino 621,092 49,6%

Población por ciclos de vida- 2005.

| Ciclos | Nº | % |
|-------------------------|---------|-------|
| Gestantes | 37,959 | 2,09 |
| 20 – 64 años (adultos) | 619,272 | 34,18 |
| 65 a mas (adulto mayor) | 67,041 | 3,70 |
| Mujeres en edad fértil | 303,473 | 16,75 |

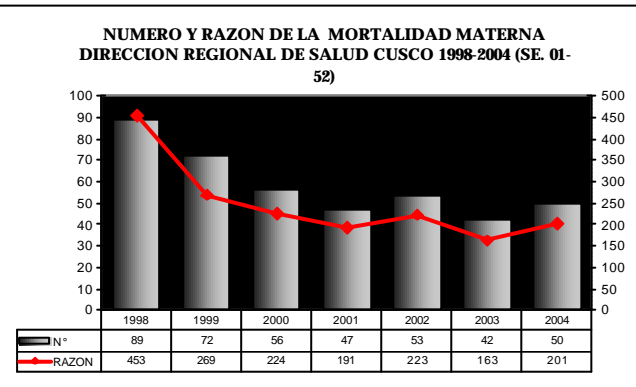
Podemos ver que el grupo de adultos representa el 34,18% de la población total, el 20,42% es la población escolar y el 16,75 son mujeres en edad fértil.

Fuente: Análisis Situacional de Salud- Dirección de Salud Cusco 2003.



Principales causas de mortalidad:

Como causas importantes de mortalidad en este grupo etáreo destacan las enfermedades infecciosas, los tumores malignos, suicidios y complicaciones del embarazo, del parto y el puerperio.



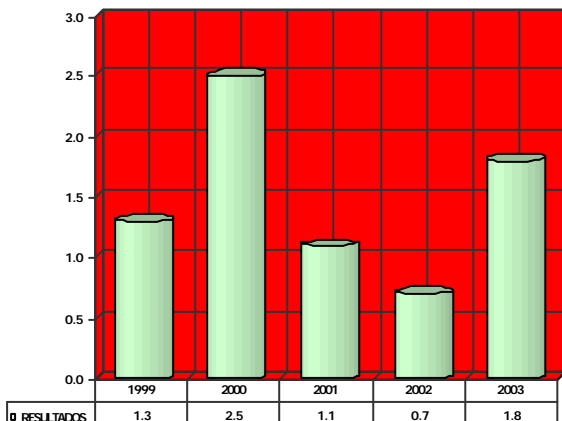
En cuanto a la mortalidad materna para el año 2004 se reportaron 50 defunciones maternas que hacen una razón de mortalidad materna de 201 x 100000 nacidos vivos, siendo las provincias con mayores defunciones: Chumbivilcas, Quispicanchi, Espinar y Paucartambo, del total de muertes maternas el 54% fueron por hemorragias, 36% en domicilio, 22% en Establecimientos de salud y el 80% con instrucción primaria y sin instrucción. El 18.3% de gestantes tienen déficit de peso, sólo el 52.7% acceden a la atención prenatal, el 64.5% desencadenan sus partos

en Establecimientos de salud.

Principales causas de morbilidad:

El 80% de motivos de consulta en los Servicios de salud fueron por enfermedades de las vías respiratorias, enfermedades de la cavidad bucal, según información del Ministerio de salud entre los 35 y 44 años una persona tiene en promedio 15 piezas dentarias cariadas; enfermedades de los órganos genitales, Infecciones de transmisión sexual entre otras.

Las principales causas de enfermedad en las mujeres entre 15 y 46 años son las enfermedades de las vías respiratorias, enfermedades de la cavidad bucal, enfermedades de los órganos genitales, enfermedades del aparato urinario y las Infecciones de transmisión sexual.



Pruebas diagnósticas para descartar cáncer del cuello uterino (Papanicolau) evidenciaron el incremento de casos : por ejemplo en el años 2002 se reportaron 173 casos positivos de cáncer de cuello uterino para el 2003 se incrementó a 244 casos, asimismo se reportó el incremento de Infecciones de transmisión sexual (24,595 casos de flujo vaginal, 172 casos de varones con descarga uretras – esta forma de diagnóstico es por signos y

sintomas), agravado por el bajo uso de métodos de barrera, ya que la percepción de riesgo de contraer ITS sin el uso de preservativo/condón es bajo entre la población y en condiciones de

Violencia sexual y física:

La violencia familiar se expresa sobretodo contra mujeres y niños, en todos los grupos socioeconómicos y en todos los ámbitos del país. El 41% de las mujeres alguna vez unidas ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero y sólo el 19,4 % de ellas ha pedido ayuda a instituciones y 42,1% a familiares, amigos/as y otros/as. Además, el 41% de los padres acude a los golpes para castigar a los hijos e hijas, porcentajes más altos ocurren en áreas rurales.

En Cusco otro problema de magnitud que es importante analizar es el de violencia contra la mujer. Según el estudio "Violencia Sexual y Física contra las mujeres en el Perú" realizado por la ONG Flora Tristán encontraron que la violencia sexual perpetrada por un compañero íntimo ha sido experimentada alguna vez por el 46.6% de mujeres, el 31.8% de mujeres del Cusco ha sufrido violencia física desde los 15 años de edad por una persona distinta a la pareja.

Salud del adulto Mayor:

Dentro de este grupo como causas de mortalidad encontramos la septicemia, las enfermedades del aparato digestivo, la cirrosis hepática entre otras.

Las principales causas de enfermedad son las enfermedades del sistema osteomuscular, enfermedades respiratorias, enfermedades de la piel, enfermedades hipertensivas, entre otras. Otro aspecto a destacar es el abandono en el que se encuentran estas personas, los diferentes hogares para ancianos albergan un total de xxxxxx, de los cuales xxxx están en completo estado de abandono, se ha incrementado la esperanza de vida, pero también el abandono.

SITUACION DE LA SALUD DE POBLACIONES DISCAPACITADAS.

OPS en el año 2002 realizó el análisis de la situación del país donde hizo mención a estudios de prevalencia que mostraron tasas de deficiencias del 45%, de discapacidades del 31% y de minusvalías del 13% en 1993. En 1998, el Instituto Nacional de Rehabilitación registró 191 mil atenciones, siendo más frecuentes las discapacidades de locomoción (37%) y de disposición corporal (18%). El 53% de las discapacidades fueron leves, 27% moderadas y 10% severas y se relacionaron más con funciones mentales superiores (34%), con otras enfermedades del sistema nervioso (27%) y con las lesiones medulares (26%).

SALUD OCUPACIONAL

Los principales problemas de salud de los trabajadores son la falta de protección en el trabajo y la baja cobertura de los servicios de salud ocupacional. La cobertura del Seguro Social en el país descendió entre 1986 y 1995 del 40,7% de la PEA al 23,4% y se estima que es de 22% a inicios del 2001, siendo menor la cobertura de riesgos profesionales, situación que no ha mejorado con los cambios de la legislación en este campo. La flexibilización laboral afecta las condiciones de trabajo y tiene impacto negativo en la salud de los trabajadores. Los sectores más desprotegidos son el denominado "sector informal", los menores de edad que trabajan y los trabajadores de contrata y sub contrata en el sector formal. A pesar que la información sobre accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales adolece de sub registro, los accidentes en la minería disminuyeron de 1992 al 2000 producto de la intervención de empresas, del Seguro Social y los trabajadores.

SITUACIÓN DE LA SALUD DE POBLACIONES INDÍGENAS AMAZÓNICAS

LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA REGION CUSCO:

La utilización de la Medicina Tradicional ha entrado en una etapa caracterizada por el incremento de la demanda por alternativas terapéuticas ajenas en conceptos y prácticas al modelo biomédico, esta alternativa ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes vienen apoyando la construcción de Políticas que promuevan la articulación de la Medicina Tradicional con los Sistemas oficiales de salud, adicionalmente existen ONGs que trabajan apoyando su práctica y difusión.

El Perú es uno de los 3 países de mayor diversidad biológica. La Medicina Tradicional Peruana recoge el conocimiento de las culturas ancestrales, siendo Cusco una de las Regiones que ha conservado esta práctica. Diferentes iniciativas dan cuenta de este interés, existen proyectos de trabajo con Parteras y parteros comunitarios, los cuales fueron entrenados para su incorporación al sistema de Salud, sin embargo esta ha tenido mayor avance en las Regiones del Norte del País, en la Sierra Sur estuvo orientada al entrenamiento de promotores de salud en la atención del parto limpio, con el incremento del acceso de las gestantes a servicios de salud, la práctica de atención del parto por agentes comunitarios ha sido limitada, otra iniciativa es la denominada "adecuación cultural de los Servicios de salud", estrategia ha permitido incorporar de manera efectiva prácticas locales en relación al parto en casi toda la Región Cusco. Pese a estos importantes avances la incorporación del enfoque intercultural en el Sistema de Salud es inicial, pues aún tiene un enfoque de adecuación de servicios que promueve el acceso de la población indígena a los Servicios de salud.



En cuanto a la legislación, no existe un permiso oficial para la práctica de la Medicina Tradicional, pero en ocasiones el Ministerio de Salud otorga a Terapeutas para su práctica.

El Instituto de Medicina Tradicional (INMETRA) es el Organismo Oficial encargado de la regulación de la Medicina Tradicional.

“La Adecuación cultural de los Servicios de salud, una iniciativa que promueve la incorporación del enfoque intercultural”

Interculturalidad:

“... Aquel mecanismo o estrategia de relación y comunicación que permite la convivencia entre las distintas culturas en contacto, que le garantiza a cada una de ellas un espacio para desarrollarse en forma autónoma. Esto implica reconocimiento y valoración del otro.”
(Bacache y Oyarce, 1997)

En el año 1999, la cobertura de parto institucional a nivel de la Región era menos del 50%, establecimientos de salud en Paruro y Huancarani, apenas alcanzaban el 20%, investigaciones desarrolladas identificaron barreras de acceso como el costo de la atención, la escasa autonomía de las mujeres en las decisiones concernientes a su salud, las grandes distancias geográficas entre las comunidades y servicios de salud y fundamentalmente el trato y la



escasa pertinencia de los mismos frente a la cultura local. Es en este marco la Dirección de Salud Cusco con apoyo de la Cooperación Internacional, ONGs proponen la implementación de estrategias basadas en las percepciones de la población, Paruro, Acomayo, Paucartambo y Paruro son identificadas como zonas piloto; en el caso de Paruro el diseño de la estrategia cuenta con participación de representantes de Organizaciones sociales de base, autoridades locales e Instituciones, esta estrategia está basada en cinco intervenciones : la Adecuación cultural que promueve la incorporación del enfoque intercultural en la prestación de Servicios que articula aspectos en la mejora de la calidad de atención (trato, disminución del tiempo de espera, negociación, información, etc), la implementación de hogares maternos que promueve el alojamiento de gestantes de comunidades lejanas en casas cercanas al establecimiento de salud, la conformación y capacitación de comités de vigilancia comunitaria que promueve la movilización de autoridades y población en pro de la salud de las mujeres y niños, incluye desarrollar la capacidad de identificar signos de peligro y realizar la referencia oportuna; la comunicación social y el monitoreo y evaluación, que incorpora instrumentos de manejo comunitario como son mapas de ubicación de gestantes según riesgo. El enfoque integral e integrado de estas intervenciones permitió incrementar sustantivamente el acceso de las mujeres a servicios de salud, es así que Paruro a la fecha cuenta con una cobertura de parto institucional superior al 50%, Huancarani 70%, consecuentemente han disminuido las defunciones maternas y perinatales. A la fecha la Región de salud ha propuesta la formulación de lineamientos en Interculturalidad, contando con una norma técnica para la implementación del parto vertical a nivel de la Región.

Esta estas intervenciones son de bajo costo y alto beneficio para la salud de la población, han generado transformaciones en la estructura del Sistema de Salud contribuyendo a elevar la supervivencia y calidad de vida de las personas.

La situación de los pueblos indígenas Amazónicos

Descripción general:

Existen 62 comunidades nativas en la región Cusco: 57 en la provincia de La Convención, 01 en Calca, 02 en Paucartambo y 02 en Quispicanchi, ubicadas en Zona de Selva Baja, destaca el sistema Hidrográfico con ríos muy serpenteados y ríos tributarios(altitud 280-3690 m.s.n.m.) con clima húmedo, vegetación de bosque tropical 30.5°(máxima) 20.8°(mínima); la economía es de subsistencia (Caza, Pesca, Recolección y escasamente la Agricultura y artesanía).La única vía de Comunicación es solo por Río en cuanto a educación, la mayoría de la población no cuenta ni con el nivel primario, en sus aspectos Socio- políticos, son autoridades representativas los jefes de las comunidades nativas.

Familias Lingüísticas:

Destaca la presencia de grupos étnicos y Etnolingüísticas (Matsiguenga, Caquinte, Nanti, Kugapakoris, Ashaninkas, Piros, Huachipaires).



Características de los Grupos étnicos:

El grupo étnico más numeroso en el Bajo Urubamba es el grupo Matsiguenga. El grupo Ashaninka no es original de esta cuenca, aún cuando si ha ocupado tradicionalmente espacios en el área ubicada en el extremo norte del Bajo Urubamba. Otro grupo étnico es el denominado Caquinte, con una población bastante reducida. El grupo Nanti (los Kugapakori) presenta gran afinidad con el mashiguenga y se asienta en las cabeceras de los ríos Limpia y Camisea.

Pueblos en situación en extrema vulnerabilidad: el caso de los Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua- Camisea- Cusco

Los Nanti son un pueblo indígena de habla arahuac que debido al pasado de violencia, esclavización y alta mortandad en la época del auge cauchero, decidió aislarse en el alto Timpía para garantizar su integridad física y autonomía. Luego de una etapa de inestabilidad de sus asentamientos se establecieron en el área que actualmente ocupan, donde formaron sucesivamente los asentamientos Montetoni y Malankiati.

La población Nanti del alto Camisea asciende a cerca de 300 personas.



En el periodo 2002 a junio 2003, el 55% de las muertes se ha debido a enfermedades diarreicas agudas (acuosas y disintéricas) y 41% a infecciones respiratorias agudas. Aunque en términos de morbilidad, la mayor incidencia corresponde a enfermedades del aparato respiratorio, son las enfermedades diarreicas las que causan mayor mortandad

La mortalidad en niños Nantis es alta. En el periodo 1995-2003 el 71% de los fallecimientos se concentra en menores de 5 años, correspondiendo el 41% a la población menor de 1 año y el 30% al grupo de 1 a 4 años. Las principales causas de mortalidad son las

diarreas, en segundo lugar las infecciones respiratorias agudas, este es el principal limitante del crecimiento de la población en la última década. La Tasa actual de mortalidad del grupo de edad 0 a 4 años ha sido estimada en 125x 1000.

SISTEMA DE SALUD EN LA REGION

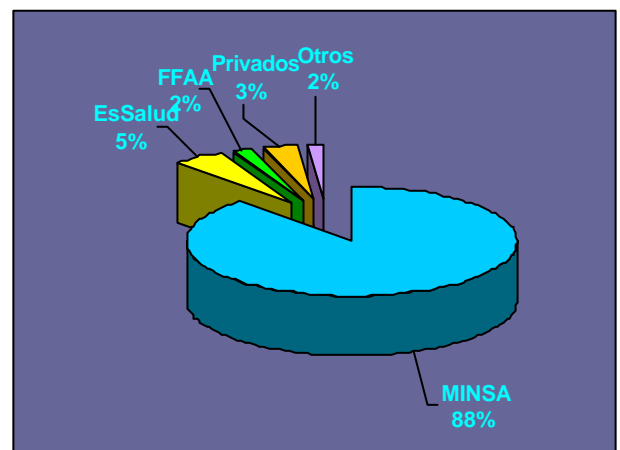
Organización institucional del sistema de salud³

Existen varios subsistemas de atención de salud, con escasa coordinación funcional en los niveles nacional y departamental y con fragmentación de la información que dificulta la toma de decisiones. Los servicios de salud del país están comprendidos en dos subsectores, el público y el no público.

El primero lo forman el MINSA, Seguridad Social, y los servicios de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El subsector público dispone del 51% del total de hospitales, concentra al 69% de los centros de salud y al 99% de los puestos de salud, siendo el MINSA la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional. Pese a los problemas que presentó en su conjunto el sistema de salud, hubo un incremento de la cobertura institucional de atención a personas con síntomas de enfermedad o accidente de 32,2%, 43,5% y 49,3% en 1994, 1997 y 2000, respectivamente. De esta cobertura, el MINSA aumentó su participación de 16,3% en 1994 a 25% en 1997 y 29,5% en el 2000, gracias al incremento de los recursos asignados al primer nivel de atención. Sin embargo en el año 2000 un 32,2% de la población con enfermedad, malestar o accidente no tuvo acceso a ninguno de los subsistemas mencionados.

El MINSA atiende fundamentalmente a la población que no cuenta con seguro social en salud. El Seguro Social o EsSalud ofrece cobertura a los trabajadores del sector formal y sus dependientes, y sus establecimientos están principalmente localizados en áreas urbanas. Los servicios de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado concentra sus recursos en las principales ciudades y está formado por clínicas, consultorios y en menor medida por establecimientos de ONGs.

Las instituciones del sub sector público organizan sus servicios por niveles de complejidad. Sin embargo, su funcionamiento presenta varios problemas: (i) el primer nivel no constituye siempre la entrada al sistema de salud, especialmente en las áreas urbanas;



³ Análisis Situacional de Salud en Perú 2002- OPS OMS

Gráfico: tomado de Análisis Situacional de Salud-DIRESA Cusco 2003.

(ii) no existen adecuados mecanismos de referencia entre los diferentes niveles de complejidad; (iii) los establecimientos no comparten recursos ni se articulan para trabajar como redes, lo cual es más crítico en el caso de los servicios de urgencias; y (iv) existe desequilibrio en la asignación de recursos entre los diferentes niveles de complejidad. Los establecimientos del sub sector privado tampoco están organizados en redes.

Los servicios especializados en el sub sector público están organizados por niveles de complejidad según las redes de servicios con las que cuentan cada institución. En el caso del MINSA, existen Institutos Especializados de referencia

nacional, los cuales, en el caso de oftalmología y rehabilitación, deberían cumplir función de rectora para la especialidad. Los pacientes son referidos de centros de menor complejidad tecnológica ubicados en las diferentes regiones del país. Existe una concentración de estos servicios especializados en la capital del país, donde la organización de servicios especializados parte del sector privado es creciente.

| Servicios públicos en la región | Servicios privados en la región |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>MINSA.- Cusco cuenta con 256 Establecimientos de salud (203 Puestos de salud, 49 Centros de salud y 4 hospitales).</p> <p>ESSALUD.- El Seguro Social de Salud ESSALUD (ex IPSS, Cusco: cuenta con 14 establecimientos de salud: 4 hospitales, 1 policlínico y 9 centros médicos).</p> <p>SANIDAD PNP.- la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional cuenta con 03 policlínicos y 01 centro médico que atiende a la población asegurada en las fuerzas armadas y familiares.</p> | <p>En Cusco existen 16 organizaciones privadas que cuentan con 2 hospitales, 5 clínicas y 9 centros médicos.</p> <p>Fuente: Análisis Situacional de Salud Cusco 2003.</p> |

Descripción del Modelo de Gestión de Salud MINSA en la Región

Cuenta con un modelo de atención basado en redes de establecimientos y servicios de salud, que permite la movilización de usuarios y recursos a lo largo de diversas capacidades resolutivas según la complejidad de la necesidad a ser atendida.

| RED | MICRO RED No | CS No | PS No |
|---------------------------|--------------|-----------|------------|
| Cusco Norte | 5 | 16 | 53 |
| Cusco Sur | 10 | 16 | 46 |
| Canas - Canchis - Espinar | 6 | 9 | 39 |
| La Convención | 8 | 11 | 65 |
| SUB TOTAL | 29 | 52 | 203 |

Fuente: Oficina de Planificación - DISA CUSCO 2002.

Disponibilidad de recursos humanos en salud

| Grupo ocupacional | Recursos Humanos x 10,000 habitantes | |
|-------------------------|--------------------------------------|-------|
| | Cusco | Perú |
| Médicos | 5,50 | 11,70 |
| Enfermeras | 7,00 | 8,00 |
| Obstetricas/as | 5,70 | 2,60 |
| Odontólogos | 0,70 | 1,10 |
| Farmacéuticos | 0,13 | ---- |
| Biólogos | 0,16 | ---- |
| Nutricionistas | 0,07 | ---- |
| Asistenta social | 0,10 | ---- |
| Técnicos en Enfermería. | 7,31 | ---- |
| Otros Profesionales | 6,59 | ---- |

Fuente: Análisis Situacional de Salud-DISA Cusco 2003.

El departamento del Cusco cuenta por cada 10,000 habitantes con 9.6 camas hospitalarias, 5.5 médicos; 7 enfermeras y 0.7 odontólogos, cifras muy por debajo de la media nacional, situación que se agudiza en la zona rural, un dato importante además observado en el cuadro es la falta de información a cerca de la cantidad de psicólogos en la Región.

Participación y control Social:

Su desarrollo tiene dos líneas de trabajo: Los CLAS (establecimientos administrados por autoridades del MINSA y de la comunidad) y los procesos de "rendición de cuentas", aun en etapa de construcción

La participación comunitaria en la organización y gestión se ha desarrollado a través de las Comunidades Locales de Administración Compartida (CLAS) en el 20% de los establecimientos de primer nivel, proyectándose su extensión a la mayoría de ellos. Los CLAS incorporan la participación en la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud. Se considera que la participación civil asegura una mejor gestión y control social de los recursos. Esta línea de participación comunitaria en la gestión de salud es considerada como expresión tangible del "empoderamiento" del usuario y una muestra del ejercicio real de sus derechos.

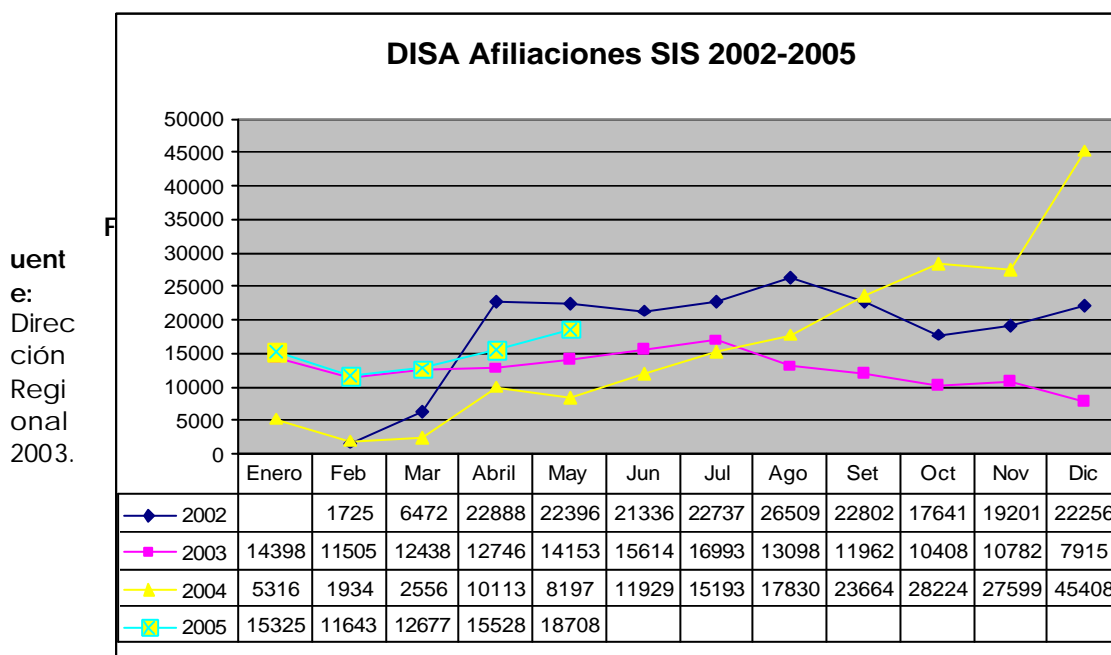
Los lineamientos vigentes del sector Salud contemplan la participación de la comunidad en la elaboración de los planes locales de salud, los mismos que en algunas provincias del Departamento (Acomayo, Canas, Paucartambo, Paruro, La Convención, etc) han sido articulados a los planes de desarrollo local. La existencia de espacios de concertación a diferentes niveles viene desencadenando procesos de democratización de las decisiones y mayor control social, sin embargo la participación y

representatividad comunitaria es insuficiente, predominando la participación de instituciones y sectores.

Aseguramiento en salud⁴

Existen cuatro tipos de aseguramiento de salud, (i) el Seguro Social, (ii) la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, (iii) los seguros privados y últimamente (iv) el Seguro Integral de Salud. En 1998 los fondos provenientes de los hogares y empleadores para seguros de salud representaron 1,4% del PIB, el 36% del total del financiamiento en salud y el 40% del gasto privado en salud con fines de lucro. De este monto, la Seguridad Social manejó el 82% y el aseguramiento privado el 18% restante.

En cuanto al Seguro Social, los empleadores cotizan el equivalente al 9% del salario mensual de sus trabajadores y el número de aportantes depende de la evolución del sector formal de la economía. El seguro de las Fuerzas Armadas, se financia con fondos del tesoro público. Los seguros privados en salud suelen ser mayormente contratados por los propios empleadores y en menor medida directamente por las familias.



⁴ Análisis de Situación – Perú 2002 OPS-OMS.

EL ROL DE LOS PROMOTORES DE SALUD:

El fracaso de los diversos modelos de atención de salud de las décadas de los 60, 70, hace que se replanteen la estrategia de atención de salud, considerando los logros de muchas pequeñas iniciativas emprendidas principalmente por organizaciones no gubernamentales.

De estos planteamientos alternativos surge el concepto de *atención de salud basada en la comunidad*. Para este concepto fueron claves los *trabajadores de salud comunitarios* o *promotores de salud*: personas seleccionadas desde y por sus propias comunidades que recibían breves cursos para enseñarles a ayudar a sus vecinos a cubrir sus necesidades de salud más importantes. Se fomentaba la autosuficiencia y el uso de recursos locales baratos. Se daba prioridad a las medidas preventivas, la educación sanitaria y la implicación y el liderazgo de los miembros de la comunidad.

Se formaron Promotores Comunitarios de Salud pero, en vez de convertirlos en los miembros más importantes del equipo de salud, fueron relegados a la posición más baja y servil de la jerarquía sanitaria existente.

Los servicios que se les permitió cubrir, especialmente los curativos, eran normalmente tan limitados que era muy difícil para los promotores ganarse el respeto del pueblo. Lejos de convertirse en el deseado agente de cambio, el papel del promotor de salud se convirtió en el de un siervo civil: lacayo, no liberador (David Werner).

Nuestro país no fue ajeno a este proceso, la formación y capacitación de promotores de salud se convirtió en una de las estrategias de trabajo comunitario de mayor importancia que contribuyó significativamente a la movilización de la población en pro de la salud de la población, existen iniciativas como la desarrollada por Manuel Núñez Butrón, médico puneño, que en los años treinta lideró un movimiento de sanidad rural en Puno que promovía la vacunación contra la viruela y la higiene personal para prevenir el tifus exantemático, contando con la participación de promotores de salud.

En Cusco se ha reportado la existencia de 2,000 promotores de salud, no se cuenta con una cifra exacta de la cantidad de agentes comunitarios tales como parteras y pacos que también cumplen un rol importante en la salud de las comunidades. A partir del año 2005 los promotores de salud serán afiliados al Seguro Integral de Salud, con ello se busca reconocer el esfuerzo que despliegan voluntariamente por promover prácticas saludables en las comunidades donde no hay presencia del Sector.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA REGION

En 1998 el país destinó a salud cerca del 4,3% del PIB, alrededor de US\$100 per cápita. Las principales fuentes de financiamiento fueron los hogares, los aportes de los empleadores y el gobierno a través del tesoro público. Los recursos del gobierno fueron canalizados tanto a la sede central del MINSA, como a las Direcciones Departamentales de Salud del mismo a través de los Gobiernos Transitorios Regionales. Los recursos de los hogares se destinaron preferentemente a la compra en farmacias, muchas veces sin intermediación de los servicios de salud, así como al pago de tarifas por la atención pública y no pública.

Pocos hogares cotizan directamente un seguro potestativo a la Seguridad Social o adquieren pólizas de seguros privados. Los empleadores cotizan a la Seguridad Social para asegurar a sus trabajadores estables declarados y, en menor medida, contratan seguros privados. Los fondos del aseguramiento en salud incluyen los recursos captados por el Seguro Social y los seguros privados. Si bien la cooperación financiera externa es sólo del 2%, es cualitativamente importante en el diseño e implementación del proceso de reforma. Esta característica puede convertirse en un punto vulnerable si no logra sustentarse por fondos del tesoro público.

En 1998, la distribución del gasto según los diversos prestadores, ubicó al MINSA en el primer lugar debido a los ingresos adicionales de los hogares vía tarifas y fondos externos.

A nivel Regional para el año 2001 la Dirección Regional de Salud estimó que el gasto per cápita a nivel de Cusco fue de USD 45 (considera sólo su área de influencia), no existe información que precise el gasto por área rural o urbana. Los establecimientos y camas del sector se incrementaron significativamente en la década actual y entre 1992 y 1996 los médicos aumentaron en 36% y las enfermeras 29% (en Cusco los recursos humanos se incrementaron en un 47%). Sin embargo, están inadecuadamente distribuidos: los departamentos provincias con mayor pobreza y mortalidad tienen siete veces menos recursos humanos que los de menor pobreza (Perú: 10.3 médicos por 10,000 habitantes; Cusco (Dpto): 5.1 médicos por 10,000 habitantes; Paruro: 0.3 médicos por 10,000 habitantes).

Los recursos del Gobierno son canalizados a la sede central del MINSA y a las Direcciones Departamentales de Salud. Los recursos de los hogares se destinan preferentemente a la compra en farmacias sin intermediación de los servicios de salud, así como al pago de tarifas por la atención privada.

INSTITUCIONES COOPERANTES Y ONGS

La cooperación internacional y diversos organismos no gubernamentales vienen fortaleciendo el rol del Sector Salud brindando asistencia técnica y financiera. En los últimos años la concertación no ha sido un proceso ajeno a estos Organismos, se han conformado espacios importantes en los que se movilizan recursos técnicos y financieros buscando objetivos comunes, participan de espacios consultivos como el Consejo Regional de Salud, la Mesa de Salud en el marco de la Mesa para la Lucha contra la pobreza y es necesario reconocer que las propuestas metodológicas con mejores resultados han partido por iniciativas de ONGs y Cooperación Internacional.

INSTITUCIONES DE COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA EN SALUD EN LA REGION

| Tipo de intervención | Institución | Áreas específicas |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cooperación Técnica | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. | Salud Infantil Salud Materna Educación Derechos. |
| Fondo contravalor | PAR SALUD- Banco Mundial | Gestión y desarrollo institucional MINSA |
| Proyecto | SANBASUR | Saneamiento básico. Promoción. Capacitación. Educación Sanitaria |
| Proyecto | PRISMA | Seguridad alimentaria |
| Instituciones con fuentes de patrocinio | Plan | Salud Infantil Derechos Educación Seguridad alimentaria |
| | World Visión. | Salud. Educación. Testimonio cristiano. Organización y desarrollo agrícola |
| | Asociación Solaris Perú | |
| | Ayuda en Acción | |
| ONGs | CADEP José Maria Arguedas | Educación. Capacitación. Promoción. |
| | Guaman Poma de Ayala | Salud Preventiva. Micro empresa. Desarrollo agropecuario. Ordenamiento territorial. Formación de microempresarios |
| | ARARIWA | Seguridad alimentaria. |
| | Imagen | Medio Ambiente |
| | CESA | Educación. Salud. Infraestructural social. Género. Conservación del medio ambiente. Agro forestería |
| | Runamaki | Asistencia técnica. Capacitación. Institucionalidad local. |
| | Kallpa | Desarrollo Humano Promoción de la salud Educación. |
| | Ricchariy Ayllu | Crecimiento y desarrollo infantil. |
| | Instituto de Animación Campesina "Luis Vallejo Santoni" | Salud preventiva. Agricultura. Agroecología. Género. |
| | PAC | Agrícola. Pecuaria. |

| | | |
|---------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Conservación de suelos y agua. Salud. Capacitación Promoción. Crédito. |
| | ADRA OFASA | Saneamiento Ambiental |
| | CARITAS DEL PERU | Seguridad alimentaria Crecimiento y desarrollo temprano. Micro crédito |
| Coordinadoras | CODENI | Capacitación docente. Seguimiento y capacitación a DEMUNAS. Capacitación niños de la calle. |
| | COINCIDE | Fortalecimiento Institucional. Capacitación |

CAPITULO III PROPUESTA

El presente capítulo contiene la propuesta concertada del Estado y la Sociedad Civil, teniendo como base el marco general de las políticas nacionales y regionales para el desarrollo de la sociedad. En este contexto se presentan los lineamientos de política regional, Visión Regional, Visión Regional de Salud, Ejes Temáticos, Objetivos Estratégicos, Políticas Regionales de Salud, Estrategias, Programas y Proyectos.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA

Lineamientos de Política Plan Estratégico de Desarrollo Regional Cusco al 2012. (PEDR)

Los principios o lineamientos que han sido identificados en el Plan Estratégico de Desarrollo Regional Concertado Cusco al 2012; y que son necesarios a considerar para el logro de nuestros objetivos de desarrollo regional son siete, los cuales a continuación brevemente son expuestos:

? *Identidad regional*

El PEDR parte de que nuestra región es una región pluricultural: es decir, con varias culturas, y que tiene raíces muy hondas. Esta realidad nos plantea un doble reto: por un lado, desarrollar en la población una actitud de respeto y valoración de nuestras diferencias, superando toda forma de discriminación; y por otro, conocer más a fondo nuestra realidad cultural,

Es importante también tener en cuenta que la identidad se fortalece no sólo cuando se comparte un pasado común, sino también cuando se busca un futuro común, un futuro compartido. Por eso, es fundamental que la población de la región haga suyo el proyecto de desarrollo que plantea el Plan Estratégico de Desarrollo Regional.

La identidad, finalmente, al tiempo que sirve para que nos diferenciamos de otras regiones, ayuda también a que nos relacionemos con ellas. Por eso, es necesario evitar los regionalismos o localismos estrechos que no permiten tender puentes entre nuestra región y el conjunto de la sociedad peruana y entre las distintas provincias de la región.

? *Descentralización y democracia*

La descentralización trae indudables ventajas para el desarrollo de la región porque permite adecuar nuestros recursos a las necesidades de la población, optimiza las inversiones, crea una mayor cercanía entre el gobierno y la sociedad y ayuda finalmente a crear canales de participación y fiscalización ciudadana. Esto último a su vez hace que el Estado sea más eficiente y que se reduzcan los riesgos de corrupción.

Debemos trabajar pues para que la descentralización se convierta en un proceso irreversible y que tenga un impacto real en el desarrollo integral de nuestras poblaciones.

Para esto, necesitamos construir una cultura democrática que se sostenga en organizaciones fuertes e instituciones sólidas y que aliente la participación ciudadana y la fiscalización o control de la gestión pública.

? *Desarrollo humano*

El Plan Estratégico de Desarrollo Regional entiende el desarrollo humano como un proceso de construcción de una sociedad en la que la población pueda satisfacer sus necesidades, donde exista equidad social y se preserve la integridad cultural y ecológica. Por eso, el PEDR pone el énfasis en políticas de generación de empleo productivo y en propiciar el desarrollo social con igualdad de oportunidades y desarrollo de las habilidades humanas.

Son necesarias, asimismo, políticas de lucha contra la pobreza que apunten a desterrar el analfabetismo, la exclusión social, el alcoholismo, etc.

? *Competitividad*

La competitividad consiste en aprovechar las ventajas que tenemos sobre otras sociedades (ventajas comparativas) con la finalidad de mejorar el funcionamiento de nuestra economía y nuestra sociedad.

El PEDR ha identificado tres sectores en los que tenemos ventajas comparativas: turismo, sector minero-energético y agricultura.

En el turismo, nuestra ventaja está dada por los atractivos de clase mundial que poseemos. En el sector minero-energético contamos con los yacimientos de gas de Camisea y con numerosos ríos que se pueden aprovechar para construir centrales hidroeléctricas. En la agricultura, finalmente, nuestras ventajas son la biodiversidad que puede servir de base para el cultivo de productos orgánicos, la exportación de productos tropicales y de maíz blanco, así como la crianza de camélidos andinos. Una agroindustria que esté basada en los productos mencionados también puede resultar exitosa.

? **Equidad**

La equidad consiste en garantizar a las personas la igualdad de oportunidades, sobre todo en lo referido al acceso a servicios básicos como la salud y la educación.

Las causas de la desigualdad son, primero, la marginación de la población que vive en zonas alejadas: segundo, las diferencias económicas o en los ingresos que reciben (as personas: y tercero, la discriminación por razones étnico-culturales.

Por esta razón, con miras a garantizar una igualdad de oportunidades a los pobladores de la región, el PEDR debe apuntar a reducir las desigualdades sociales y económicas, así como todo tipo de discriminación.

? **Género**

Se entiende por género las diferencias sociales, culturales y psicológicas que existen entre hombres y mujeres y que son determinadas por la sociedad. En nuestra región, las mujeres suelen tener menos oportunidades para recibir educación, conseguir trabajo y asumir roles de dirección. Por eso, el PEDR plantea que, sin ignorar las diferencias que hay entre varones y mujeres, se busque garantizar la participación de estas últimas en el desarrollo económico y social de la región.

? **Articulación y comunicación**

La articulación consiste en integrar, en unir la región tanto desde el punto de vista del territorio, como del manejo administrativo y el funcionamiento de la economía. La comunicación, por su parte, apunta a facilitar la relación, a acercar a los distintos actores de la sociedad civil y del Estado.

La articulación espacial interna se consigue mediante la construcción de vías de comunicación que unan los distintos territorios de la región, sobre todo los que se encuentran más alejados. La articulación espacial externa, por otro lado, apunta a conectar mejor nuestra región con otras regiones del país y con los países vecinos.

La articulación administrativa política es posible cuando existen niveles de coordinación entre las distintas instancias de gobierno (regional, provincial, distrital) y entre las instancias de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil,

La articulación económica, finalmente, consiste en hacer que las distintas actividades productivas se complementen entre sí para que la economía regional crezca más rápido.

VISION

Plan Estratégico Regional Cusco al 2012

Somos una región autónoma y descentralizada, articulada competitivamente con el entorno nacional e internacional, que ha logrado: **forjar** su identidad integrando sus diversas culturas; **aprovechar** en forma sostenible sus potencialidades: el patrimonio cultural y natural, los recursos mineros y energéticos y la biodiversidad agraria; y **generar** una economía dinámica y solidaria.

Una región donde la población accede en forma equitativa a un empleo adecuado, servicios básicos, desarrolla sus capacidades y ejerce plenamente sus deberes y derechos ciudadanos.

Formulación de la Visión compartida en salud

La Visión regional compartida en salud, recoge las opiniones y percepciones de un total de 1600 participantes (varones, mujeres, niños, adolescentes y jóvenes) en talleres realizados en las 13 provincias de la Región, la cual muestra claramente el anhelo de cada uno de los habitantes de nuestra región y que va en relación directa con los principales problemas en salud identificados:

Visión de Salud

Plan Regional Concertado de Salud Cusco al 2021

En el 2,021, somos una Región saludable que tiene bajas tasas de morbi - mortalidad, especialmente de la población materno – infantil, donde la población goza de una mejor calidad de vida en entornos saludables, conoce y ejerce sus deberes y derechos ciudadanos en salud, y accede a servicios de salud que brindan una atención integral con calidad, equidad, enfoque de género e Interculturalidad. Donde el estado, sociedad civil y sector privado en el marco de la descentralización, trabajan participativa y concertadamente, contribuyendo al desarrollo regional

EJES TEMATICOS

La problemática de la Salud en nuestra región, requiere de mecanismos que permitan la operativización del plan Regional Concertado de Salud, en procura de lograr los objetivos y visión propuesta. En tal sentido se plantea los ejes temáticos a efectos de permitir el debate, análisis y toma de decisiones de manera específica dada la complejidad que presenta el Sistema de salud.

- 1. Salud Integral**
- 2. Salud ambiental**
- 3. Promoción de la salud e Interculturalidad**
- 4. Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos**
- 5. Inversión y tecnificación en Salud**
- 6. Participación y vigilancia Ciudadana**

| Ejes Temáticos: | Objetivos estratégicos que responden a cada eje temático. |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1. Salud Integral | 1,2,10,11, 7 |
| 2. Salud ambiental | 2,3,6 |
| 3. Promoción de la salud e Interculturalidad | 2,6,7,11 |
| 4. Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos | 4,8 |
| 5. Inversión y tecnificación en Salud | 9 |
| 6. Participación y vigilancia Ciudadana | 5,7,11 |

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. Promover experiencias valiosas de intervención en salud adecuadas y con resultados plausibles en la región.
2. Promover estilos de vida y prácticas de alimentación saludables con énfasis en niños, niñas y mujeres.
3. Mejorar el acceso a los servicios de saneamiento básico priorizando poblaciones excluidas.
4. Promover y fortalecer la articulación del Sistema Regional de Salud, en marco del modelo de atención integral.
5. Promover el fortalecimiento de espacios de concertación interinstitucional y Vigilancia para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.
6. Promover e incentivar una cultura socio-sanitaria desde los niveles básicos de educación con participación de la comunidad.
7. Promover y fortalecer la incorporación del Enfoque Intercultural en la Gestión de Salud.
8. Fortalecimiento de la formación, gestión y desarrollo del potencial humano en salud.
9. Incentivar la inversión privada orientándola al financiamiento de programas y proyectos de salud basados en las prioridades regionales.
10. Promover el acceso equitativo de Poblaciones excluidas y dispersas por factores socio económico, culturales, políticos y discapacidades a servicios de salud calificados.
11. Reducir la morbi-mortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles.
12. Promover y potenciar la investigación científica en salud a nivel Regional.

POLITICAS REGIONALES DE SALUD

1. Es política regional considerar en Agenda pública así como en espacios de participación y concertación multisectorial los temas de Desnutrición materno infantil, Saneamiento Básico, Mortalidad Materna e infantil, violencia familiar, alcoholismo y drogadicción como Indicadores de desarrollo regional.
2. El gobierno Regional del Cusco ratifica la necesidad de atender la problemática de supervivencia infantil formulando una estrategia de seguridad alimentaria en la Región.
3. En el marco del PRCS el gobierno regional y los gobiernos locales asignan recursos para la gestión de Programas y proyectos orientados al cumplimiento de los objetivos estratégicos del PRCS.
4. Los Consejos Regional, provinciales y distritales de salud son los encargados de vigilar la salud integral de la salud de la población de su ámbito priorizando el saneamiento básico.
5. El Gobierno Regional prioriza el saneamiento básico en ámbitos rurales de la región Cusco, en el marco del Plan Concertado Regional en Salud.
6. El Gobierno Regional y Gobiernos Locales promocionan la salud mental para la prevención de la Violencia Familiar, el alcoholismo y la drogadicción.
7. Fomentar la participación organizada de niños, adolescentes y jóvenes en espacios concertados de decisión en el marco del PCRS.
8. Los Gobiernos locales, medios de comunicación social y la sociedad civil promueven la salud integral en el marco de sus competencias.
9. El Consejo Regional de Salud será la instancia responsable de la vigilancia en la implementación del PRCS.
10. El Gobierno Regional propicia e impulsa la Cogestión (sector público, privado y la población organizada) descentralizada de los servicios de salud.

11. El Gobierno regional promueve la difusión adecuada y responsable de los medios de comunicación en el marco del Plan Concertado Regional de Salud.
12. El Gobierno Regional y locales promueven como política Regional Proyectos y Convenios de Cooperación Nacional, Internacional para atender necesidades sanitarias prioritarias.
13. EL Gobierno Regional promueve experiencias exitosas públicas y privadas en salud con enfoque intercultural, orientados a vulnerar la problemática de salud en la región.
14. El Gobierno Regional Promueve la integración de un sistema regional único de salud.
15. El Gobierno Regional promueve el desarrollo de competencias de Recursos Humanos con respeto y dignidad para la atención en salud integral.
 - ? El Gobierno Regional y el Consejo Regional de Salud promueven la incorporación de estrategias de capacitación y desarrollo de competencias en la formación de profesionales estimulando su labor social.
 - ? El Gobierno Regional promueve la reestructuración del Sistema Educativo regional en sus diferentes niveles, incorporando elementos de promoción de la salud integral.
 - ? El Gobierno Regional y el sector salud (MINSAL, Fuerzas Policiales, ESSALUD, Privados, Colegios Profesionales) implementan un sistema de evaluación y acreditación del personal profesional de la salud, así como de instituciones de asistencia médica u hospitalaria.
 - ? Es política regional incentivar la generación de capacidades para la investigación en salud.
16. Promoción de la Salud:
 - ? El Gobierno Regional y Gobiernos locales, implementan estrategias de promoción de la salud integral para la generación de hábitos saludables y del acceso universal a los servicios de salud.

ESTRATEGIAS

1. Fortalecimiento de espacios de Participación y de concertación en Salud integrados por instituciones públicas y privadas, sociedad civil, y medios de comunicación.
2. Sistema de Vigilancia Ciudadana que acompañe el Proceso de Implementación del Plan Regional Concertado en Salud.
3. Fortalecimiento del Centro de Competencias para el desarrollo del potencial humano en salud, basados en las prioridades de salud regionales.
4. Desarrollo de un Sistema Regional Integrado de información: Inteligencia estratégica sanitaria para la toma de decisiones.
5. Fortalecimiento de la gestión descentralizada, participativa, concertada en el marco de los principios de responsabilidad social.
6. Fortalecimiento de estrategias de educación y formación que promuevan hábitos y conductas Saludables con énfasis en las Prioridades Sanitarias Regionales.
7. Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con calidad y calidez, priorizando poblaciones vulnerables, excluidas y dispersas.
8. Movilización y Asignación de Recursos Técnicos y Financieros para Atención Integral de Salud de la Población en Pobreza y Extrema Pobreza.
9. Generación de ambiente favorable para el desarrollo de las capacidades del potencial humano en salud.
10. Focalización de estrategias de atención de la salud de poblaciones dispersas y excluidas bajo el enfoque de interculturalidad y equidad.
11. Desarrollo de un sistema Regional de Gestión Ambiental.

PROGRAMAS

Los Programas del presente Plan Concertado Regional de Salud, responden a las perspectivas y demandas de la población en proyectos de salud, los cuales han sido formulados en forma participativa durante los talleres de elaboración del Plan Concertado, los cuales ameritan un mayor análisis y formulación técnica que proponemos sea realizado por el Consejo Regional de Salud y las correspondientes Mesas Temáticas en Salud.

Han sido identificados un total de 73 ideas e iniciativas de Proyectos, las cuales se agrupan en los siguientes Programas:

- 1. Programa de Fortalecimiento del potencial humano en Salud.**
- 2. Programa de información y educación para agentes de desarrollo y población.**
- 3. Programa de Participación Ciudadana y vigilancia social.**
- 4. Programa de seguridad alimentaria y supervivencia infantil.**
- 5. Programa de Emergencia Materno infantil.**
- 6. Programa de Inteligencia estratégica sanitaria.**
- 7. Programa de Saneamiento Básico.**
- 8. Programa de Promoción de Salud.**
- 9. Programa de mejoramiento de la capacidad resolutiva de establecimientos de salud.**
- 10. Programa de Gestión y desarrollo del Sistema de Salud Regional.**

PROPUESTA RECOGIDA EN TALLERES PARTICIPATIVOS

PROGRAMAS Y PROYECTOS

1. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE POTENCIAL HUMANO EN SALUD

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Incorporación a la currícula Universitaria y Técnica con temas de seguridad alimentaria. Adecuación curricular de los contenidos en nutrición y seguridad alimentaria en la educación en los diferentes niveles y modalidades. | Programa de capacitación en salud ambiental. | Elaboración de un plan de capacitación para niveles intermedios (promotores de salud) | Capacitación permanente a profesionales, agentes comunales, comités de defensa, etc. en salud mental y prevención de la violencia. | Proyecto: Establecer programas de capacitación en habilidades sociales dirigido a organizaciones de base que incluya la participación de mujeres y varones a nivel de Gobiernos locales. Proyecto de capacitación en diversificación curricular para incluir el tema de alcoholismo y drogadicción dirigida a docentes tutores. |
| Capacitación e intervención en comunidades en nutrición y seguridad alimentaria por personal de salud | | Capacitación al Personal de Salud para una mejor atención con Calidad y Calidez. | Capacitación y sensibilización a profesionales de la salud en procedimientos de calidad y calidez en la atención de la salud mental y VIF de acuerdo a las demandas regionales de la población. | |
| Capacitación a nivel comunitario en Maternidad Segura y en la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). | | | | |
| Proyecto Regional de capacitación a potencial humano en salud en actividades de promoción y prevención de la salud. | | | | |

2. PROGRAMA DE INFORMACION Y EDUCACION PARA AGENTES DE DESARROLLO Y POBLACION.

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Capacitación a autoridades y líderes comunales en gestión de la seguridad alimentaria. | Plan de capacitación permanente para los miembros y representantes de los espacios de concertación: (planificación, monitoreo, evaluación, abogacía, etc.) Capacitación y sensibilización en vigilancia ciudadana a los integrantes de los espacios de concertación. | | | Proyecto de implementación de programas educativos en medios de comunicación |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capacitación a comunicadores y periodistas en nutrición y seguridad alimentaria. | Proyecto de un programa de I.E.C. en temas de saneamiento básico | Capacitación y Sensibilización a los Medios de Comunicación masiva en la difusión para una Maternidad Segura | Capacitación y sensibilización a los administradores, profesionales y estudiantes de comunicación social en temas de derechos, equidad, género e inter-culturalidad para la prevención de la VIF y promoción de derechos. | Programas educativos piloto con niñas niños y adolescentes para la creación de mensajes educativos y materiales de comunicación. |
| | Programa de I.E.C. en temas de saneamiento básico. | | Capacitación y sensibilización a profesionales de la salud en procedimientos de calidad y calidez en la atención de la salud mental y VIF de acuerdo a las demandas regionales de la población. | Proyecto: Promoción de la educación en valores, identidad y cultura a nivel familiar y comunal en zonas piloto |

3. PROGRAMA DE PARTICIPACION CIUDADANA Y VIGILANCIA SOCIAL.

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diseño e implementación de sistemas de vigilancia nutricional y seguridad alimentaria locales. | Fortalecimiento y creación de los consejos provinciales y distritales de Salud. | Mejoramientos del Sistema de Vigilancia en salud materna infantil. | Implementar un sistema de vigilancia ciudadana al PRCS. | Proyecto: Implementación de líneas telefónicas gratuitas para hacer llegar denuncias sobre expendio de estupefacientes, bebidas alcohólicas a menores, centros de consumo, etc. |
| | | | Capacitación y sensibilización en vigilancia ciudadana a los integrantes de los espacios de concertación. | Proyecto: Creación de la red regional de lucha contra el alcoholismo y la drogadicción, que permita la articulación de experiencias. |
| | | | Implementar un sistema de vigilancia concertado de contenidos y horarios de | Proyecto: Creación de comités de participación y vigilancia ciudadana en temas de |

| | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | programación con contenido violento. | drogadicción y alcoholismo a nivel provincial y distrital. |
| | | | | Proyecto: fortalecimiento de Comités de vigilancia ciudadana contra el alcoholismo a nivel provincial y distrital. (a partir de los concejos de coordinación local). |

4. PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SUPERVIVENCIA INFANTIL.

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Implementación de microproyectos comunales, distritales, provinciales y regionales en seguridad alimentaria. | | | | |
| Diseño e implementación de campañas de movilización en diferentes niveles y ámbitos. Promoción del consumo masivo del huevo. | | | | |
| Proyecto multisectorial de intervención en comunidades dispersas y excluidas. | | | | |

5. PROGRAMA DE EMERGENCIA MATERNO INFANTIL

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Proyecto: Programa de Emergencia Materno Infantil | | Fortalecimiento del Centro de Desarrollo de Competencias (CDC) sobre el tema de maternidad segura | | |

6. PROGRAMA DEL INTELIGENCIA ESTRATEGICA SANITARIA

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Creación de Banco de Datos | Elaboración de un Sistema de información sobre saneamiento básico regional | Implementación del sistema de información (estadísticas y estudios básicos) | Implementación y fortalecimiento de una red de información integrada de Instituciones vinculadas a salud mental y prevención de la violencia. | |
| | | | | |

7. PROGRAMA DE SANEAMIENTO BÁSICO

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Programa de saneamiento básico integral | | | | |
| Proyecto de saneamiento básico rural, | | | | |
| Proyecto de saneamiento básico de capital de distrito | | | | |
| Programa de I.E.C. en temas de saneamiento básico. | | | | |
| | implementación de un sistema de manejo de residuos sólidos y semisólidos Hospitalarios | | | |
| | Plan Integral Regional de descontaminación de ríos. Tratamientos de desechos sólido, líquidos | | | |
| | implementación de servicios de residuos sólidos y de tratamiento de residuos sólidos en pequeñas ciudades y centros poblados | | | |
| | Proyecto de reconocimiento de las JASS por las Municipalidades y comunidades (en estatutos comunales) | | | |
| | Proyecto de Conformación y fortalecimiento de las JASS | | | |

8. PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Implementación de Municipios, comunidades, escuelas saludables | Implementación y fortalecimiento de la estrategia de Municipios, Escuelas y Comunidades Saludables | Implementar espacios de análisis y dialogo de Jóvenes en temas de Violencia Familiar y Salud Mental, en Colegios, Institutos y Universidades | Proyecto : Creación de una red regional de clubes de ambiente social sano y la realización de encuentros provinciales , intergeneracionales y otros |
| | Proyecto de adecuación en la curricula educativa aspectos de saneamiento ambiental | | Promover las alianzas estratégicas para la incorporación o reestructuración de la curricula educacional de las Instituciones de educación superior, fortaleciendo el área de salud mental y prevención de la violencia. | Proyecto: Creación de programas recreativos, de nivel competitivo en diferentes niveles (escuelas, Institutos de educación, universidades, barrios, entre otros) |
| | | | Implementar espacios de discusión y análisis sobre violencia familiar local y regional con participación del Estado, sociedad civil, sector privado, población y medios de comunicación | Proyecto: implementación de líneas telefónicas gratuitas de consultas en temas de alcoholismo y drogadicción. |
| | | | Implementación de programas de prevención y promoción contra la VIF intersectorial y multidisciplinario | Proyecto : establecer consultorios gratuitos de asistencia psicológica |
| | | | Implementación de normas sobre derechos de la mujer, rurales e indígenas en la lucha contra la VIF. | Proyecto: Implementación de centros de atención y rehabilitación de alcohólicos y fármaco-dependientes |

| | | | |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Promover el reconocimiento y la formación de Defensorías comunitarias para la promoción de derechos y la prevención de la violencia familiar, con énfasis en conductas saludables. |
| | | | Creación e Implementación de grupos de ayuda mutua en comunidades, barrios, Instituciones educativas, OSB para la prevención de la VIF. |

9. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | | | Construcción, adecuación e implementación de infraestructura en centros de atención de VIF y salud mental. | |
| Proyecto: mejoramiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en saneamiento básico | | | | |

10. PROGRAMA DE GESTION Y DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD REGIONAL

| DESNUTRICION INFANTIL Y MATERNA | DEFICIENTE SANEAMIENTO BASICO | MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL | SALUD MENTAL - VIOLENCIA FAMILIAR | DROGADICCION Y ALCOHOLISMO |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | Fortalecimiento y creación de los consejos provinciales y distritales de Salud. | Fortalecimiento de los Sistemas de Cogestión descentralizada (CLAS y otros) | Creación de una comisión regional de monitoreo para la acreditación de las facultades de salud. | |
| | | Creación y fortalecimiento de consejos provinciales y distritales de salud | | |

ANEXOS

- 1. Taller de sensibilización y firma de Primer Pacto Social.**
 - a. Ejes Temáticos: análisis de problemas y potencialidades
 - b. Relación de participantes por “mesas temáticas”
- 2. Participación e institucionalidad, en la formulación del plan estratégico de desarrollo regional concertado cusco al 2021**
 - a. Relación de asistentes a los diferentes talleres
- 3. Copia del acuerdo de gobernabilidad regional del cusco**

Taller de sensibilización y firma de Primer Pacto Social.

a. Ejes Temáticos: análisis de problemas y potencialidades

EJE TEMATICO 1: SALUD INTEGRAL

| Prioridad | Salud Integral | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Problemas | Potencialidades |
| 1 | En niños : alta incidencia de enfermedades prevalentes, elevada desnutrición y anemia, insuficiente cobertura de vacunación, violencia infantil | Instituciones civiles, ONGs que laboran en salud. Apoyo de cooperación internacional |
| 2 | En adolescentes: embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, desnutrición, drogas y alcoholismo, violencia, accidentes y traumatismos, suicidios | Modelo de atención integral de salud por ciclos de vida, campañas de salud, sis |
| 3 | En adultos: abortos, escasa atención integral en salud reproductiva, altas tasas de mortalidad materna, problemas de desnutrición y violencia | Procesos de descentralización, espacios de concertación y planificación interinstitucional, existencia de planes regionales a mediano y largo plazo, trabajo en red, políticas regionales y locales adecuadas a problemática |
| 4 | En adultos mayores: carencia de servicios de salud de atención al adulto mayor, incremento de enfermedades crónico degenerativas, abandono, violencia | |

EJE TEMATICO 2: SALUD AMBIENTAL

| Prioridad | SALUD AMBIENTAL | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PROBLEMAS | POTENCIALIDADES |
| 1 | Gobiernos Locales no asumen su rol en Saneamiento básico | Presencia de DIRESA Cusco en todo el ámbito Regional , Recurso Humano, Logística, Infraestructura, |
| 2 | Escasa priorización de actividades en Saneamiento ambiental por los entes responsables DIRESA, Gobierno Regional. | Existencia del Comité Regional de Saneamiento Básico CORSAB, Liderado Por el Gobierno Regional. |
| 3 | Inadecuado control de calidad en la elaboración preparación y expendio de alimentos. | UNSAAC Implementa formación de Recursos Humanos en Diplomado de Gestión Ambiental. |
| 4 | Alto porcentaje de la población rural y urbana consume agua no segura. | Canon Gasífero promueve la calidad del Medio Ambiente. |
| 5 | Inadecuado manejo de Residuos sólidos hospitalarios y Municipales | Instituciones Públicas y Privadas que trabajan en Saneamiento Básico y Ambiental. |
| 6 | Creciente contaminación de Recursos Hídricos Cuenca del Vilcanota | |
| 7 | Incremento de Vectores que transmiten las enfermedades, Contaminación del aire debido a anhídrido Carbónico y quema de pastizales. | |
| 8 | Escasa Capacitación del Potencial Humano en Salud Ambiental. | |
| 9 | Incremento de Rabia Silvestre en zona selva | |

EJE TEMATICO 3: GESTION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

| PRIORIDAD | GESTION Y DESARROLLO RRHH | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| | PROBLEMAS | POTENCIALIDADES |
| 1 | Deficiente formación y capacitación de RRHH. | Presencia de instituciones formadores de RRHH |
| 2 | Deficiente coordinación y organización entre entidades formadoras y entidades Prestadoras de Salud. | Proceso de descentralización y Democratización de la gestión Pública. |
| 3 | No existe priorización en los programas promocionales de RRHH | Capacitación permanente de RRHH por iniciativa Propia |
| 4 | Deterioro de las Habilidades sociales en la formación de RRHH | Progresiva incorporación, Participación y vigilancia de la sociedad civil. |
| 5 | Cumplimiento de metas y no de procesos de Desarrollo Humano | |
| 6 | Inadecuada distribución de RRHH | |
| 7 | Trabajo Participativo insuficiente | |
| 8 | Inadecuada implementación de Normas Legales. | |
| 9 | Deficiente acreditación control, fiscalización de profesionales de la salud que garanticen la calidad y calidez de atención de parte del estado y la sociedad civil. | |

EJE TEMATICO 4: PROMOCION DE LA SALUD E INTERCULTURALIDAD

| PRIORIDAD | PROMOCION E INTERCULTURALIDAD | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PROBLEMAS | POTENCIALIDADES |
| 1 | Limitado sistema de información en Promoción de la Salud= | Apoyo técnico y financiero de ONGs en la Región |
| 2 | Deficiente manejo de estrategias para la implementación de Políticas de Interculturalidad y Equidad de Género. | Existencia de espacios de concertación a diferentes niveles. |
| 3 | Débil articulación MINSA Sociedad Civil MEDUC y Gobiernos Locales. | Existencia de una Dirección de Promoción, e incorporación del componente en el trabajo de las instituciones. |
| 4 | | Existencia de comunidades Organizadas. |

EJE TEMATICO 5: INVERSION EN SALUD

| PRIORIDAD | INVERSIONES | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| PRO | PROBLEMAS | POTENCIALIDADES |
| 1 | Falta de presupuestos para inversiones en salud en provincias , hospitales, y Centros de Salud en polos de desarrollo de la ciudad = Zona de San Jerónimo y Tica Tica. | Asignación de un porcentaje del Canon Gasífero al sector |
| | Carencia de inversión en Recursos Humanos | Presupuestos participativos Municipales ,Regional para el sector salud |
| | Carencia de Infraestructura para atención adecuada | Presupuestos del boleto turístico |
| | Insuficientes Equipos Médicos y Obstétricos en zonas peri urbana y zonas alejadas | ONG y Cooperación internacional |
| | Insuficiente inversión en Infraestructura de servicios básicos | Sociedad civil organizada, comprometida y sensibilizada con salud |
| | Reorientar las inversiones con criterio de equidad en Zona Peri urbana de la ciudad del Cusco | Iglesias comprometidas con el sector salud |
| | Hospitales dan atención limitada a los pobres de zona rural | Profesionales egresados y estudiantes de Universidades e Institutos |
| 2 | Inversiones no planificadas entre Municipios, ONG y Sector Salud | Descentralización de la inversión |
| | Falta de participación en Presupuestos de Inversión | Consolidación del consejo regional de la salud |
| | Aprobación de perfiles sin financiamiento | Profesionales de la salud capacitados |
| | No existe presupuesto por Recursos Ordinarios para bienes de Capital | Medicina Tradicional alternativa |
| | Falta de Voluntad Política para respetar la Priorización de presupuestos participativos elaborados por la sociedad civil | |
| | La población de las comunidades campesinas por su ubicación muy distante no tienen oportunidad de atención , en salud , requieren implementación de establecimientos de salud | |
| | No se socializa el presupuesto de Inversiones entre Municipalidades y salud | |
| | Falta de hogares de reposo materno en zonas alejadas | |
| | Falta de compromiso y participación de representantes de otros sectores públicos y privados en la elaboración de presupuestos participativos | |

EJE TEMATICO 6: PARTICIPACION CIUDADANA

| PRIORIDAD | PARTICIPACION CIUDADANA | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| | PRO | POTENCIALIDADES |
| 1 | No hay una política clara en relación a la implementación de los CLASS | Marco Legal Favorable |
| 2 | Limitada participación Ciudadana en la Gestión de la Salud | Organización Comunal como espacio de democracia participativa |
| 3 | Limitada información a la población sobre Derechos y Responsabilidades | Creciente sensibilización de la población sobre el tema |
| 4 | Limitado e inexistentes mecanismos de vigilancia ciudadana | Recursos financieros |
| 5 | Débil participación del sector Salud. | Experiencia de trabajo concertado |
| | No se reconoce el aporte de los agentes comunitarios de Salud. | Diversidad cultural enriquece la participación. |

b. Relación de participantes: Integrantes elegidos para mesas de trabajo para la elaboración del plan concertado regional de salud cusco

SOCIEDAD CIVIL Y ESTADO

| EQUIPO DE TRABAJO SALUD ENFERMEDAD | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | INSTITUCION |
| Edwin Luna Campana | Asociación Solaris Perú |
| Deisy Moscoso | UNICEF |
| Gladis Rojas Salas | Universidad Particular Andina |

| EQUIPO DE TRABAJO SALUD Y MEDIO AMBIENTE | |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | INSTITUCION |
| Julio Vallenias Bellota | Municipalidad Distrital de Santiago |
| Yhobed Suma Tairo | Plan Internacional |
| Julio Alegría Gallareta | SANBASUR |

| EQUIPO DE TRABAJO PROMOCION DE LA SALUD /INTERCULTURALIDAD | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | INSTITUCION |
| Gladis Valle Vergara | Kallpa |
| Mario Sota Yanque | Dirección Regional de Educación |
| Yessy Aliceth Carpio Pacheco | Asociación Runamaki |

| EQUIPO DE TRABAJO GESTION Y DESARROLLO DE RRHH | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | INSTITUCION |
| Ciro Abel Mestas Valero | ESSALUD |
| Maria Ojeda Campos | Universidad Nacional San Antonio Abad |
| Omar Carreón Inca | CADEC JMA |

| EQUIPO DE TRABAJO INVERSIONES | |
|-------------------------------|-----------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | INSTITUCION |
| Policarpo Ccorimanya Zúñiga | Municipalidad Distrital de San Jerónimo |
| Edwin David Cahuana Kana | Municipalidad Distrital de Saylla |
| Belea Calsino Cunie | ADRA PERU |

| EQUIPO DE TRABAJO PARTICIPACION CIUDADANA | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | INSTITUCION |
| Katia Zamalloa Echegaray | Mesa Concertación Lucha Contra la Pobreza |
| Juan Spelucin Runciman | CBC |
| Felio Calderón La Torre | Caritas Perú |

APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO – ASISTENCIAL

Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional
Gerencia de Planificación, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial Gobierno Regional
Direcciones Ejecutivas , Secretaría Técnica Dirección Regional de Salud Cusco