# Plan Regional de Salud

# Cajamarca

**2010-2014**

Gobierno Regional de Cajamarca

Dirección Regional de Salud

Redacción del documento: Dirección Regional de Salud Cajamarca

La elaboración del presente plan ha contado con la asistencia técnica del proyecto Health System 20/20, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), conducido por Abt Associates Inc. bajo el contrato N° GHS-A-00•06-00010-00.

Las opiniones e ideas de los autores contenidas en este documento no necesariamente reflejan las de USAID o sus empleados

# Índice

Índice ..... 3
Prólogo ..... 5
Presentación ..... ¡Error! Marcador no definido.
Capítulo I: Ámbito de aplicación, características del plan, antecedentes, metodología y marco legal 7
Ámbito de aplicación ..... 7
Antecedentes ..... 7
El plan concertado regional en salud ..... 8
Marco legal ..... 9
Metodología utilizada ..... 9
Los resultados de los Cónclaves Provinciales ..... 11
La determinación de prioridades de salud ..... 12
El desarrollo de estrategias basadas en evidencias ..... 13
Capítulo II: Visión y responsabilidades institucionales ..... 15
Visión ..... 15
Responsabilidades institucionales ..... 16
Capítulo III: Prioridades regionales, objetivos estratégicos, metas, estrategias por prioridades sanitarias ..... 24
Prioridad regional 1: Desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años ..... 24
Objetivo estratégico 1 ..... 24
Caracterizando el problema ..... 24
La magnitud del problema ..... 26
La meta al año 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores ..... 27
Estrategias de mediano y largo plazo ..... 27
Matriz estratégica para la prioridad ..... 28
Resultados intermedios al 2014 e indicadores ..... 31
Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias ..... 31
Prioridad 2: Mortalidad materna y perinatal ..... 35
Objetivos estratégicos ..... 35
Caracterizando el problema de la mortalidad materna y perinatal ..... 35
La magnitud del problema ..... 38
La meta 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores ..... 39
Estrategias de mediano y largo plazo ..... 39
Matriz estratégica para la prioridad ..... 40
Resultados intermedios al año 2014 e indicadores ..... 42
Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias ..... 42
Prioridad 3: Bajo nivel educativo ..... 47
Objetivo estratégico ..... 47
Caracterizando el problema ..... 47
La meta al año 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores ..... 49
Estrategias de mediano y largo plazo ..... 50
Matriz estratégica para la prioridad ..... 51
Resultados intermedios al 2014 e indicadores ..... 52
Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias ..... 52

Prioridad 4: Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud ... 55
Objetivo estratégico ... 55
Caracterizando el problema ... 55
La magnitud del problema ... 60
La meta al año 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores ... 61
Estrategias de mediano y largo plazo ... 62
Matriz estratégica para la prioridad ... 63
Resultados intermedios al 2014 e indicadores ... 64
Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias ... 64
Capítulo IV: Indicadores y anexos ... 68
Fichas de los indicadores de impacto ... 68
Anexo 1: Resumen de resultados inmediatos al 2012 y 2014 basados en estrategias ... 73
Anexo 2: Descripción y justificación de las estrategias del Plan Concertado Regional de Salud de Cajamarca ... 82
Estrategias de concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud - COPAR ... 82
Estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud - FORCAP ... 86
Estrategias de mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local- FIN ... 91
Estrategias de extensión de la cobertura de servicios de agua y saneamiento básico - COBSAB ... 94

## Índice de figuras

Figura 1. Proceso de formulación del Plan Concertado Regional de Salud de la Región Cajamarca ... 10
Figura 2. Priorización de problemas sanitarios en la Región Cajamarca ... 13
Figura 3. Definición de contenidos del plan concertado ... 13
Figura 4. Modelo causal para el planeamiento estratégico ... 16
Figura 5. Marco de análisis de la desnutrición infantil ... 26
Figura 6. Marco de análisis de la mortalidad materna y perinatal ... 38
Figura 7. Marco de análisis del bajo nivel educativo sanitario ... 49
Figura 8. Marco de análisis de la baja capacidad resolutiva de los servicios de salud ... 59

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Desnutrición crónica y pobreza extrema en niños de 0 a 5 años de edad por regiones a nivel nacional ... 24
Gráfico 2. Evolución de la razón de mortalidad materna en la Región Cajamarca, 2002-2008 ... 35
Gráfico 3. Evolución de la mortalidad perinatal y neonatal en la Región Cajamarca, 2002-2008 ... 37
Gráfico 4. Evolución del analfabetismo en la Región Cajamarca, 1993 y 2007 ... 48
Gráfico 5. Distribución de recursos humanos en salud por grupo ocupacional, 2008 ... 57
Gráfico 6. Recursos destinados a inversión del sector salud en la Región Cajamarca, 2006-2009 ... 61

## Indice de tablas

Tabla 1. Distribución poblacional en las instituciones educativas por provincias, 2008 ... 47
Tabla 2. Distribución y evolución de establecimientos de salud por categorías en la Región Cajamarca, Marzo 2009 ... 55
Tabla 3. Número y densidad de profesionales de la salud por unidad ejecutora, 2008 ... 56
Tabla 4. Distribución de recursos humanos en salud por provincias y grupo ocupacional, 2008 ... 57
Tabla 5. Evolución del presupuesto regional de inversión por toda fuente de financiamiento según sector o función, 2006-2009 ... 60

# Prólogo

**Eco. Jesús Coronel Salirrosas**
**Presidente Regional de Cajamarca**

## INTRODUCCIÓN

El presente documento es la expresión del sentir colectivo de una nutrida participación de individuos interesados en conocer, elegir y proponer soluciones a los principales problemas de salud de la población cajamarquina. Su formulación fue iniciada con 13 talleres o cónclaves provinciales y un cónclave regional donde participaron aproximadamente 250 representantes con derecho a voz y voto, de todas las provincias de la región, en un ejercicio de socialización y priorización de los problemas que habría que atenderse enfáticamente en el periodo 2010 – 2014.

Se eligieron 04 prioridades: la desnutrición crónica infantil, la mortalidad materna e infantil, la limitada respuesta de los servicios de salud, y el bajo nivel educativo de la población, como los problemas más álgidos que aquejan a la salud de los cajamarquinos. Posteriormente a esta etapa se ha realizado la revisión y análisis de cada problema con el personal pertinente especializado, dando lugar a la formulación de estrategias y acciones orientadas a la solución de los mismos. Las líneas de acción que se han propuesto están orientadas a atender las principales causas de cada problema y representan la ruta a seguir con el objetivo de resolver o mitigar el problema durante el periodo 2010 al 2014.

Desde el sector tenemos el firme compromiso de orientar nuestros esfuerzos a la atención de estos problemas, prioritariamente. El cumplimiento de lo planeado es responsabilidad del sector; sin embargo, debemos señalar que este no será posible si no se cuenta con los recursos necesarios, aspecto crítico hasta hoy, pues han sido siempre insuficientes. La descentralización representa una oportunidad inigualable, por la misma es posible disponer en las regiones y municipalidades de más recursos, quedando abierta la posibilidad de un mayor financiamiento tanto de los servicios como de las determinantes de la salud.

Sin embargo también queda el reto de ganar eficiencia y eficacia con el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles; así como con el concurso y corresponsabilidad de más actores y de la población general. Esperamos contar con una progresiva y pertinente participación social, no solo para asumir lo que corresponda al individuo y a los colectivos vinculados, sino también en el control social de los servicios, hecho que apoyará importantemente a la implementación de procesos de mejora continua de la calidad. La socialización de este documento debe representar el inicio de una gestión más transparente, participativa, democrática y equitativa; de todos depende sacar adelante esta responsabilidad.

# Capítulo I: Ámbito de aplicación, características del plan, antecedentes, metodología y marco legal

## *Ámbito de aplicación*

El ámbito de aplicación del Plan Concertado Regional de Salud comprende a todas las instituciones públicas y privadas, cuyos objetos sociales están relacionados con el desarrollo sanitario.

## *Antecedentes*

La idea de formular un plan estratégico, para abordar un conjunto de problemas regionales de salud para un horizonte de cinco años, nació del Gobierno Regional de Cajamarca en el mes de noviembre de 2007. Para ello se conformó la Unidad Técnica Regional, compuesta por funcionarios de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Dicha unidad tuvo como objetivo desarrollar una propuesta técnica del proceso de formulación.

La idea de dicho proceso nació con los objetivos de:

*i) Establecer un consenso claro sobre la política regional de salud entre los actores gubernamentales regionales y locales, organizaciones de la sociedad civil y ciudadanos no organizados, que permita contar con un plan estratégico de salud de mediano plazo; y,*

*ii) Orientar hacia las prioridades sanitarias sentidas por la población, las políticas e intervenciones sanitarias, así como los recursos e inversiones del Gobierno Regional y de los diferentes sectores involucrados, los gobiernos locales, el sector privado y las agencias de cooperación que actúan en la región.*

En enero de 2008 se discutió el contenido de la propuesta técnica presentada por la Unidad Técnica Regional. Las principales características de la propuesta fueron: i) plan basado en prioridades; ii) plan definido participativamente en el ámbito de toda la región mediante cónclaves provinciales. El primer producto fue la aprobación del Plan de Trabajo que fue presentado por la Unidad Técnica Regional.

En febrero de 2008 la DIRESA Cajamarca recibió la asistencia técnica de la Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud –SECCOR- del Ministerio de Salud y del proyecto PRAES-USAID con la finalidad de acordar con mayor precisión el contenido metodológico del proceso de formulación y obtener el Menú de Problemas.

En diciembre de 2008 se organizaron las mesas temáticas para iniciar con la elaboración de las fichas técnicas por cada una de las cuatro prioridades sanitarias seleccionadas. Las mesas temáticas estuvieron conformadas por funcionarios de la DIRESA Cajamarca, quienes tenían el encargo de tener como producto un documento propuesta con la caracterización y delimitación de los problemas seleccionados, la definición de la meta y los basales, la definición de las estrategias y los resultados esperados.

En agosto de 2009, se reinicia con la elaboración de las fichas técnicas con la asistencia técnica del Proyecto HS 20/20 de USAID, para lo cual se realizaron tres talleres de revisión y validación de las fichas, las cuales estuvieron listas en setiembre de 2009.

Al mes del cierre del proceso de formulación, las cuatro prioridades seleccionadas están siendo las orientadoras del contenido del Plan Multianual de Inversiones en Salud 2009-2011 (PMI) del Gobierno Regional, que actualmente está en la fase de elaboración de perfiles de proyectos de inversión pública.

## *El plan concertado regional en salud*

El Gobierno Regional de Cajamarca ha concluido con la formulación del Plan Concertado Regional en Salud que tendrá como ámbito a toda la región. Para ello se ha basado en una metodología participativa de planificación que combina aspectos políticos, técnicos y sociales en un momento de mayores definiciones de dos de los más grandes procesos de reforma del sector salud en el Perú: la descentralización de la función salud al nivel local y el aseguramiento universal en salud. Ambos procesos le impregnan al plan nuevos elementos y posibilidades que indudablemente maximizarán las probabilidades de éxito a la siempre difícil y compleja fase de implementación.

Una de las características distintivas del Plan Concertado Regional de Cajamarca es que responde a las necesidades priorizadas por los actores clave de cada una de las trece provincias de la región definidas en Cónclaves Provinciales y concertadas en un solo Cónclave Regional. Dicha práctica promueve y fortalece la legitimidad del asunto público en el país y la región, haciendo que las instituciones públicas avanzen en orientar su accionar a las preferencias y necesidades de los usuarios.

La segunda característica distintiva del plan es que el diseño de las estrategias de largo plazo para revertir los factores que condicionan y determinan los problemas de salud priorizados está basado en las características regionales del problema. A pesar de que se disponen de pocas fuentes de información confiables y escasos reportes técnicos sobre el comportamiento de los principales problemas de salud desde la perspectiva ciudadana, la metodología utilizada ha sido capaz de caracterizar cada problema y diseñar un conjunto de estrategias regionales.

La tercera característica se da por la relevancia de tener definidas anticipadamente no sólo las metas para el final del periodo de planeamiento –año 2012- sino que también anticipa los resultados intermedios e inmediatos esperados, los cuales deben ser verificables, es decir, el plan estaría soportado por evidencias de cumplimiento.

Y por último, el diseño de las acciones y resultados esperados se basan en acciones sinérgicas y complementarias de distintos actores gubernamentales y no gubernamentales de la región, partiendo del concepto que los más frecuentes problemas del estado de salud de la población están determinados por factores fuera del área de influencia del sector salud, por lo tanto requiere de la concertación y la definición de compromisos anticipados, de carácter intersectorial e interinstitucional.

Considerando que el Plan Concertado de Salud es vinculante para el Gobierno Regional y otras instituciones públicas y privadas, el plan expone las variables programáticas que deberán guiar los próximos procesos de formulación de planes operativos institucionales, presupuestos participativos, planes territoriales provinciales/distritales para los próximos 5 años.

Los principios que orientan este plan son:

1. La equidad en el acceso a los servicios básicos que influyen sobre el estado de la salud.
2. La inclusión de las poblaciones más vulnerables en el sistema de protección de la salud.
3. El empoderamiento de las comunidades en las decisiones para promover y proteger su salud.
4. El carácter intersectorial e intergubernamental de las estrategias.
5. La efectividad de las intervenciones, que proviene de que se sustentan en evidencia reconocida.

Los principales retos para mejorar el estado de salud de la población de la región son:

1. Educar a las personas para reducir los hábitos de riesgo para su salud.
2. Acortar las brechas sanitarias y de acceso a los servicios en la región.
3. Articular las acciones multisectoriales e intergubernamentales, así como de cooperación externa.
4. Dirigir más recursos públicos y privados hacia el sector salud.
5. Lograr que personas e instituciones cumplan con los compromisos y responsabilidades asumidas.
6. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para la regulación en la ejecución de las políticas.

7. Lograr espacios efectivos de negociación con las instituciones nacionales involucradas en el plan.
8. Poner en marcha efectivos y sostenidos mecanismos de participación ciudadana para vigilar el cumplimiento de las metas del plan.

*Las **principales características** del Plan Concertado en Salud de Cajamarca son:*

1. *Está basado en las decisiones de los actores clave de la región: Las **prioridades desde una mirada participativa**.*
2. *Está basado en la problemática regional: **diseño propio de estrategias**.*
3. *Está basado en evidencias: las **metas** y los **resultados esperados** son y deben ser verificables.*
4. *Tiene carácter intersectorial, intergubernamental, interinstitucional: requiere de **acciones sinérgicas y complementarias**.*

## *Marco legal*

En la formulación del Plan Concertado Regional de Salud de Cajamarca el Gobierno Regional ha cumplido con el mandato legal que establece como una función de la autoridad regional la formulación del Plan de Desarrollo Regional. El presente plan constituye el componente SALUD de dicho plan.

De otra parte, el plan significa un hito para las relaciones entre las organizaciones gubernamentales y la ciudadanía al incorporar en su radio de acción las preferencias y necesidades desde la perspectiva de los actores clave y los ciudadanos.

El Plan Concertado Regional de Salud es producto de la voluntad de la autoridad regional, que mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 212-2008-GR-CAJ/P, decidió en el mes de Abril de 2008 aprobar la formulación del Plan Participativo Regional de Salud para el periodo 2008-2012 del Gobierno Regional de Cajamarca", estableciendo que debe tener la siguiente estructura: justificación, objetivos, base legal, ámbito de aplicación, prioridades identificadas, responsabilidades, paticipantes para la elaboración, metodología, actividades y cronograma.

La formulación del presente plan también está amparada en las siguientes normas nacionales:

i. Ley N° 27867: Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
ii. Ley N° 27783- Ley de Bases de la Descentralización
iii. Ley N° 27293- Ley que crea el Sistema Nacional de Inversión Pública.
iv. Ley N° 26300- Ley de Participación y Control Ciudadano.

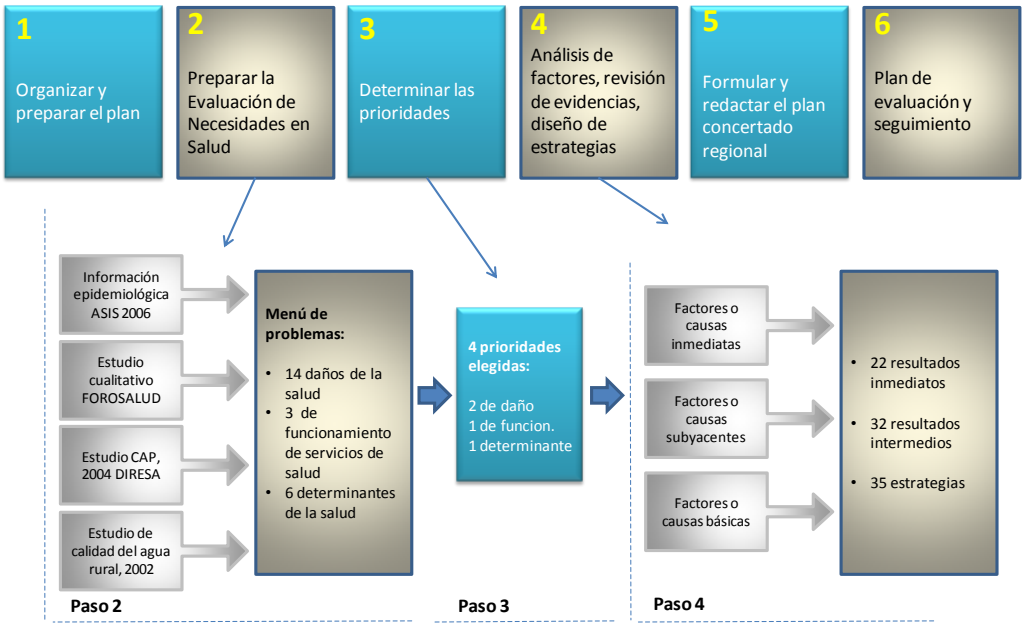
## *Metodología utilizada*

El Plan Concertado Regional de Salud se realizó en seis pasos, como se muestra en la figura 1. El paso uno se orientó a la organización e institucionalización de la elaboración del plan; el dos, a realizar la evaluación de necesidades de salud,[1] proceso que estuvo a cargo de la Unidad Técnica Regional, conformado por

[1] Adaptado de Hooper, J. y P. Longworth: "Health Needs Assessment, Health Development Agency". Londres, 2002.

funcionarios de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca; el paso tres fue un momento participativo que buscó identificar las prioridades que deben ser atendidas por la región; el cuatro se caracterizó por identificar el contenido estratégico –objetivos estratégicos, metas, las estrategias y asegurar los compromisos de todos los actores para implementar las intervenciones-; y el cinco, por último, consiste en elaborar el plan de evaluación y seguimiento que requiere de la definición de estrategias de vigilancia ciudadana y otras de control en la vía institucional.

**Figura 1. Proceso de formulación del Plan Concertado Regional de Salud de la Región Cajamarca**




Para validar el Menú de Problemas y definir los cronogramas de los cónclaves se convocó a una primera reunión con las Sub-Unidades Técnicas –conformadas por funcionarios de las direcciones sub-regionales de Chota, Cutervo, Jaén y redes de salud. El producto de dicho espacio fue un Listado de 23 problemas: **Menú de Problemas**, desde la perspectiva institucional, y obtenido de las evidencias disponibles en la región. Dicho listado fue elaborado para ser sometido a discusión y priorización en los 13 cónclaves provinciales.

Entre los meses de junio y octubre de 2008 las tres direcciones sub-regionales y las diez redes de salud de la Región Cajamarca realizaron trece cónclaves provinciales con el propósito de seleccionar los problemas prioritarios desde la mirada local. Dichos espacios tuvieron el acompañamiento de la DIRESA Cajamarca y contó con el financiamiento del Ministerio de Salud. Los productos de los cónclaves provinciales dieron origen a un nuevo Menú de Problemas que fue objeto de análisis, debate y selección mediante votación en

un Cónclave Regional, el cual se llevó a cabo el 25 de noviembre de 2008. Los problemas sanitarios seleccionados en el Cónclave Regional fueron cuatro y son la materia del presente plan:

i. **Desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años;**
ii. **Mortalidad materna y perinatal;**
iii. **Bajo nivel educativo de la población, y:**
iv. **Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud.**

## Los resultados de los Cónclaves Provinciales

De otra parte, los resultados de los **Cónclaves Provinciales** fueron los siguientes:

| Ámbito | **Daños** priorizados | **Funcionamiento de los servicios** priorizados | **Determinantes de la salud** priorizadas |
|---|---|---|---|
| **Cónclave San Ignacio** *Octubre, 2008* | Enfermedades diarreicas y parasitarias<br>Enfermedades respiratorias | Baja calidad de atención en los servicios | Hábitos, costumbres y prácticas inadecuadas de la población para el cuidado de la salud |
| **Cónclave Chota** *Julio, 2008* | Enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años<br>Desnutrición crónica en menores de 5 años<br>Enfermedades diarreicas y parasitarias en menores de 5 años | Mala calidad de atención de los servicios de salud<br>Corrupción en los servicios de salud | Bajo nivel educativo de la población<br>Hábitos, costumbres y prácticas inadecuadas de la población para el cuidado de la salud |
| **Cónclave San Pablo** *Julio, 2008* | Desnutrición crónica en menores de 5 años<br>Embarazo en adolescentes<br>Muerte materna y perinatal | Baja calidad de atención en los servicios<br>Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Hábitos, costumbres y prácticas inadecuadas de la población para el cuidado de la salud<br>Bajo nivel educativo de la población |
| **Cónclave Celendín** *Junio, 2008* | Desnutrición crónica en menores de 5 años<br>Embarazo en adolescentes | Baja calidad de atención en los servicios<br>Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Bajo nivel educativo de la población<br>Hábitos, costumbres y prácticas inadecuadas de la población para el cuidado de la salud |
| **Cónclave Contumazá** *Agosto, 2008* | Muerte materna y perinatal<br>Desnutrición crónica en menores de 5 años | Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud<br>Baja calidad de atención en los servicios | Bajo nivel educativo de la población<br>Hábitos, costumbres y prácticas inadecuadas de la población para el cuidado de la salud |
| **Cónclave Santa Cruz** *Julio, 2008* | Desnutrición crónica en menores de 5 años<br>Enfermedades diarreicas y parasitarias en menores de 5 años | Baja calidad de atención en los servicios<br>Baja capacidad de respuesta de los | Bajo nivel educativo de la población<br>Hábitos, costumbres y prácticas inadecuadas de la población para el |

| Ámbito | **Daños** priorizados | **Funcionamiento de los servicios** priorizados | **Determinantes de la salud** priorizadas |
|---|---|---|---|
| | | servicios de salud | cuidado de la salud |
| **Cónclave Cajabamba** ***Agosto, 2008*** | Alcoholismo y drogadicción<br>Desnutrición crónica en menores de 5 años | Baja calidad de atención en los servicios<br>Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Bajo nivel educativo de la población<br>Hábitos, costumbres y prácticas inadecuadas de la población para el cuidado de la salud |
| **Cónclave Jaén** ***Septiembre, 2008*** | Desnutrición crónica infantil<br>Alcoholismo y drogadicción | Baja caliad de atención en los servicios | Bajo nivel educativo |
| **Cónclave Cutervo** ***Agosto, 2008*** | Desnutrición crónica infantil<br>Enfermedades diarreicas y parasitarias en menores de 5 años<br>Muerte materna y perinatal | Baja calidad de atención en los servicios<br>Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Bajo nivel educativo<br>Limitado acceso y calidad de servicios de agua y saneamiento básico en zonas rurales |
| **Cónclave San Marcos** ***Julio, 2008*** | Desnutrición crónica infantil<br>Muerte materna y perinatal | Baja calidad de atención en los servicios<br>Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Limitado acceso y calidad de servicios de agua y saneamiento básico en zonas rurales<br>Manejo inadecuado de la basura |
| **Cónclave San Miguel** ***Junio, 2008*** | Desnutrición crónica en menores de 5 años<br>Enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años | Baja calidad de los servicios de salud | Bajo nivel educativo de la población |
| **Cónclave Hualgayoc** ***Junio, 2008*** | Desnutrición crónica en menores de 5 años<br>Cáncer | Baja calidad de los servicios de salud<br>Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Contaminación ambiental<br>Bajo nivel educativo de la población |

Durante la reunión de Evaluación Regional Anual 2008, donde participaron representantes de la DIRESA, direcciones sub-regionales y redes de salud, los participantes aportaron con la identificación de estrategias de intervención.

## La determinación de prioridades de salud

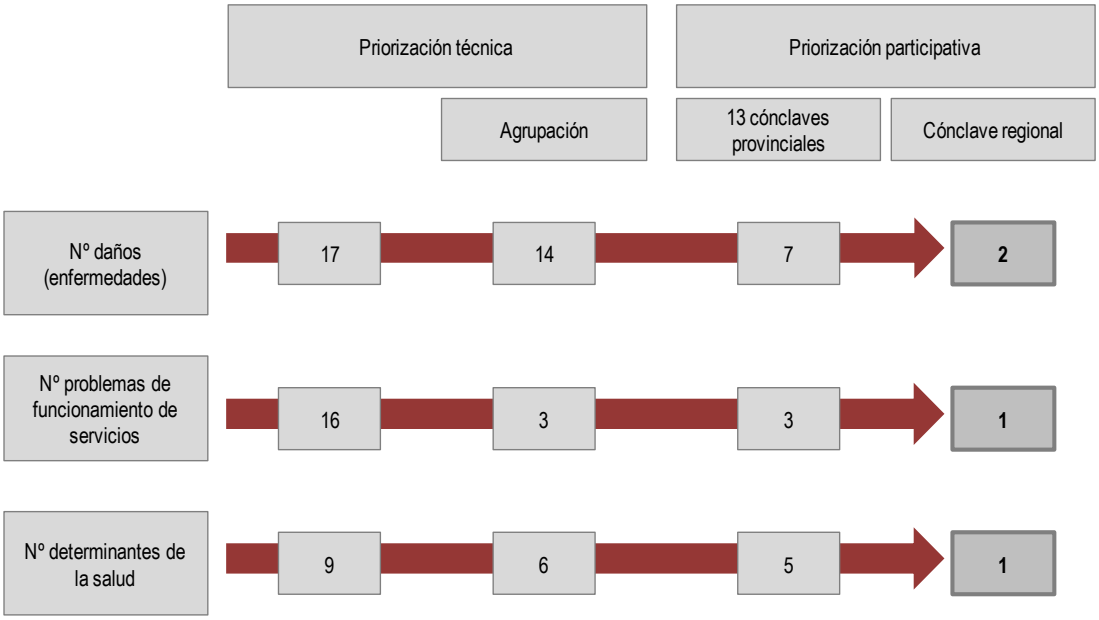
Para incorporar a los actores sociales claves y establecer criterios de priorización, el Plan Concertado Regional en Salud utilizó la metodología de evaluación de necesidades de salud (ENS),[2] que es, a su vez, una metodología participativa que involucra a los ciudadanos, a los proveedores y a las autoridades de salud en el proceso de recolección de información y en la elección de las prioridades.

[2] Hooper, J. y P. Longworth: "Health Needs Assessment", *op. cit.*

Las prioridades sanitarias se determinaron mediante un proceso técnico y otro participativo (véase la figura 2). En el proceso de priorización técnica, la Unidad Técnica Regional de la DIRESA Cajamarca revisó las fuentes de información que detallaban la evaluación de necesidades de salud (análisis epidemiológico de la región, estudios disponibles de conocimientos, actitudes y prácticas en salud, estudios cualitativos, análisis de demanda de servicios). A partir de esta priorización, la Unidad Técnica Regional seleccionó una lista de veintitres problemas entre daños o enfermedades, determinantes de la salud y problemas de funcionamiento de los servicios de salud (Figura 2).

En el paso de priorización participativa, esta lista fue sometida a la discusión y debate en las trece provincias de la región por parte de los actores sociales relevantes de la provincia, quienes eligieron entre quince problemas en total. Dichos problemas alimentaron la lista regional. Con este nuevo instrumento, el 25 de noviembre del 2008 la DIRESA Cajamarca llevó a cabo el Cónclave Regional, que contó con la participación de representantes de la sociedad civil, ciudadanos, proveedores y autoridades, y en el que fueron eligidas cuatro problemas de salud tal como se aprecia en la Figura 2.

**Figura 2. Priorización de problemas sanitarios en la Región Cajamarca**




## El desarrollo de estrategias basadas en evidencias

Luego de definir las prioridades de salud en el Cónclave Regional, se inició la etapa de análisis de factores, revisión de evidencias y diseño de estrategias.

En primer lugar se analizó cada problema priorizado en la región, lo que se hizo delimitando el ámbito, el grupo de población y los indicadores que miden el cambio esperado. Posteriormente, se delimitó el problema de salud priorizado. Enseguida se estudiaron los factores y su nivel de impacto en cada prioridad, así como las posibles intervenciones que pueden modificarlos. Con este fin se realizó una primera reunión de la Unidad Técnica del Gobierno Regional y con expertos regionales en cada tema, quienes conformaron cuatro grupos de revisores –Mesas Temáticas-, una para cada prioridad. Una vez identificados los factores o causas que determinan el problema, así como las intervenciones exitosas, se realizó una búsqueda de evidencias para priorizar intervenciones según su impacto en el problema de salud. A partir de dichas intervenciones se diseñaron estrategias de mediano y largo plazo (Ver Figura 3). Finalmente, se priorizaron las estrategias de acuerdo con el impacto de las intervenciones sobre cada prioridad sanitaria, con base en las evidencias revisadas por los técnicos. A partir de las estrategias priorizadas se definieron los resultados esperados intermedios que corresponden a las necesidades de cambio por cada indicador seleccionado.

**Figura 3. Definición de contenidos del plan concertado**

1. El objetivo estratégico
2. La caracterización del problema
   1. Los factores del problema
   2. La magnitud del problema
3. Las metas, indicadores y basal
4. Las estrategias de largo plazo
   1. La justificación de las estrategias
   2. La matriz estratégica
5. Los resultados intermedios al 2014
   1. Indicadores, basal y metas
6. Los resultados inmediatos al 2012
   1. Listado de Resultados inmediatos según ejes estratégicos

# Capítulo II:Visión y responsabilidades institucionales

El Plan Concertado Regional de Salud de Cajamarca busca revertir cuatro problemas sanitarios –dos de daños a la salud, un problema de funcionamiento del sistema prestador y un problema determinante de la salud- con el propósito de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de la región y promover el desarrollo sanitario y el buen estado de salud de sus ciudadanos a través de esfuerzos organizados de la sociedad cajamarquina.

El plan se ejecutará en el marco de dos procesos de reforma del sector salud en el país, lo cual podría significar mejores oportunidades para su correcta implementación por que dos elementos clave para la ejecución de las políticas se modificarían: decisiones tomadas más cerca al ciudadano –como producto del proceso de descentralización-, y mejores esquemas de protección financiera de la atención de la salud de los ciudadanos –como resultado del aseguramiento universal en salud.

## *Visión*

En ese contexto la visión de mediano plazo para la salud regional que proponen los actores concertadamente es:

**Visión en salud de la Región Cajamarca basado en prioridades**

La Región Cajamarca al año 2014 es un modelo en salud a nivel nacional por haber logrado reducir la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años y la mortalidad materno-perinatal mejorando el nivel educativo y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, con la acción sinérgica del Gobierno Regional, gobiernos locales, la sociedad civil y la empresa privada; basados en los principios de equidad, solidaridad, responsabilidad, transparencia y el respeto a los derechos de los demás con enfoque intercultural, alcanzando altos niveles de satisfacción de la población.

El énfasis del plan está orientado a la protección de los factores que permiten altos niveles de inequidad de la población pobre y extremadamente pobre de la región, exponiendo compromisos de distintos actores sociales y gubernamentales para proteger su salud y prevenir las enfermedades.

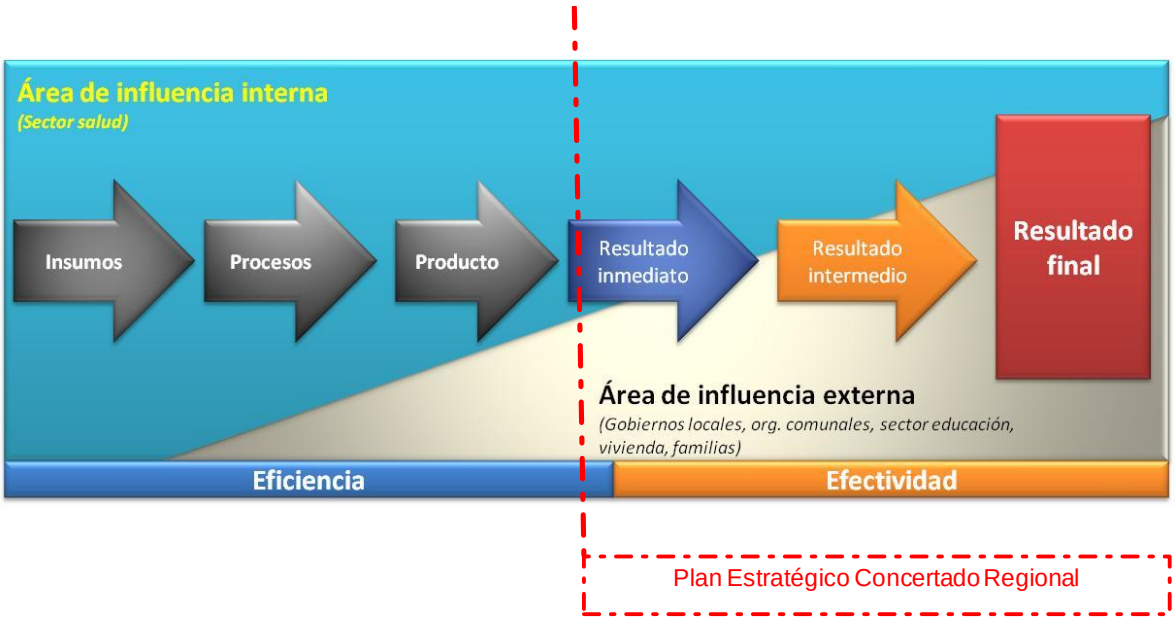
Las estrategias de mediano y largo plazo expuestas en el Plan Concertado Regional están interrelacionadas entre sí. El logro de los resultados es la consecuencia de roles sinérgicos entre las instituciones regionales. El efecto de las acciones complementarias se traduce en la elevación del capital humano en la región y, en consecuencia, en el incremento del bienestar general. Ademas, se observará un efecto multiplicador sobre la productividad, la capacidad de innovación y la confianza de los ciudadanos.

## *Responsabilidades institucionales*

Teniendo en cuenta que la problemática sanitaria elegida se encuentra determinada por factores que corresponden a dos grandes ámbitos: una primera que corresponde al **área de influencia interna** del sector salud (Figura 4) y la segunda que constituye el **área de influencia externa** en las que participan los gobiernos locales, el sector Educación, las organizaciones comunales, la sociedad civil y las familias, es preciso establecer un listado de responsabilidades o compromisos insituticionales que deben quedar explícitos para poder conseguir los resultados inmediatos e intermedios en el tortuoso camino a la meta estratégica.

Se trata de compromisos para modificar algunos elementos críticos que en la actualidad podrían impedir la consecución de los **resultados intermedios**. Dichos compromisos estarían orientados a generar mejores condiciones en el ámbito institucional para que los equipos técnicos como parte de su trabajo regular puedan revertir las causas inmediatas y subyacentes de las prioridades sanitarias. Se exponen responsabilidades o compromisos por parte del Gobierno Regional, los gobiernos locales, el sector Educación, las organizaciones civiles, organizaciones comunitarias, la DIRESA Cajamarca.

**Figura 4. Modelo causal para el planeamiento estratégico**




Las responsabilidades o compromisos institucionales se describen a continuación.

| Responsabilidades del Gobierno Regional | Hitos clave |
|---|---|
| **1. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto del GR impulsará la reorganización de la DIRESA** | • Elaboración de programa de generación de capacidades para funcionarios de DIRESA.<br>• Asignación de recursos para fortalecer las capacidades de los funcionarios para el ejercicio del rol rector, conductor.<br>• Negociar la asignación de recursos para diferenciar los cargos directivos en redes y microrredes de salud.<br>• Establecer esquemas de monitoreo y evaluación del proceso de reorganización de la DIRESA dando cuenta de los avances. |
| **2. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto del GR impulsará** | • Consenso con gobiernos locales y mineras para financiar el programa multianual en |

| Responsabilidades del Gobierno Regional | Hitos clave |
|---|---|
| **aprobará y velará por el cumplimiento del Programa Multianual de Inversiones** | planes anuales.<br>• Cambios en los criterios de formulación de proyectos de inversión para el primer nivel de atención.<br>• Fortalecimiento de unidades formuladoras en las redes de salud.<br>• Articulación entre las unidades formuladoras de redes con municipalidades provinciales. |
| **3. El Consejo Regional impulsará la rendición de cuentas desde la DIRESA, sector Educación basado en los resultados esperados intermedios e inmediatos del Plan Concertado Regional de Salud** | • Definición y aprobación de criterios y mecanismos de rendición de cuentas desde los sectores involucrados y programas sociales.<br>• Fortalecimiento de la función controladora de la Oficina de Planeamiento y Desarrollo Social del Gobierno Regional.<br>• Publicación en la página de transparencia del desempeño institucional en el cumplimiento de los resultados intermedios anuales diferenciando por provincias. |
| **4. La Gerencia de Desarrollo Social generará condiciones para la articulación de la operación entre Educación, Salud y programas sociales** | • Socialización del Plan Concertado Regional de Salud entre las unidades de gestión de salud, educación, programas sociales y otros actores involucrados.<br>• Consenso entre instituciones para establecer parámetros de control de avances en la articulación a nivel de la prestación de servicios. |
| **5. La Gerencia de Desarrollo Social promoverá la participación social en salud a nivel provincial y distrital** | • Consenso con gobiernos locales para impulsar programas de vigilancia comunitaria del crecimiento del niño.<br>• Consenso con gobiernos locales para impulsar programas de vigilancia social de la calidad de los servicios de salud.<br>• Consenso con gobiernos locales para impulsar espacios de articulación, control y rendición de cuentas para prioridades. |
| **6. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto del GR negociará con el MEF incremento presupuestal en el marco de Presupuesto por Resultados** | • Revisión de los elementos críticos de la asignación y ejecución presupuestal en la actualidad.<br>• Definición de criterios estandarizados de programación presupuestal para unidades ejecutoras.<br>• Revisión y aplicación del modelo de gestión descentralizada de servicios de salud para optimizar el gasto por resultados. |
| **7. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto del GR rediseñará los criterios y flujos de asignación presupuestal a las unidades ejecutoras en salud** | • Mejoramiento de los flujos de asignación de presupuesto por Donaciones y Transferencias del SIS.<br>• Elaborar y aprobar estándares de oportunidad en la asignación de presupuesto por Donaciones y Transferencias del SIS. |

| Responsabilidades del Gobierno Regional | Hitos clave |
|---|---|
| | • Negociar con el MEF y SIS las condiciones para cumplir con el estándar de oportunidad de asignación. |

| Responsabilidades de los gobiernos locales | Hitos clave |
|---|---|
| **1. Los gobiernos locales provinciales promoverán, financiarán y darán asistencia técnica para la formulación de Programa Multianual de Inversiones para agua y saneamiento básico** | • Difusión y socialización del Programa Multianual de Inversiones.<br>• Fortalecimiento de las unidades formuladoras de proyectos de inversión.<br>• Articulación entre las unidades formuladoras de redes con municipalidades provinciales.<br>• Promoción del debate para formar Mancomunidades.<br>• Implementación del área encargada de la gestión de agua y saneamiento en los gobiernos locales. |
| **2. Los gobiernos locales promoverán y financiarán planes anuales de inversión basados en el Programa Multianual para fortalecer microrredes de salud** | • Difusión y socialización del Programa Multianual de Inversiones en Salud.<br>• Financiamiento de diagnóstico de necesidades de inversión y formulación de proyectos por microrredes. |
| **3. Los gobiernos locales provinciales y distritales formularán el capítulo salud y educación del Plan Concertado de Desarrollo Local en el marco del Plan Concertado Regional de Salud** | • Consenso de asistencia técnica desde DIRESA.<br>• Acompañamiento desde redes de salud.<br>• Aprobación del proceso por Ordenanza Municipal. |
| **4. Los gobiernos locales del ámbito de piloto de descentralización establecerán mecanismos de rendición de cuentas desde redes y microrredes de salud** | • Consenso con Mesa de Lucha contra la Pobreza y otros espacios multisectoriales locales para establecer los mecanismos.<br>• Consenso con gerentes de redes y microrredes sobre criterios de rendición de cuentas.<br>• Difusión de criterios de rendición de cuentas. |
| **5. Los gobiernos locales –provinciales y distritales- articularán la ejecución de los programas sociales con los compromisos de salud** | • Consenso y negociación de las metas de JUNTOS.<br>• Consenso y negociación de las metas del PIN en el marco de la estrategia CRECER. |
| **6. Los gobiernos locales impulsarán la expansión del PIN y la eliminación de infiltraciones** | • Aprobación de ordenanzas que regulen la multisectorialidad de los programas sociales en el nivel local.<br>• Establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas en el nivel local a cargo de los gobiernos locales. |

| Responsabilidades de las organizaciones de la sociedad civil | Hitos clave |
|---|---|
| **1. La Mesa de Lucha contra la Pobreza, el Observatorio en Salud impulsarán el programa de vigilancia social de los servicios de salud** | • Diseño consensuado de los objetos de vigilancia social en los establecimientos de salud. Humanización del trato, acceso y uso del SIS, disponibilidad de insumos y medicamentos críticos, garantías explícitas de oportunidad del PEAS.<br>• Promoción de la experiencia en medios masivos. |
| **2. Los consejos provinciales y distritales, y las organizaciones sociales de base de las capitales de distritos y provincias impulsarán la participación en los comités locales de salud** | • Consenso para unificar espacios múltiples<br>• Definición de criterios de las organizaciones sociales de base. |
| **3. La Universidad Nacional de Cajamarca impulsará mecanismos de rendición de cuentas del Plan Concertado Regional de Salud usando el Observatorio de la Salud** | • Consenso para definir el objeto de observación del plan concertado.<br>• Definición de base de datos fuente para la observación.<br>• Definición de flujos de información para mostrar en Observatorio.<br>• Espacios de debate de avances.<br>• Difusión masiva de avances. |

| Responsabilidades del sector Educación | Hitos clave |
|---|---|
| **1. La Dirección Regional de Educación concertará con la Dirección Regional de Salud el Programa Educativo en Salud a implementarse** | • Consenso para definir contenidos educativos.<br>• Consenso con CONEI para definir criterios. |
| **2. La Dirección Regional de Educación preparará un contingente de educadores para capacitar a los docentes en la ejecución del Programa Educativo en Salud** | • Negociación de financiamiento con Gobierno Regional y gobiernos locales.<br>• Negociación de financiamiento con cooperantes externos y ONGs.<br>• Negociación con DIRESA para la preparación de los contenidos educativos. |
| **3. Las UGEL mejorarán las condiciones de salubridad de las instituciones educativas** | • Negociación de financiamiento con GR<br>• Negociación de financiamiento con cooperantes externos y ONGs<br>• Negociación con la empresa privada<br>• Consenso con la DIRESA para el monitoreo, evaluación y vigilancia sanitaria. |
| **4. Las instituciones formadoras en salud, como institutos, universidades y otras reorientan y fortalecen contenidos educativos en salud** | • Consenso con salud para readecuar sus contenidos.<br>• Negociación con empresas privadas y cooperación externa para el financiamiento.<br>• Fortalecimiento de los actuales esquemas de pasantías, maestrías, doctorados es salud pública, gestión de la salud y educación en salud. |

| Responsabilidades de las organizaciones comunitarias | Hitos clave |
|---|---|
| **1. Las Rondas Campesinas, Juntas Vecinales, Comités de Desarrollo Comunitario impulsarán el programa de vigilancia social del crecimiento del niño y la niña en las comunidades** | • Visita experiencias similares en el sur del país<br>• Desarrollo de cartillas de vigilancia social<br>• Desarrollo de instrumentos de vigilancia |
| **2. Los clubes de madres de los centros poblados y distritos impulsarán el programa de Madres Cuidadoras Modelo** | • Visita experiencias similares en el sur del país<br>• Desarrollo de cartillas del programa |
| **3. Expandir la red de promotores de salud** | • Consenso sobre mecanismos de formación y desarrollo de agentes comunitarios<br>• Consenso en la comunidad sobre valor del trabajo |

| Responsabilidades de la DIRESA | Hitos clave |
|---|---|
| **1. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto concluirán la redelimitación de redes y microrredes de salud** | • Aprobación de la metodología.<br>• Capacitación de facilitadores para todo el ámbito regional.<br>• Involucramiento de los gobiernos locales en el proceso.<br>• Negociación con liego para definir partidas presupuestales para todas las unidades ejecutoras de la región.<br>• Asignación de presupuesto para la redelimitación. |
| **2. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas complementará la normatividad nacional para homogeneizar los criterios de atención de los niños, adolescentes y mujeres basados en las prioridades regionales y el PEAS** | • Revisión de normatividad nacional.<br>• Elaboración de informe sobre necesidades de regulación.<br>• Aprobación de normas regionales. |
| **3. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y la Oficina de Personal impulsarán programas de capacitación permanente en salud basado en prioridades y en gestión de competencias** | • Definición del contenido de programa de gestión por competencias del recurso humano consensuado con redes de salud.<br>• Aprobación de programa.<br>• Negociación de remesas por Encargos con Nivel Central para el financiamiento del programa.<br>• Negociación de fuentes de financiamiento con Gobierno Regional, empresas privadas, cooperación externa y universidades.<br>• Establecer nuevos esquemas de asignación presupuestal de la remesa por Encargos para dotar de mayor flexibilidad a las redes y |

| Responsabilidades de la DIRESA | Hitos clave |
|---|---|
| | microrredes.<br>• Asignación de presupuesto específico a redes y microrredes para financiar el programa de capacitación permanente y las réplicas.<br>• Establecer criterios de monitoreo del programa de capacitación permanente. |
| **4. La Dirección de Promoción de la Salud establecerá criterios de programación, monitoreo y evaluación de los programas de promoción de la salud** | • Revisión de normatividad y documentos nacionales.<br>• Elaboración de informe sobre propuesta de ajustes regionales.<br>• Aprobación de propuesta técnica regional que contenga criterios de articulación con Salud de las Personas y Recursos Humanos.<br>• Definición e incremento de presupuesto para implementar los programas de promoción de la salud.<br>• Establecer criterios de monitoreo y evaluación de los componentes de PROMSA según criterios consensuados con redes de salud. |
| **5. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Dirección de Promoción de la Salud establecerán las nuevas funciones en el marco del proceso de reorganización de redes y microrredes de salud** | • Definición de las funciones del responsable de PROMSA en el marco del proceso de reorganización de redes y microrredes de salud.<br>• Asistencia técnica permanente para mejorar las competencias del personal responsable de PROMSA en redes y microrredes de salud.<br>• Ampliación de plazas para ocupar los cargos de responsabilidad administrativa de PROMSA en redes y microrredes de salud. |
| **6. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas impulsará proyectos de mejora continua para la atención materna, infantil y de adolescentes** | • Desarrollo de metodología de formulación de proyectos de mejora continua de la calidad.<br>• Establecimiento de fuentes de financiamiento.<br>• Formación de grupos facilitadores por redes de proyectos de mejora continua de la calidad. |
| **7. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la DIRESA regulará la metodología de planeamiento operativo institucional** | • Regulación de la metodología para el planeamiento operativo de redes unidades ejecutoras, redes no unidades ejecutoras y microrredes orientados al Plan Concertado.<br>• Asistencia técnica de DIRESA a redes para actualizar el plan operativo 2010.<br>• Asistencia técnica para el proceso de plan operativo-presupuesto RO para 2011. |
| **8. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto diseñará un modelo de unidades operativas para redes de salud que dote de flexibilidad administrativa** | • Presentación de propuesta a Gobierno Regional, que incluya criterios de asignación, flujos de recursos, estándares de oportunidad<br>• Aprobación de propuesta por Ordenanza Regional.<br>• Vigilancia de los estándares de oportunidad |

| Responsabilidades de la DIRESA | Hitos clave |
|---|---|
| | en la asignación y ejecución presupuestal. |
| **9. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto establecerá un modelo de monitoreo y evaluación del plan concertado regional, planes operativos institucionales y aportará con los criterios para el monitoreo de los planes territoriales de salud (capítulo salud del Plan Concertado de Desarrollo Local)** | • Presentación de propuesta a Gobierno Regional, que incluya variables de frecuencia, métodos, instrumentos, responsables y contenidos.<br>• Aprobación de propuesta por Ordenanza Regional.<br>• Financiamiento de los talleres de evaluación de redes, microrredes y hospitales basados en el plan concertado, plan estratégico institucional y planes operativos institucionales. |
| **10. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas formulará un proyecto para levantar la línea de base de la salud infantil y nutrición a nivel regional** | • Definición de las variables de medición, del ámbito de muestra, presupuesto.<br>• Negociación con empresas privadas u ONGs para financiamiento de proyecto. |

| Responsabilidades de las Sub-Regiones de Salud | Hitos clave |
|---|---|
| **1. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas impulsará proyectos de mejora continua para la atención materna, infantil y de adolescentes** | • Desarrollo de metodología de formulación de proyectos de mejora continua de la calidad.<br>• Establecimiento de fuentes de financiamiento.<br>• Formación de grupos facilitadores por redes y microrredes de proyectos de mejora continua de la calidad. |
| **2. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto de las Sub-Regiones negociará presupuesto para las redes y microrredes para las acciones de control, capacitación, mejora de archivos de historias clínicas, dotación de equipos de cómputo a microrredes de salud** | • Definición de variables de programación, costeo y anteproyecto para recursos adicionales en el primer año.<br>• Inclusión de metas físicas de programación presupuestal para el anteproyecto de presupuesto institucional por fuente Recursos Ordinarios a partir del segundo año.<br>• Asignación de recursos a microrredes de salud condicionado a resultados. |
| **3. La direcciones de Atención Integral y Promoción de la Salud impulsarán réplicas ordenadas y sistemáticas de las capacitaciones en atención integral y promoción de la salud dadas a los responsables de área de redes y microrredes** | • Diseño y publicación de módulos de capacitación.<br>• Diseño de cronograma y mecanismos de réplica y fomento de la autocapacitación.<br>• Diseño e implementación de exámenes escritos por medios aleatorios.<br>• Exponer el material de capacitación en medios web. |

| Responsabilidades de las redes de salud | Hitos clave |
|---|---|
| **1. La red de salud impulsará réplicas ordenadas y sistemáticas de las capacitaciones entre el personal de las cabeceras de microrredes y establecimientos de salud** | • Socialización de los módulos de capacitación elaborados por la DIRESA.<br>• Fomento de la autocapacitación.<br>• Réplicas en cascada a personal responsable de microrredes hacia establecimientos de salud.<br>• Promoción del uso de los medios web para acceder a los módulos. |
| **2. La red de salud brindará acompañamiento para el reordenamiento del arhivo de historias clínicas** | • Definición de criterios de archivo de historias clínicas basados en la NTS 041-2006.<br>• Definición de responsabilidades y cronograma negociado con microrredes.<br>• Canalización de presupuesto desde unidad ejecutora para contratación temporal de personal encargado. |
| **3. La red de salud impulsará el rediseño de los procesos y procedimientos de programación, distribución, almacenamiento y dispensación de medicamentos e insumos en el marco de lo establecido por la DIRESA** | • Diagnóstico de los procesos y procedimientos de programación, distribución, almacenamiento y dispensación de medicamentos e insumos.<br>• Rediseño en el marco de proyectos de mejora continua.<br>• Monitoreo y evaluación de rediseño. |
| **4. La red de salud impulsará la evaluación de competencias del personal de salud responsable de la atención a las mujeres en edad fértil y a niños menores de 5 años basados en los criterios que establecerá la autoridad sanitaria regional** | • Socialización de los criterios y programas de capacitación.<br>• Promoción del uso de los medios web para fomentar la autocapacitación.<br>• Aplicación de exámenes y evaluación de competencias *in situ*.<br>• Promoción de gestores clínicos entre los más destacados. |

# Capítulo III: Prioridades regionales, objetivos estratégicos, metas, estrategias por prioridades sanitarias

## *Prioridad regional 1: Desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años*

### Objetivo estratégico 1

Reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en la Región Cajamarca.

### Caracterizando el problema

En la Región Cajamarca si bien el porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años se ha reducido de 42.8% en el año 2000 a 37.3% en el año 2007[3], la cantidad de niños afectados en números totales supera los 69 mil. Sin embargo, este avance oculta las severas disparidades que se mantienen entre la población urbana y la rural, en cuyo ámbito estos niveles se elevan significativamente.

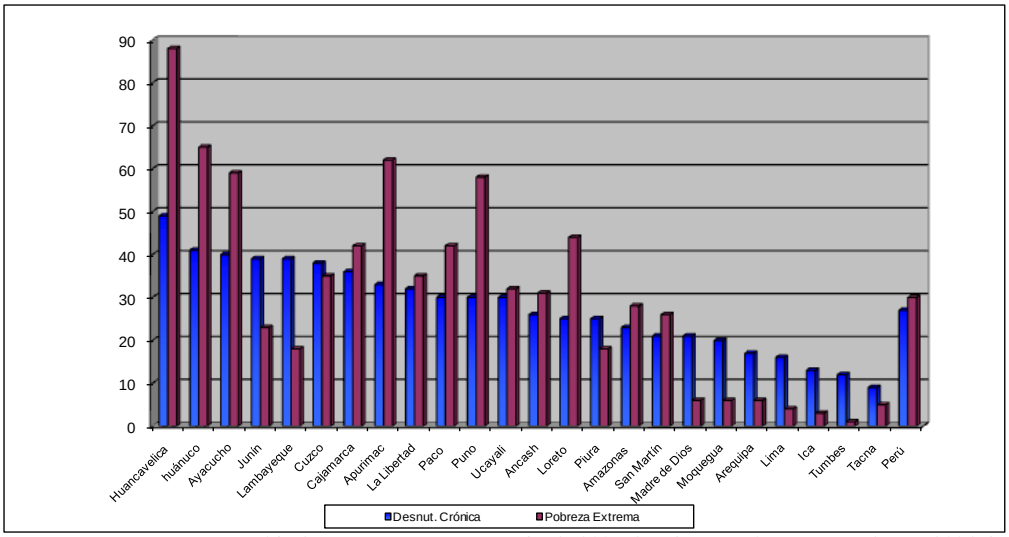
Según el Monitoreo de Indicadores Nutricionales (MONIN) 2004, la Región Cajamarca presentó una prevalencia de desnutrición crónica de 36.6%[4]. De otra parte, el Sistema Informático del Estado Nutricional (SIEN) que utiliza el MINSA para la vigilancia de indicadores arrojó en el año 2007 una proporción de desnutrición crónica del 32.8% y para el 2008 esta proporción aumentó a 34.3%. Teniendo en cuenta los problemas de acceso a los servicios de salud en la región, los cifras serían más elevadas ya que, para el caso del SIEN, mide sólo a los niños que logran acceder a los servicios de salud.

La desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años está asociada a las condiciones de pobreza y pobreza extrema. En el gráfico siguiente se aprecia que en las regiones con mayores índices de pobreza extrema, también se presentan los mayores índices de desnutrición crónica, como son los casos de Huancavelica, Huánuco y Ayacucho. La Región Cajamarca se ubica en el séptimo lugar en el país.

**Gráfico 1. Desnutrición crónica y pobreza extrema en niños de 0 a 5 años de edad por regiones a nivel nacional**

[4]. INEI, Encuesta Demográfica y de salud familiar-ENDES 2000, 2005, 2007, 2008
- Comparación realizada con la aplicación del patrón de referencia de la NCHS/CDC/OMS del año 1978.
- Con la aplicación del patrón de referencia vigente de la OMS del año 2007, la desnutrición crónica tiene un valor de 46.6% para niños menores de 5 años en la región Cajamarca.

[4] Instituto Nacional de Salud (INS) Perú. Informe Final de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN). Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN).




**Fuente:** Elaboración DIRESA Cajamarca en base a ENAHO 2006 (INEI) y al Informe del MONIN 2004 (INS - CENAN)

Diversos estudios han demostrado que la desnutrición crónica infantil tiene como sus principales causas inmediatas a la ingesta alimenticia deficiente, a las enfermedades infecciosas prevalentes de la infancia, tales como la diarrea, la infección respiratoria, y, también, al bajo peso al nacer. Estos problemas son significativamente más frecuentes en los dos primeros años de vida, lo que permite reafirmar la importancia de la nutrición durante el embarazo y la necesidad de prevenir la desnutrición desde la concepción y en especial durante los primeros 24 meses de vida.

Los factores que determinan la desnutrición infantil se clasifican en i) inmediatos; ii) subyacentes; iii) básicos. Para la Región Cajamarca dichos factores se caracterizan por:

***Inmediatos***

1. Insuficiente e inadecuada ingesta de alimentos.
2. Alta prevalencia de enfermedades prevalentes de la infancia.
3. Alta prevalencia de bajo peso al nacer.

***Subyacentes***

1. Inadecuadas prácticas de cuidado del niño[5], influenciado por el analfabetismo y el nivel educativo de la madre.
2. Desconocimiento en el valor nutritivo de los alimentos por parte de los cuidadores.
3. Limitado acceso a servicios de salud de calidad.
4. Limitado acceso a servicios de agua y saneamiento básico.
5. Mal estado nutricional de la madre, influenciado por cortos periodos intergenésicos y por maternidad en adolescentes.

***Básicos***

1. Bajo poder adquisitivo de las familias.
2. Falta de disponibilidad de alimentos en el mercado.
3. Limitado acceso a los servicios de educación de calidad.
4. Limitadas redes sociales que asuman el problema como prioritario.
5. Limitada capacidad de respuesta de instituciones públicas para atender las necesidades de la población.

[5] - Se trata de prácticas relacionadas a la alimentación diaria, la higiene de los niños, la vestimenta, la protección para algunos factores de riesgo biológico como el uso de vacunas y uso de otros servicios preventivos de salud.

**Figura 5. Marco de análisis de la desnutrición infantil**

## La magnitud del problema

Las estadísticas obtenidas de la red pública de proveedores de servicios de salud de la Región Cajamarca reportan que las neumonías complicadas en niños menores de 5 años es del orden de 31.5% en el año 2008 y de 36.5% en 2005 del total de neumonías (2,000 a más casos por año). De otra parte, la red de provisión de servicios de salud atiende 40,000 casos anuales de EDA, de los cuales el 17% se complica (Estadística – DIRESA Cajamarca).

Dentro de la Región Cajamarca el índice de bajo peso al nacer es de 8.4% (ENDES, 2007), por debajo del promedio nacional que es 11.2 %; sin embargo, es importante tomar en cuenta que ENDES 2004 también nos refiere que el 45% de recién nacidos no fue pesado al nacer en la Región Cajamarca, por lo tanto hay una brecha que tendría que corroborarse en el futuro.

La tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años de edad en 1993 fue de 27,2% y en el 2007 fue de 17,1%. La tasa de analfabetismo femenino de la población de 15 a más años de edad en el 2007 fue de 25,5% de acuerdo con la encuesta INEI 2007.

Los datos nacionales respecto a la relación desnutrición crónica infantil-educación de la madre revelan que el 43 por ciento de casos de desnutrición crónica infantil está asociada a mujeres sin educación, en 38 por ciento a mujeres con primaria, en 16 por ciento a mujeres con secundaria y en un tres por ciento a mujeres con educación superior[6]. Los argumentos detrás de la relación educación de la madre – desnutrición infantil son dos; el primero: madres con bajos niveles educativos son empleadas en trabajos con salarios bajos; con la tendencia a tener hijos en temprana edad y con corto espacio intergenésico, incrementan la cantidad de alimento que comprar para la familia[7]. Más directamente, la falta de educación siempre apunta a la escasez de conocimiento sobre temas de salud (particularmente acerca de salud y desnutrición infantil), y son reacias a acudir a los servicios de salud. Dicha actitud afecta el oportuno y continuo uso tanto de los servicios de salud preventiva -como el control de niño sano, sesiones de educación sanitaria-, así como de los servicios de diagnóstico, como el dosaje de hemoglobina, parasitosis infantil, etc.

Respecto a la capacidad del sistema prestador de brindar servicios de salud a la población vulnerable, podemos hacer visible que en el año 2008, la DIRESA Cajamarca tuvo bajo su responsabilidad a 310,945 niños, de los cuales hasta el mes de octubre del 2008, se habían afiliado 281,912 niños, es decir, el 90% de los niños son pobres y pobres extremos y con un total de 1'176,506 mil atenciones con un promedio de cuatro atenciones por niño. En cuanto a las vacunaciones el 85% de los niños menores de 1 año cuenta con vacunas completas. Dichos datos demuestran que de una parte, el sistema prestador ha logrado reducir la brecha en el acceso de la población infantil a los servicios de salud, y de otro, aún conserva problemas de continuidad en la atención de dicho segmento, ya que para que un niño reciba el paquete completo de prestaciones

[6] -Ministerio de Salud. "Lactancia y nutrición de los niños. ENDES Continua 2004-2005: Presentación de Resultados Preliminares." 2005.
[7]- Rogers B. Rajabiun S. Levinson J. Tucker K. 2002. "Discussion Paper 2, Reducing Malnutrition in Peru: A Proposed Strategy." Tufts University.

preventivo-promocionales se requieren 11 atenciones anuales para el niño menor de 1 año y 6 atenciones para el de 1 año[8].

La razón de trabajadores de salud/población es relativamente baja, siendo la región Cajamarca la primera región con déficit de personal de salud a nivel nacional, lo cual se agrava si consideramos que más de 40% de trabajadores capacitados en AIEPI había sido reubicado dentro de los dos años luego de su capacitación.

La capacidad del sistema prestador de brindar otros servicios de prevención y/o recuperación es limitada. La cobertura de la administración de Sulfato Ferroso al niño menor de 5 años, en el año 2008, es baja, sólo 12,545 niños, recibieron alguna dosis de sulfato ferroso. La cobertura para la entrega de Vitamina A se ha incrementado en el presente año, aunque aún es limitada, considerando que no se programa al total del universo de la población infantil. En el año 2008 se programó sólo a 46,339 niños y se alcanzó el 63,9%. En el año 2009 la programación se incrementó a 63,237 niños y la ejecución al primer semestre está en el orden del 30,9%. Ambos niveles de coberturas son bajos principalmente por factores de desabastecimiento de los establecimientos de salud en algunas temporadas del año y de bajos niveles de adherencia al tratamiento por parte de las familias, que se agravan por la poca capacidad del sistema prestador de sostener acciones de seguimiento domiciliario y de base comunitaria.

Respecto a la situación del acceso de los hogares de la Región Cajamarca a servicios de agua segura y de saneamiento básico, la ENDES 2000 y 2007 demuestran que en dicho periodo se ha incrementado la proporción de hogares con acceso a agua segura –de 63,2% para el año 2000 a 86,2% a junio del 2007-. Aunque ésta aún revela inequidades en la población general y oculta la verdadera evolución para los hogares rurales. En materia de la proporción de hogares con saneamiento básico a nivel regional también ha habido avances significativos. De 70,5% en el año 2000 se ha incrementado a 81% a junio de 2007-incremento de 10,5 puntos porcentuales-, al parecer por los avances en las áreas rurales, ya que la proporción de hogares rurales con saneamiento básico ha variado favorablemente en 12,3 puntos porcentuales (de 64% en el año 2000 a 76,3% a junio 2007)[9]. Sin embargo, la proporción de hogares rurales es menor que la alcanzada a nivel regional (86,2% a junio 2007, ENDES 2007). Dichos avances revelan que en el periodo 2000-2007 se ha profundizado la disparidad entre los mayores avances en el acceso de los hogares cajamarquinos a servicios de agua y de saneamiento básico y una menor variación de la prevalencia de la desnutrición infantil. De un lado, esto demuestra la importancia de avanzar sinérgicamente en la reversión de las causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición, lo cual requiere de mayores niveles de articulación a nivel distrital y provincial. De otro lado, también demuestra que es necesario continuar manteniendo como foco de atención la transformación de prácticas no saludables de higiene en la familia que aún podría condicionar altos niveles de enfermedades prevalentes de la infancia.

## La meta al año 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores

| Metas al año 2014 *(Resultado final)* | Indicador | Basal y fuente |
|---|---|---|
| **Disminuir en 5 puntos porcentuales[10] la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en la Región Cajamarca** | Porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años | 37.3% ENDES, 2007 |

## Estrategias de mediano y largo plazo

La definición de las estrategias de mediano y largo plazo tiene dos propósitos: Por un lado permitirá establecer con mayor precisión los focos de atención que deben mantenerse a lo largo del periodo del planeamiento, y, de otro lado, permitirá definir los resultados intermedios anuales. Ambos elementos deben ser orientadoras de la acción de cada uno de los actores que tienen responsabilidades respecto a los factores determinantes de la desnutrición crónica infantil. Las estrategias de largo plazo pueden ser agrupadas en cuatro ejes estratégicos:

[8] - Según el esquema de atención integral al niño y niña menor de 1 año y 1 año al 2008.
[9] - INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2000, 2007; disponible en www.mef.gob.pe
[10] - La meta propuesta fua ampliamente discutida tanto por la mesa temática como en el último taller de revisión del plan. Se concluye que la meta regional atiende la meta nacional en el valor.

1. Estrategias de concertación, movilización social y participación comunitaria.
2. Estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud.
3. Estrategias de mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local.
4. Estrategias de extensión de la cobertura de servicios de agua y saneamiento básico.

**Justificación de los ejes estratégicos**

| | |
|---|---|
| **Eje estratégico 1:** Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud | Este grupo de estrategias está orientado a fortalecer las relaciones de articulación, concertación, cooperación, reciprocidad y confianza entre los distintos actores –públicos, privados y organizaciones sociales-, cuyos objetos institucionales están relacionados con las determinantes de la desnutrición infantil. |
| **Eje estratégico 2:** Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud | Estas estrategias pretenden mejorar el desempeño del sistema de salud en el cumplimiento de sus obligaciones y funciones tanto en el nivel regional como en el local, lo que implica mejorar la organización, el potencial humano y los esquemas de prestación con la intención de optimizar las condiciones en las que funcionan los sistemas locales de salud. |
| **Eje estratégico 3:** Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local | Los factores relacionados al financiamiento de las acciones en salud facilitan o impiden la capacidad del sistema para cumplir con su intención estratégica. Estas estrategias están orientadas a no sólo el uso de los recursos financieros que están disponibles en el sector sino que pretende garantizar nuevas fuentes de recursos. |
| **Eje estratégico 4:** Extensión de la cobertura de servicios de agua y saneamiento básico | Este eje pretende mejorar la disponibilidad y acceso a los servicios de agua y saneamiento básico de calidad por su alto impacto en la prevalencia de enfermedades prevalentes de la infancia. |

**Matriz estratégica para la prioridad**[11]

[11] - La descripción y justificación de cada estrategia puede ser encontrada en el Anexo 2 (páginas 79-91)

**Matriz estratégica del Plan Concertado Regional de Salud**

**Prioridad 1:** Desnutrición crónica en niños menores de 5 años

***Objetivo estratégico: Reducir la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años***

***Meta***

Disminuir en 5 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la Región Cajamarca

**Pr. 2:** Mortalidad materna y perinatal

**Pr. 3:** Bajo nivel educativo

**Pr. 4:** Baja capacidad de respuesta

**Estrategias Concertadas Regionales en Salud**[1]

**De concertación, movilización social y participación comunitaria**

**COPAR-1:** Fortalecimiento de capacidades de organización y gestión de las organizaciones comunitarias

**COPAR-2:** Vigilancia social del crecimiento y desarrollo del niño desde las organizaciones comunitarias y familias

**COPAR-3:** Vigilancia social de la calidad de los servicios de salud

**COPAR-4:** Concertación con instituciones formadoras de profesionales de la salud para el cuidado integral de la salud

**COPAR-5:** Mejoramiento de la disponibilidad de alimentos a nivel comunitario

**COPAR-6:** Involucramiento de los gobiernos locales en el asunto sanitario

**COPAR-7:** Implementación de Programa Educativo en Salud con las instituciones educativas y familias

**COPAR-8:** Fortalecimiento de la acción sanitaria con programas sociales: JUNTOS, PIN, CRECER

**COPAR-9:** Promoción de los derechos en salud desde gobiernos locales, mesa de concertación, comités de vigilancia y otros

Continuación de la matriz estratégica…

**Matriz estratégica del Plan Concertado Regional de Salud**

| Prioridad 1: Desnutrición crónica en niños menores de 5 años<br>*Objetivo estratégico: Reducir la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años*<br>***Meta***<br>Disminuir en 5 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la Región Cajamarca | **Pr. 2:** Mortalidad materna y perinatal | **Pr. 3:** Bajo nivel educativo | **Pr. 4:** Baja capacidad de respuesta |
|---|---|---|---|

**Estrategias Concertadas Regionales en Salud**[1]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| De fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud | **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud | | | |
| | **FORCAP-2:** Extensión de las coberturas de suplementación de micronutrientes, desparasitación intestinal y de fomento de LME | | | |
| | **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica y práctica preventivo-promocional | | | |
| | **FORCAP-4:** Extensión de la cobertura de la oferta móvil | | | |
| | **FORCAP-5:** Fortalecimiento de las acciones de control y asistencia técnica a los sistemas locales de salud | | | |
| | **FORCAP-6:** Fortalecimiento de la dotación de insumos y medicamentos, equipamiento e infraestructura en establecimientos de salud | | | |
| | **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos | | | |
| | **FORCAP-8:** Mejoramiento de los sistemas de información | | | |
| De financiamiento en el nivel regional y local | **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud | | | |
| | **FIN-2:** Venta o intercambio de servicios con otros proveedores | | | |
| | **FIN-3:** Incremento y reordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente | | | |
| | **FIN-4:** Ordenamiento del gasto de inversión en UE del sector salud | | | |
| | **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego y otras fuentes | | | |
| | **FIN-6:** Reducción de los rechazos por prestaciones al SIS | | | |
| De extensión de la cobertura de servicios de agua y saneamiento básico | **COBSAB-1:** Mejoramiento de la cobertura y calidad de agua para consumo humano | | | |
| | **COBSAB-2:** Implementación de programas de sensibilización ambiental en temas de agua potable y saneamiento con participación de autoridades, dirigentes comunales y docentes | | | |
| | **COBSAB-3:** Vigilancia de la calidad del agua | | | |

## Resultados intermedios al 2014 e indicadores

1. Incrementar en 10 puntos porcentuales la cobertura de familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil.
2. Disminuir en 3 puntos porcentuales el bajo peso al nacer.
3. Disminuir la anemia de los niños de 6 a 36 meses en 20 puntos porcentuales.
4. 100% de casos de IRA en menores de 36 meses atendidos oportunamente.
5. 100% de casos de EDA en menores de 36 meses atendidos oportunamente.

| Indicador de resultado intermedio | Basal / Fuente | Meta al 2014 |
|---|---|---|
| Porcentaje de familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil | Por determinar | 10% de familias de riesgo de Q1 y Q2 |
| Porcentaje de bajo peso al nacer | 8.4% (ENDES, 2007) | 5,4% |
| Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia por deficiencia de hierro | 54,2% (ENDES, 2007) | 34,2% |
| Porcentaje de casos de IRA en menores de 36 meses atendidos oportunamente | 21.7% (ENDES 2007) | 100% de atendidos |
| Porcentaje de casos de EDA en menores de 36 meses atendidos oportunamente | 21.8% (ENDES 2007) | 100% de atendidos |

## Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias

### E1: Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **COPAR-1:** Fortalecimiento de capacidades de organización y gestión de las organizaciones comunitarias | 100% de establecimientos de salud cuenta por lo menos con un comité de salud de base comunitaria fortalecido y operativo que asume compromisos en materia de salud materno-infantil y nutrición |
| **COPAR-2:** Vigilancia social del crecimiento y desarrollo del niño desde las organizaciones comunitarias y familias | 30% de comunidades rurales asignadas a cada establecimiento de salud realizan acciones de vigilancia social del crecimiento y desarrollo del niño<br>50% de familias de las comunidades rurales del ámbito asignado participan en sesiones demostrativas<br>90% de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva en la Región Cajamarca |
| **COPAR-3:** Vigilancia social de la calidad de los servicios de salud | 100% de distritos cuenta por lo menos con un comité de salud que impulsa la vigilancia de la calidad de los servicios de salud infantil<br>100% de establecimientos de salud de los distritos con comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de control a la salud infantil y nutrición |
| **COPAR-4:** Concertación con instituciones formadoras de personal de salud para la atención integral | 100% de universidades e institutos regionales adecúan currículo para la atención integral de la salud infantil y nutrición con enfoque preventivo-promocional e intercultural<br>50% de universidades regionales realizan investigación en salud y nutrición infantil |
| **COPAR-5:** Mejoramiento de la disponibilidad | Mejorar la disponibilidad de alimentos de alto valor |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| de alimentos a nivel comunitario | nutricional en zonas rurales<br>100% de distritos de Q1 y Q2 aprueban e implementan proyectos productivos para comunidades vulnerables |
| **COPAR-6:** Involucramiento de los gobiernos locales en el asunto sanitario | 80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de inversión al fortalecimiento de las microrredes de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de gasto corriente al fortalecimiento de la microrred de salud de su jurisdicción |
| **COPAR-7:** Implementación de Programa Educativo en Salud con las instituciones educativas y familias | 100% de las instituciones educativas cumple con estándares mínimos de salubridad<br>100% de docentes ha sido capacitado en cuidado preventivo-promocional de los niños y niñas<br>100% de instituciones educativas incluye en la currícula el eje de salud infantil y nutrición |
| **COPAR-8:** Fortalecimiento de la acción sanitaria con programas sociales: JUNTOS, PIN, CRECER | |
| **COPAR-9:** Promoción de los derechos en salud desde gobiernos locales, mesa de concertación, comités de vigilancia y otros | Promover los derechos en salud desde la mesa de concertación<br>Población conoce sus derechos y responsabilidades en salud<br>80% de gobiernos locales ejecutan campañas masivas de promoción de los derechos en salud |

**Eje estratégico 2: Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud | 100% de redes de salud con procesos de redelimitación y categorización concluidos<br>100% de redes y microrredes en los ámbitos piloto de aseguramiento bajo un nuevo modelo de gestión de servicios<br>100% de gerentes de redes y microrredes capacitado para la organización de servicios<br>100% de microrredes de salud están organizados e implementados para impulsar acciones de promoción de la salud infantil y nutrición en el marco del modelo de atención integral<br>100% de redes tienen definidos y operativos sus sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes |
| **FORCAP-2:** Extensión de las coberturas de suplementación de micronutrientes, desparasitación intestinal y de fomento de LME | 100% de niños menores de 1 año con CRED completo<br>100% de niños de 1 año con CRED completo<br>100% de niños menores de 36 meses reciben tratamiento antiparasitario y antianémico |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| | 100% de niños menores de 36 meses reciben tratamiento antiparasitario profiláctico y de recuperación<br>100% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva<br>100% de niños menores de 36 meses reciben seguimiento para medir la adherencia y efectividad de los tratamientos |
| **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica y práctica preventivo-promocional | 100% de microrredes de salud aplican prácticas de gestión de la calidad orientada a la atención integral del niño con enfoque de AIEPI<br>100% de microrredes de salud implementa proyectos de mejoramiento continuo para atención infantil y nutricional<br>100% de personal de salud responsable de la atención integral capacitado en control de niño sano, seguimiento longitudinal del niño, y AIEPI comunitario y clínico |
| **FORCAP-4:** Extensión de la cobertura de la oferta móvil | 100% de comunidades dispersas y excluidas reciben visitas periódicas de equipos móviles para la protección de la población vulnerable con enfoque preventivo-promocional |
| **FORCAP-5:** Fortalecimiento de las acciones de control y asistencia técnica a los sistemas locales de salud | 100% de microrredes cuentan con sistema de vigilancia epidemiológica<br>100% de redes y microrredes realizan acciones de supervisión-monitoreo por niveles según criterios establecidos |
| **FORCAP-6:** Fortalecimiento de la dotación de insumos y medicamentos, equipamiento e infraestructura en establecimientos de salud | 97% de establecimientos de salud de primer nivel y hospitalarios cumplen con estándares de atención infantil y nutricional<br>100% de procesos de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, insumos y equipamiento responden a necesidades de planes de mejoramiento continuo<br>100% de cabeceras de microrredes cumplen estándares mínimos para servicios de ayuda diagnóstica e imágenes según el PEAS<br>100% de medicamentos e insumos del petitorio para prestaciones PEAS disponibles en normostock para el manejo de las condiciones asegurables de salud infantil |
| **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos | 50% de microrredes de salud que cuentan con recurso humano en número adecuado para su capacidad resolutiva<br>100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes certificado en en control de niño sano, seguimiento longitudinal del niño, y AIEPI comunitario y clínico |
| **FORCAP-8:** Mejoramiento de los sistemas de información | Mejora de la veracidad y oportunidad del dato estadístico en salud sexual y reproductiva<br>100% de personal responsable de atención integral capacitado en el sistema de información HIS |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| | 100% de microrredes de salud con sistema operativo HIS en funcionamiento |

**E3: Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>Incrementar en 5% puntos porcentuales la afiliación al aseguramiento en salud de la población Q3<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento contributivo o semi contributivos |
| **FIN-2:** Venta o intercambio de servicios con otros proveedores | Implantar compra y venta de servicios entre proveedores de servicios<br>Prestadores no públicos de servicios de salud brindan servicios complementarios a los ofrecidos en la red pública de aseguramiento |
| **FIN-3: Incremento y r**eordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo basado en la mejora continua |
| **FIN-4:** Ordenamiento del gasto de inversión en UE del sector salud | Incrementar en 50% la ejecución presupuestal oportuna para la extensión y fortalecimiento de la oferta fija |
| **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento en salud infantil y nutrición |
| **FIN-6:** Reducción de los rechazos por prestaciones al SIS | Reducir al 0.5% las prestaciones rechazadas por el SIS |

**E4: Extensión de la cobertura de servicios de agua y saneamiento básico**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **COBSAB-1:** Mejoramiento de la cobertura y calidad de agua y saneamiento | 100% de familias con acceso al agua en su hogar la consumen en forma segura<br>30% de familias con microrellenos sanitarios |
| **COBSAB-2:** Implementación de programas de sensibilización en temas de agua potable y saneamiento con participación de autoridades, dirigentes comunales y docentes | 100% de familias que cuentan con letrinas la usan y la mantienen adecuadamente. |
| **COBSAB-3:** Vigilancia de la calidad del agua | 80% de comunidades tienen control de calidad de agua |

## *Prioridad 2: Mortalidad materna y perinatal*

### Objetivos estratégicos

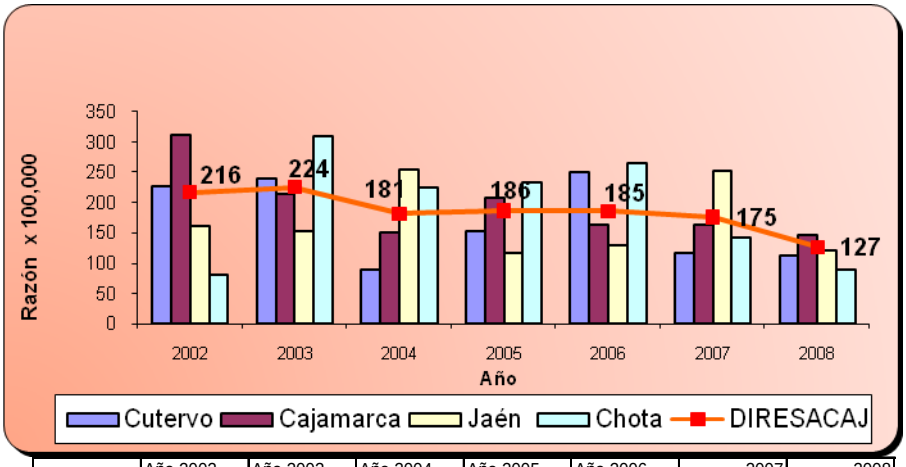
1. Reducir la mortalidad materna en la Región Cajamarca.
2. Reducir la mortalidad perinatal en la Región Cajamarca.

### Caracterizando el problema de la mortalidad materna y perinatal

A pesar de los avances en los últimos 7 años, durante los cuales la razón de mortalidad materna descendió de 216 (2002) a 127 x 100,000 n.v (2008), (Gráfico 2), la Región Cajamarca aún mantiene el reto de continuar con la reducción en aras de aportar no sólo al cumplimiento de los compromisos internacionales, sino, sobretodo cumplir con las expectativas de las familias y la sociedad de la región que espera una mejor capacidad de respuesta a este problema de salud pública que afecta en general al desarrollo de la sociedad. La notable disminución de dicho periodo se debe tanto a la modificación de factores externos –mejora en la red de comunicación vial, telefónica, mejora en el acceso de las gestantes a los servicios de salud como efecto del programa de transferencias condicionadas JUNTOS, extensión del número de casas de espera en la región por iniciativa de los gobiernos locales-, como también se debe al avance en la modificación de los factores que dependen del sector salud como la mejor disponibilidad de recursos físicos en algunos puntos de entrega de servicios, la extensión del recurso humano profesional en las cabeceras de redes, la disponibilidad de guías de práctica clínica que han permitido la mejora de las competencias del recurso humano y la estandarización de algunos procedimientos clínicos críticos.

La razón de mortalidad materna para el 2008 no muestra las brechas a nivel de las sub regiones de salud, pues la DISA Cajamarca presenta una razón al año 2008 de 146 x 100,000 nv, mientras que la Sub Región Chota presenta una razón de 90 x 100,000 nv.

**Gráfico 2. Evolución de la razón de mortalidad materna en la Región Cajamarca, 2002-2008**




| | Año 2002 | Año 2003 | Año 2004 | Año 2005 | Año 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cutervo | 227 | 239 | 90 | 154 | 251 | 118 | 113 |
| Cajamarca | 311 | 214 | 150 | 208 | 163 | 163 | 146 |
| Jaén | 161 | 152 | 254 | 118 | 130 | 251 | 122 |
| Chota | 81 | 310 | 225 | 233 | 266 | 141 | 90 |
| DIRESACAJ | 216 | 224 | 181 | 186 | 185 | 175 | 127 |

Las principales características de la **mortalidad materna** son las siguientes:

1. **Es básicamente rural, domiciliaria y por partos no institucionales**. En los últimos cinco años, 95 de cada 100 mujeres muertas proceden de la zona rural (DIRESA Cajamarca, 2008). Entre los años 2004-

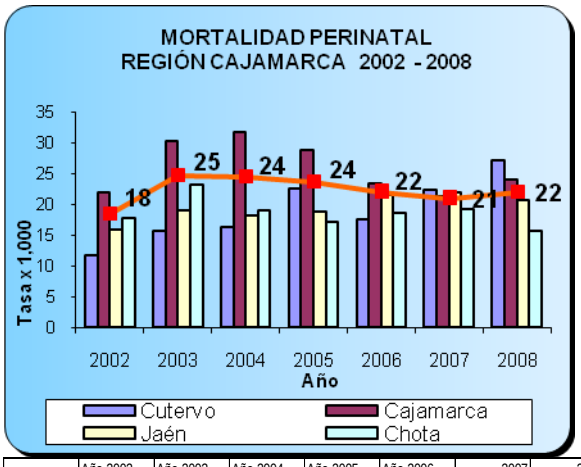
2008 se ha observado que 76 mujeres de cada 100 mueren en su domicilio y 18 de cada 100 mueren en un hospital, generalmente al que llegan en estado de gravedad. 50 de cada 100 partos fueron atendidos por un familiar, 21 de cada 100 por una partera tradicional y 5 se atienden solas. En conclusión podemos decir que 76 de cada 100 mujeres muertas fueron atendidas por personas no entrenadas para la atención materna. Cerca del 50% de las fallecidas vive entre 30 minutos a 1 hora de distancia al establecimiento de salud más cercano. Sólo el 15% de las muertes ocurre en comunidades a más de 3 horas de distancia, lo cual refleja que existe un gran problema intercultural, pues las gestantes acuden al control prenatal, pero deciden atenderse el parto en domicilio.

Aunque durante el primer semestre del 2009 se ha presentado la reversión de muertes maternas domiciliarias por muertes institucionales, lo cual podría ser la expresión de la falla en las políticas de recursos humanos y de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud, que aunque han mejorado en los últimos años, aparentemente no están preparados para atender el incremento de la demanda como efecto de la extensión del aseguramiento público y del programa JUNTOS.

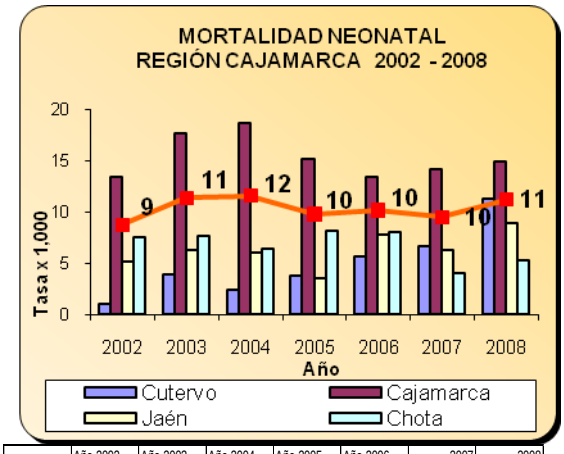
2. **Principalmente afecta a las mujeres analfabetas o con bajo nivel de escolaridad.** Para el periodo 2004-2008 el 85% de las mujeres fallecidas tenía primaria incompleta o era analfabeta. Dicha característica se cumple para las muertes maternas rurales.
3. **Afecta a la población adolescente.** Durante los últimos cinco años se ha mantenido la proporción de muertes maternas en mujeres adolescentes, la cual ha oscilado entre 16 y 18%.
4. **Se concentra en multíparas.** El 45% de las muertes tenía antecedentes de entre 2 a 4 gestaciones y el 35% más de cinco. El 60% de las mujeres que fallecen por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio están entre 20 a 34 años de edad, muchas de ellas habían tenido más de 3 atenciones.
5. **Predominio de la muerte intraparto-puerperio y de carácter nocturno.** El 80% falleció durante el parto y el puerperio inmediato. Del total de muertes maternas presentadas durante el parto, cerca del 70% ocurrió entre las 8:00 p.m. y las 7:00 a.m., es decir en horario nocturno, momento en el cual los servicios de salud rurales no se encuentran abiertos, lo cual limita a la población el poder solicitar ayuda oportuna.
6. **Incremento de muertes maternas con controles prenatales.** Más del 50% de las fallecidas tuvo por lo menos cuatro controles prenatales en un establecimiento público del Gobierno Regional de Cajamarca; sin embargo, el 88% tuvo algún contacto con los servicios de salud y recibió entre 1 y 11 controles prenatales; es decir que el 88% de las fallecidas fue conocida por los servicios de salud. El 61% de los controles prenatales fue atendido en los servicios de salud por obstetrices y médicos, el 19% por profesionales de enfermería y el 19% por personal técnico. El 54% de las fallecidas fue calificada con bajo riesgo.
7. **Básicamente por causas prevenibles.** La hemorragia (45%), seguido por la hipertensión inducida por el embarazo (30%) y la infección (20%) son las principales causas básicas de la muerte materna. Del total de hemorragias, el 72% de las hemorragias ocurrió por retención placentaria; sin embargo, podemos observar que la brecha entre hemorragia e hipertensión se va acortando con el pasar de los años. Lo que significa que un mayor número de muertes maternas puede ser prevenida por los servicios de salud. En el 2009 el 87% de las muertes maternas fue evitable y dependió de los servicios de salud (personal de salud no identificó riesgos, identifica riesgos y tiene manejo inadecuado de los riesgos, o no está presente en el momento de la complicación, la referencia y contrarrefrencia de la gestante en riesgo clínico es inadecuada: no hay seguimiento, las pacientes llegan solas a los hospitales o es derivada sin la compañía del personal de salud.
8. **Pobre nivel de reconocimiento del riesgo.** El 20% de muertes fue durante la gestación, y de éstas la mayoría ocurrió después de la 35va semana de gestación (último mes). Por lo que podemos afirmar que la etapa crucial de intervención de los servicios de salud y la comunidad se encuentra en las ultimas semanas del embarazo. En el 60.5% de los casos investigados no hubo identificación del estado de gravedad de la mujer por los familiares, el 83% reconoce que hubo demora en la búsqueda de atención en un servicio de salud. La primera demora es el reconocimiento de los riesgos. La población no está organizada.

La mortalidad perinatal a nivel de la Región Cajamarca, para el 2008 fue de 22 por 1,000 n.v., mientras la mortalidad neonatal se encuentra en 11 por 1,000 n.v., siendo esta última la que menos ha decrecido con el pasar de los años. El año 2008, ocurrieron a nivel regional, 623 muertes perinatales, y 320 neonatales.

**Gráfico 3. Evolución de la mortalidad perinatal y neonatal en la Región Cajamarca, 2002-2008**




| | Año 2002 | Año 2003 | Año 2004 | Año 2005 | Año 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cutervo | 12 | 16 | 16 | 22 | 18 | 22 | 27 |
| Cajamarca | 22 | 30 | 32 | 29 | 23 | 21 | 24 |
| Jaén | 16 | 19 | 18 | 19 | 21 | 22 | 21 |
| Chota | 18 | 23 | 19 | 17 | 18 | 19 | 16 |
| DIRESACAJ | 18 | 25 | 24 | 24 | 22 | 21 | 22 |




| | Año 2002 | Año 2003 | Año 2004 | Año 2005 | Año 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cutervo | 1 | 4 | 2 | 4 | 6 | 7 | 11 |
| Cajamarca | 13 | 18 | 19 | 15 | 13 | 14 | 15 |
| Jaén | 5 | 6 | 6 | 4 | 8 | 6 | 9 |
| Chota | 7 | 8 | 6 | 8 | 8 | 4 | 5 |
| DIRESACAJ | 9 | 11 | 12 | 10 | 10 | 10 | 11 |

Las principales características de la **mortalidad perinatal** son las siguientes:

1. **Es básicamente por causas prevenibles.** Durante el año 2009, la primera causa de muerte perinatal son las hipoxias perinatales, seguidas de las asfixias, síndrome de distrés respiratorio e infecciones. El 39% está concentrado en productos con peso mayor a 2,500 gr. El 23% en menor de 2,500 a 1,500 gr.
2. **Está predominantemente relacionada a la morbilidad materna:** Prematuros 62%. A término 34%. El 59% es por nacidos muertos, y el 41% por nacidos vivos durante el primer semestre 2009.
3. **Es domiciliaria:** La muerte perinatal ha ocurrido en un 49% en domicilio, en hospitales en 39%, centros y puestos de salud en 9%. La muerte neonatal 48% de 1 a 7 días, 32% menor de 24 horas. El otro grupo poblacional afectado por la mortalidad materna es el neonato, y según las estadísticas se observa que el 34% de recién nacidos han muerto junto con la madre.

Los factores que determinan la mortalidad materna y perinatal se podría clasificar en i) inmediatos; ii) subyacentes; iii) básicos. Para la Región Cajamarca dichos factores se caracterizan por:

***Inmediatos***

1. Bajos niveles de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva.
2. Alta prevalencia de morbilidad materna.
3. Desconfianza en el uso de los servicios de salud.

***Subyacentes***

1. Limitado acceso a los servicios de educación de calidad.
2. Escasa participación de la comunidad en la evacuación de la emergencia.
3. Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud.
4. Limitado acceso a los servicios de salud.

***Básicos***

1. Bajo poder adquisitivo de las familias
2. Limitadas redes sociales que asuman el problema como prioritario.
3. Limitada capacidad de respuesta de instituciones públicas para atender las necesidades de la población.

Figura 6. Marco de análisis de la mortalidad materna y perinatal

## La magnitud del problema

No obstante que en los últimos tres años se ha observado un notable incremento en el uso de los servicios de salud por la población rural –a raíz del programa de transferencias condicionadas JUNTOS/CRECER- la mortalidad materna aún está caracterizada por el limitado acceso de las gestantes a la atención del parto institucional, dado a que solo el 66% de gestantes en la región tiene su parto en un establecimiento de salud calificado. De una parte, se puede explicar que el factor de desconfianza en los servicios de salud persiste, ya sea por problemas de calidad de los servicios de salud o por la escasa adecuación cultural a las creencias y costumbres ancestrales que no favorecen un cuidado de la salud materna y perinatal adecuado a las actuales oportunidades. La capacidad del sistema regional de salud para avanzar en adecuación cultural aún es escasa (sólo el 30% del personal de salud se encuentra capacitado y sensibilizado en la estrategia de adecuación intercultural de la atención materna). De otra parte, la región sólo cuenta con 12 Casas de Espera a nivel regional, lo cual a todas luces resulta siendo insuficiente para revertir el predominio de la muerte intraparto-puerperio y de carácter nocturno.

Otro de los factores condicionantes en la aceptabilidad del parto institucional es el poco conocimiento de la población en la importancia del mismo. A pesar que no tenemos un cuestionario que nos brinde el porcentaje de población que reconoce la importancia del parto institucional, conocemos que sólo el 25% de gestantes acude a la consulta prenatal acompañada del familiar, por lo que deducimos que el abordaje familiar para la educación en salud materna es débil y si a esto le sumamos el escaso recurso humano para la atención integral de la gestante y neonato, podemos concluir en el porqué del poco impacto de los esfuerzos del sector salud por revertir dichas prácticas familiares e individuales que limitan el uso de los servicios de salud para la atención de la población gestante.

La alta concentración de muertes maternas en multíparas está relacionada por el hecho de que la demanda en planificación familiar del 39% de mujeres en edad fértil no es satisfecha. Entre los factores que limitan el acceso de las mujeres a los servicios, podemos mencionar los socioculturales y religiosos-el predominio del machismo, los mitos y creencias sobre los métodos anticonceptivos condicionados por algunas religiones-, y esto probablemente porque existe una débil promoción de la equidad de género y porque no se cuenta con un plan educativo comunicacional en planificación familiar adecuado a nuestra realidad local, por parte de los servicios de salud. Poner atención a este factor podría significar avances en revertir la concentración de la muerte en multíparas.

Entre los factores relacionados a la deficiente respuesta de los servicios de salud, se puede mencionar que a pesar que el Seguro Integral de Salud financia todas las prestaciones de la mujer gestante existe poca difusión de los beneficios, y probablemente se deba a que el personal de salud se encuentra poco sensibilizado para ofertarlo sin condicionamientos y a su vez por el débil empoderamiento de la población para hacer valer sus derechos en salud. De otra parte, en las supervisiones realizadas en el 2008 se ha constatado que en el 80% de establecimientos de salud no se ofertan adecuadamente los servicios de planificación familiar, y esto porque el personal de salud está poco capacitado en el uso de los mismos, así como en el manejo de efectos

secundarios. Sólo el 25% de personal de salud está capacitado en metodología anticonceptiva. Un factor más que condiciona el excesivo porcentaje de demanda insatisfecha de planificación familiar está dado porque persisten algunos establecimientos de salud de la red pública que no cumplen con las normas de gratuidad en la atención de planificación familiar. Dicha distorsión está condicionada por el insuficiente monitoreo de los servicios de salud por niveles: DIRESA a redes, de redes a microrredes y de éstas a puestos de salud, lo cual exige nuevos esquemas de organización que priorice las decisiones locales.

También, se debe mencionar que el sistema de vigilancia de gestantes es débil. El 30% de gestantes con edad gestacional mayor a 35 semanas no cuenta con seguimiento ante la falta de periodicidad de sus atenciones prenatales. En el 80% de muertes maternas investigadas se evidencia un inadecuado control prenatal, reflejando la poca calidad de éste; probablemente porque sólo el 10% de personal de salud se encuentra capacitado en una atención prenatal, eficaz para la identificación de riesgos.

El 96,7% de establecimientos de salud de la región son de categoría I-1 y aplican a ser evaluados por estándares FON-P. Aún no se sabe cuántos de ellos cumplen con más del 80% de los criterios, como un indicador de capacidad resolutiva mínima. En la región, al año 2009, 24 establecimientos de salud aplicarían a ser FON-B y sólo 4 (17%) de ellos cumple con el 80% de criterios de la lista de evaluación. Es decir, la baja capacidad resolutiva no sólo está caracterizada por el número y la distribución de establecimientos de salud en la región, sino por su pobre cumplimiento de estándares mínimos y críticos.

## La meta 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores

| Metas al año 2014 *(Resultado final)* | Indicador | Basal |
|---|---|---|
| **Reducir en 30 puntos la razón de mortalidad materna** | Razón de mortalidad materna | 127 x 100,000 nacidos vivos |
| **Reducir en 5 puntos la tasa de mortalidad perinatal** | Tasa de mortalidad perinatal | 22 x 1,000 nacidos vivos |

## Estrategias de mediano y largo plazo

La definición de las estrategias de largo plazo tiene dos propósitos: Por un lado permitirá establecer con mayor precisión los focos de atención que deben mantenerse a lo largo del periodo del planeamiento, y, de otro lado, permitirá definir los resultados intermedios anuales. Ambos elementos deben ser orientadoras de la acción de cada uno de los actores que tienen responsabilidades respecto a los factores determinantes de la mortalidad materna y perinatal. Las estrategias de largo plazo pueden ser agrupadas en tres ejes estratégicos:

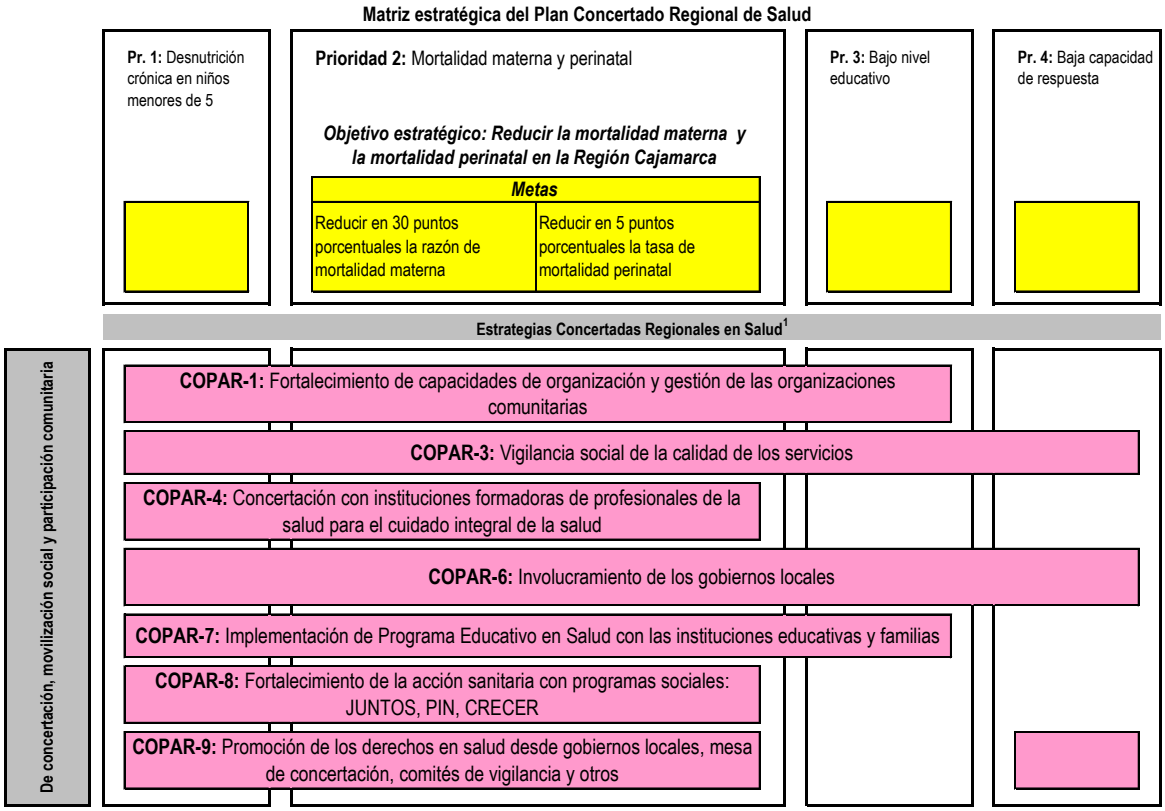
1. Estrategias de concertación, movilización social y participación comunitaria.
2. Estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes.
3. Estrategias de mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local.

### Justificación de los ejes estratégicos

| | |
|---|---|
| **Eje estratégico I:** Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud | Este grupo de estrategias está orientado a fortalecer las relaciones de cooperación, reciprocidad y confianza entre los distintos actores, cuyos objetos institucionales podrían modificar los factores relacionados con los bajos niveles de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva, la escasa participación de la comunidad en la evacuación de la emergencia obstétrica y la desconfianza en |

| | |
|---|---|
| | el uso de los servicios de salud. |
| **Eje estratégico 2:** Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes de salud | Estas estrategias revertir la deficiente respuesta de los servicios de salud y están orientadas a mejorar el desempeño del sistema de salud en el cumplimiento de sus obligaciones y funciones tanto en el nivel regional como en el local. Se trata de estrategias orientadas a mejorar la capacidad estratégica de las distintas instituciones del sistema de salud y son de organización, recursos humanos y de prestación con la intención de mejorar las condiciones en las que funcionan los sistemas locales de salud. |
| **Eje estratégico 3:** Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local | Los factores relacionados al financiamiento de las acciones en salud facilitan o impiden la capacidad del sistema para cumplir con su intención estratégica. Estas estrategias están orientadas a no sólo el uso de los recursos financieros que están disponibles en el sector sino que pretende canalizar nuevas fuentes de recursos. |

## Matriz estratégica para la prioridad[12]




[12] - La descripción y justificación de cada estrategia puede ser encontrada en el Anexo 2 (páginas 79-91)

Continuación de la matriz estratégica…

**Matriz estratégica del Plan Concertado Regional de Salud**

| Pr. 1: Desnutrición crónica en niños menores de 5 | Prioridad 2: Mortalidad materna y perinatal | Pr. 3: Bajo nivel educativo | Pr. 4: Baja capacidad de respuesta |
|---|---|---|---|
| | ***Objetivo estratégico: Reducir la mortalidad materna y la mortalidad perinatal en la Región Cajamarca*** | | |
| | ***Metas*** | | |
| | Reducir en 30 puntos porcentuales la razón de mortalidad materna / Reducir en 5 puntos porcentuales la tasa de mortalidad perinatal | | |

**Estrategias Concertadas Regionales en Salud**[1]

**De fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud**

- **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud
- **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica y preventivo-promocional
- **FORCAP-4:** Extensión de la cobertura de la oferta móvil
- **FORCAP-5:** Fortalecimiento de las acciones de control y asistencia técnica a los sistemas locales de salud
- **FORCAP-6:** Fortalecimiento de la dotación de insumos y medicamentos, equipamiento e infraestructura en establecimientos de salud
- **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos
- **FORCAP-8:** Mejoramiento de los sistemas de información
- **FORCAP-9:** Adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva y humanización del trato
- **FORCAP-10:** Extensión de la red de Casas de Espera Materna
- **FORCAP-11:** Extensión de las coberturas de captación temprana para control prenatal, batería completa de laboratorio, ecografía obstétrica y atención preconcepcional
- **FORCAP-12:** Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en cada red de salud

**De financiamiento en el nivel regional y local**

- **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud
- **FIN-2:** Venta o intercambio de servicios con otros proveedores
- **FIN-3:** Incremento y reordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente
- **FIN-4:** Ordenamiento del gasto de inversión en UE del sector salud
- **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego y otras fuentes
- **FIN-6:** Reducción de los rechazos por prestaciones al SIS

## Resultados intermedios al año 2014 e indicadores

1. Incrementar la proporción de las familias con adecuados conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva.
2. Reducir las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
3. Ampliar el acceso a los servicios de salud materno-neonatales FON-B en cada provincia.
4. Mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud para la atención preconcepcional, embarazo, parto y puerperio.

| Indicador de resultado intermedio | Basal / Fuente | Meta al 2014 |
|---|---|---|
| Proporción de población con adecuados conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva | No disponible<br>ENCAP | Por determinar |
| Porcentaje de complicaciones del embarazo, parto y puerperio | No disponible<br>*HIS, Informes operacionales ESSSR* | |
| Porcentaje de establecimientos de salud FONB con equipo básico de salud disponible, equipamiento e infraestructura para la atención de emergencias obstétricas las 24 horas | 0% | 100% de establecimientos de salud FONB por cada provincia |
| Porcentaje de parejas con necesidad satisfecha de métodos anticonceptivos | 61% | 75% |
| Porcentaje de parto institucional | 66%<br>HIS | 90% |
| Índice de insatisfacción de usuarios de servicios materno-neonatales | No disponible<br>SEUS | Por determinar |

## Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias

### E1: Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **COPAR-1:** Fortalecimiento de capacidades de organización y gestión de las organizaciones comunitarias para mejorar las prácticas de salud sexual y reproductiva | 100% de establecimientos de salud cuenta por lo menos con un comité de salud de base comunitaria fortalecido y operativo que asume compromisos en materia de salud sexual y reproductiva<br>40% de comunidades asignadas a los establecimientos de salud cuentan con comité de vigilancia a la salud materna-neonatal fortalecido y operativo<br>50% de distritos con mesas de concertación conformadas que priorizan la salud materna y perinatal en su plan de trabajo |
| **COPAR-3:** Vigilancia social de la calidad de los servicios | 100% de distritos cuenta por lo menos con un comité de salud que impulsa la vigilancia de la calidad de los servicios de salud materna<br>100% de establecimientos de salud de los distritos con comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de control a la salud materno-neonatal |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **COPAR-4:** Concertación con instituciones formadoras de profesionales de la salud para la atención integral de la salud | 100% de universidades e institutos regionales adecúan currículo en cuanto a la atención integral de la salud materna con enfoque preventivo-promocional e intercultural<br>Incluir en las instituciones formadoras un equipo de observación para monitorear la decuación curricular |
| **COPAR-6:** Involucramiento de los gobiernos locales en el asunto sanitario | 80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de salud<br>50% de municipalidades con PIP menores relacionados a la salud materna y perinatal<br>50% de municipios que asignan presupuesto institucional de inversión al fortalecimiento de las microrredes de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de gasto corriente al fortalecimiento de la microrred de salud de su jurisdicción |
| **COPAR-7:** Implementación de Programa Educativo en Salud con las instituciones educativas y familias | 100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en metodología educativa para adultos<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en incidencia política a favor de la salud materna<br>80% de alumnos de los tres últimos grados del nivel secundario conocen métodos de planificación familiar y paternidad responsable |
| **COPAR-8:** Fortalecimiento de la acción sanitaria con programas sociales: JUNTOS, PIN, CRECER | |
| **COPAR-9:** Promoción de los derechos en salud desde gobiernos locales, mesa de concertación, comités de vigilancia y otros | Promover los derechos en salud desde la mesa de concertación<br>Población conoce sus derechos y responsabilidades en salud<br>80% de gobiernos locales ejecutan campañas masivas de promoción de los derechos en salud |

**E2: Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes de salud**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud | 100% de redes de salud con procesos de redelimitación y categorización concluidos<br>100% de redes y microrredes en los ámbitos piloto de aseguramiento bajo un nuevo modelo de gestión de servicios<br>100% de gerentes de redes y microrredes capacitado para la organización de servicios<br>100% de microrredes de salud están organizados para impulsar acciones de promoción de la salud materna y perinatal<br>100% de redes tienen definidos y operativos sus |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| | sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes |
| **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica y preventivo-promocional | 100% de microrredes de salud aplican prácticas de gestión de la calidad orientada a la mortalidad materna<br>100% de microrredes de salud implementa proyectos de mejoramiento continuo para la atención preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas<br>100% de microrredes de salud realizan auditorías de proceso de la atención para verificar el cumplimiento de las guías de atención preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas<br>100% de personal de salud responsable de la atención integral capacitado procedimientos básicos |
| **FORCAP-4:** Extensión de la cobertura de la oferta móvil | 100% de comunidades dispersas y excluidas reciben visitas periódicas de equipos móviles para la protección de la población vulnerable con enfoque preventivo-promocional |
| **FORCAP-5:** Fortalecimiento de las acciones de control y asistencia técnica a los sistemas locales de salud | 100% de microrredes cuentan con sistema de vigilancia epidemiológica<br>100% de redes y microrredes realizan acciones de supervisión-monitoreo por niveles según criterios establecidos |
| **FORCAP-6:** Fortalecimiento de la dotación de insumos y medicamentos, equipamiento e infraestructura | 80% de establecimientos de salud I-1, I-2 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud I-3, I-4 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud hospitalarios cumplen con estándares FON<br>100% de cabeceras de microrredes cumplen estándares mínimos para servicios de ayuda diagnóstica para las condiciones asegurables de salud sexual y reproductiva y salud infantil<br>100% de medicamentos e insumos del petitorio para prestaciones PEAS disponibles en normostock para el manejo de las condiciones asegurables de salud sexual y reproductiva |
| **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos | 50% de microrredes de salud que cuentan con recurso humano en número adecuado para su capacidad resolutiva<br>100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes certificado en atención prenatal reenfocada y en emergencias obstétricas y neonatales |
| **FORCAP-8:** Mejoramiento de los sistemas de información | Mejora de la veracidad y oportunidad del dato estadístico en salud sexual y reproductiva<br>100% de personal responsable de atención integral capacitado en el sistema de información HIS<br>100% de microrredes de salud con sistema operativo HIS en funcionamiento |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FORCAP-9:** Adecuación cultural de los servicios de salud materna y sexual y reproductiva | 100% de establecimientos de salud de I-1 y I-2 han adecuado los servicios de salud materna para algunas de las variables de acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad<br>100% de establecimientos de salud de I-3 y I-4 han adecuado los servicios de salud materna (acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad)<br>100% de personal de salud responsable de atención integral capacitado en adecuación intercultural<br>50% de establecimientos de salud I-3 y I-4 adecúan servicios de atención integral y diferenciada para el adolescente con participación social<br>100% de establecimientos de salud I-2 con horarios diferenciados para la atención integral del adolescente |
| **FORCAP-10:** Extensión de la red de Casas de Espera Materna | 80% de municipalidades distritales implementan Casas de Espera Materna en establecimientos de salud I-3, I-4 y II-1 |
| **FORCAP-11:** Extensión de las coberturas de captación temprana para control prenatal, batería completa de laboratorio, ecografía obstétrica y atención preconcepcional | 90% de gestantes son captadas en el I trimestre y controladas<br>100% de gestantes reciben suplemento de hierro y ácido fólico según norma, según atendidas<br>100% de recién nacidos institucionales con APGAR mayor a 7<br>100% de gestantes con batería completa de análisis de laboratorio según atendidas |
| **FORCAP-12:** Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en cada red de salud | 100% de microrredes con sistema de referencia y contrarreferencia estructurado según la norma |

**E3: Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>Incrementar en 5% puntos porcentuales la afiliación al aseguramiento en salud de la población Q3<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento contributivo o semi contributivos<br>100% de partos institucionales afiliados al SIS, en relación a las atendidas |
| **FIN-2:** Venta o intercambio de servicios con otros proveedores | Implantar compra y venta de servicios entre proveedores de servicios<br>Prestadores no públicos de servicios de salud brindan servicios complementarios a los ofrecidos en la red pública de aseguramiento |
| **FIN-3: Incremento y r**eordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo basado en la mejora continua |
| **FIN-4:** Ordenamiento del gasto de inversión en | Incrementar en 50% la ejecución presupuestal |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| UE del sector salud | oportuna para la extensión y fortalecimiento de la oferta fija |
| **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento en salud materna y perinatal |
| **FIN-6:** Reducción de los rechazos por prestaciones al SIS | Reducir al 0.5% las prestaciones rechazadas por el SIS |

## *Prioridad 3: Bajo nivel educativo*

### Objetivo estratégico

Mejorar la educación sanitaria de la población de la Región Cajamarca para la prevención de riesgos y la promoción de estilos de vida saludables.

### Caracterizando el problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió, en 1948, que la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas y mentales. Así mismo, la salud es un proceso de desarrollo de capacidades personales para lograr la autosuficiencia y bienestar de acuerdo con el sexo, la edad y las necesidades sociales.

Desde una perspectiva integral, la salud es un derecho básico y es el resultado de una serie de factores determinantes como la educación, los estilos de vida, el género, el ingreso económico, la alimentación, el acceso a los servicios de salud, la cultura, etc.

La educación es un factor esencial en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Los estudios realizados demuestran que el estado de bienestar aumenta de acuerdo con el nivel de educación, lo cual refleja el impacto positivo de éste en el cuidado de la salud, en el cambio de comportamientos e, igualmente, en el acceso y la utilización efectiva y oportuna de los servicios de salud.

En la Región Cajamarca, la provincia de Cajamarca es la que concentra el mayor volumen de población, que asciende al 20.76% de la población total, seguida por las provincias de Jaén 13.17%, Chota 12.03%, Cutervo 10.34%, San Ignacio 9.45%. Las provincias con menor población son San Pablo con 1.70% y Contumazá con 2.35%. La oferta de servicios educativos se concentra en las unidades ejecutoras Cajamarca y Chota. En ambos ámbitos la población accede en mayor proporción a los servicios educativos tanto escolarizados como no escolarizados. De manera general podemos establecer relación entre la distribución poblacional y la disponibilidad de instituciones educativas, la cual es del orden de 250hbts/IE en la U.E. Cajamarca, 213hbts/IE en la U.E Chota, 191.7hbts/IE en la U.E. Cutervo, 180.8hbts/IE en la U.E Jaén y 167.7hbts/IE en la U.E. San Ignacio.

**Tabla 1. Distribución poblacional en las instituciones educativas por provincias, 2008**

| NIVEL Y/O MODALIDAD | CAJAMARCA | CAJABAMBA | CELENDIN | CHOTA | CONTUMAZA | CUTERVO | HUALGAYOC | JAEN | SN IGNACIO | SN MARCOS | SN MIGUEL | SN PABLO | STA CRUZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TOTAL (A+B)** | **77,728** | **21,258** | **26,062** | **51,546** | **10,610** | **47,881** | **26,087** | **57,114** | **44,537** | **14,846** | **17,726** | **7,082** | **18,233** | **419,710** |
| **A:ESCOLARIZADO** | 74,138 | 20,233 | 25,463 | 47,766 | 10,065 | 45,063 | 24,423 | 52,748 | 40,914 | 13,968 | 16,618 | 6,607 | 17,163 | 394,169 |
| **EDUC INICIAL** | **8,197** | **1,465** | **1,956** | **3,825** | **982** | **3,378** | **1,272** | **3,507** | **2,100** | **830** | **1,370** | **463** | **1,763** | **31,108** |
| Inicial Cuna | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Inicial Jardín | 7,525 | 1,465 | 1,912 | 3,825 | 982 | 3,378 | 1,272 | 2,999 | 2,100 | 830 | 1,370 | 463 | 1,763 | 29,884 |
| Inicial Cuna Jardín | 672 | 0 | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 | 508 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,224 |
| **EDUC PRIMARIA** | **42,681** | **13,585** | **16,740** | **28,576** | **4,957** | **27,298** | **16,031** | **30,766** | **27,094** | **9,062** | **9,765** | **3,980** | **8,334** | **238,869** |
| Prim de Menores | 42,582 | 13,585 | 16,669 | 28,576 | 4,957 | 27,266 | 16,031 | 30,688 | 27,038 | 9,040 | 9,765 | 3,980 | 8,334 | 238,511 |
| Prim de Adultos | 99 | 0 | 71 | 0 | 0 | 32 | 0 | 78 | 56 | 22 | 0 | 0 | 0 | 358 |
| **EDUC SECUNDARIA** | **21,284** | **4,499** | **5,616** | **14,433** | **3,677** | **13,278** | **6,604** | **16,410** | **10,787** | **3,423** | **5,267** | **1,937** | **5,723** | **111,938** |
| Sec de Menores | 20,150 | 4,032 | 5,468 | 14,104 | 3,592 | 12,651 | 6,258 | 16,057 | 10,530 | 3,317 | 5,177 | 1,891 | 5,627 | 108,854 |
| Sec de Adultos | 603 | 111 | 148 | 200 | 65 | 627 | 221 | 353 | 257 | 106 | 90 | 46 | 96 | 2,923 |
| Cebas | 531 | 356 | 0 | 129 | 20 | 0 | 125 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 161 |
| **OTRAS MODALIDADES** | **1,104** | **82** | **292** | **215** | **110** | **249** | **67** | **633** | **524** | **369** | **20** | **10** | **86** | **3,761** |
| Educ Especial | 226 | 12 | 26 | 46 | 14 | 8 | 5 | 64 | 29 | 16 | 20 | 10 | 6 | 482 |
| Educ Ocupacional | 878 | 70 | 266 | 169 | 96 | 241 | 62 | 569 | 495 | 353 | 0 | 0 | 80 | 3,279 |
| **EDUC SUPERIOR** | **872** | **602** | **859** | **717** | **339** | **860** | **449** | **1,432** | **409** | **284** | **196** | **217** | **1,257** | **8,493** |
| Sup Pedagógica | 478 | 253 | 462 | 300 | 187 | 448 | 241 | 431 | 105 | 124 | 196 | 217 | 1,042 | 4,484 |
| Sup Tecnológica | 233 | 349 | 397 | 417 | 152 | 412 | 208 | 1,001 | 304 | 160 | 0 | 0 | 215 | 3,848 |
| Sup de Arte | 161 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 161 |
| **B:NO ESCOLARIZADO** | **3,590** | **1,025** | **599** | **3,780** | **545** | **2,818** | **1,664** | **4,366** | **3,623** | **878** | **1,108** | **475** | **1,070** | **25,541** |
| **EDUC INICIAL** | **3,332** | **1,025** | **599** | **3,780** | **545** | **2,818** | **1,424** | **4,366** | **3,623** | **878** | **1,108** | **475** | **1,070** | **25,043** |
| Inicial Fiscal | 2,715 | 1,025 | 599 | 3,352 | 453 | 2,818 | 1,284 | 4,366 | 3,623 | 878 | 1,108 | 369 | 960 | 23,550 |
| Inicial Pietbaf | 617 | 0 | 0 | 428 | 92 | 0 | 140 | 0 | 0 | 0 | 0 | 106 | 110 | 1,493 |
| Prim de Adultos | 258 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 308 |
| Sec de Adultos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 187 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 187 |

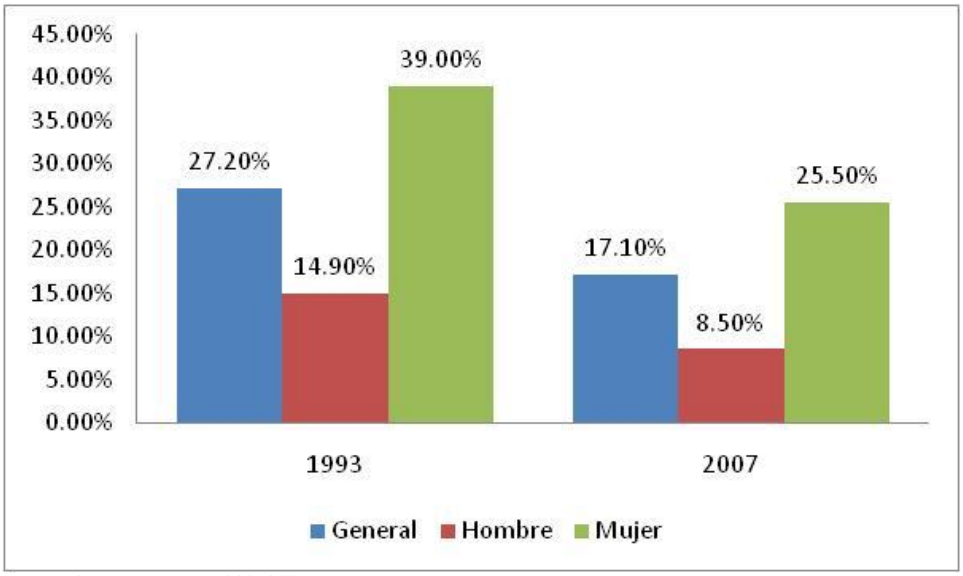
**Fuente:** Area de estadística DRE Cajamarca. 2008.

Según el censo nacional de la población del 2007, realizado por el INEI, el analfabetismo en el Perú afecta al 7.1 % de la población peruana en general. En la Región Cajamarca, los mayores índices de analfabetismo se concentran en las provincias de Hualgayoc con 39%, San Marcos con 32.1% y Contumazá con 13.2% y

se caracteriza por ser mayor en mujeres que hombres. Referente a la concentración del analfabetismo de acuerdo al sexo en hombres es del 14.96% y en mujeres 39% (PER). Dicha situación afecta la capacidad de las madres cuidadoras o cabezas de hogar para sostener adecuadas prácticas de prevención de riesgos en salud e impide desarrollar hábitos saludables aún en el contexto de carencias materiales que vive la población pobre.

En el Gráfico 4 se observa cómo ha ido disminuyendo el analfabetismo en la Región Cajamarca, entre el año 1993 y 2007.

**Gráfico 4. Evolución del analfabetismo en la Región Cajamarca, 1993 y 2007**




Fuente: Censo Nacional 1993, 2007. INEI

Otra condición que limita la evolución de población educada en cuidado individual de la salud es la actual capacidad de los servicios de salud para la entrega de servicios de promoción a nivel individual y colectivo. La nula o limitada disponibilidad de herramientas educativas, las limitadas competencias del personal de salud para educar en el momento del contacto de entrega de servicios de prevención, recuperación de la salud afecta la modificación gradual de las prácticas y decisiones de uso de más servicios preventivos en lugar de los recuperativos.

Las principales características del problema son:

1. Elevado nivel de analfabetismo, con mayor predominancia en mujeres de la zona rural y urbano-marginal y en zonas de quintil I.
2. Débil manejo de herramientas metodológicas y educativas en promoción para la salud por parte del personal de salud.
3. Débil articulación entre sectores Educación y Salud, que origina que los alumnos no se involucren en la estrategia preventivo-promocional del sector salud.
4. Débil relación entre salud y educación, no existe proporción entre cantidad de instituciones educativas y establecimientos de salud (1 I.E por cada 250 hbts).

Las causas que determinan el bajo nivel educativo sanitario de la población se podrían clasificar en i) inmediatos; ii) subyacentes; iii) básicos. Para la Región Cajamarca dichos factores se caracterizan por:

***Inmediatos***

1. Limitados contenidos de salud en las instituciones educativas e instituciones formadoras de salud.
2. Alta demanda de las familias por servicios recuperativos de salud.
3. Baja capacidad de los gobiernos locales en acciones sanitarias.

***Subyacentes***

1. Menor acceso de la población rural femenina a los servicios de educación.
2. Personal de salud con escaso conocimiento para las actividades de educación en salud.
3. Escasa asignación presupuestal a Gobierno Regional y gobiernos locales para las acciones de promoción de la salud.
4. Insuficientes redes sociales para la acción sanitaria en el nivel comunal.

***Básicos***

1. Altos niveles de analfabetismo.
2. Escasa inversión en Salud y Educación.
3. Pobreza.
4. Exclusión en salud y educación.
5. Cultura tradicional.

**Figura 7. Marco de análisis del bajo nivel educativo sanitario**

## La meta al año 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores

| Metas al año 2014 *(Resultado final)* | Indicador | Basal / Fuente |
|---|---|---|
| **Incrementar la proporción de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud sexual y reproductiva** | Porcentaje de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud sexual y reproductiva | Por determinar *Encuestas CAP* |
| **Incrementar la proporción de** | Porcentaje de población con | Por determinar |

| | | |
|---|---|---|
| **población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud materno-infantil y nutrición** | conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud materno-infantil y nutrición | *Encuestas CAP* |

## Estrategias de mediano y largo plazo

La definición de las estrategias de largo plazo tiene dos propósitos: Por un lado permitirá establecer con mayor precisión los focos de atención que deben mantenerse a lo largo del periodo del planeamiento, y, de otro lado, permitirá definir los resultados intermedios anuales. Ambos elementos deben ser orientadoras de la acción de cada uno de los actores que tienen responsabilidades respecto a los factores determinantes de la baja educación sanitaria de la población. Las estrategias de largo plazo pueden ser agrupadas en tres ejes estratégicos:

1. Estrategias de concertación, movilización social y participación comunitaria.
2. Estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes.
3. Estrategias de mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local.

### Justificación de los ejes estratégicos

| | |
|---|---|
| **Eje estratégico 1:** Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud | Este grupo de estrategias está orientado a fortalecer las relaciones de cooperación, reciprocidad y confianza entre los distintos actores, cuyos objetos institucionales podrían modificar los factores relacionados con los bajos niveles de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, la escasa participación de la comunidad en la evacuación de la emergencia obstétrica y en general, así como en modificar la desconfianza en el uso de los servicios de salud. |
| **Eje estratégico 2:** Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes de salud | Estas estrategias están orientadas a revertir la deficiente respuesta de los servicios de salud y a mejorar el desempeño del sistema de salud en el cumplimiento de sus obligaciones y funciones tanto en el nivel regional como en el local. Se trata de estrategias orientadas a mejorar la capacidad estratégica de las distintas instituciones del sistema de salud y son estrategias de organización, recursos humanos y de prestación con la intención de mejorar las condiciones en las que funcionan los sistemas locales de salud y reorientarlos a garantizar el derecho a la atención, derecho a la participación y derecho a la información. |
| **Eje estratégico 3:** Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local | Los factores relacionados al financiamiento de las acciones en salud facilitan o impiden la capacidad del sistema para cumplir con su intención estratégica. Estas estrategias están orientadas a no sólo el uso de los recursos financieros que están disponibles en el sector sino que pretende canalizar nuevas fuentes de recursos. |

## Matriz estratégica para la prioridad[13]

**Matriz estratégica del Plan Concertado Regional de Salud**

**Pr. 1:** Desnutrición crónica en niños menores de 5

**Pr. 2:** Mortalidad materna y perinatal

**Prioridad 3:** Bajo nivel educativo

***Objetivo estratégico: Mejorar la educación sanitaria de la población de la Región Cajamarca para modificar los estilos de vida de la población***

***Meta***

Incrementar la proporción de personas que adquieren conocimiento en salud y desarrollan hábitos saludables

**Pr. 4:** Baja capacidad de respuesta

**Estrategias Concertadas Regionales en Salud**[1]

**De concertación, movilización social y participación comunitaria**

- **COPAR-1:** Fortalecimiento de capacidades de organización y gestión de las organizaciones comunitarias para mejorar las prácticas de alimentación y en salud sexual y reproductiva
- **COPAR-3:** Vigilancia social de la calidad de los servicios
- **COPAR-6:** Involucramiento de los gobiernos locales
- **COPAR-7:** Implementación de Programa Educativo en Salud con las instituciones educativas y familias

**De fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes**

- **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud
- **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica y preventivo-promocional
- **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos

**De financiamiento en el nivel regional y local**

- **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud
- **FIN-3:** Incremento y reordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente
- **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego y de otras fuentes

[13] - La descripción y justificación de cada estrategia puede ser encontrada en el Anexo 2 (páginas 79-91)

## Resultados intermedios al 2014 e indicadores

1. Incrementar al 35% las instituciones educativas evaluadas y con reconocimiento de logro como limpias, seguras y saludables al año 2014.
2. Incrementar al 15% las familias intervenidas con prácticas saludables de distritos Q1-Q2 al año 2014.
3. Incrementar al 80% las municipalidades acreditadas como saludables al año 2014.
4. Incrementar al 50% la proporción de niños y niñas que conocen y practican hábitos de higiene.

| Indicador de resultado intermedio | Basal / Fuente | Meta al 2014 |
|---|---|---|
| Porcentaje de instituciones educativas evaluadas y con reconocimiento de logro como limpias, seguras y saludables | 3<br>DIRESA | PD |
| Porcentaje de familias de distritos Q1-Q2 intervenidas con prácticas saludables | 15%<br>DIRESA | 35,700 familias Q1-Q2 |
| Porcentaje de municipalidades acreditadas como saludables | 32<br>DIRESA | 102 |
| Porcentaje de niños y niñas que conocen y practican hábitos de higiene | Por determinar | Por determinar |

## Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias

### E1: Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **COPAR-1:** Fortalecimiento de capacidades de organización y gestión de las organizaciones comunitarias | 50% de organizaciones comunales rurales han sido fortalecidas en sus capacidades de organización y gestión para la educación en salud materna e infantil<br>100% de establecimientos de salud cuenta por lo menos con un comité de salud de base comunitaria fortalecido y operativo que asume compromisos en materia de salud infantil y nutrición, salud sexual y reproductiva<br>50% de organizaciones comunales rurales realizan acciones educativas con las familias en salud materno-infantil |
| **COPAR-3:** Vigilancia social de la calidad de los servicios | 100% de distritos cuenta por lo menos con un comité de salud que impulsa la vigilancia de la calidad de los servicios de salud materno-infantil<br>80% de distritos cuenta con comités de vigilancia de la calidad de los servicios de educación<br>100% de establecimientos de salud de los distritos con comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de control a los programas educativos-educacionales |
| **COPAR-6:** Involucramiento de los gobiernos locales en el asunto sanitario | 80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de salud<br>80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de educación |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **COPAR-7:** Implementación de Programa Educativo en Salud con las instituciones educativas y familias | 100% de las instituciones educativas cumple con estándares mínimos de salubridad<br>100% de docentes ha sido capacitado en temas preventivo-promocionales de los niños y niñas<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en metodología educativa para adultos<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en incidencia política a favor de la salud materno-inafntil<br>80% de alumnos de los tres últimos grados del nivel secundario conocen métodos de planificación familiar y paternidad responsable<br>50% de las carreras profesionales en salud ha rediseñado los cursos de promoción, educación para la salud y salud pública<br>50% de universidades ha implementado diplomados y especializaciones en herramientas en educación sanitaria |

**E2: Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes de salud**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud | 100% de microrredes de salud aplican prácticas de gestión de la calidad para la atención familiar del niño y la mujer<br>100% de microrredes de salud están organizados e implementados para impulsar acciones de promoción de la salud materna e infantil y nutrición en el marco del modelo de atención integral |
| **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica o preventivo-promocional | 100% de microrredes de salud implementa proyectos de mejoramiento continuo para mejorar la calidad de la atención familiar del niño y la mujer<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de cabeceras de microrredes capacitado en metodologías educativas para la educación en salud |
| **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos | 100% de redes de salud fortalecen las unidades de comunicación para impulsar mejores prácticas de educación en salud<br>Implementar política de incentivos al recurso humano en salud |

**E3: Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento contributivo o semi contributivos |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FIN-3: Incremento y r**eordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo para educación en salud |
| **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego y otras fuentes | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento para educación en salud |

## *Prioridad 4: Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud*

### Objetivo estratégico

Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de atención primaria y hospitalaria de la Región Cajamarca.

### Caracterizando el problema

La creciente demanda efectiva de servicios de salud a raíz de la extensión del aseguramiento público desde el año 2004 y por los incentivos a la demanda de servicios de prevención de la salud desde el programa de transferencias condicionadas de efectivo -JUNTOS/CRECER- ha significado fuertes presiones al sistema de salud por más y mejores servicios. De otra parte la acumulación de factores relacionados al sistema prestador de servicio de salud que impiden mayores avances en mortalidad materna-perinatal y desnutrición infantil exige cambios que suponga mejores niveles de respuesta a la problemática regional. La actual organización y las condiciones estructurales de los establecimientos de salud en la Región Cajamarca son el reflejo de un sistema prestador que requiere ser modernizado con claridad y visión de mediano y largo plazo.

Las principales características de la problemática son:

1. **Alta concentración de establecimientos de salud de baja complejidad:** De los 723 establecimientos de salud con resolución de creación a marzo de 2009, el 87% pertenece a la cadena de menor complejidad propuesta para el sistema prestador. El 75.4% pertenece a la categoría I-1, lo cual significa que sólo es atendido por equipos básicos de enfermera/obstetriz y técnicos de enfermería y el 11.6% está conformado por establecimientos de salud I-2, que cuentan con un equipo básico (1 médico, 1 enfermera, 1 obstetriz y técnicos de enfermería). En los últimos cuatro años el crecimiento de la red prestadora de servicios de salud se ha basado en establecimientos I-1 (20% de crecimiento, básicamente en Cutervo, Chota y Jaén), es decir, de bajo costo y baja efectividad. Ver Tabla N° 2.

   El 93% de los 99 establecimientos de salud creados en los últimos 4 años son de la categoría I-1 y la mayoría de ellos aún no cuentan con el saneamiento físico-legal, infraestructura precaria, equipamiento insuficiente y obsoleto, recurso humano contratado con pobres incentivos. Dichas condiciones agrava la baja capacidad de respuesta de los sistemas locales.

   Dicha condición se agrava al considerar que por el carácter de la metodología de categorización las resoluciones de categorización no necesariamente coinciden con la verdadera capacidad resolutiva de los establecimientos. Es decir, que los establecimientos de salud que han sido categorizados como I-3, I-4, II-1 y II-2 realmente no cumplen a cabalidad todas las condiciones de dichos niveles de complejidad.

**Tabla 2. Distribución y evolución de establecimientos de salud por categorías en la Región Cajamarca, Marzo 2009**

| Categoría del establecimiento de salud | N° de establecimientos 2005 | N° de establecimiento Marzo 2009 | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| I – 1 | 453 | 545 | **75.4** % |
| I – 2 | 82 | 84 | **11.6** % |

| Categoría del establecimiento de salud | N° de establecimientos 2005 | N° de establecimiento Marzo 2009 | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| I – 3 | 66 | 70 | **9.7 %** |
| I – 4 | 19 | 18 | **2.5%** |
| II – I | 3 | 5 | **0.7 %** |
| II – 2 | I | I | **0.1 %** |
| **TOTAL DIRESA** | **624** | **723** | **100 %** |

Fuente: Dirección de Servicios de Salud DIRESA Cajamarca, 2009

2. **Notable disparidad entre provincias en la oferta de servicios de primer nivel:** El ámbito de la DIRES Cajamarca está compuesta administrativa por 4 direcciones sub-regionales de salud –Chota, Cutervo, Jaén y DIRESA Cajamarca-. Existen 13 redes de salud: DIRESA Cajamarca: 7 redes de salud; Chota con 3 redes de salud, Jaén con dos redes de salud, Cutervo no tienen red de salud asignada. Ninguna red de salud se constituye como unidad ejecutora.

   Mientras que en el ámbito de la DIRES Cajamarca (con 7 provincias) funcionan 210 establecimientos de salud para 640,607 habitantes- 46% de la población-, en la provincia de Cutervo funcionan 169 establecimientos de salud para 138,213 habitantes. En el ámbito de la DISA Chota funcionan 222 establecimientos de salud para 294,116 habitantes. Adicionalmente, la densidad de recurso humano por cada 10,000 habitantes es altamente dispar. La mayor disparidad entre provincias, se aprecia en la provincia de Cutervo, que tiene 5,28 médicos; 6,22 enfermeras; y, 5,65 obstetrices x 10,000 hab.

**Tabla 3. Número y densidad de profesionales de la salud por unidad ejecutora, 2008**

| Unidad Ejecutora | N° médicos | Densidad | N° enfermeras | Densidad | N° obstetrices | Densidad | Nª de población (miles) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cajamarca | 113 | 1,76 | 252 | 3,93 | 181 | 2,82 | 640,607 |
| Jaén | 77 | 2,45 | 72 | 2,29 | 55 | 1,75 | 314,873 |
| Chota | 45 | 1,53 | 113 | 3,84 | 75 | 2,55 | 294,116 |
| Cutervo | 73 | 5,28 | 86 | 6,22 | 78 | 5,65 | 138,213 |
| **Total** | **308** | **2,21** | **523** | **3,77** | **389** | **2,80** | **1,387,809** |

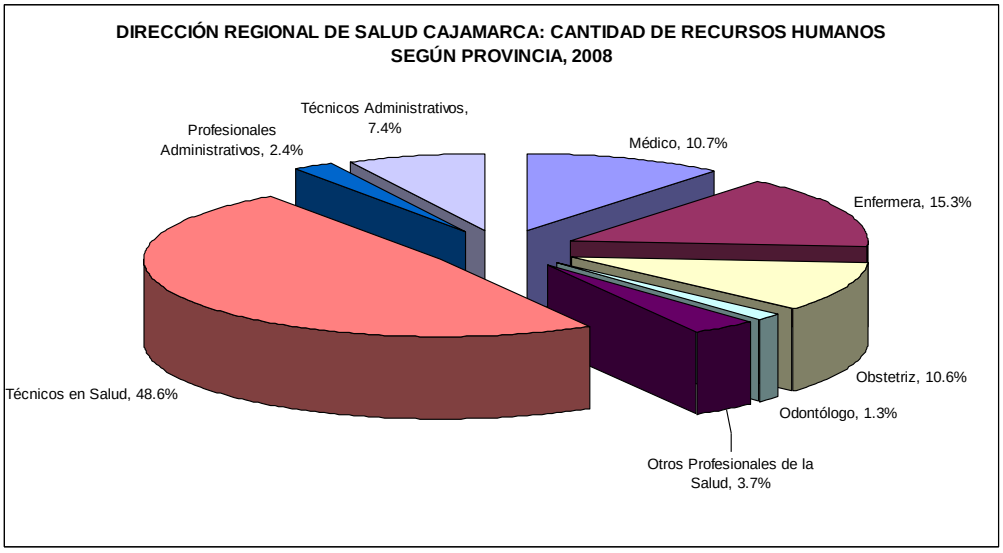
3. **Insuficiente red de servicios hospitalarios:** La actual oferta hospitalaria (5 hospitales II-1 y I de categoría II-2) no es capaz de responder a las necesidades de servicios de segundo y tercer nivel a pesar que por el listado de servicios que es cubierto por el Seguro Integral de Salud la demanda por servicios especializados es creciente. Los servicios de mayor demanda -por volumen y carácter crítico- son los proporcionados por la Unidad de Cuidados Intensivos, banco de sangre y de Radiología. Estos servicios se caracterizan por contar con equipos obsoletos, falta de personal especializado y en algunos casos no existe de acuerdo a nivel resolutivo. Dicha situación se agrava por carecer de esquemas de intercambio o compra-venta de servicios complementarios con otros prestadores como EsSalud o la red privada como tomografías, exámenes de laboratorio complejos y de algunas especialidades: Neumología, dermatología, neonatología. Adicionalmente, los servicios hospitalarios existentes que representan riesgos para la salud de los usuarios o personal de salud, como Radiología, manejo de residuos sólidos hospitalarios- no son sometidos a evaluación del cumplimiento de criterios mínimos por la autoridad sanitaria, lo cual perjudica la seguridad en la atención.

4. **Deficiente red de servicios de salud de soporte:** Los escasos servicios de ayuda diagnóstica – laboratorio y de imágenes- de baja y mediana complejidad que en la actualidad brinda el sistema prestador se caracteriza por ser desorganizado y atomizado. Existen establecimientos de salud categorizados como I-3 que no cuentan con servicios de laboratorio. Tampoco existe una red de laboratorios que funcione complementariamente, tanto en el nivel regional como en los sistemas locales.

5. **Deficiente red de referencia y contrarreferencia en el nivel local y regional:** Las deficiencias en disponibilidad de equipos de comunicación, choferes, ambulancias y equipamiento básico hace que las acciones de referencia y contrarreferencia sean altamente inciertas en la región.

6. **Bajo nivel de densidad de recurso humano en salud:** Con relación a la demanda de recursos humanos, las últimas leyes de presupuesto gubernamental han impuesto a los servicios de salud públicos condiciones restrictivas para poder incorporar nuevos profesionales y técnicos al sector salud, a pesar de que la actual situación se caracteriza por una severa escasez de personal para cubrir las crecientes necesidades de atención de salud de la población como producto de la extensión de la cobertura del aseguramiento público. En la Región Cajamarca, para el año 2008, los recursos humanos en salud (médicos, profesionales de enfermería, profesionales de obstetricia, odontólogos y técnicos en enfermería) que laboran para el Gobierno Regional ascendían a 2,422 trabajadores; de los cuales el 48.6% son técnicos en enfermería, el 15.3% son los profesionales en enfermería; el 10.7% compuesto por personal médico; el 10.6% por profesionales en obstetricia; y los odontólogos solamente representaron el 1.3%, quienes atienden principalmente en los hospitales de la región.

**Gráfico 5. Distribución de recursos humanos en salud por grupo ocupacional, 2008**




Fuente: Dirección de Servicios de Salud, DIRESA Cajamarca, 2009

En la tabla 4 se aprecia que la disponibilidad total de médicos, enfermeras y obstetrices podría alcanzar para distribuir sólo en el 50% de establecimientos de salud de la región. Para el caso de las enfermeras (370 disponibles para toda la región) sólo alcanzaría para cubrir el 51% de los establecimientos de salud en caso se garantizara una enfermera por establecimiento de salud. Como es de notar, el número de técnicos de enfermería es cuatro veces superior al promedio de profesionales disponibles en la región.

**Tabla 4. Distribución de recursos humanos en salud por provincias y grupo ocupacional, 2008**

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA: CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN PROVINCIA, 2008**

| Nº Ord. | PROVINCIA | Médico 1/ | Enfermera | Obstetriz | Odontólogo | Otros Profesionales de la Salud | Técnicos en Salud | Profesionales Administrativos | Técnicos Administrativos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.0 | CAJABAMBA | 27 | 30 | 19 | 2 | 3 | 89 | 3 | 11 |
| 2.0 | CHOTA | 20 | 43 | 19 | 4 | 14 | 156 | 17 | 36 |
| 3.0 | HUALGAYOC | 10 | 13 | 12 | 1 | 5 | 26 | 1 | 1 |
| 4.0 | SANTA CRUZ | 16 | 21 | 7 | 1 | 4 | 48 | 1 | 0 |
| 5.0 | CONTUMAZA | 10 | 13 | 7 | 3 | 4 | 46 | 4 | 8 |
| 6.0 | CAJAMARCA | 19 | 39 | 21 | 1 | 10 | 63 | 2 | 4 |
| 7.0 | SAN MARCOS | 12 | 28 | 22 | 3 | 4 | 42 | 3 | 4 |
| 8.0 | SAN PABLO | 6 | 13 | 10 | 1 | 2 | 20 | 1 | 6 |
| 9.0 | JAEN | 35 | 47 | 24 | 4 | 26 | 128 | 16 | 46 |
| 10.0 | SAN IGNACIO | 17 | 22 | 22 | 1 | 6 | 100 | 0 | 15 |
| 11.0 | CUTERVO | 49 | 36 | 45 | 6 | 8 | 324 | 5 | 27 |
| 12.0 | PROVINCIA CELENDIN | 13 | 26 | 23 | 1 | 2 | 55 | 3 | 10 |
| 13.0 | SAN MIGUEL | 26 | 39 | 26 | 4 | 2 | 79 | 1 | 12 |
| | **TOTAL** | **260** | **370** | **257** | **32** | **90** | **1176** | **57** | **180** |

FUENTE: Evalución de Redes 2008, Documentos y Magnéticos Presentados

1/ Considera Sub Especialidades

2/ DIRES - OITE, 2007

7. **Frecuente desabastecimiento de medicamentos:** Aproximadamente del 10 al 15% del listado de medicamentos del petitorio presenta algún grado de desabastecimiento durante el año. Entre los más frecuentes son Naproxeno, Ciprofloxacino, Omeprazol, Ranitidina. Para el caso de medicamentos trazadores ofertado por el Seguro Integral de Salud también existe un desabastecimiento similar básicamente por problemas de disponibilidad presupuestal por la fuente de Donaciones y Transferencias SIS (calendario) por retrasos en los reembolsos. De otra parte, existen ciclos de desabastecimiento de vacunas e insumos de planificación familiar, que son enviados desde el nivel central. Otra razón, es el incumplimiento de los plazos de entrega por parte de los proveedores. Adicionalmente, el servicio de transporte de medicamentos a los sub-almacenes de la región es deficiente, precario por su inoportunidad, altos costos e informalidad.

   La red de sub-almacenes a nivel de la región cuenta con un nivel de abastecimiento de 2 a 4 meses. Los once sub-almacenes en el sur de Cajamarca tienen **bajo cumplimiento de estándares BPA**. Adicionalmente, no se realiza control de calidad de medicamentos en los puntos de entrega. Sólo se realiza en el almacén especializado regional de tipo organoléptico. Las pesquisas son mensuales y se envían a Lima.

   La compra nacional anual asciende a un promedio de 1'400,000 nuevos soles, de los cuales para el presente año el SIS debe 800,000 nuevos soles acumulado al mes de julio. De otra parte, las adquisiciones nacionales y regionales son lentas (por incumplimiento de plazos por parte de los proveedores para entrega de medicamentos). Al año se realizan como máximo 3 compras regionales, por un monto de 500,000 a 600,000 cada una. Una compra regional puede durar hasta 3 meses. Y por último, la programación de medicamentos desde el presente año es regional tanto para el proceso nacional como para el regional. Además, no se cuenta con información real del consumo de medicamentos desde los establecimientos de salud.

8. **Bajos niveles de efectividad clínica en el sistema prestador.** Las supervisiones y otras acciones de control al recurso humano que labora en los sistemas locales de salud muestran que usualmente los planes de tratamiento para el manejo de los casos más frecuentes no cumplen con los criterios establecidos en las guías de práctica clínica. A pesar que se trata de casos de baja complejidad que podrían ser solucionados en el primer nivel de atención, la capacidad del sistema de salud para gestionar el recurso humano basado en la gestión de competencias impide mejorar la efectividad clínica del sistema de atención.

Las causas que determinan la baja capacidad de respuesta del sistema prestador de salud se podrían clasificar en i) inmediatos; ii) subyacentes; iii) básicos. Para la Región Cajamarca dichas causas se caracterizan por:

***Inmediatos***

1. Baja asignación e inadecuados esquemas de gestión presupuestal en el sector salud.
2. Inadecuada organización de redes y micro redes.
3. Insuficiente capacidad para implementar esquemas de gestión de la calidad en salud.
4. Cultura organizacional permisiva con las distorsiones del sistema.

***Subyacentes***

1. Frágil institucionalidad de las instituciones públicas.
2. Escasa participación de la sociedad civil en la evaluación de la gestión pública.
3. Ausencia de incentivos sistémicos para reclutar y retener personal de salud en áreas rurales.

***Básicos***

1. Inadecuados sistemas de pesos y contrapesos en el sector público.
2. Insuficientes esquemas de participación ciudadana en la asignación presupuestal.
3. Escasa regulación para apertura de establecimientos de salud.

**Figura 8. Marco de análisis de la baja capacidad resolutiva de los servicios de salud**

## La magnitud del problema

Los recursos asignados desde el Gobierno Regional (Pliego 445) hacia la DIRESA Cajamarca (6 unidades ejecutoras) comprenden fuentes de financiamiento por Recursos Ordinarios, Recursos Directamente Recaudados y Donaciones y Transferencias, así como recursos provenientes de Encargos y Transferencias desde el nivel central se puede apreciar que este presupuesto fluctúa entre 20 y 30 millones de soles anuales. En relación con otros sectores, en la Tabla 5 se puede apreciar que entre los años 2006 y 2008 existía una disparidad e inequidad en la asignación presupuestal. El sector salud era uno de los sectores que menos recibía recursos presupuestales. Al mes de agosto del presente año dicha situación ha variado, ya que se ha notado un considerable incremento en la asignación del orden del 197% respecto a todo el año anterior por toda fuente.

**Tabla 5. Evolución del presupuesto regional de inversión por toda fuente de financiamiento según sector o función, 2006-2009**

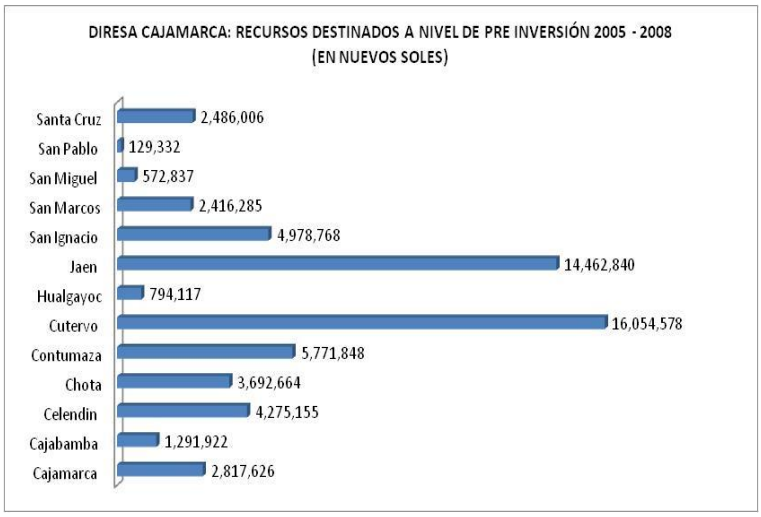
| FUNCION/ANO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009* |
|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRACION | 3,613,698 | 3,207,430 | 6,110,438 | 6,043,939 |
| AGRARIA | 10,510,920 | 22,100,690 | 21,173,861 | 15,563,082 |
| ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL | 1,825,445 | 1,537,691 | 4,154,793 | 4,656,155 |
| EDUCACION | 36,295,858 | 39,732,700 | 33,931,148 | 39,808,091 |
| ENERGIA | 34,873,711 | 44,756,067 | 40,743,385 | 83,005,036 |
| TRABAJO | 0 | 0 | 0 | 27,020 |
| INDUSTRIA Y TURISMO | 241,455 | 144,237 | 894,237 | 319,909 |
| PESCA | 47,987 | 42,852 | 354,862 | 343,571 |
| **SALUD Y SANEAMIENTO** | **23,723,868** | **39,389,837** | **34,550,793** | **102,597,271** |
| SANEAMIENTO | | | | 19,895,889 |
| TRANSPORTES | 122,814,346 | 112,495,567 | 89,363,041 | 80,599,942 |
| **TOTAL** | **233,949,294** | **263,409,078** | **231,278,566** | **352,859,905** |

Fuente: Gobierno Regional de Cajamarca, Área de Presupuesto

El aporte de los gobiernos locales a la salud es creciente en los últimos años, éstos están orientados a la contratación de personal de salud -médicos y no médicos-, y, en infraestructura y equipamiento.

Por parte de los esquemas de asignación presupuestal, la actual estructura de asignación no permite sostener eficiencia en el gasto. Los recursos del nivel central - MINSA se ejecutan por encargos por algunas unidades orgánicas de la DIRESA (AIS/EPI, DESA, RRHH, PROMSA). Dichas unidades se financian básicamente por encargos y no por recursos ordinarios del pliego. De otra parte, los recursos disponibles por el pliego del Gobierno Regional –Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados- se asignan en función al presupuesto histórico. A pesar que se han insertado nuevos esquemas de programación presupuestal por Presupuesto por Resultados (PpR), éste no ha significado incrementos reales en el presupuesto global. Respecto al presupuesto de inversión éste se realiza a través de la presentación de proyectos inversión pública, los cuales son priorizados por el Consejo Regional. En los años anteriores se han priorizado los proyectos de impacto regional como son los casos del Laboratorio de Referencia Regional, el Centro Materno de Chilete, Centro Materno de San Marcos, y proyectos orientados a la disminución de la desnutrición infantil y la disminución de la mortalidad materna, los cuales son ejecutados por el pliego del Gobierno Regional. En el marco del D.S. 096/2009 se toma en cuenta la priorización de proyectos de impacto regional dentro del presupuesto participativo que vinculen como mínimo a 2 provincias y tengan un monto superior a 3 millones de soles.

**Gráfico 6. Recursos destinados a inversión del sector salud en la Región Cajamarca, 2006-2009**




A pesar que existen esquemas y metodologías explícitas de gestión de la calidad en salud, éstas no se aplican en todo su marco a las actividades regulares del sistema prestador de salud. Por ejemplo, los paquetes del Banco de Sangre no tienen el sello de seguridad, a pesar que es un criterio crítico de bioseguridad, por que básicamente no se asignan recursos presupuestales. De otra parte, es frecuente encontrar que las historias clínicas tienen serias deficiencias en el llenado. Las redes, microrredes y establecimientos de salud cuentan con planes locales para impulsar la gestión de la calidad, pero no tienen presupuesto asignado.

## La meta al año 2014, los resultados intermedios, basal e indicadores

| Metas al año 2014 *(Resultado final)* | Indicador | Basal / Fuente |
|---|---|---|
| **30% de las microrredes de la Región Cajamarca cumple con estándares mínimos para la entrega del PEAS** | Porcentaje de microrredes que cumplen con estándares mínimos para la entrega del PEAS | Por determinar |
| **50% de los servicios hospitalarios de alto volumen y de los servicios basados en el PEAS relacionados a las** | Porcentaje de servicios hospitalarios de alto volumen y relacionados al PEAS cumple con | Por determinar |

| prioridades cumple con estándares mínimos | estándares mínimos | |
|---|---|---|

## Estrategias de mediano y largo plazo

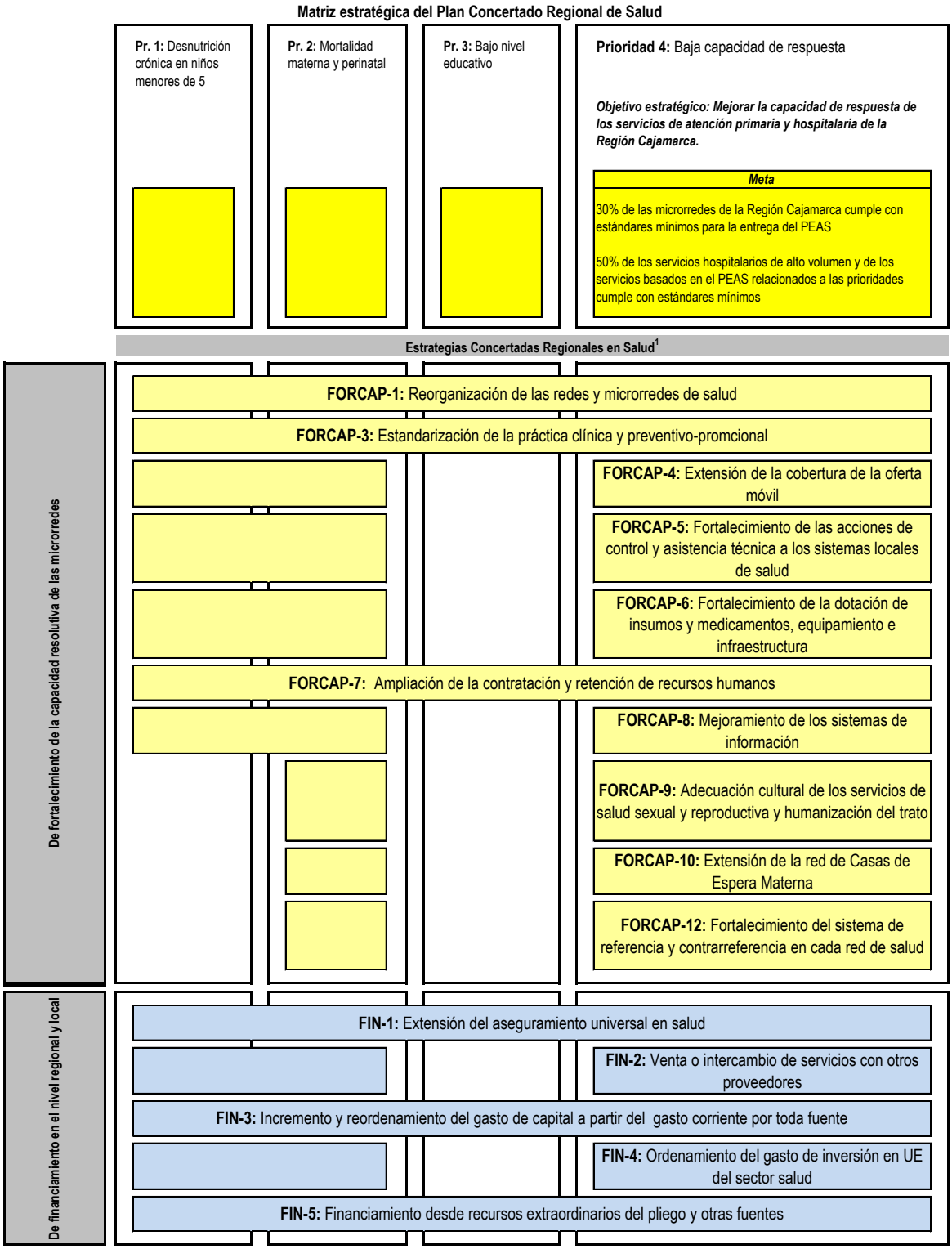
La definición de las estrategias de largo plazo tiene dos propósitos: Por un lado permitirá establecer con mayor precisión los focos de atención que deben mantenerse a lo largo del periodo del planeamiento, y, de otro lado, permitirá definir los resultados intermedios anuales. Ambos elementos deben ser orientadores de la acción de cada uno de los actores que tienen responsabilidades respecto a los factores determinantes de la baja capacidad de respuesta del sistema prestador de salud. Las estrategias de largo plazo pueden ser agrupadas en tres ejes estratégicos:

1. Estrategias de concertación, movilización social y participación comunitaria.
2. Estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes.
3. Estrategias de mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local.

### Justificación de los ejes estratégicos

| | |
|---|---|
| **Eje estratégico 1:** Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud | Este grupo de estrategias está orientado a fortalecer las relaciones de cooperación, reciprocidad y confianza entre los distintos actores para asignar recursos al fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud del primer nivel y de servicios hospitalarios de la región. |
| **Eje estratégico 2:** Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes de salud | Estas estrategias están orientadas a revertir la deficiente respuesta de los servicios de salud y a mejorar el desempeño del sistema de salud en el cumplimiento de sus obligaciones y funciones tanto en el nivel regional como en el local. Se trata de estrategias orientadas a mejorar la capacidad estratégica de las distintas instituciones del sistema de salud y son estrategias de organización, recursos humanos y de prestación con la intención de mejorar las condiciones en las que funcionan los sistemas locales de salud y reorientarlos a garantizar el derecho a la atención, derecho a la participación y derecho a la información. |
| **Eje estratégico 3:** Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local | Los factores relacionados al financiamiento de las acciones en salud facilitan o impiden la capacidad del sistema para cumplir con su intención estratégica. Estas estrategias están orientadas a no sólo el uso de los recursos financieros que están disponibles en el sector sino que pretende canalizar nuevas fuentes de recursos. |

## Matriz estratégica para la prioridad[14]




[14] - La descripción y justificación de cada estrategia puede ser encontrada en el Anexo 2 (páginas 79-91)

## Resultados intermedios al 2014 e indicadores

1. Incrementar la asignación presupuestal al sector salud en 5% anuales.
2. Incrementar el gasto de capital de la fuente de Donaciones y Transferencias SIS al 10%
3. 100% de redes y microrredes constituidas.
4. 100% de microrredes aplican prácticas de gestión de la calidad basado en prioridades.

| Indicador de resultado intermedio | Basal / Fuente | Meta al 2014 |
|---|---|---|
| Proporción del presupuesto asignado al sector salud | Por determinar | |
| Porcentaje de gasto de capital de DyT SIS | Por determinar | |
| Porcentaje de redes de salud constituidas | 0 | 100% |
| Porcentaje de microrredes de salud constituidas | 0 | 100% |
| Porcentaje de microrredes que aplican prácticas de gestión de la calidad basada en prioridades | DIRESA Cajamarca PD | 100% |

## Resultados inmediatos al 2012 basados en estrategias

### E1: Concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **COPAR-3:** Vigilancia social de la calidad de los servicios | 80% de distritos cuenta con comités de vigilancia de la calidad de los servicios de salud<br>100% de establecimientos de salud de los distritos con comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de control |
| **COPAR-6:** Involucramiento de los gobiernos locales en el asunto sanitario | 100% de gobiernos locales distritales han aprobado e implementan el Plan Territorial de Salud basado en prioridades<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de inversión al fortalecimiento de las microrredes de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de gasto corriente al fortalecimiento de la microrred de salud |
| **COPAR-9:** Promoción de los derechos en salud desde gobiernos locales, mesa de concertación, comités de vigilancia y otros | Promover los derechos en salud desde la mesa de concertación<br>Población conoce sus derechos y responsabilidades en salud<br>80% de gobiernos locales ejecutan campañas masivas de promoción de los derechos en salud |

### E2: Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las microrredes de salud

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud | 100% de redes de salud con procesos de redelimitación y categorización concluidos<br>100% de redes y microrredes en los ámbitos piloto de aseguramiento bajo un nuevo modelo de gestión de servicios<br>100% de gerentes de redes y microrredes capacitado para la organización de servicios |
| **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica y práctica preventivo-promocional | 5% de microrredes de salud de la red prestadora del aseguramiento universal acreditados |
| **FORCAP-4:** Extensión de la cobertura de la oferta móvil | 100% de comunidades dispersas y excluidas reciben visitas periódicas de equipos móviles para la protección de la población vulnerable con enfoque preventivo-promocional |
| **FORCAP-5:** Fortalecimiento de las acciones de control y asistencia técnica a los sistemas locales de salud | 100% de microrredes cuentan con sistema de vigilancia epidemiológica<br>100% de redes y microrredes realizan acciones de supervisión-monitoreo por niveles según criterios establecidos |
| **FORCAP-6:** Fortalecimiento de la dotación de insumos y medicamentos, equipamiento e infraestructura | 80% de establecimientos de salud I-1, I-2 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud I-3, I-4 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud hospitalarios cumplen con estándares FON<br>97% de establecimientos de salud de primer nivel y hospitalarios cumplen con estándares de atención infantil y nutricional<br>100% de cabeceras de microrredes cumplen estándares mínimos para servicios de ayuda diagnóstica<br>100% de medicamentos del petitorio PEAS para prestaciones disponibles para el manejo clínico integral de las condiciones asegurables de salud sexual y reproductiva y salud infantil |
| **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos | 50% de microrredes de salud que cuentan con recurso humano en número adecuado para su capacidad resolutiva<br>100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes certificado en atención prenatal reenfocada y en emergencias obstétricas y neonatales<br>100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes certificado en control de niño sano, seguimiento longitudinal del niño, y AIEPI comunitario y clínico |
| **FORCAP-8:** Mejoramiento de los sistemas de información | Mejora de la veracidad y oportunidad del dato estadístico en salud sexual y reproductiva<br>100% de personal responsable de atención integral capacitado en el sistema de información HIS<br>100% de microrredes de salud con sistema operativo HIS en funcionamiento |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FORCAP-9:** Adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva y humanización del trato | 100% de establecimientos de salud de I-1 y I-2 han adecuado los servicios de salud materna para algunas de las variables de acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad<br>100% de establecimientos de salud de I-3 y I-4 han adecuado los servicios de salud materna (acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad)<br>100% de personal de salud responsable de atención integral capacitado en adecuación intercultural<br>100% de establecimientos de salud I-3 y I-4 adecúan servicios de atención integral y diferenciada para el adolescente con participación social<br>100% de establecimientos de salud I-2 con horarios diferenciados para la atención integral del adolescente<br>100% de establecimientos de salud han adecuado sus servicios según etapas de vida |
| **FORCAP-10:** Extensión de la red de Casas de Espera Materna | 80% de municipalidades distritales implementan Casas de Espera Materna en establecimientos de salud I-3, I-4 y II-1 |
| **FORCAP-12:** Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en cada red de salud | 100% de microrredes con sistema de referencia y contrarreferencia estructurado según la norma |

**E3: Mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local**

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento contributivo o semi contributivos<br>Recursos financieros necesarios de fuente de Donaciones y Transferencias del SIS disponibles en forma oportuna |
| **FIN-2:** Venta o intercambio de servicios con otros proveedores | Implantar compra y venta de servicios entre proveedores de servicios<br>Prestadores no públicos de servicios de salud brindan servicios complementarios a los ofrecidos en la red pública de aseguramiento |
| **FIN-3: Incremento y r**eordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo basado en la mejora continua |
| **FIN-4:** Ordenamiento del gasto de inversión en UE del sector salud | Asignar el 70% de recursos de inversión de salud al Plan Multianual de Inversiones en Salud de la región<br>Incrementar en 20% la ejecución presupuestal oportuna para la extensión y fortalecimiento de la oferta fija |
| **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento en salud |

| Estrategias | Resultado inmediatos |
|---|---|
| | infantil y nutrición, salud materna y perinatal |

# Capítulo IV: Indicadores y anexos

| Objetivos estratégicos | Metas e indicadores |
|---|---|
| Reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en la Región Cajamarca | Disminuir en 5 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en la Región Cajamarca |
| Reducir la mortalidad materna en la Región Cajamarca | Reducir en 20 puntos la razón de mortalidad materna |
| Reducir la mortalidad perinatal en la Región Cajamarca | Reducir en 5 puntos la tasa de mortalidad perinatal |
| Mejorar la educación sanitaria de la población de la Región Cajamarca para la **prevención de riesgos** y la **promoción de estilos de vida** saludables | Incrementar la proporción de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud sexual y reproductiva<br>Incrementar la proporción de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud infantil |
| Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de atención primaria y hospitalaria de la Región Cajamarca | 30% de las microrredes de la Región Cajamarca cumple con estándares mínimos para la entrega del PEAS<br>50% de los servicios hospitalarios de alto volumen y de los servicios basados en el PEAS relacionados a las prioridades cumple con estándares mínimos |

## *Fichas de los indicadores de impacto*

| **Indicador: Prevalencia de desnutrición crónica** | | | |
|---|---|---|---|
| **Definición** | | Se define desnutrición crónica como la baja talla para la edad o enanismo. La talla para la edad se expresa en términos del número de desviaciones estándar (Z-score) de la media del patrón internacional utilizando NCHS/CDC/OMS. Los niños se clasificaron como desnutridos si están dos o más desviaciones estándar por debajo de la media de la población de referencia. | |
| **Forma de cálculo** | | N° de niños con Z score menor a 2 / total de menores de 5 años | |
| **Fuente y responsable de la medición** | | ENDES | |
| **Línea de base 2008-2009** | | 37.3% (ENDES, 2007) | |
| **Meta** | **2010** | 36.3% | |
| | **2011** | 35.3% | |
| | **2012** | 34.3% | |
| | **2013** | 33.3% | |
| | **2014** | 32.3% | |

| Indicador: Razón de mortalidad materna | | | |
|---|---|---|---|
| **Definición** | | Se define mortalidad materna cuando una mujer fallece durante el embarazo, parto y puerperio. Es una defunción materna si fue causada directamente por el embarazo (incluyendo aquellas defunciones que resultan del tratamiento de complicaciones) o si el embarazo agrava otra condición. No se incluyen las "defunciones accidentales o incidentales" (como accidentes de tráfico) o defunciones por otras condiciones (como la mayoría de los cánceres) que no están afectados por el embarazo. | |
| **Forma de cálculo** | | (Número de muertes maternas/ número total de nacidos vivos) x 100,000 | |
| **Fuente y responsable de la medición** | | ENDES / OGEI | |
| **Línea de base 2008-2009** | | 127 x 100,000 nacidos vivos | |
| **Meta** | **2010** | 123 | |
| | **2011** | 119 | |
| | **2012** | 115 | |
| | **2013** | 111 | |
| | **2014** | 107 | |

| Indicador: Tasa de mortalidad perinatal | | | |
|---|---|---|---|
| **Definición** | | Se define mortalidad perinatal a las defunciones que ocurren en fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocido como mortinato u óbito fetal) y a las defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida (incluye la mortalidad neonatal precoz – 0 a 7 días de nacido).<br>Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como marcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. | |
| **Forma de cálculo** | | Número de óbitos fetales y defunciones que ocurren en menores de 29 días/ Total de nacidos en un año determinado) x 1000 | |
| **Fuente y responsable de la medición** | | ENDES | |
| **Línea de base 2008-2009** | | 22 x 1,000 nacidos vivos | |
| **Meta** | **2010** | 21 | |
| | **2011** | 20 | |
| | **2012** | 19 | |
| | **2013** | 18 | |
| | **2014** | 17 | |

| Indicador: Proporción de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud sexual y reproductiva | | | |
|---|---|---|---|
| **Definición** | | Se define como proporción de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en salud sexual y reproductiva cuando los ciudadanos ltienen la capacidad de reconocer, abordar y velar por estilos de vida saludables en materia de vínculos afectivos, conocimientos sobre métodos anticonceptivos, prácticas sexuales, maternidad saludable, orientación sexual, violencia, abuso sexual y enfermedades de trasmisión sexual. | |
| **Forma de cálculo** | | N° de población con conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas en temas de salud sexual y reproductiva x 100 / N° total de población encuestada | |
| **Fuente y responsable de la medición** | | Encuestas CAP | |
| **Línea de base 2008-2009** | | Por determinar | |
| **Meta** | **2010** | Por determinar | |
| | **2011** | Por determinar | |
| | **2012** | Por determinar | |
| | **2013** | Por determinar | |
| | **2014** | Por determinar | |

| Indicador: Proporción de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en los temas de salud infantil y nutrición | | | |
|---|---|---|---|
| **Definición** | | Se define como proporción de población con conocimientos, actitudes y prácticas saludables en salud infantil y nutrición cuando se reconoce y se optan por alimentos con alto valor nutritivo para los niños. El valor de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y los adecuados métodos de ablactancia. También, cuando se conoce la importancia del uso de los servicios preventivos de salud en los primeros años de vida.<br>Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición. | |
| **Forma de cálculo** | | N° de población con conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas en temas de salud infantil y nutrición x 100 / N° total de población encuestada | |
| **Fuente y responsable de la medición** | | Encuestas CAP | |
| **Línea de base 2008-2009** | | Por determinar | |
| **Meta** | **2010** | Por determinar | |
| | **2011** | Por determinar | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **2012** | Por determinar | |
| | **2013** | Por determinar | |
| | **2014** | Por determinar | |

| **Indicador: Porcentaje de microrredes que cumple con estándares mínimos para la entrega del PEAS** | | | |
|---|---|---|---|
| **Definición** | | Se refiere a las microrredes –como conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención- que cumple con estándares mínimos con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo a la complejidad del prestador institucional Comprende estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de guías de práctica clínica. | |
| **Forma de cálculo** | | N° de microrredes que cumplen estándares mínimos para la entrega del PEAS / N de microrredes | |
| **Fuente y responsable de la medición** | | Para prestaciones maternas-neonatales: Reportes FON y auditorías en salud sexual y reproductiva. Responsable: Dirección de Servicios de Salud<br>Para prestaciones infantiles: Pendiente elaborar estándares. Responsable: Dirección de Servicios de Salud | |
| **Línea de base 2008-2009** | | Por determinar | |
| **Meta** | **2010** | Por determinar | |
| | **2011** | Por determinar | |
| | **2012** | Por determinar | |
| | **2013** | Por determinar | |
| | **2014** | Por determinar | |

| **Indicador: Porcentaje de servicios hospitalarios de alto volumen y de los servicios basados en el PEAS relacionados a las prioridades cumple con estándares mínimos** | |
|---|---|
| **Definición** | Se refiere a los servicios de alto volumen que son producidos por la red hospitalaria de la región y a los servicios relacionados a las condiciones maternas y pediátricas del PEAS que deben cumplir con estándares mínimos con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo a la complejidad del hospital. Comprende estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de guías de práctica clínica. |
| **Forma de cálculo** | N° de hospitales que cumplen estándares mínimos para la entrega del PEAS / N de hospitales |
| **Fuente y responsable de la medición** | Para prestaciones maternas-neonatales: Reportes FON y auditorías en salud sexual y reproductiva. Responsable: Dirección de Servicios de Salud<br>Para prestaciones infantiles: Pendiente elaborar estándares. Responsable: Dirección de Servicios de Salud |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Línea de base 2008-2009** | | Por determinar | |
| **Meta** | **2010** | Por determinar | |
| | **2011** | Por determinar | |
| | **2012** | Por determinar | |
| | **2013** | Por determinar | |
| | **2014** | Por determinar | |

## *Anexo 1: Resumen de resultados inmediatos al 2012 y 2014 basados en estrategias*

| Estrategias | Resultado inmediatos para la prioridad "Desnutrición infantil" | Resultado inmediatos para la prioridad "Mortalidad materna y perinatal" | Resultado inmediatos para la prioridad "Bajo nivel educativo" | Resultado inmediatos para la prioridad "Baja capacidad de respuesta" |
|---|---|---|---|---|
| **COPAR-1:** Fortalecimiento de capacidades de organización y gestión de las organizaciones comunitarias | 100% de establecimientos de salud cuenta por lo menos con un comité de salud de base comunitaria fortalecido y operativo que asume compromisos en materia de salud materno-infantil y nutrición | 100% de establecimientos de salud cuenta por lo menos con un comité de salud de base comunitaria fortalecido y operativo que asume compromisos en materia de salud sexual y reproductiva<br>40% de comunidades asignadas a los establecimientos de salud cuentan con comité de vigilancia a la salud materna-neonatal fortalecido y operativo<br>50% de distritos con mesas de concertación conformadas que priorizan la salud materna y perinatal en su plan de trabajo | 50% de organizaciones comunales rurales han sido fortalecidas en sus capacidades de organización y gestión para la educación en salud materna e infantil<br>100% de establecimientos de salud cuenta por lo menos con un comité de salud de base comunitaria fortalecido y operativo que asume compromisos en materia de salud infantil y nutrición, salud sexual y reproductiva<br>50% de organizaciones comunales rurales realizan acciones educativas con las familias en salud materno-infantil | |
| **COPAR-2:** Vigilancia social del crecimiento y desarrollo del niño desde las organizaciones comunitarias y familias | 30% de comunidades rurales asignadas a cada establecimiento de salud realizan acciones de vigilancia social del crecimiento y desarrollo del niño<br>50% de familias de las comunidades rurales del ámbito asignado participan en sesiones demostrativas<br>90% de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva en la Región Cajamarca | | | |
| **COPAR-3:** Vigilancia social de la calidad de los servicios de salud | 100% de distritos cuenta por lo menos con un comité de salud que impulsa la vigilancia de la calidad de los servicios de salud infantil<br>100% de establecimientos de salud de los distritos con comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de control a | 100% de distritos cuenta por lo menos con un comité de salud que impulsa la vigilancia de la calidad de los servicios de salud materna<br>100% de establecimientos de salud de los distritos con comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de | 100% de distritos cuenta por lo menos con un comité de salud que impulsa la vigilancia de la calidad de los servicios de salud materno-infantil<br>80% de distritos cuenta con comités de vigilancia de la calidad de los servicios de educación | 100% de distritos cuenta por lo menos con un comité de salud que impulsa la vigilancia de la calidad de los servicios de salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva<br>100% de establecimientos de salud de los distritos con |

| Estrategias | Resultado inmediatos para la prioridad "Desnutrición infantil" | Resultado inmediatos para la prioridad "Mortalidad materna y perinatal" | Resultado inmediatos para la prioridad "Bajo nivel educativo" | Resultado inmediatos para la prioridad "Baja capacidad de respuesta" |
|---|---|---|---|---|
| | la salud infantil y nutrición | control a la salud materno-neonatal | 100% de establecimientos de salud de los distritos con comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de control a los programas educativos-educacionales | comités de vigilancia de la calidad reciben acciones de control |
| **COPAR-4:** Concertación con instituciones formadoras de personal de salud para la atención integral | 100% de universidades e institutos regionales adecúan currículo para la atención integral de la salud infantil y nutrición con enfoque preventivo-promocional e intercultural<br>50% de universidades regionales realizan investigación en salud y nutrición infantil | 100% de universidades e institutos regionales adecúan currículo en cuanto a la atención integral de la salud materna con enfoque preventivo-promocional e intercultural<br>Incluir en las instituciones formadoras un equipo de observación para monitorear la decuación curricular | | |
| **COPAR-5:** Mejoramiento de la disponibilidad de alimentos a nivel comunitario | Mejorar la disponibilidad de alimentos de alto valor nutricional en zonas rurales<br>100% de distritos de Q1 y Q2 aprueban e implementan proyectos productivos para comunidades vulnerables | | | |
| **COPAR-6:** Involucramiento de los gobiernos locales en el asunto sanitario | 80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de inversión al fortalecimiento de las microrredes de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de gasto corriente al fortalecimiento de la microrred de salud de su jurisdicción | 80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de salud<br>50% de municipalidades con PIP menores relacionados a la salud materna y perinatal<br>50% de municipios que asignan presupuesto institucional de inversión al fortalecimiento de las microrredes de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de gasto corriente al fortalecimiento de la microrred de salud de su jurisdicción | 80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de salud<br>80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de educación | 80% de gobiernos locales distritales han aprobado implementar en el Plan Concertado de Desarrollo Local las prioridades de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de inversión al fortalecimiento de las microrredes de salud<br>40% de municipios que asignan presupuesto institucional de gasto corriente al fortalecimiento de la microrred de salud de su jurisdicción |

| Estrategias | Resultado inmediatos para la prioridad "Desnutrición infantil" | Resultado inmediatos para la prioridad "Mortalidad materna y perinatal" | Resultado inmediatos para la prioridad "Bajo nivel educativo" | Resultado inmediatos para la prioridad "Baja capacidad de respuesta" |
|---|---|---|---|---|
| **COPAR-7:** Implementación de Programa Educativo en Salud con las instituciones educativas y familias | 100% de las instituciones educativas cumple con estándares mínimos de salubridad<br>100% de docentes ha sido capacitado en cuidado preventivo-promocional de los niños y niñas<br>100% de instituciones educativas incluye en la currícula el eje de salud infantil y nutrición | 100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en metodología educativa para adultos<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en incidencia política a favor de la salud materna<br>80% de alumnos de los tres últimos grados del nivel secundario conocen métodos de planificación familiar y paternidad responsable | 100% de las instituciones educativas cumple con estándares mínimos de salubridad<br>100% de docentes ha sido capacitado en temas preventivo-promocionales de los niños y niñas<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en metodología educativa para adultos<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de establecimientos de salud capacitado en incidencia política a favor de la salud materno-inafntil<br>80% de alumnos de los tres últimos grados del nivel secundario conocen métodos de planificación familiar y paternidad responsable<br>50% de las carreras profesionales en salud ha rediseñado los cursos de promoción, educación para la salud y salud pública<br>50% de universidades ha implementado diplomados y especializaciones en herramientas en educación sanitaria | |
| **COPAR-8:** Fortalecimiento de la acción sanitaria con programas sociales: JUNTOS, PIN, CRECER | | | | |
| **COPAR-9:** Promoción de los derechos en salud | Promover los derechos en salud desde la mesa de concertación | Promover los derechos en salud desde la mesa de concertación | Promover los derechos en salud desde la mesa de concertación | |

| Estrategias | Resultado inmediatos para la prioridad "Desnutrición infantil" | Resultado inmediatos para la prioridad "Mortalidad materna y perinatal" | Resultado inmediatos para la prioridad "Bajo nivel educativo" | Resultado inmediatos para la prioridad "Baja capacidad de respuesta" |
|---|---|---|---|---|
| desde gobiernos locales, mesa de concertación, comités de vigilancia y otros | Población conoce sus derechos y responsabilidades en salud<br>80% de gobiernos locales ejecutan campañas masivas de promoción de los derechos en salud | Población conoce sus derechos y responsabilidades en salud<br>80% de gobiernos locales ejecutan campañas masivas de promoción de los derechos en salud | Población conoce sus derechos y responsabilidades en salud<br>80% de gobiernos locales ejecutan campañas masivas de promoción de los derechos en salud | |

| Estrategias | Resultado inmediatos DNT | Resultado inmediatos MM y MP | Resultado inmediatos BNE | Resultado inmediatos BCR |
|---|---|---|---|---|
| **FORCAP-1:** Reorganización de las redes y microrredes de salud | 100% de redes de salud con procesos de redelimitación y categorización concluidos<br>100% de redes y microrredes en los ámbitos piloto de aseguramiento bajo un nuevo modelo de gestión de servicios<br>100% de gerentes de redes y microrredes capacitado para la organización de servicios<br>100% de microrredes de salud están organizados e implementados para impulsar acciones de promoción de la salud infantil y nutrición en el marco del modelo de atención integral<br>100% de redes tienen definidos y operativos sus sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes | 100% de redes de salud con procesos de redelimitación y categorización concluidos<br>100% de redes y microrredes en los ámbitos piloto de aseguramiento bajo un nuevo modelo de gestión de servicios<br>100% de gerentes de redes y microrredes capacitado para la organización de servicios<br>100% de microrredes de salud están organizados para impulsar acciones de promoción de la salud materna y perinatal<br>100% de redes tienen definidos y operativos sus sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes | 100% de microrredes de salud aplican prácticas de gestión de la calidad para la atención familiar del niño y la mujer<br>100% de microrredes de salud están organizados e implementados para impulsar acciones de promoción de la salud materna e infantil y nutrición en el marco del modelo de atención integral | 100% de redes de salud con procesos de redelimitación y categorización concluidos<br>100% de redes y microrredes en los ámbitos piloto de aseguramiento bajo un nuevo modelo de gestión de servicios<br>100% de gerentes de redes y microrredes capacitado para la organización de servicios |
| **FORCAP-2:** Extensión de las coberturas de suplementación de micronutrientes, desparasitación intestinal y de fomento de LME | 100% de niños menores de 1 año con CRED completo<br>100% de niños de 1 año con CRED completo<br>100% de niños menores de 36 meses reciben tratamiento antiparasitario y | | | |

| Estrategias | Resultado inmediatos DNT | Resultado inmediatos MM y MP | Resultado inmediatos BNE | Resultado inmediatos BCR |
|---|---|---|---|---|
| | antianémico<br>100% de niños menores de 36 meses reciben tratamiento antiparasitario profiláctico y de recuperación<br>100% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva<br>100% de niños menores de 36 meses reciben seguimiento para medir la adherencia y efectividad de los tratamientos | | | |
| **FORCAP-3:** Estandarización de la práctica clínica y práctica preventivo-promocional | 100% de microrredes de salud aplican prácticas de gestión de la calidad orientada a la atención integral del niño con enfoque de AIEPI<br>100% de microrredes de salud implementa proyectos de mejoramiento continuo para atención infantil y nutricional<br>100% de personal de salud responsable de la atención integral capacitado en control de niño sano, seguimiento longitudinal del niño, y AIEPI comunitario y clínico | 100% de microrredes de salud aplican prácticas de gestión de la calidad orientada a la mortalidad materna<br>100% de microrredes de salud implementa proyectos de mejoramiento continuo para la atención preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas<br>100% de microrredes de salud realizan auditorías de proceso de la atención para verificar el cumplimiento de las guías de atención preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas<br>100% de personal de salud responsable de la atención integral capacitado procedimientos básicos | 100% de microrredes de salud implementa proyectos de mejoramiento continuo para mejorar la calidad de la atención familiar del niño y la mujer<br>100% de personal de salud responsable de promoción de la salud de cabeceras de microrredes capacitado en metodologías educativas para la educación en salud | 5% de microrredes de salud de la red prestadora del aseguramiento universal acreditados |
| **FORCAP-4:** Extensión de la cobertura de la oferta móvil | 100% de comunidades dispersas y excluidas reciben visitas periódicas de equipos móviles para la protección de la población vulnerable con enfoque preventivo-promocional | 100% de comunidades dispersas y excluidas reciben visitas periódicas de equipos móviles para la protección de la población vulnerable con enfoque preventivo-promocional | | 100% de comunidades dispersas y excluidas reciben visitas periódicas de equipos móviles para la protección de la población vulnerable con enfoque preventivo-promocional |
| **FORCAP-5:** Fortalecimiento de las acciones de control y | 100% de microrredes cuentan con sistema de vigilancia epidemiológica<br>100% de redes y microrredes realizan | 100% de microrredes cuentan con sistema de vigilancia epidemiológica<br>100% de redes y microrredes realizan | | 100% de microrredes cuentan con sistema de vigilancia epidemiológica |

| Estrategias | Resultado inmediatos DNT | Resultado inmediatos MM y MP | Resultado inmediatos BNE | Resultado inmediatos BCR |
|---|---|---|---|---|
| asistencia técnica a los sistemas locales de salud | acciones de supervisión-monitoreo por niveles según criterios establecidos | acciones de supervisión-monitoreo por niveles según criterios establecidos | | 100% de redes y microrredes realizan acciones de supervisión-monitoreo por niveles según criterios establecidos |
| **FORCAP-6:** Fortalecimiento de la dotación de insumos y medicamentos, equipamiento e infraestructura en establecimientos de salud | 97% de establecimientos de salud de primer nivel y hospitalarios cumplen con estándares de atención infantil y nutricional<br>100% de procesos de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, insumos y equipamiento responden a necesidades de planes de mejoramiento continuo<br>100% de cabeceras de microrredes cumplen estándares mínimos para servicios de ayuda diagnóstica e imágenes según el PEAS<br>100% de medicamentos e insumos del petitorio para prestaciones PEAS **disponibles en normostock** para el manejo de las condiciones asegurables de salud infantil | 80% de establecimientos de salud I-1, I-2 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud I-3, I-4 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud hospitalarios cumplen con estándares FON<br>100% de cabeceras de microrredes cumplen estándares mínimos para servicios de ayuda diagnóstica para las condiciones asegurables de salud sexual y reproductiva y salud infantil<br>100% de medicamentos e insumos del petitorio para prestaciones PEAS **disponibles en normostock** para el manejo de las condiciones asegurables de salud sexual y reproductiva | | 80% de establecimientos de salud I-1, I-2 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud I-3, I-4 cumplen con estándares FON<br>100% de establecimientos de salud hospitalarios cumplen con estándares FON<br>97% de establecimientos de salud de primer nivel y hospitalarios cumplen con estándares de atención infantil y nutricional<br>100% de cabeceras de microrredes cumplen estándares mínimos para servicios de ayuda diagnóstica<br>100% de medicamentos del petitorio PEAS para prestaciones disponibles para el manejo clínico integral de las condiciones asegurables de salud sexual y reproductiva y salud infantil |
| **FORCAP-7:** Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos | 50% de microrredes de salud que cuentan con recurso humano en número adecuado para su capacidad resolutiva<br>100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes **certificado** en en control de niño sano, seguimiento longitudinal del niño, y AIEPI comunitario y clínico | 50% de microrredes de salud que cuentan con recurso humano en número adecuado para su capacidad resolutiva<br>100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes **certificado** en atención prenatal reenfocada y en emergencias obstétricas y neonatales | 100% de redes de salud fortalecen las unidades de comunicación para impulsar mejores prácticas de educación en salud<br>Implementar política de incentivos al recurso humano en salud | 50% de microrredes de salud que cuentan con recurso humano en número adecuado para su capacidad resolutiva<br>100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes certificado en atención prenatal reenfocada y en emergencias obstétricas y neonatales |

| Estrategias | Resultado inmediatos DNT | Resultado inmediatos MM y MP | Resultado inmediatos BNE | Resultado inmediatos BCR |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 100% de personal de salud responsable de atención integral de cabeceras de microrredes **certificado** en en control de niño sano, seguimiento longitudinal del niño, y AIEPI comunitario y clínico |
| **FORCAP-8:** Mejoramiento de los sistemas de información | Mejora de la veracidad y oportunidad del dato estadístico en salud sexual y reproductiva<br>100% de personal responsable de atención integral capacitado en el sistema de información HIS<br>100% de microrredes de salud con sistema operativo HIS en funcionamiento | Mejora de la veracidad y oportunidad del dato estadístico en salud sexual y reproductiva<br>100% de personal responsable de atención integral capacitado en el sistema de información HIS<br>100% de microrredes de salud con sistema operativo HIS en | | Mejora de la veracidad y oportunidad del dato estadístico en salud sexual y reproductiva<br>100% de personal responsable de atención integral capacitado en el sistema de información HIS<br>100% de microrredes de salud con sistema operativo HIS en |
| **FORCAP-9:** Adecuación cultural de los servicios de salud materna y sexual y reproductiva | | 100% de establecimientos de salud de I-1 y I-2 han adecuado los servicios de salud materna para algunas de las variables de acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad<br>100% de establecimientos de salud de I-3 y I-4 han adecuado los servicios de salud materna (acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad)<br>100% de personal de salud responsable de atención integral capacitado en adecuación intercultural<br>50% de establecimientos de salud I-3 y I-4 adecúan servicios de atención integral y diferenciada para el adolescente con participación social<br>100% de establecimientos de salud I-2 con horarios diferenciados para la | | 100% de establecimientos de salud de I-1 y I-2 han adecuado los servicios de salud materna para algunas de las variables de acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad<br>100% de establecimientos de salud de I-3 y I-4 han adecuado los servicios de salud materna (acompañamiento, posición del parto, trato y privacidad)<br>100% de personal de salud responsable de atención integral capacitado en adecuación intercultural<br>100% de establecimientos de salud I-3 y I-4 adecúan servicios de atención integral y diferenciada para el adolescente con participación social<br>100% de establecimientos de salud I-2 con horarios diferenciados para |

| Estrategias | Resultado inmediatos DNT | Resultado inmediatos MM y MP | Resultado inmediatos BNE | Resultado inmediatos BCR |
|---|---|---|---|---|
| | | atención integral del adolescente | | la atención integral del adolescente<br>100% de establecimientos de salud han adecuado sus servicios según etapas de vida |
| **FORCAP-10:** Extensión de la red de Casas de Espera Materna | | 80% de municipalidades distritales implementan Casas de Espera Materna en establecimientos de salud I-3, I-4 y II-1 | | 80% de municipalidades distritales implementan Casas de Espera Materna en establecimientos de salud I-3, I-4 y II-1 |
| **FORCAP-11:** Extensión de las coberturas de captación temprana para control prenatal, batería completa de laboratorio, ecografía obstétrica y atención preconcepcional | | 90% de gestantes son captadas en el I trimestre y controladas<br>100% de gestantes reciben suplemento de hierro y ácido fólico según norma, según atendidas<br>100% de recién nacidos institucionales con APGAR mayor a 7<br>100% de gestantes con batería completa de análisis de laboratorio según atendidas | | |
| **FORCAP-12:** Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en cada red de salud | | 100% de microrredes con sistema de referencia y contrarreferencia estructurado según la norma | | 100% de microrredes con sistema de referencia y contrarreferencia estructurado según la norma |

| Estrategias | Resultado inmediatos DNT | Resultado inmediatos MM y MP | Resultado inmediatos BNE | Resultado inmediatos BCR |
|---|---|---|---|---|
| **FIN-1:** Extensión del aseguramiento universal en salud | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>Incrementar en 5% puntos porcentuales la afiliación al aseguramiento en salud de la población Q3<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento contributivo o semi contributivos | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>Incrementar en 5% puntos porcentuales la afiliación al aseguramiento en salud de la población Q3<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento contributivo o semi contributivos | 100% de afiliación al SIS en población del Q1 y Q2.<br>50% de población no pobre afiliado a un régimen de aseguramiento contributivo o semi contributivos<br>Recursos financieros necesarios de fuente de Donaciones y Transferencias del SIS |

| Estrategias | Resultado inmediatos DNT | Resultado inmediatos MM y MP | Resultado inmediatos BNE | Resultado inmediatos BCR |
|---|---|---|---|---|
| | | contributivo o semi contributivos<br>100% de partos institucionales afiliados al SIS, en relación a las atendidas | | disponibles en forma oportuna |
| **FIN-2:** Venta o intercambio de servicios con otros proveedores | Implantar compra y venta de servicios entre proveedores de servicios<br>Prestadores no públicos de servicios de salud brindan servicios complementarios a los ofrecidos en la red pública de aseguramiento | Implantar compra y venta de servicios entre proveedores de servicios<br>Prestadores no públicos de servicios de salud brindan servicios complementarios a los ofrecidos en la red pública de aseguramiento | | Implantar compra y venta de servicios entre proveedores de servicios<br>Prestadores no públicos de servicios de salud brindan servicios complementarios a los ofrecidos en la red pública de aseguramiento |
| **FIN-3: Incremento y r**eordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo basado en la mejora continua | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo basado en la mejora continua | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo para educación en salud | Incrementar al 30% la asignación presupuestal de toda fuente al gasto de capital de bajo costo basado en la mejora continua |
| **FIN-4:** Ordenamiento del gasto de inversión en UE del sector salud | Incrementar en 50% la ejecución presupuestal oportuna para la extensión y fortalecimiento de la oferta fija | Incrementar en 50% la ejecución presupuestal oportuna para la extensión y fortalecimiento de la oferta fija | | Asignar el 70% de recursos de inversión de salud al Plan Multianual de Inversiones en Salud de la región<br>Incrementar en 20% la ejecución presupuestal oportuna para la extensión y fortalecimiento de la oferta fija |
| **FIN-5:** Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento en salud infantil y nutrición | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento en salud materna y perinatal | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento para educación en salud | Incrementar la asignación presupuestal desde los gobiernos locales y otros actores para el cierre de brechas en infraestructura y equipamiento en salud infantil y nutrición, salud materna y perinatal |
| **FIN-6:** Reducción de los rechazos por prestaciones al SIS | Reducir al 0.5% las prestaciones rechazadas por el SIS | Reducir al 0.5% las prestaciones rechazadas por el SIS | | |

## *Anexo 2: Descripción y justificación de las estrategias del Plan Concertado Regional de Salud de Cajamarca*

**Estrategias de concertación, movilización social y participación comunitaria para el cuidado de la salud - COPAR**

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| **COPAR-1: Fortalecimiento de capacidades de organización y gestión de las organizaciones comunitarias** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo | La experiencia de algunos sistemas locales de salud del sur del país ha demostrado que cuando las organizaciones comunitarias asumen la problemática de la desnutrición infantil como suya se mejoran las relaciones entre las familias y los servicios de salud, orientado a mejorar las prácticas de alimentación del niño, así como mejorar la aceptabilidad por parte de la familia del seguimiento longitudinal del niño y la niña, la adherencia al tratamiento antianémico, antiparasitario, el uso de las vacunas, el uso de los servicios de CRED. Para ello las organizaciones comunitarias fueron fortalecidas en sus capacidades organizativas como aspecto clave para sostener diversas iniciativas a favor de la salud infantil.<br>En el plan concertado se ha optado ampliar la utilidad de dicha estrategia para el abordaje de la mortalidad materna y perinatal y el bajo nivel educativo de la población. |
| **COPAR-2: Vigilancia social del crecimiento y desarrollo del niño desde las organizaciones comunitarias y familias** | ✓ Desnutrición crónica | Las organizaciones comunitarias de algunas comunidades del sur del país han optado por vigilar mes a mes los avances en crecimiento y desarrollo del niño en amplias reuniones comunales con las madres cuidadoras de niños y niñas menores de 36 meses. Esto ha permitido mejorar la capacidad de las familias de cumplir con los objetivos de crecimiento de sus hijos. Dicho espacio sirve para hacer visible los riesgos de retrasos en el crecimiento del niño o la niña por razones manejables a nivel familiar y comunal. |
| **COPAR-3: Vigilancia social de la calidad de los servicios de salud** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | La estrategia de Aval Ciudadano impulsada por el sistema de salud mexicano desde la década de los 90 ha logrado mejorar sustancialmente el cumplimiento de algunos criterios de calidad por parte del sistema prestador de salud.<br>Se trata de acciones de vigilancia a cargo de ciudadanos que residen en el ámbito del establecimiento de salud que se desarrollan con alta frecuencia y basados en criterios establecidos y negociados con los responsables de los establecimientos de salud que son vigilados.<br>Dicha estrategia permitirá recuperar la confianza de los ciudadanos y promoverá incrementar el uso de los servicios preventivos de salud basados en un enfoque de derechos. |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| **COPAR-4: Concertación con instituciones formadoras de personal de salud para el cuidado integral** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal | Los países que regulan el número de facultades de la salud y establecen criterios mínimos de desempeño la calidad del profesional de la salud las competencias para ejercer la profesión son acordes a los que el sistema de salud requiere. En nuestro país, mientras se avance en adoptar dichos principios por parte del Estado, es necesario promover a nivel regional la concertación con las instituciones formadoras de profesionales de la salud –universitaria y no universitaria- para adecuar los currículos de pregrado a las necesidades del sistema de salud y basado en la problemática de mayor valor: las deficiencias relacionadas a los conocimientos y habilidades para brindar servicios de atención primaria de calidad en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva. |
| **COPAR-5: Mejoramiento de la disponibilidad de alimentos a nivel comunitario** | ✓ Desnutrición crónica | A pesar que la desnutrición infantil es uno de los signos de la pobreza y la exclusión social existen evidencias que aún en las condiciones precarias en las que se desarrollan las familias pobres se puede conservar hábitos de alimentación acordes a las necesidades básicas de los niños y niñas menores de 5 años. Por ello resulta clave mejorar la disponibilidad de alimentos de alto valor nutritivo en las comunidades rurales, ya sea los que se producen en la zona o los que son comercializados desde otros mercados.<br>En donde no existe seguridad alimentaria como el lugar de la intervención (quintil I de pobreza) se aconseja mejorar el acceso a alimentos, a través de entrega de alimentos o transferencia de dinero para optimizar la alimentación complementaria . Aunque no está demostrado, se plantea el apoyo con semillas, en los colegios o tal vez en los comedores populares para complementar el déficit alimentario, pero las estrategias de diversificación alimentaria hasta el momento no han demostrado tener efecto. |
| **COPAR-6: Involucramiento de los gobiernos locales en el asunto sanitario** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | En los últimos tiempos la sociedad peruana está reconociendo con mayor claridad que los gobiernos locales deben constituirse en los promotores del desarrollo local.<br>Recientes experiencias de algunos gobiernos distritales del sur del país han demostrado que incluir responsabilidades y asignar financiamiento a las acciones de promoción de la salud, fortalecimiento de la red prestadora, promoción de derechos en salud tiene efectos positivos en el desempeño global en la reversión de los principales problemas sanitarios.<br>Los avances en materia de descentralización de la función salud al nivel local aún son graduales y el involucramiento de los gobiernos locales aparte de dicho proceso constituye una |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| | | estrategia clave para el éxito de las intervenciones. |
| **COPAR-7: Implementación de Programa Educativo Educacional con las instituciones educativas** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo | El bajo nivel educativo sanitario es un factor condicionante de la desnutrición infantil crónica, de la mortalidad materna y perinatal. Para el caso de la desnutrición infantil, afecta la capacidad de las personas adultas cuidadoras del niño o la niña en decidir cuáles son los más apropiados cuidados que hay que proveer a un menor en el hogar y en la comunidad en la que habita.<br>El programa incluirá sesiones demostrativas en especial con alimentos espesos y medidas de higiene en las prácticas de alimentación, conservación de alimentos y prácticas de higiene y se brindará información, compartirá saberes previos a través del diálogo y la práctica demostrativa.<br>Estará dirigido a la población escolar con énfasis en los ejes temáticos de alimentación e higiene, salud sexual y reproductiva. Se ha visto que los niños, niñas y adolescentes se convierten en agentes de cambio en el medio familiar.<br>Para el caso de la muerte materna el pobre nivel de reconocimiento del riesgo es una característica crítica. El 20% de las muertes maternas ocurrió durante la gestación, y de éstas la mayoría ocurrió después de la 35va semana de gestación (último mes). En el 60.5% de los casos investigados no hubo identificación del estado de gravedad de la mujer por los familiares. El 83% reconoce que hubo demora en la búsqueda de atención en un servicio de salud. La primera demora es el reconocimiento de los riesgos. |
| **COPAR-8: Fortalecimiento de la acción sanitaria con programas sociales: JUNTOS, PIN, CRECER** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal | Las coincidencias programáticas entre el sector Salud y los programas sociales se han incrementado en los últimos años. Por lo tanto, se requiere fortalecer las relaciones entre los responsables locales de dichos programas con el sistema prestador de salud y sus responsables.<br>El fortalecimiento de la acción sanitaria conjunta permitirá incrementar la cobertura de las prestaciones de promoción y prevención de la salud y estimulará la continuidad en el uso de los servicios. |
| **COPAR-9: Promoción de los derechos en salud desde gobiernos locales, mesa de concertación, comités de vigilancia y otros** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | La población debe estar informada de las ventajas que actualmente brindan los establecimientos de salud, tanto en materia de prestaciones financiadas por el SIS como las regulares de los programas de salud pública. Los avances en materia de financiamiento han permitido mejores condiciones en garantía de los derechos en salud en sus componentes de derecho a la atención, a la información y a la |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| | | participación.<br>La promoción de los derechos en salud desde los gobiernos locales y otros actores permitirá mejores esquemas de vigilancia del cumplimiento de dichos derechos y en generar condiciones para garantizar mejor accesibilidad, disponibilidad, calidad en la atención. |

**Estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud - FORCAP**

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| **FORCAP-1: Reorganización de las redes y microrredes de salud** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Los avances en materia de descentralización en salud exigen que haya cambios en la manera cómo se organizan los entes administrativos y de prestación en el nivel local. Una de las principale causas de la baja capacidad de respuesta del sistema prestador es la atomización de los establecimientos de salud, que afecta principalmente el manejo administrativo, la asignación de recursos críticos y la diferenciación de sus servicios básicos.<br>La reorganización de las redes traerá beneficios en materia de asistencia técnica y control a los establecimientos de salud para cumplir estándares mínimos de prestación. La reorganización de microrredes redundaría en la configuración de sistemas locales de prestación con la capacidad para brindar un conjunto de prestaciones entre ellas de manera complementaria y mejorar la asignación de los siempre escasos recursos al sector. |
| **FORCAP-2: Extensión de las coberturas de suplementación de micronutrientes, desparasitación intestinal y de fomento de LME** | ✓ Desnutrición crónica | Un estudio reciente en la India muestra que la leche fortificada con zinc y hierro, reduce el tiempo de enfermedad grave en 17%, la incidencia de diarrea en 18% y la incidencia en enfermedad respiratoria baja en 26%, disminuyendo así el riesgo de desnutrición.<br>De otro lado, fomentar prácticas de lactancia materna a través del asesoramiento individual y grupal, promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuar hasta los 2 años en conjunto con la alimentación complementaria. También se debe poner especial atención a la mejora de las prácticas de alimentación complementaria, que incluye sesiones demostrativas, en especial con alimentos espesos y medidas de higiene en la preparación y conservación de alimentos. En zonas con elevada incidencia de parasitosis intestinal, la desparasitación disminuye entre un 5 a 10% la anemia.<br>Todos estos son servicios clave que deben alcanzar coberturas universales en una comunidad. Esta estrategia pretende enfocarse en la protección de factores de riesgo de la desnutrición infantil desde los servicios de salud. |
| **FORCAP-3: Estandarización de la práctica clínica y práctica preventivo-promocional** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los | Uno de los principales factores relacionados a los servicios de salud que determinan la problemática sanitaria es la variabilidad de la práctica clínica y la práctica peventivo-promocional. En la actualidad, se está demostrado que los servicios de salud deben estar basados en la mejor evidencia clínica |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| | servicios de salud | disponible, lo que significa que los profesionales de la salud tienen el gran reto de poner a disposición de la sociedad sus conocimientos, habilidades y actitudes de manera estandarizada.<br>Esta estrategia está orientada a modificar las competencias del personal de salud para las prestaciones más frecuentes haciéndolas lo menos variable posible, lo cual redundaría en una mejor calidad en la atención de la salud. |
| **FORCAP-4: Extensión de la cobertura de la oferta móvil** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | La región Cajamarca tiene una importante proporción de comunidades que están a más de 3 horas de un establecimiento de salud, lo cual dificulta el acceso de dicha población a los servicios básicos de salud. La estrategia ELITES luego AISPED que se ha impulsado desde los años 90 ha demostrado su efectividad en mejorar el acceso a los servicios. Sin embargo, su cobertura resulta aún limitada por el número de equipos para la totalidad de rutas existentes.<br>Esta estrategia busca reforzar el número de equipos como la frecuencia de las visitas a las comunidades aisladas y excluidas de la región. |
| **FORCAP-5: Fortalecimiento de las acciones de control y asistencia técnica a los sistemas locales de salud** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Las redes y microrredes de salud, en un escenario de reorganización, tienen el propósito de mejorar el alineamiento organizacional de los establecimientos de salud para aspectos críticos como: estandarización del manejo clínico y preventivo-promocional de los servicios más frecuentes, extensión de los servicios de ayuda diagnóstica, mejora de la dotación de insumos, medicamentos y equipamiento básico, mejora en la calidad del dato estadístico, mejora en la continuidad de la atención y la extensión de la cobertura de servicios clave individuales. Todo ello no será posible sino se mejora la capacidad de cada sistema local en brindar asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación (control) al conjunto de establecimientos de salud. Ello supone la generación de condiciones presupuestales para que dichas acciones sean locales. |
| **FORCAP-6: Fortalecimiento de la dotación de insumos y medicamentos, equipamiento e infraestructura en establecimientos de salud** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Un factor importante para incrementar el acceso a los servicios de salud es mejorar la oferta de servicios, no solo en número de establecimientos, sino en infraestructura y equipamiento de acuerdo a la categoría de cada uno de ellos. La brecha existente entre los servicios disponibles y los que se requieren exigen proyectos por cada microrred para mejorar la oferta actual.<br>Esta estrategia está dirigida a la mejor gestión de los medicamentos e insumos para utilizar de mejor manera los recursos económicos existentes. La producción que tienen los establecimientos de la región por el Seguro |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| | | Integral de Salud les permitiría cubrir este tipo de necesidades. Por lo tanto, se requiere de la mejora de los procesos de programación, adquisición, almacenamiento y dispensación de insumos y medicamentos como también se requiere la dotación de equipamiento de bajo costo y de infraestructura con fuentes de recursos de inversión como de gacto corriente para bienes de capital. |
| **FORCAP-7: Ampliación de la contratación y retención de recursos humanos** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Como se ha demostrado en la caracterización del problema para la prioridad "Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud", la Región Cajamarca tiene la menor densidad de profesionales de la salud en el país. Dicha probelmática se agrava considerando que la distribución no se realiza de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud. Por lo tanto, concentrarse en la ampliación de nuevas plazas de profesionales y en el desarrollo de políticas de retención del recurso humano tanto en las zonas urbanas como rurales de la región resulta siendo una estrategia central en el plan concertado. |
| **FORCAP-8: Mejoramiento de los sistemas de información** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | La oportunidad, pertinencia, veracidad y suficiencia del dato estadístico se ven afectadas por múltiples factores. Mientras el sistema de información regional no sea capaz de proveer datos estadísticos de calidad no será posible mejoras sustantivas en la asignación de recursos financieros para cambios en otras estrategias críticas como la ampliación de las plazas de profesionales, la extensión de las coberturas de servicios clave, el financiamiento con recursos extraordinarios, entre otros.<br>Esta estrategia pretende mejorar la calidad del dato estadístico desde el punto de captura del dato, por lo tanto son acciones locales que deberían ser soportadas por la red y la autoridad sanitaria regional. |
| **FORCAP-9: Adecuación cultural de los servicios de salud materna y sexual y reproductiva** | ✓ Mortalidad materna y perinatal | Sólo el 15% de las muertes maternas ocurridas durante el 2006-2008 fue en comunidades a más de 3 horas de distancia, lo cual refleja que existe un gran problema intercultural, pues las gestantes acuden al control prenatal, pero deciden atenderse el parto en domicilio.<br>Se debe mejorar el proceso de atención de los pacientes, tanto en tiempo, como en trato, ya que es una queja usual el maltrato. La adecuación cultural es una estrategia para que los servicios sean mejor aceptados por los ciudadanos que valoran otros elementos según sus preferencias y expectativas culturales. Esto implica un cambio de la cultura institucional, es decir de la forma de entrega del servicio, que contemple los saberes y pensares de la gente. Un ejemplo de ello son las experiencias en la |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| | | región de adecuación cultural del parto, que ha servido para incrementar la demanda de atención del mismo. |
| **FORCAP-10: Extensión de la red de Casas de Espera Materna** | ✓ Mortalidad materna y perinatal | Conociendo que durante los años 20067-2008 el 80% de las mujeres falleció durante el parto y el puerperio inmediato y que del total de muertes maternas presentadas durante el parto, cerca del 70% ocurrió entre las 8:00 p.m. y las 7:00 a.m., es decir en horario nocturno, es preciso extender la experiencia que ha demostrado efectividad en los sistemas locales del sur del país. A pesar que la Región Cajamarca cuenta con 12 casas de espera, la estrategia pretende extender la red a las zonas de mayor dispersión y riesgo. |
| **FORCAP-11: Extensión de las coberturas de captación temprana para control prenatal, batería completa de laboratorio, ecografía obstétrica y atención preconcepcional** | ✓ Mortalidad materna y perinatal | Los actuales contenidos de la atención materna durante el embarazo, parto y puerperio se han ampliado. Sin embargo, la capacidad del sistema para brindar dichas prestaciones aún es precaria, que se traduce en bajas coberturas de servicios clave como captación temprana para el control prenatal, análisis de hemoglobina y hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, examen completo de orina, glicemia, RPR y VIH, examen ecográfico. Dichos servicios permiten identificar el riesgo clínico tempranamente. Esta problemática condiciona que más del 50% de las fallecidas durante el 2006-2008 tuvo por lo menos cuatro controles prenatales en un establecimiento público del Gobierno Regional de Cajamarca; sin embargo, el 88% tuvo algún contacto con los servicios de salud y recibió entre 1 y 11 controles prenatales; es decir que el 88% de las fallecidas fue conocida por los servicios de salud. Es decir, la calidad y la suficiencia de las prestaciones del control prenatal son bajas.<br>De otro lado, conociendo que durante los años 2006-2008 el 45% de las muertes maternas tenía antecedentes obstétricos entre 2 a 4 gestaciones y el 35% más de cinco, lo cual es superior al ideal reproductivo de la mujer cajamarquina, es preciso concentrarse en mejorar las coberturas de atención preconcepcional de protección en aras de disminuir la tasa global de fecundidad ya que la multiparidad es un factor de riesgo para la muerte materna. |
| **FORCAP-12: Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en cada red de salud** | ✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | La muerte materna es básicamente por causas prevenibles, como la hemorragia (45%), seguido por la hipertensión inducida por el embarazo (30%) y la infección (20%) y que en el año 2009, el 87% de las muertes maternas fue evitable y dependió de los servicios de salud (personal de salud no identificó riesgos, identifica riesgos y tiene manejo inadecuado de los riesgos, o no |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Descripción de la estrategia y justificación |
|---|---|---|
| | | está presente en el momento de la complicación, la referencia y contrarrefrencia de la gestante en riesgo clínico es inadecuada: no hay seguimiento, las pacientes llegan solas a los hospitales o es derivada sin la compañía del personal de salud. Es evidente que la capacidad de respuesta del sistema local de salud es marginal y se requiere de la complementariedad de los servicios en el sistema hospitalario. Esta estrategia pretende mejorar la capacicad de los sistemas locales de salud para la evacuación oportuna de las gestantes en riesgo al sistema hospitalario de la región. Para ello se requiere de la dotación de ambulancias, equipos de comunicación, contratación de choferes, diseño de rutas y escenarios de evacuación, manejo de claves que hagan de la referencia un acto seguro y oportuno. |

## Estrategias de mejoramiento del financiamiento a nivel regional y local- FIN

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Detallado y justificación |
|---|---|---|
| **FIN-1: Extensión del aseguramiento universal en salud** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | A pesar que en la última década la cobertura poblacional a esquemas de aseguramiento en salud se ha elevado significativamente pasando de 24,4% en 1994 a 52% en el 2008, fundamentalmente por la mayor afiliación por parte del seguro público, ya sea a través del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil a fines de los noventas o al Seguro Integral de Salud (SIS) a partir del 2002, a la fecha, el SIS cubre las necesidades de salud de un 29% de la población; mientras que la Seguridad Social protege financieramente a un 19% de la población.<br>Esta realidad supone no sólo concentrarse en extender la cobertura de afiliados que pertenecen al Q1 y Q2, sobretodo de la población adulta, sino también a ciudadanos de bajos ingresos que pertenecen régimen semi subsidiado del SIS y a semi-contributivo de EsSalud.<br>La estrategia pretende además extender la cobertura de beneficios en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en correspondencia a lo establecido por la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. |
| **FIN-2: Venta o intercambio de servicios con otros proveedores** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | La extensión del aseguramiento universal exige en el corto plazo del diseño de mecanismos para el intercambio de prestaciones entre los servicios adscritos al Gobierno Regional, Essalud; FF.AA. PNP, privados, sobretodo para prestaciones de bajo volumen que por razones presupuestales es imposible o costoso generar duplicidades. Para ello es preciso diseñar los mecanismos de pago de las mismas y un fondo para cubrir eventos catastróficos, tomando en consideración la experiencia del FISSAL. |
| **FIN-3: Incremento y reordenamiento del gasto de capital a partir del gasto corriente por toda fuente** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | El flujo de recursos financieros se ha incrementado sustantivamente al sistema prestador de salud a partir de la extensión del financiamiento de la demanda que propone el Seguro Integral de Salud. Sin embargo, dichos recursos aún están siendo asignados al gasto corriente para cubrir plazas de recursos humanos, a la compra de medicamentos e insumos y a gasto variable de distintos usos. El gasto de capital representa alrededor del 1,5% a nivel nacional. El gasto de capital por la fuente de Recursos Ordinario es baja, a pesar que en el año 2009 se ha incrementado por recursos adicionales que han sido sustentados por decreto supremo. |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Detallado y justificación |
|---|---|---|
| | | Esta estrategia pretende incrementar y reordenar el gasto de capital por toda fuente estableciendo parámetros claros de asignación, estableciendo nuevos criterios para los procedimientos de programación y asignación presupuestal en el pliego regional. |
| **FIN-4: Ordenamiento del gasto de inversión en UE del sector salud** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | Esta estrategia pretende ordenar los criterios de asignación del gasto de inversión basados en el análisis de las brechas de infraestructura y equipamiento requeridas para la provisión de los servicios garantizados en el PEAS, tomando como base la capacidad de resolución de todas las instituciones participantes en el sistema de aseguramiento (Gobierno Regional, EsSalud, FFAA, PNP, privados).<br>El análisis se realizará tomando en cuenta la capacidad resolutiva de todos los niveles de complejidad (puestos, centros de salud, hospitales) que conforman el flujo de referencia y contra referencia de pacientes. En este diagnóstico, también se tomarán en cuenta los elementos para fortalecer la respuesta rápida a emergencias (ambulancias, equipos de comunicaciones).<br>A partir de dichos instrumentos se formulará un Plan Multianual de Inversiones que defina los planes anuales por unidades ejecutoras. El PMI está dirigido a cubrir el déficit en equipamiento e infraestructura para la prestación adecuada del PEAS. La programación de la inversión deberá ser concertada con el Gobierno Regional y gobiernos locales, así como con EsSalud para evitar duplicidad en los gastos de capital y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos.<br>Eso supone reconocer la importancia de la gradualidad de la implementación de las garantías explícitas del PEAS, debiéndose priorizar de inicio la implementación de aquellas garantías vinculadas a las condiciones maternas infantiles contempladas en el Presupuesto por Resultados (52 condiciones). |
| **FIN-5: Financiamiento desde recursos extraordinarios del pliego** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal<br>✓ Bajo nivel educativo<br>✓ Baja capacidad de respuesta de los servicios de salud | El gasto de inversión como el gasto corriente para algunos aspectos críticos (financiamiento de los planes operativos institucionales) requiere de nuevas fuentes de recursos. Una de ellas podría ser los recursos extraordinarios a los que siempre se accede desde el pliego.<br>Para ello se requiere del consenso y claridad de los responsables de la asignación y negociación de nuevas flujos de recursos. |
| **FIN-6: Reducción de los rechazos por prestaciones al SIS** | ✓ Desnutrición crónica<br>✓ Mortalidad materna y perinatal | La pérdida económica originada por los servicios de salud brindados por el sistema prestador y que son rechazados por el Seguro Integral de Salud afecta la capacidad del sistema |

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Detallado y justificación |
|---|---|---|
| | | para cerrar las brechas existentes en materia de equipamiento de bajo costo, disponibilidad de insumos y medicamentos.<br>Esta estrategia pretende reducir sistemática y deliberadamente los rechazos por factores controlables por el prestador, como errores en el proceso de afiliación, mal llenado de las fichas de atención o afiliación, planes tratamientos que no corresponden al diagnóstico, temporalidad de la atención y el cobro. |

## Estrategias de extensión de la cobertura de servicios de agua y saneamiento básico - COBSAB

| Estrategias | Aplicación de la estrategia | Detallado y justificación |
|---|---|---|
| **COBSAB-1: Mejoramiento de la cobertura y calidad de agua y saneamiento** | ✓ Desnutrición crónica | Existen varias evidencias de que mejorar el acceso a agua segura y saneamiento básico favorece la reducción de la incidencia de la diarrea. La efectividad varía entre 22% y 27%, lo que implica una reducción en el riesgo de desnutrición.<br>Esta estrategia está orientada a extender la cobertura de los servicios de agua y saneamiento en las zonas rurales, ya que la ENDES 2000 y 2007 demuestran que, no obstante, en dicho periodo se ha incrementado la proporción de hogares con acceso a agua segura –de 63,2% para el año 2000 a 86,2% a junio del 2007- aún se aprecia serias inequidades en la población general y oculta la verdadera evolución para los hogares rurales. En materia de la proporción de hogares con saneamiento básico a nivel regional también ha habido avances significativos. De 70,5% en el año 2000 se ha incrementado a 81% a junio de 2007-incremento de 10,5 puntos porcentuales-, al parecer por los avances en las áreas rurales, ya que la proporción de hogares rurales con saneamiento básico ha variado favorablemente en 12,3 puntos porcentuales (de 64% en el año 2000 a 76,3% a junio 2007). Sin embargo, la proporción de hogares rurales es menor que la alcanzada a nivel regional (86,2% a junio 2007, ENDES 2007). Dichos avances revelan que en el periodo 2000-2007 se ha profundizado la disparidad entre los mayores avances en el acceso de los hogares cajamarquinos a servicios de agua y de saneamiento básico y una menor variación de la prevalencia de la desnutrición infantil. |
| **COBSAB-2: Implementación de programas de sensibilización en temas de agua potable y saneamiento con participación de autoridades, dirigentes comunales y docentes** | ✓ Desnutrición crónica | La extensión de la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento básico debe ir acompañada de un programa de capacitación dirigido a la población para optimizar el tratamiento, la desinfección y el manejo adecuado de agua segura en las localidades.<br>Este programa incorpora la capacitación de operadores de planta, líderes comunales y juntas administradoras en el tratamiento de agua. |
| **COBSAB-3: Vigilancia de la calidad del agua** | ✓ Desnutrición crónica | Otra estrategia complementaria es la vigilancia de la calidad del agua, ya que aún se mantiene niveles poco seguros de potabilidad del agua tanto para zonas urbanas como rurales. Dicha situación podría agravar la prevalencia de diarreas en la infancia y no permitiría avanzar en la reducción de la morbilidad de dichos daños |

| | | |
|---|---|---|
| | | que resultan desnutridores. |

# ANEXO 3

# PROYECTOS DE INVERSION

## PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA VIABLES SIN FINANCIAMIENTO
## CAJAMARCA

### PROYECTOS A CARGO DEL GOB. REGIONAL

| Nº | COD. SNIP | FECHA DE VIAB. | NOMBRE DEL PROYECTO | DPTO. | MONTO DE VIAB. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **43621** | 16/07/2007 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS MATERNO, NEONATALES E INFANTILES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ARAQUEDA, ALGAMARCA Y HUACADAY DE LA MICRO RED DE ALGAMARCA RED CAJABAMBA - DIRESA CAJAMARCA | CAJAMARCA | 1,291,922 |
| 2 | **45082** | 29/03/2007 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO MATERNO INFANTIL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL PUESTO DE SALUD CHETILLA; DE LA MICRORRED PACHACUTEC, RED CAJAMARCA- DISA CAJAMARCA | CAJAMARCA | 288,115 |
| 3 | **31880** | 20/09/2006 | MEJORAMIENTO, AMPLIACION, EQUIPAMIENTO CENTRO MEDICO MUNICIPAL MANUEL NORIEGA VALERA - CAJAMARCA, PROVINCIA DE CAJAMARCA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 737,087 |
| 4 | **42276** | 27/12/2006 | "MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: PS CANDÉN, PS YAGÉN Y PS MUSADÉN DEL DISTRITO DE CORTEGANA DE LA MICRORED CORTEGANA - PROVINCIA DE CELENDÍN - RED III CELENDÍN - DISA CAJA | CAJAMARCA | 1,768,126 |
| 5 | **44845** | 21/03/2007 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: C.S. CORTEGANA, P.S. ANDAMACHAY Y P.S. VILLANUEVA DEL DISTRITO DE CORTEGANA, PROVINCIA DE CELENDÍN, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA | CAJAMARCA | 1,940,693 |
| 6 | **45125** | 28/02/2007 | "MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA E INCREMENTO DEL ACCESO A LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: OXAMARCA Y PIÓ BAMBA EN EL DISTRITO DE OXAMARCA, DE LA PROVINCIA DE CELENDÍN EN LA MICRO | CAJAMARCA | 566,336 |
| 7 | **45688** | 19/04/2007 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTIL DE LOS PUESTOS DE SALUD NUEVO ORIENTE, SALOMÓN VÍLCHEZ MURGA, CACHACARA, LUZPAMPA Y LA JAYUA DE LA MICRORED CUTERVO | CAJAMARCA | 1,827,697 |
| 8 | **47855** | 22/06/2007 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA E INCREMENTO DEL ACCESO A LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: PUENTE TECHIN, MOSHOQUEQUE, SANTA ROSA DE CALLAYUC Y CHURAS, DE LA MICRORRED CHIPLE | CAJAMARCA | 1,336,932 |
| 9 | **43147** | 12/01/2007 | MEJORAR EL ACCESO DE LA POBLACIÓN MATERNO INFANTIL MAS POBRE A ADECUADOS SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVO PROMOCIONALES Y RECUPERATIVOS EN EL PUESTO DE SALUD MALAT DE LA MICRORRED JOSÉ SABOGAL, RED SAN MARCOS, DISTRITO JOSÉ SABOGAL, DEPARTAMENTO DE CAJA | CAJAMARCA | 566,851 |
| 10 | **14552** | 29/12/2008 | AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN INFRAESTRUCTURA CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE LOURDES | CAJAMARCA | 903,820 |
| 11 | **49566** | 03/06/2008 | MEJORA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL AREA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA | CAJAMARCA | 257,039 |
| 12 | **66316** | 14/05/2008 | MEJORA DE LA VIGILANCIA Y CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES DE LA SDRS CAJAMARCA, DIRESA CAJAMARCA. | CAJAMARCA | 234,602 |
| 13 | **28065** | 29/02/2008 | CONSTRUCCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL DE SALUD PÚBLICA DE CAJAMARCA | CAJAMARCA | 2,529,511 |

## PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA VIABLES SIN FINANCIAMIENTO
## CAJAMARCA

### PROYECTOS A CARGO DE GOBIERNOS LOCALES

| Nº | COD. SNIP | FECHA DE VIAB. | NOMBRE DEL PROYECTO | DPTO. | MONTO DE VIAB. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **26954** | 27/12/2005 | CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL PUESTO DE SALUD LA TULPUNA MICRO RED MAGNA VALLEJO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 367,320 |
| 2 | **54308** | 12/10/2007 | AMPLIACION DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL PUESTO DE SALUD HUARANGUILLO, DISTRITO DE SAN JOSE DE LOURDES - SAN IGNACIO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 478,701 |
| 3 | **65726** | 26/11/2007 | CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO PUESTO DE SALUD TAMBILLO - DISTRITO POMAHUACA - JAEN - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 296,229 |
| 4 | **41094** | 18/12/2006 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD CENTRO POBLADO CACHACARA, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 97,797 |
| 5 | **41068** | 14/12/2006 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD CASERIO CARAMARCA CHICO, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 36,201 |
| 6 | **41540** | 18/12/2006 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD CASERIO LA JAYUA, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 37,500 |
| 7 | **41089** | 19/12/2006 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD CASERIO LUZ PAMPA, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 38,245 |
| 8 | **43950** | 18/12/2006 | FORTALECIMIENTO PROGRAMAS DE APOYO NUTRICIONAL CUTERVO, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 546,518 |
| 9 | **41248** | 18/12/2006 | MEJORAMIENTO PUESTO DE SALUD CENTRO POBLADO MAMABAMBA, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 42,500 |
| 10 | **41251** | 18/12/2006 | MEJORAMIENTO PUESTO DE SALUD CASERIO CONDAY, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 10,997 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | **41498** | 18/12/2006 | MEJORAMIENTO PUESTO DE SALUD LOCALIDAD DE LANCHE, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 54,760 |
| 12 | **63064** | 13/11/2007 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL CENTRO DE SALUD POMAHUACA - JAEN - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 1,022,939 |
| 13 | **100966** | 09/10/2008 | AMPLIACION DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD CHIRINOS, DISTRITO DE CHIRINOS - SAN IGNACIO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 714,861 |
| 14 | **85254** | 26/05/2008 | AMPLIACION DE LA INFRAESTRUCTURA PARA EL PUESTO DE SALUD DEL CENTRO POBLADO ROSARIO DE CHINGAMA, DISTRITO DE BELLAVISTA - JAEN - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 122,709 |
| 15 | **100168** | 16/12/2008 | AMPLIACION DEL PUESTO DE SALUD EN EL CENTRO POBALDO SAN ANTONIO, DISTRITO DE BAMBAMARCA, PROVINCIA DE HUALGAYOC - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 240,179 |
| 16 | **89377** | 28/06/2008 | AMPLIACION Y EQUIPAMIENTO DEL PUESTO DE SALUD NARANJO YACU, DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA - CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 355,292 |
| 17 | **92217** | 25/07/2008 | AMPLIACION Y EQUIPAMIENTO DEL PUESTO DE SALUD PLAYA HERMOSA, DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA - CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 355,292 |
| 18 | **101514** | 23/10/2008 | CONSTRUCCION CASA MATERNO INFANTIL CAMAIN CASERIO DE LUCMAPAMPA , DISTRITO DE JESUS - CAJAMARCA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 172,499 |
| 19 | **92416** | 12/08/2008 | CONSTRUCCION DE BOTIQUIN COMUNAL-CASERIO MORA GRANDE- DISTRITO DE SAN IGNACIO, PROVINCIA DE SAN IGNACIO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 71,682 |
| 20 | **95602** | 25/09/2008 | CONSTRUCCION DE CAMAL MUNICIPAL- C.P PANCHIA- DISTRITO DE TABACONAS, PROVINCIA DE SAN IGNACIO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 35,312 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 21 | **100348** | 16/12/2008 | CONSTRUCCION DE PUESTO DE SALUD EN EL CASERIO LA HUAYLLA C.P. LA HUALANGA, DISTRITO DE BAMBAMARCA, PROVINCIA DE HUALGAYOC - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 148,006 |
| 22 | **103653** | 03/11/2008 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD EL PAGO, DISTRITO DE CUJILLO - CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 300,000 |
| 23 | **89064** | 26/06/2008 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD PAN DE AZUCAR, DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA - CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 355,292 |
| 24 | **103608** | 03/11/2008 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD YUNCHACO, DISTRITO DE CUJILLO - CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 300,000 |
| 25 | **89203** | 27/06/2008 | CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL PUESTO DE SALUD CHAUPECRUZ, DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA - CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 355,292 |
| 26 | **86093** | 23/07/2008 | FORTALECIMIENTO INTEGRAL DE CAPACIDADES PARA MINIMIZAR LOS INDICADORES DE VULNERABILIDAD DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS DE 42 CASERIOS DEL, DISTRITO DE ENCANADA - CAJAMARCA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 9,997,446 |
| 27 | **84866** | 20/05/2008 | FORTALECIMIENTO Y PROMOCION DE LA SALUD NUTRICIONAL EN EL, DISTRITO DE ENCANADA - CAJAMARCA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 874,522 |
| 28 | **71194** | 23/05/2008 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS DEL PUESTO DE SALUD CAMPAMENTO, DISTRITO DE QUEROCOTO - CHOTA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 205,380 |
| 29 | **104681** | 13/11/2008 | MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL CENTRO DE SALUD DE CHADIN, DISTRITO DE CHADIN, PROVINCIA DE CHOTA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 431,557 |
| 30 | **104695** | 14/11/2008 | MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTO TOMAS, DISTRITO DE SANTO TOMAS, PROVINCIA DE CUTERVO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 555,115 |
| 31 | **88536** | 21/08/2008 | MEJORAMIENTO DEL PUESTO DE SALUD DE CHABARBAMBA, DISTRITO DE HUAMBOS - CHOTA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 71,815 |
| 32 | **103475** | 10/12/2008 | MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD MAGLLANAL - DISTRITO DE JAEN, PROVINCIA DE JAEN - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 1,179,895 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 33 | **100123** | 16/12/2008 | RECONSTRUCCION DEL PUESTO DE SALUD EN EL CENTRO POBLADO DE PUSOC, DISTRITO DE BAMBAMARCA, PROVINCIA DE HUALGAYOC - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 148,001 |
| 34 | **93506** | 07/08/2008 | RECONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL PUESTO DE SALUD EN EL C.P SAN PEDRO DE PERICO - CHIRINOS, DISTRITO DE CHIRINOS - SAN IGNACIO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 473,873 |
| 35 | **57695** | 02/08/2007 | CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD LA CHAPA, DISTRITO DE CATACHE - SANTA CRUZ - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 89,196 |
| 36 | **8434** | 31/07/2006 | FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 743,626 |
| 37 | **65968** | 23/10/2007 | FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL CP CUMBICO , DISTRITO DE MAGDALENA - CAJAMARCA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 480,284 |
| 38 | **63146** | 23/10/2007 | AMPLIACION, MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS DEL LOCAL MATERNO INFANTIL MAGDALENA, DISTRITO DE MAGDALENA - CAJAMARCA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | 164,822 |

## PROYECTOS PAR SALUD

### ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIORIZADOS PARA INVERSION EN INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

| Nro. | ESTABLECIMIENTOS DE SALUD | CATEGORIA | FON | PRESUPUESTO INFRAESTRUCTURA | PRESUPUESTO EQUIPAMIENTO | PRESUPUESTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | C.S. JOSE SABOGAL | I-3 | FONB | 2,703,218.00 | 344,172.00 | 3,047,390.00 |
| 2 | C.S. LLUCHUBAMBA | I-2 | FONB | 2,602,664.00 | 370,899.00 | 2,973,563.00 |
| 3 | C.S. MIGUEL IGLESIAS | I-3 | FONB | 3,103,676.00 | 352,665.00 | 3,456,341.00 |
| 4 | C.S. SAN IGNACIO | I-4 | FONB | | | 693,908.00 |
| 5 | C.S. SAN JOSE DE LOURDES | I-4 | FONB | 2,975,859.00 | 337,718.00 | 3,313,577.00 |
| 6 | C.S. SAN MARCOS | I-4 | | | | 1,174,424.00 |
| 7 | C.S SAN MIGUEL | I-4 | FONB | | | 911,158.00 |
| 8 | C.S. SAN PABLO | I-4 | FONB | 3,375,826.00 | 1,122,147.00 | 4,497,973.00 |
| 9 | C.S. SANTA CRUZ | I-4 | FONB | 2,165,955.00 | 1,115,379.00 | 3,281,334.00 |
| 10 | C.S. TACABAMBA | I-4 | FONB | 2,544,693.00 | 1,111,919.00 | 3,656,612.00 |
| 11 | C.S. CAJABAMBA | I-4 | FONB | | | 1,099,580.00 |
| 12 | C.S CHILETE | I-4 | | | | 883,330.00 |
| 13 | HOSPITAL DE CHOTA | II-1 | FONE | | | 1,169,655.00 |
| 14 | HOSPITAL SAN JAVIER DE BELLAVISTA | II-1 | FONB | | | 848,161.00 |
| 15 | HOSPITAL BAMBAMARCA | I-4 | FONB | 957,638.00 | 1,055,989.00 | 2,013,627.00 |
| 16 | HOSPITAL GENERAL DE JAEN | II-1 | FONE | 7,593,602.00 | 1,492,432.00 | 9,086,034.00 |
| 17 | HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO | I-4 | FONB | 1,503,630.00 | 1,014,052.00 | 2,517,682.00 |
| 18 | C.S SIMON BOLIVAR | I-2 | FONB | 3,115,548.00 | 374,379.00 | 3,489,927.00 |
| **TOTAL** | | | | **32,642,309.00** | **8,691,751.00** | **41,334,060.00** |