

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL GERENCIA REGIONAL DE SALUD

PRESENTACIÓN

La Gerencia Regional de Salud como órgano de Línea del Gobierno Regional Arequipa, debe velar por la salud de todos los Arequipeños; de acuerdo a lo que especifica el mandato de la Constitución Política del Estado, la Ley de Descentralización, la Ley de Regionalización, la Ordenanza Regional 010 Arequipa y las demandas de los ciudadanos y ciudadanas de nuestra Región; requiere que la administración de sus recursos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y financieros para la atención de sus principales problemas de salud.

Por lo tanto estas intervenciones necesariamente tiene que ser planificadas, con políticas claras, objetivos definidos, resultados establecidos, estrategias y acciones que permitan lograr en el corto, mediano y largo plazo las metas propuestas.

Es necesario recoger y concertar el conjunto de acciones de salud de todas las dependencias que conforman la Gerencia Regional de Salud, para orientar nuestros objetivos, las estrategias y acciones de manera coordinada, las mismas que están plasmadas en el presente documento.

Por lo cual, se debe señalar que como Gerencia Regional de Salud, se están abordando los diferentes compromisos establecidos con la sociedad y población, con el enfoque de Descentralización y Modernización, a través de la implementación de las políticas y estrategias nacionales y regionales, plasmadas en los diferentes documentos de gestión. Así expresados en los Objetivos estratégicos del Gobierno Regional en su eje estratégico N° 1 referido a la “Prestación de Servicios de educación, salud y servicios básicos, luchando contra la pobreza y mejorando la calidad de vida el mismo que se encuentra íntimamente articulado con los Objetivos estratégicos N° 2 Mejora e incremento de servicios de salud e instalación de agua y desagüe a las viviendas de las zonas urbano marginales y rurales; de la misma forma el eje estratégico N° 3 “ Fortalecimiento de la Institucionalidad, la ciencia y la tecnología para la producción” esta articulado con el objetivo estratégico N° 8 “ Gestión Institucional con procedimientos y servicios eficientes, eficaces y de calidad” todo ello dirigido a promover el mejoramiento del desempeño institucional.

I. ROL ESTRATEGICO

La Gerencia Regional de Salud ejerce su jurisdicción como autoridad de Salud, en el ámbito de la Región Arequipa y sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud o cuyas actividades afecten directa o indirectamente a la salud de la población en su jurisdicción en el marco de las normas vigentes, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de todos los habitantes de la Región.

Por otro lado, los objetivos de Desarrollo del Milenio sintetizan las metas cuantitativas y los objetivos del monitoreo del desarrollo humano que deben ser alcanzados en el período 1990 - 2015, y constituyen programas acordados por todos los países y principales instituciones del mundo dedicadas al desarrollo, es decir un conjunto de objetivos sencillos pero de gran envergadura que cualquier persona, puede comprender y apoyar sin dificultad. Desde su aprobación, los objetivos han impulsado los esfuerzos sin precedentes por responder a las necesidades de los más pobres del mundo.

Asimismo, el Acuerdo Nacional incluye 30 Políticas de Estado, con un horizonte de 20 años. Varias de las políticas están inspiradas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente en sus 8 objetivos principales, 18 metas y 48 indicadores, de las cuales corresponde la atención de la Gerencia Regional de Salud lo siguiente:

□ La 13ª Política de Estado, Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, tiene como compromiso, asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables.

Promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

□ La 15ª Política de Estado, Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición, señala, el establecimiento de una política de seguridad alimentaria que permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral.

Con el objeto de, poder orientar el quehacer y las acciones de salud en el período 2009-20112, se han establecido Lineamientos de Política Sectorial Regional para el periodo, 2006 al 2012, Metas Regionales al 2025, la encuesta Regional de necesidades en salud, el Plan Concertado Regional en Salud y el Plan Estratégico Institucional Gobierno Regional Arequipa 2008 - 2010, los mismos que constituyen el marco orientador de las intervenciones de salud a nivel Regional.

II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

2.1.- ASPECTOS GENERALES.

2.1.1.- ANALISIS DE LOS CONDICIONANTES DE VIDA SOCIODEMOGRAFICOS:

La Región Arequipa está ubicada al suroeste del Perú y encaramada sobre un repecho o cuesta en la Cordillera de los Andes.

La diversidad de climas de la Región permite un desarrollo agropecuario variado dependiendo de los pisos ecológicos en que se desarrollan, teniendo producción

de arroz, cebolla, olivo, algodón, frutales, frijoles y ganado vacuno en las zonas por debajo de los 1000 msnm, ajo, papa, orégano, habas, maíz, alfalfa en las zonas que van desde los 2000 y 3200 msnm, y productos como papa maíz, kiwicha, quinua, cebada en las zonas que van desde los 3200 msnm a más, y su importante la producción de camélidos sudamericanos en las zonas altas de la región. (ANEXO N° 1).

2.1.2.- CARACTERIZACION DE LA POBLACION AREQUIPA 2008

La Región Arequipa, cuenta con una Población de 1`225 792 habitantes al 2009 (Población estimada por Estadística e Informática) presentando una tasa de crecimiento ínter censal de 3.1 y que de acuerdo al censo del 2005 el crecimiento poblacional es de 2% (Fuente INEI: Tasa de Crecimiento Ínter censal por departamentos y Censo 2005).

En la región Arequipa el 52 % de la población es dependiente respecto de la población económicamente activa. La tasa de natalidad es de 18.73 por mil Habitantes. Y son casi homogéneos en todas sus provincias.

Arequipa, tiene una extensión territorial de 63,345.93 Km² lo que representa el 4.93 % del territorio nacional.

La densidad se encuentra por debajo del promedio nacional con 18 Habitantes por Km².

La densidad poblacional de la región es de 18 habitantes por Km. 2, siendo la provincia de Arequipa la mas concentrada, con 82 Habitantes por Km 2 , le sigue la Provincia de Islay con 15 Habitantes por Km² y Camana con 12 Habitantes por Km² y la provincia con menos concentración poblacional es Caraveli con 2 Habitantes por Km².

La provincia de Arequipa, concentra el 75 % de toda la población regional, siendo la provincia de la Unión la que tiene la menor proporción de población 1.69 % , el resto de provincias presentan entre el 2 y 5 % respectivamente, sin embargo se debe señalar que en los últimos años la provincia de Camana e Islay han crecido mas rápidamente que el resto de provincias

2.1.3.- ESTRUCTURA POBLACIONAL

La pirámide claramente señala una concentración importante de población joven, el promedio de edad es de 22 años y el mayor volumen de población se encuentra entre 20 a 24 años. La edad mas productiva (15 a 29 años) representa el 29.03 % del total, muy cerca al grupo el menor de 15 años representa el 26.79 % del total. Por lo tanto debe ser considerado un grupo sensible al trabajo y/o al desempleo y sus relaciones determinaran el grado de desarrollo para el resto de la población.

En términos generales, la pirámide poblacional muestra un angostamiento de la base, producto de la disminución de la natalidad; ensanchamiento de los peldaños siguientes, resultado de la disminución de la mortalidad y mayor sobrevivencia de los niños, y un ensanchamiento del vértice que tiene correlato con una menor mortalidad general y mayor volumen de población adulta mayor. **(Anexo 2)**

2.2.- PRINCIPALES PROBLEMAS SANITARIOS, DEL SISTEMA Y DETERMINANTES DE SALUD.

2.2.1 PRINCIPALES DAÑOS DE LA SALUD.

INDICADORES SANITARIOS

INDICADOR	Tasa Bruta Mortalidad x 1000 hab	Tasa Global fecundidad hijosx mujer	Población Urbana %	Esperanza de Vida al Nacer		
				TOTAL mujeres	hombres	
Promedio Nacional	6.2	2.6	71.9	69.8	67.3	72.4
Arequipa Región	6.0	2.1	87.0	75.1	77.0	73.4
P. Arequipa	6.32	2.1	87	73.1	70.6	75.8
Camaná	7.70		18	72	69	71
Caraveli	8.85	2.3	15	70	69	71
Islay	3.88	2.1	40	70	69	71
Caylloma *	9.10	4.6	10	59.1	57.0	61.3
Castilla *	9.16	4.6	10	59.1	57.0	5.6
Condesuyos *	9.39	4.6	10	59.1	57.0	5.6
La Unión *	9.25	3.3	10	59.1	75.0	5.6

***Provincias consideradas de riesgo**

Los Indicadores Sanitarios a nivel Regional están dentro de los promedios nacionales pero a nivel de las provincias alto andinas estas cifras están por encima de los promedios nacionales en especial la provincia de la Unión lo que demuestra que las generalidades esconden las especificidades.

En los últimos 30 años se ha registrado un significativo descenso de la mortalidad en nuestra región, de 9.7 muertes por cada 1000 habitantes en 1970 se redujo a 8.4 en 2000 y al 2006 es de 6 por mil hbts, con una mortalidad preferentemente masculina.

La esperanza de vida en el año 2006 se ha estimado en 77 años para las mujeres y 73.4 para los hombres. Las enfermedades crónico-degenerativas han cobrado cada vez mayor importancia. Para el 2005, los tumores y las enfermedades del corazón concentraron el 40 % de las muertes ocurridas en la región. Por otro lado, las muertes violentas también representan un grave problema, son responsables del 12.57 % donde los accidentes de tránsito y el suicidio cobran ya importancia en el sur del país.

En Arequipa, y en particular en la zona urbana se observan claras muestras de un rezago epidemiológico, la incidencia de enfermedad diarreica aguda es de 352.49 por mil menores de cinco años y de 805 por mil en menores de 36 meses, existencia injustificada de muertes por enfermedades que son prevenibles. Tal es el caso de las enfermedades por infecciones respiratorias agudas (IRAs) y diarreicas agudas (EDAs), que representan la primera causa de la mortalidad en niños. Otras enfermedades que están muy relacionadas con la pobreza, con ambientes poco favorables y con falta de acceso a servicios de salud preventivos y curativos, son las infecciones respiratorias agudas (IRAs). Las tasas de mortalidad más altas por este tipo de enfermedades se presentaron en las zonas alto andinas de la región.

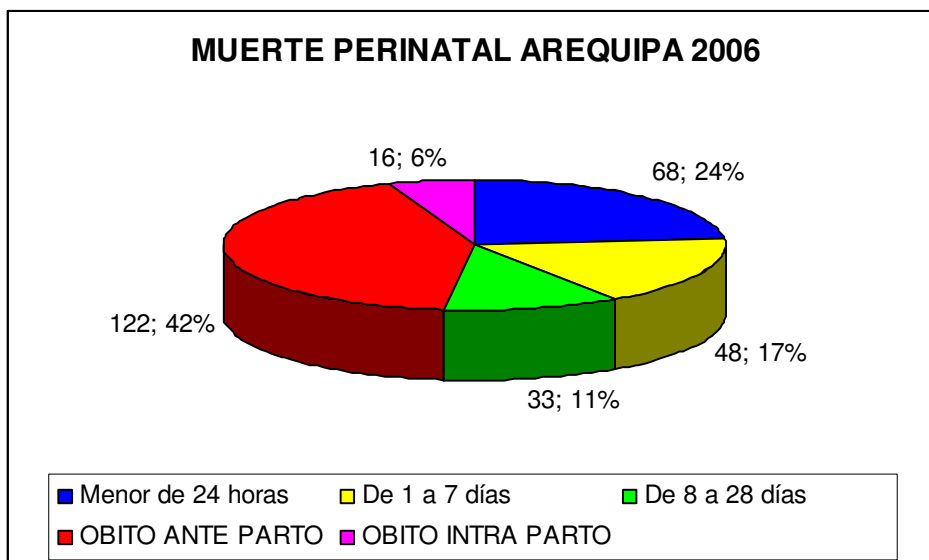
MORTALIDAD MATERNA.

La Mortalidad Materna representa una injusticia social y una discriminación de género, considerando que se presenta en forma más dramática en países de menor desarrollo económico como el nuestro, afectando a las mujeres más pobres, de menor nivel educativo y principalmente en la zona urbano marginal y rural. A nivel del departamento de Arequipa durante el año 2003 se tuvo 16 muertes maternas (TMM 118.08 x 100,000 N.V.), en año 2004 se han registrado 14 muertes maternas (TMM 96.9 x 100,000 N.V.), en el año 2005 hubo 10 muertes maternas (TMM 66.1 x 100,000 N.V.), en el año 2006 ocurrieron 23 muertes (TMM 156.6 x 100,000 N.V.) en el 2007 22 Muertes (TMM 147.9 x 100,000 N.V.) en el 2008 21 Muertes Maternas (TMM 135.5 x 100,000 N.V.) siendo preocupante el incremento de la mortalidad materna en Arequipa. (ANEXO N° 2)

La mortalidad perinatal, en el año 2003 se registraron 378 defunciones perinatales (TMP 27.9 x 1,000 N.V.) en el año 2004 fue de casos (TMP 20.8 x 1,000 N.V.), en el año 2005 hubo 312 muertes perinatales (TMP 20.6 x 1,000 N.V.) el año 2006 hubo 287 muertes perinatales (TMP 19.04 x 1,000 N.V.)

La lucha contra la mortalidad materna y la mortalidad perinatal refleja el ineludible compromiso de la Gerencia Regional de Salud, de sus autoridades y el personal de salud a fin de que aunando esfuerzos se pueda mejorar la situación sanitaria que afecta a las mujeres y niños del país.

La tasa global de mortalidad perinatal fue 19.04 por mil nacimientos



Fuente: Epidemiología / pmp

MORTALIDAD INFANTIL.

La mortalidad infantil se encuentra en 24 por cada mil nacidos vivos para el periodo 2000-2005 (ENDES 2004-5) en progresiva reducción. La tendencia de reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad en menores de 5 años es alentadora porque será posible alcanzar la meta prevista en los Objetivos del Milenio para el año 2015 (reducir en dos tercios la tasa de mortalidad vigente). Sin embargo, los datos también muestran que sigue existiendo una gran inequidad que debe ser contrarrestada ya que las poblaciones rurales y el quintil más pobre tienen tasas de mortalidad infantil y de la niñez 4 ó 5 veces más altas que la población urbana y el quintil más rico respectivamente.

El principal componente de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal y para el mismo periodo se ha reportado que la tasa se encuentra en 18.9 por 1000 nacidos vivos.

Estos datos señalan la necesidad de focalizar las intervenciones de salud infantil en las poblaciones más rurales y excluidas de la Región.

INDICADORES DE MORBILIDAD

Enf. Prevenibles * por PAI		Tuberculosis *		SIDA *		Bajo peso al nacer	Desnutrición >5 años % **			Violencia contra mujer **
Tos Ferina Tasa x 100,000	Hepatitis B Tasa x 100,000	Todas las formas Tasa de Morbilidad	Pulmonar BK + Tasa incidencia	Casos	tasas x 1 millón	** %	global %	Aguda %	crónica	Por parte del esposo
PERU Promedio Nacional										
2.8	4.4	145.3	82.3	739	28.0	5.9	7.1	0.9	25.4	41.2
Arequipa Promedio Regional										
1.1	0.3	122.4	66.3	5	4.6	5.9	4.0	0.3	12.3	48.8

Los Indicadores de Morbilidad reflejan las enfermedades mas importantes y prevalentes de la Zona

DESNUTRICIÓN.

DESNUTRICION CRONICA

A nivel Regional el indicador talla para la edad que diagnostica la desnutrición crónica oscila en el periodo 2004 – 2008 entre 23.6 % a 8.07 %. Con un promedio regional de 12.3% Estos resultados se pueden atribuir a que la mayor densidad poblacional se encuentra en la zona urbana y a un efecto migratorio de la zona rural a la urbana; aparentemente estos resultados enmascara la realidad de la población de las zonas rurales – alto andinas.

Según el cuadro se puede observar a nivel de provincias que la Unión tiene los porcentajes mas altos de desnutrición crónica en el periodo del 2004 al 2008 que oscila entre 37.7 y 44.5 %. Los cuales se mantienen estáticos en el tiempo y que lo podemos atribuir a la falta de un trabajo conjunto y coordinado de todo los sectores y que se suma a esto los factores tales como educación de la mujer, el cuidado y la

atención de salud de la niña y niño, alcoholismo, accesibilidad geográfica, disponibilidad de alimentos.

Visualizándose una situación similar en las provincias de Caylloma y Condesuyos que presentan porcentajes de 25.8 % - 24.6 % y 22.3 % - 20.0 % respectivamente, se observa una disminución en los porcentajes de desnutrición debido a que las condiciones del cuidado y la atención de salud de la niña y niño, accesibilidad geográfica, disponibilidad de alimento han mejorado. (Anexo N° 3)

DESNUTRICION AGUDA

A nivel Regional el indicador peso para la talla que diagnostica la desnutrición aguda oscila en el periodo 2004 – 2008 entre 1.6 % a 2.1 %. Estos resultados se pueden atribuir básicamente al periodo de la inicio de la alimentación complementaria con alimentos de baja densidad energética y al tratamiento inadecuado en los periodos de enfermedades infecciosas (edas – iras).

En la zona rural de la Región Arequipa los porcentajes de desnutrición aguda han incrementado de 1.5 % desde el 2004 hasta un 4.6 % en el 2008, se esta disminuyendo el tiempo des lactancia materna exclusiva, inicio temprano de la alimentación complementaria y uso de alimentos inadecuados para la edad (consistencia, calidad, cantidad, frecuencia). (Anexo N° 4)

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

ENFERMEDAD DE CHAGAS Y METAXENICAS.

LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN AREQUIPA

El área endémica de Chagas en el Perú, se evidencia de la siguiente manera:

- 1 Zona Norte y Oriente (Cajamarca, Amazonas, San Martín y Ucayali) :
Panstrongylus, Rhodnius, Triatoma dimidiata, Triatoma carrioni.
- 2 Zona Sur Occidental (Arequipa, Moquegua, Tacna, Ica, Apurimac y Ayacucho): *Triatoma infestans*

Para el año 2006 el Triatoma infestans se encuentra disperso en 7 de las 8 provincias de Arequipa y el fenómeno de la Urbanización del mismo es notorio en Arequipa metropolitana.

La población en riesgo por vivir en áreas con viviendas infestadas con triatomos, es de 525,697 habitantes que representa el 46.13% de la población regional, (1,139,599 habitantes). (Anexo N° 5)

Son 56 de 109 (51.36%) los distritos del departamento con presencia de triatomos. La provincia mas afectada es Arequipa con 25 distritos con viviendas infestadas y alta densidad poblacional; el mayor número de distritos son urbanos. Condesuyos tiene algunas localidades pequeñas con triatomos en 7 de sus 8 distritos, no sumando más de 600 las viviendas comprometidas.

VIH/SIDA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública,, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como consecuencia de la presencia de una ITS la incidencia en el 2007 fue de 2.9% y en el 2008 de 3.45% esta en incremento.

La epidemia del SIDA afecta Arequipa desde 1987, y hasta Julio 2007 se han reportado 834 casos notificados de VIH. Actualmente el SIDA afecta mayoritariamente a hombres y mujeres jóvenes de estratos socioeconómicos medios y bajos que adquirieron la infección a través de relaciones sexuales, habiéndose incrementado la transmisión heterosexual. Las estadísticas señalan también que la vía más frecuente de transmisión del VIH entre los casos de SIDA reportados fue la vía sexual con un 96% de los casos. Debemos resaltar que el 1% es de transmisión sanguínea del VIH.

La prevalencia de la infección por VIH está incrementando de 0.08 en el 2004 a 0.13 en el 2008 con una tasa de incidencia que va en crecimiento de 9.73 en el 2006 a 10.82 por cien mil habitantes en el 2008, considerada en trabajadoras sexuales sin control sanitario, y en entre hombres que tienen sexo con otros hombres con múltiples parejas; situación que resulta más urgente en nuestra Ciudad que albergar a la tercera parte de la población de Arequipa.

El 85.5% de todos los casos de SIDA notificados en 20 años de epidemia pertenecen a la Provincia de Arequipa y el 14.5% al resto del Departamento. Las Provincias de la Costa son los más afectados

TUBERCULOSIS.

En los últimos 15 años en la lucha contra la tuberculosis en la Región Arequipa se ha registrado una tendencia decreciente tanto en las tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad, así específicamente veremos en el cuadro siguiente:

Existe una disminución del 27.7 % en el número de casos en comparación al año 2001 que se registraron 1,071 casos, de mantenerse esta tendencia podemos asegurar para año 2010 poder cumplir la meta de disminuir en un 20 % la tasa de morbilidad en la Región Arequipa, cobertura de diagnóstico superior al 70 % de la incidencia estimada de casos bacilíferos, Una eficacia Terapéutica del 99 % y una eficiencia del tratamiento de 95.3 % que se tiene en la actualidad.

De todos los casos de tuberculosis 88.8 % corresponden a los nunca tratados (pacientes nuevos) y 11.2 % a los anteriormente tratados (Recaídas, abandonos, fracasos) al haber aumentado la cobertura de detección y diagnóstico, el tratamiento se mantiene en un 96.8 % de eficiencia.

Se observa una disminución en el número de casos fallecidos de 46 en el año 2001 a 28 en el 2006, nos hace ver que el diagnóstico tardío está disminuyendo probablemente.

Existe una incidencia en el 2008 de 39.2 x 100 000 (Anexo N° 6)

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

. Desde el año 1999 se inicia la introducción de nuevas vacunas en forma progresiva, con el propósito de ofrecer un calendario de vacunaciones, que nos protege de 11 enfermedades prevenibles por vacuna y son BCG y HVB al Recién Nacido, Pentavalente (DPT-HVB+HIB) Antipolio, Triple Viral (Sarampión, paperas y rubéola) y Antiamarilica, para los niños menores de 2 años. Para las mujeres en edad fértil Difteria y Antitetánica del Adulto, finalmente Sarampión y Rubéola para Adolescentes.

Arequipa ha logrado alcanzar coberturas útiles por encima del 95% en la zona metropolitana y en un 90% de distritos.

Señalamos que la institucionalización de las inmunizaciones y su empoderamiento en la población son una oportunidad para la sostenibilidad y la aplicabilidad de la ley de Vacunas debe favorecer la priorización de presupuesto que garantice el desarrollo de estas estrategias de salud .

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.

Las enfermedades crónicas y degenerativas que fueron identificadas como las más importantes, en la mayoría de fuentes de información, fueron las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, hipertensión arterial

En Arequipa las **enfermedades cardiovasculares** son la 4ª causa de muerte y en la población asegurada significan la segunda causa de mortalidad en el año 2007. El impacto de este grupo de enfermedades no sólo reside en el número de muertes que genera sino que es una de las principales veinte causas de morbilidad y causas importantes de discapacidad y hospitalización.

Los factores de riesgo de esta enfermedad son la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo. En información proporcionada por ENDES y el CENAN para el grupo de mujeres en edad fértil, la prevalencia de la obesidad se ha incrementado de 9.4% en el año 1996 a 17.8% en el año 2007.

La **hipertensión arterial** (HTA) afecta más a personas de la Costa (27.3%) que en la Sierra (18.8%), y afecta más a los hombres (13.4%) que a las mujeres (10.3%) y el 35% de la población de la tercera edad sufre esta enfermedad. Durante el año 2002 la mortalidad por HTA fue de 16.62 por 1000 habitantes y se constituyó en la 5ª causa de consulta externa en la población adulta que acude a los establecimientos de Salud de la GERSA (5.5% de las atenciones) y la primera causa de consulta en las atenciones de EsSALUD (9.9) con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

La **Diabetes Mellitus** produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas. En el Perú se estima que la prevalencia de diabetes está alrededor de 1 al 8% de la población general,. Se sabe que en la actualidad esta enfermedad afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. En relación a la mortalidad, la diabetes generó una tasa de mortalidad bruta para el 2007, de 11.5 x 1000 habitantes.

ENFERMEDADES MENTALES.

Dentro de los lineamientos de acción para la salud mental en nuestro medio se considera tres problemas prevalentes que afectan y menoscaban la salud mental de la población peruana, para este caso en la Región Arequipa.

En primer lugar se sustenta un fenómeno psicosocial llamado Violencia Intrafamiliar, patologías como son los trastornos depresivos y enfermedades de

contexto social como el uso y abuso de alcohol con una prevalencia de 983 por cien mil y consumo de sustancias psicotrópicas.

Asimismo podemos manifestar sobre los trastornos depresivos viene hacer una de las patologías mas frecuentes en el sector de la población mas pobre y que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar laboral y social de quienes la sufren.

Generalmente se presenta en todos los grupos etéreos presentándose con mayor incidencia en los jóvenes adolescentes y mujeres.

Por ultimo se manifiesta el tercer problema mas prevalente en el consumo de alcohol que viene a constituir una enfermedad crónica caracterizada por el impulso de ingerir alcohol en el grado tal que implica daño, perjuicio tanto en la salud física, mental y en la adaptación familiar y ocupacional.

Según la Encuesta Regional de Salud realizada el 2006 se reporta que en la zona rural y se determina que el problema principal de la población es la población de la zonas de la sierra (Cotahuasi), asimismo podemos manifestar que en el estudio de investigación realizado con 3038 alumnos en 114 aulas se diagnostica que en la población estudiantil el alcohol y el tabaco constituyen las drogas mas consumidas por los escolares con un 64%.

ACCIDENTES Y LESIONES.

En la mayoría de las fuentes de prioridades de salud consultadas se han identificado que los daños más importantes en este grupo son los accidentes de tránsito, lesiones intencionales por violencia

Arequipa es considerado como una de las Regiones con alta tasa de mortalidad por **accidentes de tránsito**. El año 2007 se ha registrado una tasa de 7.2 de muertes por esta causa por diez mil habitantes. Esta causa representa el 1.59% de todas las muertes y es la 20va causa de mortalidad regional.

Por lugar de ocurrencia, las pistas y carreteras del departamento fueron escenarios de los accidentes ocurridos.

VIOLENCIA FAMILIAR.

Se define como la acción u omisión que afecta la dignidad y los derechos de cualquier miembro del ámbito familiar y especialmente la mujer. La comprensión de este fenómeno social como un problema de salud se relaciona con el Plano Genoestructural o de las reglas básicas de la sociedad

La violencia familiar se genera por la cultura del ejercicio del poder en la sociedad. Este poder se consolida mediante el uso de la violencia, la aceptación del machismo y el patriarcado. Ello trae la desigualdad de género que se manifiesta en la salud, educación alimentación, trabajo. Además la precaria situación

socioeconómica del país que produce incertidumbre, falta de seguridad y confianza se constituye en escenario favorable para el ejercicio de la violencia familiar Plano de las Acumulaciones sociales o Fenoestructura.

- Los más débiles (mujeres, niños, ancianos) son los más vulnerables.
- La dependencia económica y emocional y la subordinación femenina.
- Familias con formas inadecuadas para la resolución de conflictos.
- Comunicación y relaciones interpersonales inapropiadas.
- Varones y mujeres con carencias de oportunidades laborales y de desarrollo personal, estrés y frustraciones.
- Celos e infidelidad.
- Tabúes y mitos educacionales en sexualidad.
- Intromisión familiar ya que se vive en familias ampliadas por falta de independencia económica.
- Asignación inadecuada de roles.
- Información, educación y comunicación en derechos humanos, autoestima escasa.

Plano de los Hechos o Fenoproducción

- Alta frecuencia de violencia psicológica, física y sexual a mujeres, niños, niñas, adolescentes mujeres. Entre 50 – 70% de mujeres con pareja lo sufren, 2 de 3.
- En lo biológico: Lesiones, fracturas, hematomas, embarazos no deseados, abortos, violación sexual, homicidios, suicidios, autodeterminación en el uso de método anticonceptivos.
- En lo psicológico y social: Ansiedad, depresión, alcoholismo, drogadicción, farmacodependencias, desintegración familiar, bajo rendimiento escolar, desertión y drogadicción.

CÁNCER.

A mediados de la década de los ochenta el cáncer era responsable de entre 8 y 9 por ciento del total de muertes; a medida que han transcurrido los años esta proporción ha ido en aumento, hasta llegar a 19.7% en el año 2007 .

El cáncer en Arequipa es la primera causa de mortalidad y va en aumento sostenido,.

En Lima se ha registrado una tasa de 32.3 casos de **cáncer de mama** por cien mil mujeres (1994-1997), en Trujillo 30 por cien mil (1991-1995) y en Arequipa 35.8 por cien mil mayor que el nivel nacional. El INEN recibe cada año cerca de 1,000 pacientes con cáncer de mama. La presentación en estadios avanzados todavía es frecuente en nuestro medio (estadios III y IV representan el 48.3% mientras que

estadios I y II equivalen al 50.8% y solamente el 0.83% de todos los casos son Carcinoma in situ).

La neoplasia maligna más prevenible y curable en todo el mundo es el **cáncer de cuello uterino**, sin embargo en nuestro país este cáncer ocupa el primer lugar de incidencia entre las neoplasias malignas.

Entre las neoplasias más frecuentes en hombres tenemos: el cáncer de próstata 28.8%, seguido del cáncer de estómago 24.2% y pulmón 17.0%; en las mujeres tenemos: Cáncer de mama 32.3%, cáncer de cervix 23.5% y cáncer de estómago 17.6%.

Entre las causas más frecuentes de mortalidad por cáncer en hombres tenemos: Cáncer de Estómago 18.9%, Cáncer de próstata 16.5%, cáncer de pulmón 14.4%; en mujeres tenemos: cáncer de mama 13.2%, cáncer de estómago 13.1% y el cáncer de cuello uterino 10.9%.

Todas las variedades de cáncer de piel se relacionan con una sobre exposición a los rayos solares, especialmente a la radiación ultra violeta (UV). En general, estos tipos de cáncer son más frecuentes en poblaciones de piel blanca y con alta fotosensibilidad. El melanoma es muy letal porque hace metástasis muy rápidamente.

2.2.2.- INDICADORES SOCIALES AREQUIPA.

Los indicadores sociales se relacionan con los determinantes de la salud y muestran con mucha claridad, las grandes diferencias entre grupos de población y las inequidades que se expresan en las brechas sociales a resolver. (Anexo N° 7)

Existe Concentración de centros escolares en las zonas Urbanas en detrimento de las zonas Rurales sobre todo del nivel secundario y superior

SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS.

En la actualidad, del total de la Región Arequipa, 842,139 (74%) cuentan con servicio de agua de consumo humano con sistema convencional; captación, Planta de tratamiento y/bombeo, reservorio, redes de distribución y conexiones domiciliarias, distribuidos en: zona urbana; 85%, zona peri urbana; 7% y un 8% en la zona rural.

Existe un 26 % aprox. de la población de la Región que no cuenta con un sistema convencional de agua potable. De acuerdo al monitoreo de Cloro Residual ejecutado por los responsables de Salud Ambiental en los últimos 3 años (al III trim 2005), se tiene los siguientes resultados:

ZONA URBANA

En la zona urbana de la Región Arequipa, el 93% (en promedio) cuenta con agua segura: Cloro Residual => 0.5 ppm, cuyos servicio de dotación de agua potable está a cargo de la EPS SEDAPAR y en otros casos por los Municipios y Juntas Administradoras de Agua Potable (JAAS).

ZONA PERI URBANA

Un 68% (en promedio) cuenta con agua segura: Cloro Residual => 0.5 ppm, cuyos servicio de dotación de agua potable está a cargo de la EPS SEDAPAR y en otros casos por los Municipios y Juntas Administradoras de Agua Potable (JAAS)

ZONA RURAL

Un 41% (en promedio) cuenta con agua segura: Cloro Residual => 0.5 ppm, cuyos servicio de dotación de agua potable está a cargo de Municipios y Juntas Administradoras de Agua Potable (JAASS si bien es cierto el porcentaje es bajo, pero la tendencia es a mejorar. (Anexo N° 8)

SITUACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES.

El indicador de esperanza de vida al nacer, en Arequipa es de es 72,2 años de edad, este indicador se construye a partir de otros indicadores como mortalidad infantil, la desnutrición, centros de salud y camas por habitantes, médicos por habitantes; lo cual nos da una visión más amplia de los aspectos relacionados a calidad de vida a partir del acceso a la salud.

MORTALIDAD INFANTIL DE MENORES DE UN AÑO POR MIL NACIDOS VIVOS:	33.6
DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS:	12.3 %
DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN ESCOLARES :	15.0
CAMAS POR 10,000 HABITANTES :	22.7%
TASA DE MÉDICOS POR 10,000 HABITANTES :	5.70
NUMERO DE CENTROS DE SALUD POR 10,000 HABITANTES :	1.75

LA POBREZA.

En cuanto a la pobreza, se ha comparado los departamentos de la llamada Macrorregión sur según la medición por Línea de pobreza sobre la tasa del gasto de consumo.

Se aprecia en tal sentido, que Puno y arequipa son los departamento con mayor cantidad de pobres; mientras que Moquegua y Madre de Dios son los que tienen menor población pobre. Estos puestos se han mantenido del 2001 al 2002, aunque las cifras a su interior si se modificaron. En Arequipa ha disminuido el total de la población pobre, las cifras absolutas nos dicen que hay 50 mil pobres menos. Este departamento si ha tenido este avance favorable, y lamentablemente no habido similitud en los departamentos vecinos.

ASPECTOS ECONÓMICOS:

La PEA a nivel regional está conformada por poco más de 326,000 personas, de las cuales el 49% tienen entre 25 y 44 años de edad, y el 23,6% entre 14 y 24 años; lo que nos muestra que la PEA es extendidamente conformada por jóvenes y adultos jóvenes. Del total de la PEA, el 86,7% está ocupada, mientras que el 13,2% esta desocupada. La Población No Activa Económicamente en la región alcanza el 48%, mientras que la tasa de dependencia

El 43,3% de la PEA ocupada, está en una situación de subempleo, y el 51,1% no tiene un empleo adecuado. 43,3% de la PEA ocupada gana sueldos inferiores a los S/. 600 n.s..

El Ingreso per cápita a nivel regional es de S/. 331.33 n.s., ligeramente inferior al promedio nacional que es de S/. 352.93 n.s.²⁶ Pero la marginalidad en la situación laboral peruana, toma un nuevo matiz ante la óptica del PNUD, que considerada como capital humano a los trabajadores subempleados por calificación

ESTILOS DE VIDA

Los problemas más comunes de salud se relacionan con los hábitos personales como: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el sedentarismo.

El consumo de tabaco en Escolares, en un estudio realizado por CEDRO se encontró que 55,9% de escolares en Lima (61,9% de varones y 50,9 de mujeres) ha fumado alguna vez en la vida. El consumo de alcohol es bastante alto, en Arequipa sobre todo en la zona alto andina 7 de cada 10 alumnos han consumido algún tipo de bebida alcohólica.

En el Perú se muestra que más de la tercera parte (38,2%) de la población practica deportes o ejercicios al menos una vez a la semana y esta proporción fue mayor en los hombres (44,5%) que entre las mujeres (32,4%).

2.3.- OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.

En Arequipa la oferta de servicios de Salud esta enmarcada en los siguientes términos:

PERCEPCIONES Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD.

El personal de salud identifica como problemas generales en Arequipa los siguientes:

En *primer lugar*, los económicos, como el desempleo, que incluye a los profesionales de salud, grupo social donde es creciente el subempleo y desocupación.

En *segundo lugar*, los problemas sociales urbanos como son la contaminación ambiental, el insuficiente saneamiento básico en sectores populares, el crecimiento urbano no planificado, la migración y hacinamiento, caos en el transporte público; aumento de la violencia urbana, delincuencia, prostitución y drogadicción.

En *tercer lugar*, los problemas relacionados a las políticas gubernamentales y el carácter del Estado. Esto último se asociaría a la desmoralización entre los trabajadores del sector salud, falta de identidad y de solidaridad con la sociedad y a la falta de “incentivos para trabajar”, que implica el mejoramiento de los sueldos del sector público.

En relación a los problemas de salud, se identifican:

En *primer lugar* a la morbilidad, persisten enfermedades por contaminación del agua, de alimentos, al contagio estacional de infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas; se percibe aumento de la tuberculosis pulmonar. También inquieta la presencia del SIDA, de las enfermedades de transmisión sexual y las caries dentales. Esta morbilidad está relacionada a la desnutrición infantil, al no cuidado de la salud por parte de la población. Es creciente la preocupación por las enfermedades crónico-degenerativas, las emergencias traumáticas por accidentes de tránsito, el estrés y depresión.

En *segundo* está la organización y políticas del sector salud, el bajo presupuesto que se expresaría en la infraestructura inadecuada o deteriorada, deficiente equipamiento de los servicios de salud. Lo anterior conduciría a la inaccesibilidad de los servicios de salud y limitada cobertura a ciertos sectores sociales. El personal de salud no está distribuido adecuadamente en zonas alejadas; el Seguro Integral de Salud - SIS, no ha llegado a todos los sectores necesitados.



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

Hay duplicación de acciones en algunos programas de salud, deficiente calidad y congestión en la atención, pérdida de tiempo en el llenado de formatos inútiles. No funciona realmente la red hospitalaria, no está organizada la capacidad de resolución para una atención por niveles.

En un *tercer* grupo, están las condiciones de trabajo del personal de salud, destacando la falta de empleo para los profesionales de salud, la existencia de regímenes laborales diferentes e inequitativos. No hay una política de promoción de los recursos humanos. Existe autoreconocimiento de la insuficiente capacitación del personal, el cual tampoco tendría en general motivaciones para el desempeño de su trabajo, no conocen los lineamientos de política del sector.

También se expresa en la distribución del presupuesto y de recursos en general, no se atiende a las zonas más pobres. No hay autonomía económica, bajo presupuesto, recortes del presupuesto inopinados, la selección y compras se hacen en Lima. La Información tiene que pasar primero por las oficinas centrales de Lima, muchas oportunidades de capacitación o desarrollo de programas de inversión y desarrollo social, se hacen en la capital.

Las debilidades en el sector están en la gestión burocrática, falta de planificación, de objetivos precisos. El cuadro de asignación de trabajadores es muy cambiante. El trabajo es fragmentado en la atención, horarios inapropiados, burocracia en los trámites, petitorio de medicamentos inadecuado, excesivo personal administrativo y gestión centralizada. Incoordinación entre niveles de decisión y gestión, entre lo administrativo y lo asistencial; autoritarismo del nivel central y políticas no definidas. También es una debilidad la desmotivación del personal, no existe cultura institucional de trabajo; hay resistencia al cambio. No hay identificación con la institución. El personal no está capacitado suficiente para el trabajo asistencial y el administrativo. Falta de estímulos a los trabajadores, limitaciones para el desarrollo personal y capacitación, no hay trabajo en equipo, hay baja autoestima, inestabilidad y reducción de personal. Reconocen que hay celos profesionales entre directores y otros sectores, así como malas relaciones personales.

DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD.

La descentralización de las decisiones hasta en el nivel local en el Sector Salud obliga a pensar el rol que le compete desempeñar al conjunto de actores sociales constituidos en el Gobierno Local, sea provincial en el medio rural y de distrito en el urbano concentrado, en términos de que las acciones de conducción y liderazgo, la motivación y orientación a la acción transformadora tiene su inicio lógico en este nivel de gobierno aunque sea en virtud a que el ciudadano está más próximo a esta que ha otras instituciones, además de que se abre un inmenso

escenario para hacer posible que la salud sea comprendida como tema político de construcción de relaciones de poder y no solamente de necesidad de recursos.

ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD.

El *Seguro Integral de Salud (SIS)* es un tipo de seguro no contributivo que se otorga a través de la red de establecimientos del sector salud.

Uno de los objetivos enunciados por el SIS, es facilitar el acceso a los servicios de salud de la *población pobre y extremadamente pobre*, particularmente la población de mujeres gestantes, infantes, niños y jóvenes hasta los 17 años de edad, miembros de organizaciones sociales de base y adultos varones y mujeres de sectores específicos tales como los lustrabotas y los exculpados.

El Seguro Integral de Salud incorpora como prioridad las prestaciones agrupadas en los componentes materno infantil (Plan A, del niño de 0 a 4 años; Plan C de Gestantes) y otros componentes (Plan B, del niño y adolescente de 5 a 17 años).

El SIS considera como beneficiarias a 12 integrantes de cada Organización Social de Base – OSB (Comedores Populares, Club de Madres, Comités de Vaso de Leche, Comedores Populares Autogestionarios, y de los Wawa-Wasis.

La cobertura de afiliación según plan A es del 62.75% plan B 38.94% plan C 85.37% y plan E 29.56% según nivel 4 de pobreza la cobertura es de 59.68%

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN.

La ineficacia y discapacidad en el sistema de salud tiene su origen en problemas de recursos humanos, en la última década la cantidad de personal a aumentado, pero su distribución no ha variado mucho. En general, el problema de los recursos humanos en salud, no es de cantidad sino de distribución y desconcentración.

La Región de Salud contaba a Diciembre del 2000 con un total de 3438 plazas de las cuales 2,915 (84.8%) estaban ocupadas por nombramiento, 217 (6.3%) por contrato directo y 306 (8.9%) vacantes. De ese total, 1974 corresponden a los Profesionales de la Salud: Enfermeras con 40.78% (805), Médicos con 34.49% (681), Obstétricas con 17.88% (353) y Cirujano Dentista con 6.83% (135).

El Programa de Administración Compartida (CLAS) apoya mediante el contrato de personal asistencial distribuidos en las seis Redes de Servicios de Salud existentes, ubicándose todos ellos en el Nivel Básico de Atención y específicamente en los establecimientos periféricos y representa el 19.84% del total de personal existente en la Región de Salud. Esta proporción se incrementa aún más si sólo se considera al personal asistencial, tanto profesionales, como técnicos (29.23%). Estas cifras indican que la disponibilidad de la oferta de



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

servicios en el campo de los recursos Humanos calificados ha mejorado sustantivamente.

Los recursos humanos institucionales (nombrados y contratos directos) nos muestran que contamos como promedio regional con 5.99 médicos, 7.08 enfermeras, 3.10 obstetrices y 1.19 odontólogos X 10,000 hbts. Las mejores tasas de médicos por 10,000 habitantes se encuentran en las Redes de Salud de Camana y Castilla.

Durante los últimos años hasta el 2002 los programas de focalización han incrementado personal en las zonas menos favorecidas, pero a partir de año 2004 la región de Salud incorpora el modelo de administración compartida al 100% de sus establecimientos con lo que ha disminuido las condiciones laborales desfavorables en los que venían laborando, sin embargo aun persiste un regular porcentaje de trabajadores contratados por SNP.

INFRAESTRUCTURA SANITARIA

El 72 % de la infraestructura de servicios de salud es del Ministerio de salud, el 11% a EsSalud, el mismo porcentaje es para los servicios privados y 3 % a las Sanidades de las Fuerzas armadas como otros servicios dentro de los cuales se mencionan a las ONGs.

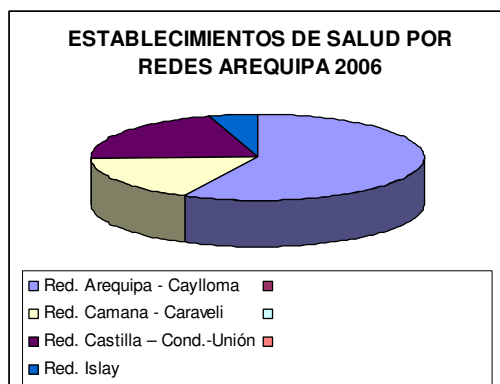
Dentro del proceso de Reforma Sectorial se planteó el redimensionamiento de las Redes de Salud motivo por el cual actualmente se han constituido cuatro (04) Redes, con la finalidad de mejorar su funcionamiento en la Gerencia Regional.

La Red Arequipa Caylloma, es la mas grande organización de servicios de salud, por cuanto abarca los servicios de la ciudad capital y de provincia de Caylloma, administra 28 Microrredes, 37 Centros de Salud y 105 Puestos de Salud, en un ámbito de 51 distritos (46.8%) de toda la región.

La Red Camana – Caraveli, administra 8 Microrredes, 9 centros de salud y 29 Puestos de Salud, que cubren un total de 22 distritos (20,2 %).

La Red Castilla – Condesuyos y la Unión, administra 8 Microrredes, 10 Centros de Salud y 43 Puestos de Salud, que atiende a 30 Distritos (27.5 %) de toda la Región.

La Red Islay, que administra 3 Microrredes, 5 Centros de Salud y 7 Puestos de Salud en un ámbito de 6 Distritos.



CAMAS HOSPITALARIAS

La Gerencia Regional de Salud tiene 04 Hospitales las camas hospitalarias, de los cuatro hospitales de la GERSA, son 1035 camas, arquitectónicas, lo que corresponde a razón de 8.9 camas por 10,000 habitantes, el grado de uso cama varía de acuerdo a cada establecimiento. Así, el hospital Honorio Delgado, presenta el 58.6 %, el hospital Goyeneche, el 51.5 %, el hospital de Camana el 31,6 % y el hospital de Aplao el 38 .5 camas en uso.

EQUIPAMIENTO.

El equipamiento hospitalario en su mayor parte es incompleto e inadecuado, no cuentan con los equipos que la tecnología y la modernidad exigen para la categorización hospitalaria correspondiente, y en muchos casos los equipos se han deteriorado y no se reponen por cuanto el sector no ha invertido en los últimos años en mantenimiento y/ o implementación.

Dentro de lo más resaltante, en equipamiento y cartera de servicios de los establecimientos de la Región de Salud Arequipa contamos con una UCI de Medicina, UCI especializada y UCI de Neonatología en el Hospital Regional Honorio Delgado; una UCI general en el Hospital Goyeneche y en el Hospital de Camana. .Una TAC en el Hospital Regional Honorio Delgado y una TAC en el Hospital Goyeneche, el servicio de Radioterapia con una bomba de Cobalto en el Hospital Goyeneche; así como 14 equipos de Rayos X en los Establecimientos de Salud del primer nivel, 10 equipos de Ecografía. También contamos con una unidad de hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado, 29 laboratorios clínicos, así como 25 ambulancias operativas

El 70.9 % de establecimientos cuentan con equipo de radio comunicaciones el 40.5% necesitan mantenimiento no se cuenta con Red de telemática.



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

ACCESO UNIVERSAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE CALIDAD GARANTIZADA.

Acceso a Medicamentos

En la Región Arequipa, varios estudios muestran que gran parte de la población tiene limitado acceso a los medicamentos. Esta situación se agrava por el incremento de la pobreza en los últimos años, que ha pasado de 42.7% en 1997 a 54.1% en el año 2003. En 1996 se encontró que solo el 45% de los pacientes atendidos en establecimientos de salud adquirió la totalidad de los medicamentos prescritos; la causa más frecuente para no conseguir los medicamentos fue su alto costo. En 1997, la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida mostró que solo el 50 % de los pacientes que recibieron una prescripción compraron sus medicamentos. Los porcentajes de satisfacción de sus necesidades de medicamentos fueron de 39% en las áreas rurales y 61% en la zona urbana; una muestra de inequidad entre las dos zonas comparadas. Otros datos muestran que en el año 2003 el 28% de enfermos no adquirieron los medicamentos que necesitaban.

El valor del mercado privado de medicamentos ha mostrado una tendencia al crecimiento en términos monetarios pero paradójicamente una reducción en el número de unidades comercializadas, lo cual sugiere que el crecimiento del mercado de medicamentos se ha dado por el incremento de los precios. En el 2003, los peruanos compraron menos medicamentos que en 1980; este año, el valor del mercado alcanzó US\$175 millones y se vendieron aproximadamente 168 millones de unidades (el costo por unidad era aproximadamente de US \$ 1.04 y 9.73 unidades per cápita anual), mientras que en el 2003, el valor total del mercado fue de US \$ 314.36 millones y las unidades vendidas 58 millones (el precio se ubicó en US\$ 5.40 frente a 2.26 unidades per cápita vendidas) es decir, durante este periodo, mientras el valor del mercado creció en 79.6% las unidades disminuyeron en 65% (cuatro veces menos que en 1980).

FODA

ENTORNO EXTERNO

OPORTUNIDADES

1. Desarrollo y accesibilidad de las tecnologías de información y comunicaciones (Globalización).
2. Consenso político sobre la necesidad de descentralización.
3. Acceso a la investigación científica.
4. Cooperación Técnica y financiera dispuesta a invertir en salud de acuerdo a las necesidades.
5. Flexibilidad de la nueva ley del Sistema Nacional de Inversión Pública reglamento y directivas complementarias
6. Espacio y opción para interactuar coordinar y desarrollar acciones con el gobierno local, Regional, u otras entidades.
7. Canon minero como financiamiento de proyectos.
8. Realización de convenios con instituciones educativas, que permitan acceder a capacitaciones, pasantías; grados académicos, títulos y otros.
9. Necesidad por parte del sector productivo de innovación y transferencia tecnológica para la competitividad.
10. Creciente consideración de la salud como inversión y no solo como gasto.
11. La medicina tradicional como complemento en la recuperación y promoción de la salud.
12. Mayor liderazgo de la mujer en el campo social.

AMENAZAS.

1. Inequidad de la política de Gobierno que no da prioridad a Salud.
2. Mercado laboral para profesionales e investigadores en crecimiento, que puede tentar a nuestro capital humano.
3. Normatividad Vigente Obsoleta limita el desarrollo de nuevas modalidades de atención
4. Rol rector del sector desvalorizado y subalterno al Ministerio de Economía y Finanzas.
5. Política de remuneraciones desigual e injusta entre Instituciones de Salud.
6. Escenario social de alta incertidumbre que incrementa la violencia y los Conflictos Laborales
7. Descentralización que no da prioridad a la atención Hospitalaria
8. Altos índices de alcoholismo, violencia familiar y abandono infantil.
9. No se remeza con oportunidad los reembolsos por prestación de atenciones SIS.

10. Proceso de urbanización desordenado y acelerado crea problemas vinculados a los estilos de vida y al deterioro del medio ambiente
11. Desarticulación entre los sectores, que incrementan los riesgos en la salud y en el medio ambiente.
12. Zona de alto riesgo y vulnerabilidad a desastres naturales.

ENTORNO INTERNO

FORTALEZAS

1. Gerencia Regional de Salud ejerce rol Rector Formal
2. Recurso humano calificado en las áreas de su competencia.
3. Capacidad para la gestión de nuevas alternativas de financiamiento con cooperación técnica financiera para la atención de la salud.
4. Convenio Docente Asistencial en marcha.
5. Capacidad de respuesta para el control de epidemias y emergencias
6. Consolidación del modelo de unidades de gestión y prestación.
7. Seguro de salud con recursos públicos que incluye a la población mas necesitada y en riesgo.
8. Identificación institucional y espíritu herediano.
9. Excelentes relaciones institucionales a través del Concejo Regional de Salud
10. Infraestructura física en redes de Salud funcionando
11. Manejo del presupuesto por Resultados.

DEBILIDADES

1. Formación y Capacitación del Recurso Humano no acorde a la realidad
2. Clima y cultura organizacional debilitada, institución con conflictos y desconfianza.
3. Sistema de información no integrado y con limitaciones.
4. Irracionalidad en la distribución del Recurso Humano
5. Escasa cultura de autoevaluación, autorregulación y acreditación para el mejoramiento continuo de la calidad.
6. Deficiente sistema de mantenimiento de equipos e instalaciones
7. Limitado desarrollo de trabajo en equipo por personal de salud.
8. Modelo de atención que a un privilegia la recuperación en desmedro de la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos y daños
9. Inadecuado conocimiento de la comunidad, de toda la gama de servicios que ofrece la Gerencia Regional de Salud.
10. Insuficiente articulación de los aspectos económicos administrativos al proceso de Salud Enfermedad.

11. Deficiente capacidad para la elaboración y formulación de proyectos de inversión en salud.

ANALISIS FODA

ENTORNO INTERNO/EXTERNO	OPORTUNIDADES (O)	AMENASAS (A)
FORTALEZAS (F)	F1: O1,O2,O3,O4,O5 F2: O1,O3,O4 F3: O4.O5,O1 F4: O3	F1: A1,A2,A4 F2: A2,A1,A3, A4 F3: A1,A2,A5 F4: A1, A6
DEBILIDADES (D)	D1: O1,O8 D2: 01, 02 D3: O1,O4,O7, O9 D4: O1, O2	

SINTESIS DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD.

SANITARIOS

- Las enfermedades prevenibles por vacuna, la tuberculosis, el VIH-SIDA y las enfermedades de Chagas y otras metaxémicas están en incremento.
- La Hipertensión Arterial y la Diabetes así como las neoplasias del Cuello de útero, mama, pulmón, estómago y próstata, están incrementando
- Las tasas de mortalidad general, infantil y materna se encuentran por encima de los promedios nacionales
- La desnutrición crónica afecta a más del 2.5% de niños menores de tres años y al 12.3 a mayores de cinco años.
- La anemia nutricional en mujeres gestantes y en niños menores de 5 años sigue siendo prevalente
- La mortalidad y letalidad por accidentes y violencia ha incrementado
- Los daños derivados de la violencia familiar y escolar su incidencia y frecuencia tienen tasas que reflejen tendencias ha incrementar.
- Deficiente Saneamiento básico y agua segura en Zonas Rurales Y Urbano Marginales.

SERVICIOS

- Debilitamiento de la capacitación en servicio.
- Sistema de información desintegrado y poco útil para la toma de decisiones.
- Cultura organizacional sin enfoque de calidad y preeminencia de conflictos negativos
- Limitada cobertura y acceso a los servicios de salud para satisfacer necesidades de salud.
- Gestión tradicional, burocratizada y desmotivada para el cambio.
- Distribución centralista y no equitativa de recursos humanos.
- Perfiles profesionales y especialidades se desarrollan sin responder integralmente a las necesidades sanitarias y nuevo modelo de atención.
- Remuneraciones bajas y diferenciadas institucionalmente.
- Subempleo creciente de los profesionales de salud.
- Alta conflictividad laboral.
- Sistema de Salud fragmentado sin rectoría plena – financiamiento insuficiente en salud.
- Desarticulación y ausencia de un “Sistema” de atención de salud, de las instituciones prestadoras de salud.
- Inadecuada implementación y operatividad de sistemas de referencia y contrarreferencia a nivel local, regional y nacional.
- Persistencia de la centralización de las instituciones desde su propia operatividad.

III.- PERSPECTIVAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO

3.1.- MISIÓN:

“BRINDAR UNA ATENCION INTEGRAL OPORTUNA Y DE CALIDAD”

“Somos una Gerencia Regional de Salud articulada e integrada, que resuelve los problemas de salud de la población arequipeña, brindando una atención integral con eficiencia y calidad, que satisfacen las necesidades y responden a las expectativas de la ciudadanía; en armonía con su entorno social, ambiental y cultural, mejorando sus condiciones de vida”.

3.2.- VISIÓN

“En el año 2015 la población de la Región Arequipa es saludable, ejerce su derecho ciudadano en salud con equidad, calidad y cuenta con un Sistema Regional de Salud coordinado y eficiente”

“Los trabajadores somos agentes permanentes de cambio con competencia técnica y humana, comprometidos con el desarrollo integral de nuestra Región”.

3.3.- EJES ESTRATEGICOS.

3.3.1.- Gestión de los Servicios de Salud.

3.3.2.- Atención Integral de salud a la población y entorno

3.3.3.- Inversiones e Infraestructura en salud

3.4.- LINEAMIENTOS DE POLITICA INSTITUCIONAL.

1.-“Democratización de la salud y participación ciudadana”. Gestión dirigida a solucionar los problemas sentidos de la comunidad.

La democracia en su sentido de plena vigencia de la libertad ciudadana, en primer término del estado de derecho, en segundo del sujeto social participante y cuidador de su espacio vital y en tercer término, tiene en la salud de la persona, de la familia y de la población su principal cimiento y estructura de soporte.

2.-“Descentralización efectiva para la sostenibilidad de las acciones de desarrollo de la salud”.

Este tema permite, entre otros asuntos, lograr que las decisiones se tomen por quienes están más cerca de su conocimiento práctico y existencial de los problemas, sean dificultades o conflictos y, por ello mismo, de las soluciones que se enmarquen dentro de la lógica de vida de la propia comunidad y su cultura local. Estas respuestas están establecidas estratégicamente en este Plan Regional Concertado de Salud, generando y orientando a que plasmen y ejecuten en los Planes de Salud Local (PSL),

especialmente en el campo de la apertura de programas y el diseño de tácticas y actividades.

3.-“Sistema Regional de Salud, que asegure el acceso equitativo y la calidad de atención”. (Extensión del seguro integral de salud a las capas más marginales y empobrecidas de la sociedad.

Contar con un Sistema Regional de salud bajo el concepto del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado, que busca el aseguramiento universal y por ende consecuentemente un Sistema Único de Salud.

4.- Desarrollo permanente de la calidad en salud con enfoque intercultural y uso de la tecnología apropiada.

La salud expresa una síntesis de lo que es la naturaleza, la sociedad y el pensamiento humano. El hombre no reacciona solamente ante su medio exterior sino también ante su propio medio interno, todo hombre tiene raíces cognoscitivas, éticas y estéticas. Las personas que habitan gran parte de las provincias altas de Arequipa y muchas de las zonas urbanas, requieren y aceptan explicaciones en las que intervengan sus dioses tutelares para entender sus males y curarse.

5.- “Atención integral de la salud a todo nivel”, con énfasis de promoción y prevención de la salud

Entiéndase la Integralidad de la atención en salud en los siguientes aspectos:

- a) Enfoque de la persona humana como ser bio-psico-social, en su entorno familiar, comunitario y medioambiental
- b) Garantía de la continuidad de la Atención,
- c) Acciones coordinadas de salud individual y de salud colectiva a todo nivel, no solo como estrategia del MINSA, sino de todo los subsectores.
- d) Actividades integradas de promoción, prevención, recuperación y Rehabilitación, en los diferentes niveles de complejidad de la prestación de Salud.

6.-Sistema de abastecimiento de Medicamentos para todos/as oportuno, eficiente de calidad y uso racional de los mismos.

Garantizar un abastecimiento adecuado de las farmacias de todos los establecimientos de salud y garantizar el acceso libre de la población a medicamentos baratos. Con obligatoriedad de recetar como genéricos.

7.-“Desarrollo de los capacidades y potencialidades de todas las personas del Sector”.

Es una política que considera a la persona como tal, persona en su integridad de cuerpo, mente y voluntad. Crear cursos de acción para elaborar satisfactores en cada una de esas tres dimensiones de la integridad humana, y valore a cada quien según

su capacidad y potencialidad, constituyen hechos indispensables y que en síntesis hablan de la creación de una cultura organizacional sectorial que asuma los valores y principios derivados del cuidado integral de la salud.

8.-“Acción social permanente en emergencias y desastres”

“Protegiendo la salud de las personas ante situaciones de emergencias y desastres”

9.-Desarrollo de procesos de entendimiento y transformación social basados en la comunicación y educación en salud.

Esta importante política permite que se realice una adecuada gestión de la comunicación al interior del sector y en contacto con su entorno. Situación que definitivamente no debe ser exclusiva de Salud, sino que debe ser generalizada, pero creemos que el sector puede ser líder y ejemplo de que la comunicación es la principal estrategia de transformación social.

10. Extensión del seguro integral de salud a las capas más marginales y empobrecidas de la sociedad

Considerando que la pobreza no tiene mapa, debe hacerse búsqueda activa de las personas en marginalidad económica y assimilarlas al SIS. Cada establecimiento debe tener la meta de asegurar al 100% de sus población pobre.

11. Ahorro de recursos aplicando racionalidad e integralidad y transparencia

La racionalidad se puede y debe aplicar a multiplicidad de acciones del sector. Racionalidad en la distribución de recursos humanos, en la infraestructura, en el equipamiento, en el uso de insumos, en el gasto corriente, en la prescripción de medicamentos, en la solicitud de exámenes auxiliares, etc.

Por otro lado el ser humano debe ser concebido y tratado como una unidad. No admite fraccionamientos ni segmentaciones. La medicina y la salud en general es en sí una concepción integral o unitaria.

IV.- OBJETIVOS

SANITARIOS:

1. Reducir la Morbi - Mortalidad materna y neonatal
2. Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años
3. Reducir la transmisión de ITS(Infecciones de Transmisión Sexual) y VIH-SIDA(Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) en la población en general así como evitar la transmisión vertical
4. Priorizar las intervenciones de prevención de las enfermedades Transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables

5. Reducir la morbi - mortalidad de las enfermedades crónico Degenerativas, enfermedades inmuno - prevenibles y aquellas originadas por factores externos.
6. Promover el acceso de la población al saneamiento básico y riesgos ambientales priorizando la población rural y urbano marginal en el ámbito de la región Arequipa.
7. Fortalecer la participación activa del individuo familia y comunidad, promoviendo comportamientos saludables en su entorno social
8. Disminuir el alcoholismo con participación de los sectores locales regionales, familia y comunidad.
9. Disminuir la anemia nutricional en mujeres gestantes y niños menores de 5 años priorizando las poblaciones que viven en extrema pobreza.
10. Prevenir y controlar la enfermedad de chagas en la región Arequipa.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS.

a) GESTION:

1. Fortalecer el rol de rectoría de salud en los diferentes niveles de gobierno.
2. Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud
3. Desarrollar programas operativos de mejora continua de la calidad de atención con participación activa de los trabajadores y representantes de la comunidad organizada.
4. Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables
5. Lograr el desarrollo de la investigación científica en el campo de la clínica y de la salud en el contexto social.
6. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad
7. Asegurar el acceso sostenido a un seguro de salud con un enfoque de atención integral en sus diferentes modalidades de aseguramiento
8. Promover la coordinación intersectorial en la implementación del Programa Regional de Hospital Seguro
9. Implementar un sistema único de atención de emergencias medico quirúrgicas con efectividad y carácter sectorial en la metrópoli de arequipa.

b) INFRAESTRUCTURA E INVERSIONES

1. Fortalecer la Infraestructura Sanitaria y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención.
2. Mejorar el equipamiento Hospitalario
3. Mejorar la Red de Comunicaciones





GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

V) OBJETIVOS, OBJETIVOS ESPECIFICOS Y METAS ANUALES

OBJETIVO SANITARIOS	OBJETIVO ESPECFICO	LINEA DE BASE	META ANUAL			
			2009	2010	2011	2012
Reducir la Morbi - Mortalidad materna y neonatal.	Incremento de partos institucionales en Zonas Rurales x 1000.	58.1%.	63%.	69%.	78%.	87%.
	Incrementar la cobertura de planificación familiar.	58.7%	64.7%	73.5%	84.6%	95.7%
	Disminuir los casos de neonatos complicados en establecimientos de salud FONE y FONI.	16.8%	15.3%	13.8%	12.3%	10.8%
	Disminuir letalidad neonatal en niños de 0 a 28 días que fueron atendidos en los servicios de salud X 1000.	13.4%.	13.0%.	12.5%.	11.5%.	11.0%.
Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años	Incrementar la lactancia materna exclusiva.	83.0%	86.1%	89.2%	92.1%	95.0%
	Disminuir la Anemia en menores de 36 meses.	50.6%	50.0%	49%	48%	46%
	Disminuir los casos de EDA's complicada (Casos de EDA con deshidratación) en	8.01%	8%	7.80%	7.60%	7.20%



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

Priorizar las intervenciones de prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables.	menores de 5 años de edad.*100					
	Reducir la incidencia de infecciones respiratorias agudas.	1.084%	1.070%	1.057%	1.043%	1.027
	Incrementar el control de crecimiento y desarrollo en niños (a) menores de tres años.	41.60%	45%	50%	55%	60%
	Disminuir la incidencia del bajo peso al nacer.	1.8%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%
	Reducir la transmisión de ITS(Infecciones de Transmisión Sexual)	3.45%	3.45%	3.0%	2.6%	2.0%
	Disminuir el VIH- SIDA(Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) en la población en general.	10.82%...	10.82%...	9.48%...	9.48%...	8.14%...
	Disminuir los casos de Tuberculosis.	39.2%...	38.6%...	38.29%...	38.0%...	37.3%...
	Prevenir y controlar la enfermedad de chagas en la región (Infestacion)	46.13%	36.0%	30.01%	23.12%	16%
	Disminuir los casos de Hipertensión Arterial.	27.3%	22.2%	17.3%	13.9%	10%
	Disminuir el alcoholismo con participación de los sectores	983%...	872%	761%	649%	538%...



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

	locales regionales, familia y comunidad.					
Reducir la morbi - mortalidad de las enfermedades crónico Degenerativas, enfermedades inmuno - prevenibles y aquellas originadas por factores externos.	Disminuir la Mortalidad por diabetes. Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Disminuir la mortalidad por accidentes de transito Incremento de las coberturas de las enfermedades inmunoprevenibles	11.5%. 10.9% 7.2%.. 90%	10.0%. 9.3% 6.0%.. 92%	9.5%. 8.4% 5.3%.. 93%	7.0%. 7.5% 4.1.0%.. 94.5%	5%. 6% 3.2%.. 96%
Promover el acceso de la población al saneamiento básico y riesgos ambientales priorizando la población rural y urbano marginal en el ámbito de la región Arequipa.	Incrementar el porcentaje de hogares con saneamiento básico adecuado en zona rural y urbano marginal. Incrementar los hogares con acceso a agua segura en zona rural y urbano marginal	28% 41%	35% 49%	42% 56%	49% 64%	56% 70%
Fortalecer la participación activa del	Incremento del porcentaje de familias saludables Q1y Q2. (Planes en Ejecución)		24.3%	48.6%	74.3%	100%



GOBIERNO
REGIONAL DE



individuo familia y comunidad, promoviendo comportamientos saludables en su entorno social OBJETIVOS ESTRATEGICOS a) GESTION: Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables	Incrementar la acreditación de municipios saludables en el Q1 yQ2.		22.3%	44.4%	66.6%	100%
	Incremento de instituciones educativas saludables Q1Yq2.	21%	41.4%	60.9%	80.5%	100%
	Incremento de la proporción de mujeres con conocimientos de algún método de planificación familiar.		10%	25%	40%	50%
			10%	30%	45%	50%
			20%	40%	60%	80%
					100%	
	Desarrollar programas operativos de mejora continua de la calidad de atención con participación activa de los trabajadores y representantes de la comunidad organizada. Implementar un sistema único de atención de emergencias		8.7%	17.4%	50%	100%



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

	medico quirúrgicas con efectividad y carácter sectorial en la metrópoli de arequipa.					
Fortalecer el rol de rectoría de salud en los diferentes niveles de gobierno.	Fortalecer el rol de rectoría y conducción sectorial en el marco de la Descentralización (Liderazgo) Optimizar la gestión de los recursos económicos, materiales y financieros que coadyuven al desempeño institucional. (Personal Administrativo Calificado) Promover y fortalecer el desarrollo del personal de salud, potenciando sus habilidades y competencias para mejorar la calidad de los servicios y la calidez de la atención de los usuarios (Personal capacitado).		25%	50%	75%	100%
			20%	40%	60%	100%
			25%	50%	75%	100%
Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad.	Incrementar el acceso a medicamentos de calidad a la población pobre y Rural	39.0%	49%	60%	65%	70%



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud.	Implementar el modelo de Gestión por competencias.		10%	30%	70%	100%
Asegurar el acceso sostenido a un seguro de salud con un enfoque de atención integral en sus diferentes modalidades de aseguramiento.	Incrementar la cobertura del seguro Integral de salud en población pobre.	59.68%	68%	79%	85%	95%
Promover la coordinación intersectorial en la implementación del Programa Regional de Hospital Seguro.	Implementar el programa del hospital seguro en el ámbito regional.		25%	50%	75%	100%
Lograr el desarrollo de la investigación científica en el	Realizar actividades de investigación científica en el		25%	50%	75%	100%



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

campo de la clínica y de la salud en el contexto social.	campo de la clínica y de la salud en los establecimientos de salud						
c) INFRAESTRUCTURA E INVERSIONES							
Fortalecer la Infraestructura Sanitaria y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención.	Mejorar la infraestructura sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención.	52%	67%	82%	90%	100%	
	Mejorar el equipamiento en los establecimientos del primer nivel de atención.	25%	40%	55%	75%	100%	
	Mejorar el equipamiento Hospitalario	20%	35%	60%	80%	100%	
Mejorar la Red de Comunicaciones	Incremento de equipos de radio Comunicaciones.	70.9%	77.7%	85.6%	92.6%	100%	
	Mantenimiento de Equipos de Radio Comunicaciones.	40.5%	58.2%	75.9%	88%	100%	
	Mejorar la Red de telemática en salud.		25%	50%	75%	100%	



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

INDICADORES:

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA CALCULO	LINEA BASE	META 2012
a) SANITARIOS:				
Reducir la Morbi - Mortalidad materna y neonatal.	- Razón de Mortalidad Materna.	$\frac{\text{Nº Muertes Maternas}}{\text{Nº Nacidos Vivos}} \times 100\ 000$	135.5%...	86.55%...
	- Tasa de Mortalidad Neonatal	$\frac{\text{Nº Muertes Neonatales}}{\text{Nº Nacidos Vivos}} \times 1000$	18.9%.	13%.
Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años	Prevalencia de desnutrición en menores de cinco años	$\frac{\text{Nº menores cinco años con talla para la edad con desviación estandar a menos 2 en un periodo determinado}}{\text{total menores de cinco años en un periodo determinado}} \times 100.$	11.4%	8.07%
Reducir la transmisión de ITS(Infecciones de Transmisión Sexual) y VIH-SIDA(Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) en la población en general así como evitar la transmisión vertical.	Prevalencia ITS	$\frac{\text{Numero de pacientes con ITS en un periodo}}{\text{Total de pacientes evaluados en un periodo determinado}} \times 100$	3.45%	1.35%
	Prevalencia de VIH/SIDA	$\frac{\text{Numero de Pacientes con VIH/SIDA en un periodo}}{\text{Total de Pacientes Evaluados en un periodo}} \times \text{cien mil.}$	10.82%...	9.73%...



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

Reducir la morbi - mortalidad de las enfermedades crónico Degenerativas, enfermedades inmuno - prevenibles y aquellas originadas por factores externos.	Prevalencia de hipertensión Arterial.	Nº de pacientes con hipertensión arterial en un periodo / Total de pacientes Evaluados en un periodo x 100	35%	15%
	Tasa de Mortalidad por Diabetes.	Nº de muertos por diabetes en un periodo / Total de diabéticos en un periodo X 1000.	11.5%.	7.5%..
	Reducción de Mortalidad de cáncer cuello uterino.	Nº de muertes por cáncer de cuello uterino / Total de casos x 100000	11.8%...	7.8%...
	Incidencia de Tuberculosis	Nº de casos de TBC / Total de Población x 100000	39.2%...	37.29%...
	% de hogares que disponen de un servicio de saneamiento básico.	Nº de hogares que disponen de saneamiento básico / Total de hogares x 100.	28%	56%
	Incidencia de enfermedad diarreica aguda	Nº de casos de EDA en niños menores de 36 meses/ Total de niños menores de 36 meses x 1000.	805%.	746%.
Fortalecer la participación activa del individuo familia y comunidad, promoviendo comportamientos saludables	% de familias saludables. Quintil 1 y2	Nº de familias calificadas saludables / Total de	24.3%	100%



GOBIERNO
REGIONAL DE



en su entorno social • Disminuir el alcoholismo con participación de los sectores locales regionales, familia y comunidad. • Disminuir la anemia nutricional en mujeres gestantes y niños menores de 5 años priorizando las poblaciones que viven en extrema pobreza. • Prevenir y controlar la enfermedad de chagas en la región Arequipa.	% de municipios saludables. Quintil 1 y 2 Incidencia de alcoholismo Proporción de Niños (a) menores de 6 a <24 meses con suplemento de hierro. Proporción de viviendas infestadas con triatominos	familias x 100 Nº municipios acreditados saludables / Total de Municipios x 100. Nº de casos con alcoholismo / Total de Población x 100 000 Nº de Niños (a) menores de 6 a <24 meses con suplemento de hierro / Total de Niños (a) menores de 6 a <24 meses x 100. Nº de viviendas infestadas con triatominos / Total de viviendas x 100	22.3% 983%... 37.61% 46.17%	100% 538%... 62% 16%
--	--	---	---	--



GOBIERNO
REGIONAL DE



GOBIERNO REGIONAL

ANEXO N° 1

[illegible]

ANEXO N° 2

Años	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES MM	RAZON DE M.M
1998	12622	20	158.5
1999	14028	18	128.3
2000	13164	13	98.8
2001	12248	12	98.0
2002	12632	4	31.7
2003	15632	16	102.4
2004	15632	14	89.6
2005	15132	10	66.1
2006	15072	23	153.6
2007	14875	22	147.9
2008	14672	21	135.5

ANEXO N° 3

DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS < 05 AÑOS – SIEN

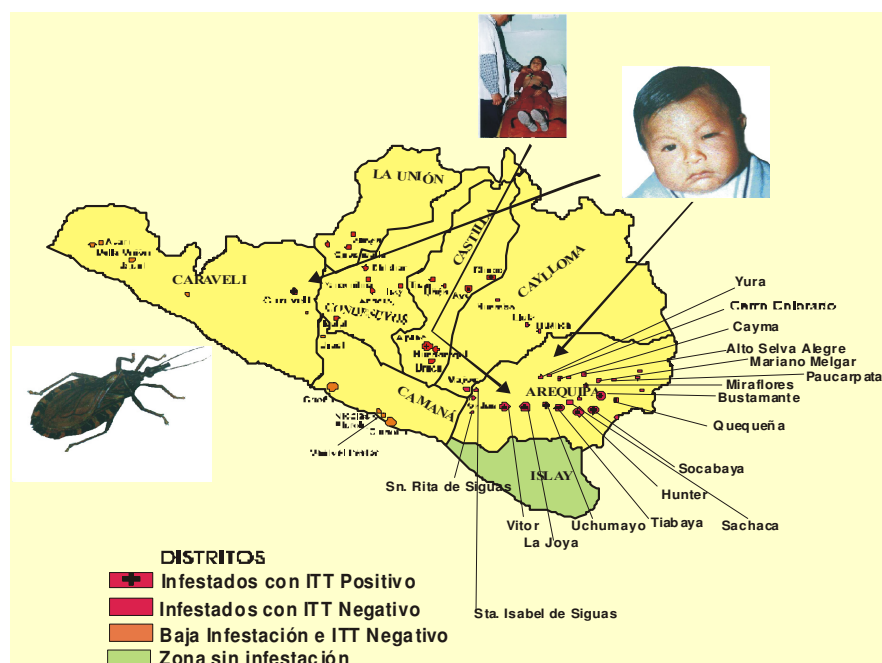
	2004	2005	2006	2007	2008
La Unión	37,7	38,6	36,7	39,3	44,5
Caylloma	25,8	25,7	21,8	20,4	24,6
Condesuyos	22,3	19,4	18,7	16,3	20,0
Castilla	21,3	18,6	13,0	11,9	15,4
Caravelí	11,1	10,3	8,8	8,9	10,4
Camaná	12,9	7,4	7,6	7,2	8,8
Arequipa	11,4	10,4	7,2	6,6	9,1
Islay	9,5	7,3	5,5	5,5	6,8

ANEXO N° 4

DESNUTRICION AGUDA EN NIÑOS < 05 AÑOS – SIEN

	2004	2005	2006	2007	2008
Islay	1,2	1,2	0,8	1,0	2,5
Camaná	1,5	1,1	1,7	1,1	1,8
Caravelí	1,3	0,9	1,4	1,3	2,0
Arequipa	2,0	1,5	1,3	1,3	2,2
Castilla	1,5	1,7	1,6	1,9	2,7
Caylloma	2,5	2,3	1,6	2,1	3,0
Condesuyos	2,9	2,9	1,8	2,3	3,1
La Unión	3,8	3,6	4,1	3,7	4,6

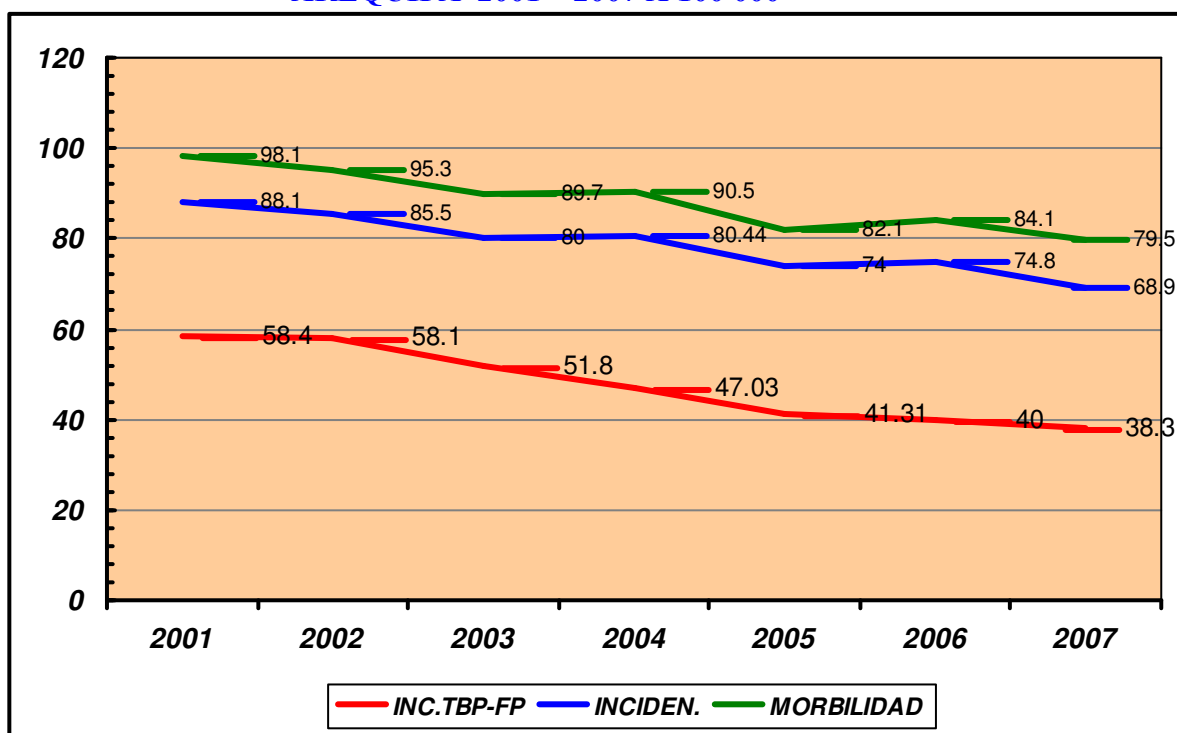
ANEXO N° 5



Fuente: E.S. Prevención y Control Enf. Metaxénicas RSA (ESPCEMOTs)

ANEXO N° 6

**MORBILIDAD - INCIDENCIA DE TBP – FP
AREQUIPA 2001 – 2007 X 100 000**



ANEXO N° 7

**NÚMERO DE CENTROS EDUCATIVOS EN EL SISTEMA
EDUCATIVO ESCOLARIZADO, URBANO Y RURAL, 2006**

Arequipa	2002			2005			2006		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Total Escolarizado	2,708	2,144	564	2,930	2,410	520	3,649	2,913	736
Educación Inicial	868	743	125	975	866	109	1,706	1,389	317
Primaria	1,131	742	389	1,184	824	360	1,172	801	371
Secundaria	458	418	40	500	458	42	481	443	38
Superior no universitaria 1/	66	60	6	70	65	5	71	66	5
Otras modalidades 2/	185	181	4	201	197	4	219	214	5

* Para el año 2006 se ha considerado la educación Básica Regular Total (Escolarizada y No Escolarizada)

1/ Comprende: Formación magisterial, educación tecnológica y educación artística.

2/ Comprende: Educación ocupacional y educación especial.

Fuente: Ministerio de Educación. Estadística Básica 2006, Preliminar.

ANEXO N° 8

POBLACION VIGILADA:

	URBANA		PERIURBANA		RURAL	
POBLACION SERVIDA TOTAL	POB. SERVIDA	AGUA SEGURA	POB. SERVIDA	AGUA SEGURA	POB. SERVIDA	AGUA SEGURA
1,062,338	728,344	679,222	58,478	39,489	77,402	31,768
		93%		68%		41%

AGUA SEGURA = > 0.5 ppm CLORO RESIDUAL