

LA SALUD EN PIURA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

2008

LA SALUD EN PIURA

RESULTADOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**“DIAGNÓSTICO SOCIAL PARTICIPATIVO EN
SALUD Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN EL
MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LA
POBLACIÓN EN LA REGIÓN PIURA
2008”**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

2008

La Salud en Piura

Los resultados de la investigación, interpretación, conclusiones y recomendaciones son de los Investigadores Principales.

Es una publicación promovida por el Instituto de Estudios Regionales de la Universidad Nacional de Piura.

La Investigación fue financiada con recursos del Canon Petrolero.

Para esta Edición:

Universidad Nacional de Piura
Campus Universitario S/N Urb. Miraflores
Castilla – Piura
Telefax: (51) 7334-3349
Apartado Postal 295

Diseño de cubierta, diagramación de interiores:
Sobres e Impresos Malisa S.A.

Primera Edición, 2008
Tiraje: 2,000 ejemplares

Esta obra se terminó de imprimir en el mes de Diciembre del 2008,
en la planta de impresión de Sobres e Impresos Malisa S.A.
Av. 25 de Abril Mz. A1, Lt.04 Urb. Coop. Las Vertientes
Lima 42, Perú

ISBN 978-603-45409-0-3

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
N° 2008-15643
Codigo de barras: 9786034540903

PRESENTACIÓN

Cuando iniciamos nuestra gestión encontramos como una de las grandes necesidades, el Estudio de la Realidad Regional; es decir el abordaje de los diferentes sectores de manera que dichos estudios se convirtieran en el punto de partida para nuestro Desarrollo Social y Económico.

Es así como, considerando que la salud es la condición básica para el desarrollo, propusimos que uno de los primeros estudios debía ser el diagnóstico de la salud en nuestra Región; para ello deberíamos conformar un equipo de investigadores de alto nivel que llevaría a cabo esta difícil tarea; equipo que finalmente fue constituido entre los docentes de nuestra Escuela de Postgrado.

Los resultados de la investigación realizada que se presentan, estamos seguros servirá a los decisores para una planificación a mediano y largo plazo de manera que las metas se dirijan a mejorar los indicadores presentados. Asimismo, consideramos que los gobiernos locales, las ONG, Cooperantes, Universidades y nuestra comunidad en general, tendría en este libro una herramienta de gestión importante, que servirá de sustento para la programación de los servicios en los diferentes niveles: local, provincial, regional.

Finalmente, debemos señalar la disposición de la Universidad de contribuir a la solución de los grandes problemas regionales ya que en nuestra plana docente contamos con expertos en las diferentes áreas.

Dr. Antenor Aliaga Zegarra
Rector

PRÓLOGO

Los resultados de la investigación realizada ***“Diagnóstico Social Participativo en Salud y Líneas Estratégicas en el Mejoramiento de la Salud de la Población en la Región Piura - 2008”*** que se presentan en las páginas siguientes, nos indican que nuestra Región Piura tiene muchas carencias en su sistema de salud; las mismas que son de diferente naturaleza como: económicas, de infraestructura, de recursos humanos, de equipamiento médico y no médico, etc.; de otro lado la percepción de los usuarios acerca de nuestros servicios de salud indica que existen barreras que deben ser superadas, de manera que poco a poco la población se encuentre más cerca a los servicios de salud y así pueda convertirse en un aliado para los fines de promoción y prevención.

Consideramos que los resultados pueden ser de mucha utilidad para la planificación de mediano y largo plazo; así como también para estudios dirigidos a las áreas prioritarias; de manera que poco a poco nuestros indicadores vayan mejorando; en tal sentido propiciaremos, en nuestra Universidad, dichos estudios que contribuyan a mejorar nuestra salud y mejorar nuestra calidad de vida.

Las carencias detectadas en nuestro Sistema de Salud Regional, que a su vez es el reflejo de la realidad nacional, nos indican que es necesario una reforma en la atención de la salud, que contemple el cambio de modelo medicalizado vigente, por un modelo basado en la prevención, promoción y atención primaria de la salud, pasando por una descentralización efectiva.

Finalmente, debemos reconocer y relevar la labor de los colaboradores y, en general a todos aquellos que en forma anónima y desinteresada contribuyeron a que este proyecto se hiciera realidad.

Dr. Manuel Purízaca Benites
Vicerrector Administrativo
Investigador

LOS AUTORES

HÉCTOR LUIS RODRÍGUEZ BÁSTER. (La Habana, Cuba 1945).

Médico con 39 años de Graduado, Especialista en Medicina Interna y en Salud Pública. Magíster en APS y Administración Hospitalaria, Doctor en Medicina. Postgrado en el Instituto Superior de Perfeccionamiento Médico de Moscú, Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro – Brasil, México y Cuba, CICR Ginebra Suiza y Miembro de la Comisión de Salud de la Federación Internacional de la Cruz Roja, Representante de MINSAP-Cuba en problemas complejos de investigación en planificación de salud en CAME URSS. Colaborador de la OPS en ISSS, Consultor de Gerencia Hospitalaria en el IPSS – Perú. Colaborador ACNUR, Ex Decano de la Escuela de Medicina de Holguín, Ex Director Regional y Provincial de Salud y Hospitales. Ex Director del Instituto de Investigación para el Desarrollo de la Salud de Cuba (IDS). Ex funcionario de MINSAP en Cuba. Ex Secretario General de la Cruz Roja Cubana. Profesor e Investigador, Fundador de la Facultad de Medicina de Universidad de Holguín y Profesor de Universidad de La Habana. Autor de 86 publicaciones nacionales e internacionales y participación en 121 eventos científicos nacionales e internacionales. Ha visitado 46 países de América, Europa, Asia y África en eventos relacionados en Salud Pública.

Miembro de la Sociedad Cubana de Medicina Interna y de Salud Pública. Ex Secretario de la Revista Cubana de Salud Pública. Presidente de Jurados de especialistas en Salud Pública. Profesor invitado de Universidades Españolas, Brasileñas, Rusas, Nicaragüenses, Peruanas y actualmente Profesor de la Universidad Nacional de Piura en Maestrías de Medicina Familiar, Comunitaria y Atención Primaria de Salud (APS), así como Salud Pública y Doctorado en Ciencias de la Salud.

DR. ROLANDO GERARDO BETANCOURT ATANAY (La Habana, Cuba 1950)

Médico con 35 años de Graduado, Especialista en Salud Pública, Magíster en Gerencia de Hospitales y Doctor en Medicina. Postgrado en Escuela de Salud de México y Cuba. Consultor de la UNICEF y cooperante del PNUD, Agencias Internacionales de Canadá, Japón y España. Ex Director Regional y Provincial de Salud Pública de Hospitales, Funcionario del MINSAP-Cuba y colaborador en Vietnam, Libia y Bolivia. Profesor e Investigador Titular de Universidades de Cuba, Bolivia y Perú. Autor de 66 publicaciones nacionales e internacionales y participación en más de 100 eventos científicos. Miembro de la Sociedad Cubana de Salud Pública ha visitado 22 países de América, Europa, África y Asia. Presidente de Jurados de Especialistas en Salud Pública. Actualmente es Profesor de la Universidad Nacional de Piura en Maestrías de Salud Pública y Doctorado de Ciencias de la Salud y Jefe de Inteligencia Sanitaria de la Red de EsSALUD en Piura.

DR. MANUEL PURIZACA BENITES (Piura, Perú 1947)

Médico con 35 años de Graduado, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Doctor en Medicina (1988). Ex Profesor de Anatomía Humana y Ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Médico Gineco Obstetra del Hospital Regional ESSALUD "Cayetano Heredia" Piura (1978-2000). Autor de publicaciones en revistas nacionales y extranjeras en temas de Salud Materna. Ex Integrante del Comité Regional de Mortalidad Materna de Piura. Asistente y Ponente en diferentes eventos científicos de la especialidad. Miembro de la Sociedad Científica de Morfología, de Fertilidad Matrimonial y de Obstetricia y Ginecología. Distinguido en el año 2005 como **Maestro de la Obstetricia y Ginecología Peruana por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología**. Profesor Principal en la Facultad de Medicina Humana y de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Piura. Ex Decano de la Facultad de Medicina Humana. Actualmente Vicerrector Administrativo.

COLECTIVO DE AUTORES Y COLABORADORES

COAUTORES:

**DR. JULIO C. BARRENA DIOSES
DR. JOSE E. FERNANDEZ ANDRADE
LIC. HAYDEE ECHARRY CCORAHUA
LIC. MILAGRITOS DE JESUS FERNANDEZ SAAVEDRA
LIC. ILEANA M. CASTILLO AGUIRRE
LIC. ALICIA FLORES TORRES
DR. ALFONSO J. GUTIERREZ AGUADO
ING. KELLY J. MAZA ANTON
LIC. HELEN LUNA CORDOVA**

COLABORADORES:

**DR. MANUEL GIRON SILVA
DR. VICTOR OCAÑA GUTIERREZ
DR. LUIS VERGARA LABIN
LIC. BLANCA ABAD QUIROGA
DRA. MARGARITA TORRES CANO
DR. RAFAEL GALLO SEMINARIO
DR. IVAN CALDERON CASTILLO
DR. LUIS FERNANDO FERNANDEZ NEIRA
DR. MAURO MEZA OLIVERA
DR. GUILLERO MEZA TELLO
Q.F. TERESA QUEVEDO NARVAEZ
Q.F. MARCO ROMAN LIZARZABURO
LIC. TERESITA CASTILLO NIZAMA
DR. MANUEL CHUNGA PURIZACA
DR. MAXIMILIANO CARRIÓN MOSCOL
OBST. CLAUDIO ECCA CANALES
DR. GABRIEL RAYMUNDO CABREDO CASTRO
DRA. CAROLINA CHONG LAZO
DR. NESTOR PURIZAGA IZQUIERDO
DRA. MARTHA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
DR. JOSE AVELINO CESPEDES MEDRANO
DR. GUSTAVO SOTELO MANRIQUE**

AGRADECIMIENTOS

**DR. ANTENOR S. ALIAGA ZEGARRA
RECTOR UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA**

**DR. EDGAR RODRIGUEZ GALVEZ
VICERRECTOR ACADEMICO – UNP**

**DR. JOSE RODRIGUEZ LICHTENHELDT
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADO - UNP**

**DR. LUIS ORTIZ GRANDA
GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL DEL GOBIERNO REGIONAL DE PIURA**

**DR. WALTER VEGA OLAYA
DIRECTOR MINSA – REGION PIURA**

OTROS AGRADECIMIENTOS

**DR. GUSTAVO SOTELO MANRIQUE
DIRECTOR DEL HOSPITAL REATEGUI ESSALUD PIURA**

**DR. JOSE AVELINO CESPEDES MEDRANO
JEFE DE EQUIPO DE GESTIÓN HOSP. CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA**

SRA. ELVIRA CASTILLO RUIZ

SRTA. MADELIN RODRIGUEZ MARTINEZ

SRA. BERTHA TEMOCHE GARCIA

ARQ. JESSICA VILLALOBOS VILLALOBOS

SRA. NANCY ABAD

ONG MEDANO BLANCO

* EN GENERAL A TODAS LAS AUTORIDADES DEL GOBIERNO DE LA REGION PIURA, DE LAS PROVINCIAS Y MUNICIPALIDADES DEL TERRITORIO, A LOS DIRECTORES DE LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD Y A LA POBLACIÓN DE LAS PROVINCIAS Y DISTRITOS QUE PARTICIPARON EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN CIENTIFICA.

INDICE

	<u>Página</u>
CAPITULO I INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO II DISEÑO METODOLOGICO DE LA CONSULTORIA	19
CAPITULO III MARCO TEORICO	29
CAPITULO IV MARCO INSTITUCIONAL	37
CAPITULO V ESPACIO FISICO GEOGRAFICO	46
CAPITULO VI SOCIOECONOMICO	50
CAPITULO VII DEMOGRAFICO	63
CAPITULO VIII FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTACIÓN DE LA SALUD	78
CAPITULO IX SITUACIÓN DE SALUD	85
CAPITULO X SERVICIOS DE SALUD	113
<ul style="list-style-type: none"> • RESULTADOS DE ENCUESTAS EN HOSPITALES • RESULTADOS DE ENCUESTAS EN CENTROS DE SALUD 	
CAPITULO XI RECURSOS HUMANOS	217
CAPITULO XII SALUD AMBIENTAL	222
CAPITULO XIII INFORME DEL ANALISIS PARTICIPATIVO	238
CAPITULO XIV TRAZADO ESTRATEGICO DE LINEAS DE MEJORAMIENTO DE LA SALUD	286
ANEXOS (FOTOS)	301
BIBLIOGRAFÍA	315

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Perú, el tercer país de mayor extensión territorial de Sudamérica y uno de los de mayor población en el área, cuenta con una vasta cultura milenaria, un clima variado y una amplia cantidad y variedad de recursos naturales. Ha venido avanzando y consolidando en los últimos 7 años su proceso democrático con vertiginoso crecimiento económico en un marco estable social y cultural lo que ha permitido un sustancial incremento de los ingresos fiscales, un crecimiento del producto interno bruto (PIB) que en los últimos dos años sobrepasa el 7%, incluso en el año 2007 ascendió al 8.5%, lo cual se traduce en un per cápita por habitante por encima de 2,000 USD anual, una inflación preocupante cercana al 4%. El Perú hoy ocupa un lugar 97 en relación al PIB, es un país denominado de renta media, no obstante la carga pesada de la deuda pública externa que representa más del 30% del PIB con tendencia al incremento. Acumula hoy una reserva internacional mayor a los 13,831 millones de USD.

Se observa un manejo económico responsable, reconocido internacional y localmente, aunque los niveles de consumo se han incrementado en los últimos años, en general también ha existido un incremento de los precios de los productos básicos de la canasta familiar que han obligado al gobierno central a un ligero incremento del salario básico, existe un boom en las inversiones privadas extranjeras, que continua creciendo llegando en el 2005 al 15.7% del PIB, producida principalmente en el sector primario (minería y construcción). En general se puede afirmar que existe un buen desempeño económico del país con resultados macroeconómicos inobjetables, pero aún no se traduce para la mayoría de la población en mejoras de las condiciones de vida en aspectos trascendentes como la reducción de la pobreza, la desigualdad y la exclusión; un acuciante y permanente problema que afecta la vida política, económica y social, son las enormes desigualdades e inequidades regionales y en las condiciones de vida y bienestar de la población indígena, los pobladores de las zonas rurales en especial de la selva y sierra, así como también de la población femenina.

Existe una marcada concentración de ingresos dado que mientras el 20% de la población con ingresos más altos concentran el 47.5% del ingreso nacional; en cambio el 20 % de la población con ingresos más bajos recibe sólo el 2% del total. El índice de Gini para la distribución de ingresos por deciles de población fue de 0.53 (2003); existe una marcada desigualdad distributiva del ingreso que se acrecentó si observamos la razón entre quintiles superiores e inferiores (de 4.9 a 7.9) el ingreso promedio mensual de los hogares fue de 387.8 nuevos soles, con rangos que van de 628.6 en Lima Metropolitana a Huanuco con 138.4 siendo en el Departamento de Piura cercano a los 200 soles.

El PIB per cápita por habitante no resulta el mejor indicador para evaluar el real crecimiento económico, su distribución y la equidad, ya que esconde elementos de desigualdad, que no permiten estratificar por distrito, localidades, grupos, el verdadero comportamiento del crecimiento y distribución de las riquezas, tampoco tiene implícito la inversión que se realiza en la preparación del capital humano la cual

según veremos en el capítulo de recursos humanos en salud, no ha sido una de las importantes estrategias de desarrollo del país.

El Perú cuenta con un Índice de Desarrollo Humano de 0.773 uno de los más bajos de la región, pasando del lugar 82 al 87 según reporte del PNUD 2007, mientras que países como Chile y México están por encima de 0.800 (0.867 y 0.829 respectivamente, entre 177 países); es decir con un mejor comportamiento. Mientras transcurrió todo el proceso de la Reforma en Salud del anterior gobierno se consideran que los avances logrados sólo llegarán al 10% de lo programado, aunque se han dado pasos importantes en el proceso de reformas y de descentralización de salud como la promulgación de la Ley del Sistema Coordinado y Descentralizado de Salud y su reglamento, la instalación de los Consejos Nacionales, Regionales, Provinciales y Distritales de salud, Indicaciones para la Universalización de la Seguridad Social, Sermec y Sersac, la Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos y demás objetivos, estrategias y lineamientos del sector de la salud para el periodo 2002-2006, surgidos en buena medida del estudio de la Comisión de alto nivel, el cual diagnosticó los 51 problemas principales del Sector de la Salud y realizó el trazado estratégico de desarrollo para dicho periodo. El aseguramiento contemplado en el SIS según sus resultados no sobrepasan el beneficio al 38 % de la población más pobre, por eso el SIS un buen esfuerzo está muy lejos de lo que el país necesita, un rediseño para el aseguramiento universal en salud que conciba lo contributivo y lo subsidiado como parte de un régimen mixto por lo que se requiere de un aseguramiento universal, sostenido, equitativo, solidario y de una descentralización sectorial como parte de la descentralización general del Estado.

TRAZADO ECONOMICO DE LA REGIÓN PIURA (RESUMEN)

Se estima que el PIB asciende a más de 4,025'000,000 soles, (3.1% del país) los sectores que mas aportan económicamente son los siguientes:

APORTE ECONOMICO REGIONAL:

Servicios	2,256'000,000
Manufactura	720'000,000
Agricultura	483'000,000
Minería	209'000,000
Construcción	207'000,000
Pesca	145'000,000

PRODUCCIÓN REGIONAL:

Las principales capacidades productivas de la región son las siguientes:

Se exportan aproximadamente 374 productos diferentes (10% del país) por 188 empresas que representan (el 4% del total nacional) aportando la suma de 374'705,439 nuevos soles.

Las principales capacidades productivas de la Región son las siguientes:

MINERIA (Prov. Talara, Sechura, Piura y Huancabamba)

Petróleo	1,951	millones de barriles
Gas	6'747,000	mpc
Fosfatos	395	miles de Ton.
Salmuera	454	“ “ “

(Yeso, calcáreos, deatomitas, oro, cobre, zinc, plata, etc.)

PESCA (Prov. Paita, Sechura y Talara)

Desembarque	986,371	TM
Producción	257,926	“
Exportación	298,834	“

(Produce el 38% del pescado fresco, el 80% congelado, y el 33% para conserva del total del país)

AGRICULTURA (Piura, Sullana, Sechura, Ayabaca, Huancabamba, Morropón)

Plátano	23,142	TM
Limón	13,196	TM
Mango	13,188	TM
Espárrago	9,020	TM
Arroz	6,704	TM
Maíz	3,443	TM
Algodón Pyma	1,478	TM

PECUARIO

Carne de pollo	24,492	TM
Carne de vacuno	3,347	TM
Carne de porcino	7,243	TM
Carne de caprino	4,162	TM
Carne de ovino	1,299	TM
Leche	37,878	TM
Huevos	5,034	TM

*(50543 TM de carnes diversas)

TURISMO Y ARTESANIA: Con incipiente desarrollo actual y gran potencialidad para el desarrollo de la Región.

RECURSOS ECONÓMICOS RECIBIDOS EN LA REGIÓN PIURA AÑO 2,005

Recursos económicos recibidos año 2005 por los gobiernos locales (358'038,946) nuevos soles y el regional (45'771,467 nuevos soles) ascendió a 403'810,413 nuevos soles.

PLAN DE INVERSIONES para el trienio 2007 - 2010 se estima asciende a 1,400 millones de soles en áreas estratégicas del desarrollo como son el proyecto Alto Piura, Bayóvar y la Vía Terrestre Transoceánica, la Minería, el Turismo y la Pesca entre otras; lo cual generará miles de empleos y/o mejora de infraestructura con lo cual se beneficiará también el sistema de salud.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA CONSULTORIA

I. ANTECEDENTES

La Universidad Nacional de Piura con el propósito de contribuir al desarrollo de la región tiene el interés de generar cambios en la calidad de vida de la población, donde uno de los elementos fundamentales está referido a lograr mejores niveles de salud en la población, los cuales deben ser conducidos y liderados por la Dirección Regional del MINSA y operacionalizado a través de las Redes de Servicios de Salud que incluye además a EsSALUD, Sanidad FAA y PNP y, Servicios Privados que desarrollan sus actividades en los diferentes escenarios asignados según la distribución geopoblacional que tienen en el Departamento de Piura.

Para lograr estas mejoras en Salud, es fundamental cumplir con los principios de: incrementar la accesibilidad, eficiencia, calidad y equidad en las acciones de salud, promoviendo la participación de la comunidad y la intersectorialidad para ello es requisito básico realizar una buena gestión como respuesta institucional a las necesidades y demanda de salud de la población.

Si queremos promover mejoras sostenibles en la salud de la población es necesario elaborar un diagnóstico social participativo, lo más integral posible y trazar los lineamientos estratégicos para el mejoramiento de la salud en el Departamento de Piura, que prevea los cambios que son necesarios, que permitan modificaciones de los indicadores que expresan el nivel de salud y calidad de vida de la población. Este Trazado de Desarrollo tiene que partir de un diagnóstico de la situación actual para proyectarse y llegar a una situación deseada, para lo cual se requiere de un Desarrollo Institucional y un Desarrollo Organizacional de las instituciones que tienen la responsabilidad de lograr las mejoras en la salud de la población, sin ello no son sostenibles los progresos que logren alcanzarse.

Precisamente este enfoque es el que tiene mayor probabilidad de éxito ya que parte de elementos científicos y profesionales en el abordaje de acciones y la conducción de las inversiones requeridas en el lugar y con la oportunidad necesaria, dejando atrás lo empírico, doméstico e improvisado de acciones incoherentes que no logran impactar y mucho menos la sostenibilidad que necesitan los logros alcanzados.

Nuestra propuesta se basa en algunos componentes que hacen más integral y holístico nuestro abordaje de COMO lograr ese desarrollo alcanzando adecuados niveles de salud y contribuir a la calidad de vida de la población:

1. Un Diagnóstico de Salud de la población en el Departamento de Piura. Un estudio documental utilizando indicadores sanitarios, económicos y sociales enfocados a los factores que determinan la salud de la población.
2. Un Análisis Participativo, en el cual tendremos en consideración: por un lado a la población quién recibe los servicios de salud y evaluar sus expectativas, determinar las necesidades y demandas de salud; por el otro a los prestadores de los servicios, para conocer cuáles son los principales problemas y cómo ellos pueden ofrecer mayor calidad en los servicios de

- salud que brindan a la población, cuáles son sus relaciones interpersonales y el grado de motivación y compromiso que expresan.
3. Un diagnóstico de necesidades de Redes, en que identifiquemos cuales son las necesidades de los servicios de salud en las categorías de: estructura o planta física, recursos humanos, número, calificación y necesidades, Equipamiento y Estado en que se encuentra y la Gestión en la organización, programación y calidad de los servicios de salud.
 4. Con estos elementos estamos en condiciones de elaborar el Trazado Estratégico Sectorial en Salud, teniendo en cuenta que los prestadores de Salud son varios, conocer cual es su grado y áreas de participación para una adecuada optimización de los recursos, basada en elementos científicos y la disponibilidad de la información necesaria y oportuna que se utilizará para medir los avances logros en la salud de la población.

II. OBJETIVOS

Objetivos Generales:

1. Elaborar el perfil de salud, con un análisis participativo que involucre a la población y los prestadores de Salud, determinando cuales son las necesidades de los establecimientos de las Redes de Servicios de Salud del Departamento en el 2007.
2. Diseñar un Trazado Estratégico Sectorial de Salud que integre las diferentes instituciones y organismos prestadores de servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Elaborar un Análisis de la Situación Sectorial de Salud en el Departamento de Piura.
- ❖ Identificar las expectativas de salud, criterios de los servicios de salud y las necesidades y demanda de salud que tiene la población.
- ❖ Realizar un diagnóstico de necesidades de las Redes de Servicios de Salud, en las variables de Infraestructura, recursos humanos en salud, Equipamiento y Gestión.
- ❖ Diseñar un Trazado Estratégico de Líneas de Mejoras de Salud que involucre los diferentes prestadores de servicios de salud de la Región.

III. PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1. Revisión documental y bibliográfica de estudios y trabajos realizados en las Redes de Salud y en la Región de Piura en los últimos 5 años, tanto referente a Salud como otros aspectos económicos o sociales, o experiencia o proyectos ejecutados.
2. Elaboración de los instrumentos de trabajo: Guías de entrevistas, encuestas, formularios etc.
3. Comunicación a la Dirección Regional de Salud, así como a Gobiernos Municipales y Redes de Servicios de Salud, solicitando que den las facilidades para su ejecución.

4. Otorgamiento a los participante en el estudio de Consultoría de una credencial para su trabajo ante las autoridades y directivos de las instituciones.
5. Selección del personal auxiliar para el estudio y capacitación en las técnicas a utilizar para recabar la información.
6. Exposición a las autoridades políticas, sanitarias y representantes de la comunidad los objetivos y lineamientos del estudio a realizar para su comprensión y apoyo.
7. Análisis Situacional de Salud con **Enfoque Sectorial**, para establecer el perfil de salud de la Región de Piura.
8. Recolección de la información en indicadores cuantitativos, demográficos, de condiciones de vida, sanitaria y económica de la Región de Piura, provincias y municipios de:
 - a) Estructura y dinámica de la población.
 - b) Información de condiciones de vida
 - c) Información económica.
 - d) Indicadores sanitarios para el perfil de salud de la población.
9. Análisis Participativo: Discusiones grupales con personal de salud de los establecimientos de las redes de Salud, representantes formales e informales de la comunidad y representantes de la sociedad civil, mediante una muestra de barrios de: Piura - Castilla, Sullana, Paita y Ayabaca, proporcionando información cualitativa.
10. Integración del Diagnóstico de necesidades de Redes de Salud en los aspectos de: Infraestructura, Recursos Humanos en salud, Equipamiento y en Organización y Resultados de Gestión en el marco de la calidad de los servicios de Salud.
11. Con la información recepcionada y teniendo en cuenta las Políticas y Estrategias de Salud del Ministerio de Salud se elaboró el Trazado Estratégico de Mejora Sectorial.
12. Elaboración de forma participativa con las Redes de Servicios de Salud la adecuación de los Planes Estratégicos para cada Red, que fueron enriquecidos con los aportes y, concertado con los Representantes de la Organizaciones de la Comunidad en cada Red.
13. Presentación del borrador del estudio a la Universidad Nacional de Piura, Gobierno Regional y Dirección Regional de Salud para revisión sugerencias acorde a la propuesta realizada.

IV. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.

1. Revisión Secundaria de la Información disponible de la Situación de Salud del Dpto. Piura.

a) Técnicas a utilizar:

- Observación documental
- Cuadros y tabla de vaciamiento de la información
- Construir Fichas documentales

2. Investigación cuantitativa.

b) Técnicas a utilizar:

- Encuestas (formularios)
- Entrevistas estructuradas

3. Investigación cualitativa.

c) Técnicas a utilizar:

- Observación participante
- Entrevistas no estructurada.
- Grupos focales.

V. UNIVERSO Y MUESTRA

Se trabajó con el universo los componentes del estudio referidos a:

- a. Análisis de la Situación de Salud: que será de toda la Región de Piura con sus 8 Provincias y Municipios principales y la Red preventivo asistencial de la Dirección Regional de Salud, en cuanto a: condiciones y estilo de vida de la población, enfermedades prevalentes y su magnitud y severidad: riesgos, morbilidad, y mortalidad
- b. El Diagnóstico de Necesidades de Redes: Se visitaron los Hospitales (10), 41 Establecimientos de la Red de Salud y fueron evaluados en lo referido a: Infraestructura, Recursos humanos, Equipamiento y Gestión entre otros aspectos.

Se trabajó con una Muestra de conveniencia por Experto para los componentes relacionado con:

- a. El Análisis participativo o consulta con la población, tanto a través de encuestas semi estructuradas como Grupos Focales.
- b. Análisis Participativo con los prestadores fundamentales de salud mediante Grupos Focales.
- c. Grupos focales y Entrevistas de profundidad para los informantes claves en la etapa de retroalimentación de la información recolectada.
- d. La elaboración del Trazado de las Líneas de Mejoras de acuerdo al análisis de actores claves.

VI. METODOLOGIA:

Para realizar esta investigación se estructura una metodología de trabajo, que consiste en un Diagnóstico, para lo cual se establecen las diferentes etapas en la investigación.

A. Diagnóstico: Concebido como el proceso de investigación y análisis, que permite conocer la problemática de la población, en un espacio geopoblacional determinado, identificando sus problemas y comportamientos, considerando sus aspiraciones, demandas y necesidades de salud, tanto en lo físico espacial como en el plano personal, familiar, económico, social y cultural de la población.

El Diagnóstico comprende:

- **Estudio documental:** basado en información e indicadores cuantitativos, demográficos, estadísticas sanitaria de los resultados de la atención en Las Redes de Salud y de condiciones de vida, que permiten identificar problemas de salud (Investigación Cuantitativa).

Búsqueda y recolección de la información para el estudio:

Para la información demográfica, utilizaremos los resultados del Censo Nacional de Población y Viviendas, realizado por el INEI, en el 2001, que puede considerarse actualizada y de confiabilidad.

En cuanto a la información sanitaria, utilizaremos el Sistema de Información de Salud de la Red de Salud, y el de la Dirección Regional de Salud en caso necesario.

Condiciones de vida lo obtendremos a través de una encuesta que realizaremos a una muestra de familia con apoyo de los alumnos de medicina.

- **Estudio de campo:** este se realiza mediante un Análisis Participativo en la comunidad, que complementa con información cualitativa al estudio documental, identificando los comportamientos, aspiraciones y demandas de la población, que se consideran necesidades de salud.

Conocer la percepción y criterios del personal de salud como prestadores de los servicios de salud.

B. Recolección de la Información. Tanto la cuantitativa de los instrumentos diseñados para la observación documental, entrevistas, encuesta; y la cualitativa resultado de las sesiones de los Grupos Focales que se realizaron en la comunidad. Identificando las percepciones y comportamiento de la población y la influencia de los factores ya señalados que lo determinan; así como los criterios, expectativas y demandas que tiene la población de los servicios del Centro de Salud.

Además de los criterios de los prestadores de los servicios que brindan y la utilización de los mismos por la población.

Se elaboraron los **constructos** instrumentos que agrupan las variables y permiten una mejor interpretación en la investigación cualitativa de recolección de la información.

C. Proceso de Sistematización, interpretación. de la información recolectada para esta etapa se utilizaron las técnicas de:

- **Diagrama de Venn.** Como técnica cualitativa, aporta en la sistematización porque posibilita el agrupamiento de información, cualitativa, de diversas procedencias, identificando aspectos comunes, iguales y/o complementariamente heterogéneos, lo que proporciona **datos de constructo** con los que se puede clasificar y categorizar los datos principales.

D. Informe final: Resultados obtenidos mediante el proceso de Diagnóstico y las conclusiones arribadas de la utilización de los instrumentos de sistematización.

1. **Tipo de Estudio:** el estudio contó con técnicas de investigación:
 - a) Documental, para el perfil de salud del Departamento Piura y sus Municipios.
 - b) Cuantitativas para la recolección de la información en Diagnóstico de necesidades de las Redes de Salud de: 10 Hospitales, 41 Establecimientos de salud
 - c) Cualitativas. El Análisis Participativo con la población y los prestadores de salud. Plan estratégico departamental y de las tres Redes de Servicios de Salud.
2. **Área del Estudio.** El Departamento Piura y sus Municipios, con las Redes de Servicios de Salud, de la Seguridad Social, las instituciones de Cooperación externa y religiosas y organismos de Cooperación Internacional, que desarrollan actividades en el Sector Salud del Departamento Piura.
3. **Universo Muestra.** Se determinó por los siguientes criterios:
 - a) Número de población, y la presencia de los servicios de salud de los diferentes prestadores que operan en el Departamento.
 - b) La cantidad y diversidad de las acciones de salud que realizan.
 - c) El tiempo disponible para realizar el estudio.
 - d) Aspectos de índole económica que dispone el financiador.

Teniendo en cuenta los criterios antes expuestos, se trabajó con:

- a) El Universo, que es el Departamento Piura, en:
 - El Perfil de salud,
 - El diagnóstico de necesidades de Redes y
 - El Trazado de Líneas de Mejoras estratégicas Sectorial del Departamento.
- b) Por muestreo en el análisis participativo con la población y los prestadores de Salud, se elaboró un *diseño muestral no probabilístico por criterio de experto* en las ciudades y localidades de: Piura - Castilla, Sullana, Paita y Ayabaca.

La investigación cualitativa se hizo con Grupos Focales compuestos por 15 a 20 personas, en edad fértil, hombres y mujeres estratificada, en la ciudad de Piura y Castilla, de acuerdo al nivel socio económico inferido mediante las condiciones de vida: residencia, nivel de vida (vestimenta, autos, usos de

servicios de la familia), y de forma separada para no interferir o sesgar la información que brinden, el resto de las localidades objeto de estudio no se hizo estratificado; ya que la población tiende a ser mas homogénea en forma general.

Se realizaron 25 Grupos Focales en las áreas seleccionadas en la muestra de ellas 18 corresponden a la población que representa el 72 % y 7 al personal de salud para un 28 %, siendo proporcional a la población y al personal de salud de cada área objeto del estudio. La distribución fue en la siguiente forma.

Lugar	Grupos Focales		TOTAL
	Población	Prestadores	
Piura – Castilla	8	4	12
Sullana	4	1	5
Paíta	3	1	4
Ayabaca	3	1	4
TOTAL	18	7	25

Se complementó la información recogida en los Grupos Focales con encuestas para explorar las expectativas de la población y prestadores, en relación a la disponibilidad de oferta y demanda, y la calidad en la prestación de los servicios de salud un tamaño de muestra total de 600 encuestas, distribuidos de la siguiente manera:

Lugar	Encuestas Pob. atendida		TOTAL
	DIRESA	ESSALUD	
Piura – Castilla	250	150	400
Sullana	70	30	100
Paíta	50	--	50
Ayabaca	50	--	50
TOTAL	420	180	600

Se realizó entrevista a informantes claves tanto Autoridades de Salud y de los Gobiernos Municipales, y representantes de la Comunidad Organizada, Junta de Campesinos, otros).

Entrevistas Inf. Claves	Localidades				
	Piura	Sullana	Paíta	Ayabaca	Total
P. de Salud	6	3	2	2	13
Gobiernos Reg. Municipal	4	2	2	2	10
Comunidad	5	2	2	2	11
Otras Inst.	3	2	2	2	9
TOTAL	18	9	8	8	43

5. Métodos e instrumentos de recolección de la información.

1. Métodos: Observación – Encuestas

Se utilizaron los métodos cuantitativos de Observación y Encuestas, dentro de ellas las técnicas fueron:

- a) Observación documental
- b) Observación no participante.
- c) Formularios.
- d) Entrevistas estructuradas.

Entre las técnicas cualitativas se aplicaron:

- a) Grupos focales.
- b) Entrevistas no estructuradas

2. Instrumentos de recolección de la información:

- a) Observación: documental para la recolección de la información
 - Instrumento: Guía para la recolección de la información
- b) Encuestas: Entrevistas:
 - Colectivas, semiestructuradas horizontales o construcción de un marco conceptual y diálogos de conocimiento compartido.
 - Instrumentos:
Cuestionarios operativos para los GS. de la Comunidad.
Cronograma de los Grupos focales
 - Individuales: semiestructuradas y/o en profundidad.
 - Instrumento: Guía de entrevista.

3. Instrumentos de sistematización de la información cualitativa:

- Dato de constructo/dato principal
- Diagramas de Venn

Instrumentos	Perfil de Salud	Análisis Participativo	Diagnóstico necesidades de Redes	Plan estratégico Sectorial Dpto.
Encuestas	-	X	-	-
Grupos Focales	-	X	-	X
Entrevistas	X	X	-	X
Fuentes Secundarias	X	X	X	X

6. Plan de Tabulación: La tabulación dado el volumen de la información que se maneja por las variables que se estudiaron, se hizo mediante la creación de un programa de base de datos, con cuadros de la información cuantitativa cualitativa y gráficos de las principales y más significativas variables del estudio.

7. Procedimientos:

a) La selección del personal se hizo de acuerdo a los perfiles de profesión, especialización y/o grados científicos y experiencia que se establecen.

Perfil profesional.

Se contó con personal con las siguientes características:

1. Consultor Principal y Coordinador de la Consultoría: Médico. Especialista en Salud Pública con Grado de Maestría en Salud
2. Consultor Auxiliar o Ayudante de Campo (1): Profesional de la Salud. con experiencia en Salud Pública, Gerencia de Servicios de Salud o Epidemiología.
3. Médico Gineco Obstetra con Doctorado en Medicina, experto en Salud Materna.
4. Economista Profesional graduado con experiencia mínima de 5 años y con experiencia de trabajo en Proyectos, Costos o Presupuesto
5. Personal de apoyo (2), Licenciado con experiencia en dinámica de Grupos focales.
6. Personal de apoyo a las encuestas y entrevistas semiestructurada (3): técnicos.

Como personal técnico y de apoyo se contrataron a personas residentes del área del estudio, (Técnicos, bachilleres o estudiantes universitarios) para la recolección de la información: tanto en las encuestas como en las entrevistas semiestructuradas

b) Recolección de datos: el personal conductor de la investigación señaló las responsabilidades y funciones de cada miembro del equipo, así como supervisó al consultor de campo con el fin de lograr la calidad requerida en la obtención del dato primario, y el ahorro del tiempo y gastos innecesarios en la ejecución del estudio.

El personal técnico y/o de apoyo realizó las encuestas (investigación cuantitativa), apoyó la realización de los grupos focales (investigación cualitativa) con las correspondientes guías (instrumentos).

c) Capacitación: Se capacitó al personal postulante con los requisitos establecidos para seleccionar los previstos en la ejecución del estudio a realizar.

Se contó con el apoyo de 2 profesionales de la Dirección Regional de Salud de Piura en calidad de Comisión de Servicios por un mes para apoyar el trabajo de selección de la muestra y con experiencia de terreno y conocimiento de los Centros de Salud de las áreas seleccionadas participando en la identificación los informantes claves, y participaron en la supervisión de las actividades de campo.

TRAZADO DE LAS LINEAS DE MEJORAMIENTO ESTRATEGICO DE SALUD:

A partir del diagnóstico y su exposición ante un grupo de actores que fueron seleccionados mediante la técnica de Análisis y Selección de actores, y complementado a través del Diagrama de Venn, para determinar su posición e involucramiento con el Proceso de Planificación Estratégica de la Salud en el Departamento, se identificaron:

1. Los Macroproblemas, potencialidades y transversales para el Trazado Estratégico de Salud.
2. Problemas y necesidades de salud.
3. Causas y efectos de los macroproblemas identificados.
4. Políticas y estrategias del Plan Nacional de Salud, o situación de salud y problemas identificados, para definir los lineamientos estratégicos de mejoramiento de la salud
5. Trazado con los principales Lineamientos de mejoramiento estratégico del Sector de la salud.

RELACION DE INSTRUMENTOS EMPLEADOS

1. Guía de observación documental del perfil de salud.
2. Guía de entrevista semi estructurada a informantes clave
3. Guía de Grupos Focales de la comunidad
4. Guía de Grupos Focales prestadores de salud.
5. Encuestas a la población seleccionada en la muestra.
6. Elaboración de Constructos
7. Diagrama de Venn

CAPITULO III

MARCO TEORICO.-

Las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario siguen siendo problemáticas, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud.

En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación. La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas.

Pese a la falta de definiciones universalmente acordadas, las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en "lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar" Por el contrario, la determinación de políticas públicas es una función primordial del gobierno y un proceso político esencial.

Como tal, implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación.

De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad. Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados.

Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos, medicamentos, y la contaminación ambiental.

Las tendencias en el sistema de salud que incluyen: la redefinición del papel del Estado, que dejó de ser proveedor único en materia de atención de salud para

asumir las funciones de regulación y coordinación; la expansión asimétrica del seguro privado de salud; la privatización de las Instituciones de seguridad social (que afectó a las pensiones así como a otras formas de protección social) y de los servicios médicos, y la expansión de las asociaciones entre instituciones públicas y privadas. Sin embargo, simultáneamente a la penetración generalizada en el mercado, la sociedad civil aumentó su participación en el desarrollo de políticas en toda la Región por medio de sociedades, asociaciones, grupos organizados o representantes para promover temas de interés.

Uno de los legados más importantes que nos dejaron las reformas en salud, y en particular de los procesos de descentralización y devolución, es que las transformaciones no siempre lograron mejorar el acceso, la equidad, la calidad de los servicios, o la rendición de cuentas, o inclusive aumentar la participación local.

En algunos casos, el logro incompleto de estos objetivos estuvo asociado con peculiaridades de las condiciones locales a las que no se prestó la debida atención. En el contexto de la “modernidad globalizada”, este es un factor de importancia creciente debido a la naturaleza de las dialécticas globales y locales, en las cuales los límites de la “comunidad” son cada vez más difusos y al mismo tiempo, más heterogéneas. Las experiencias actuales muestran cada vez más que las intervenciones que alcanzan buenos resultados son las que valoran el contexto, el conocimiento y la capacidad local, y; funcionan mejor cuando se adaptan a condiciones y poblaciones heterogéneas.

El compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social, es un imperativo del desarrollo. Sin embargo, aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

La renovación de la Atención Primaria de Salud invocada nuevamente por la OPS en el último trienio representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos de larga data y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en el enfoque sanológico, en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven. Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados y sistemáticamente capacitados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

En este capítulo se reconoce el importante papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, por el contrario, aumentar las disparidades y la exclusión. Si bien se justifica un análisis más detallado, algunos de los factores que podrían posibilitar uno u otro desempeño, parecen incluir condiciones estructurales

iniciales posiblemente defectuosas, débil gobernabilidad, o incluso el período de maduración de algunos beneficios.

En otras instancias, o en forma concomitante, la capacidad limitada para formular políticas por parte de sectores públicos frecuentemente desvalorizados, incluido el de la salud, obstaculizó la posibilidad de utilizar el conocimiento disponible, de elaborar argumentos exitosos y de diseñar e implementar políticas. La ejecución tardía y los desajustes organizativos y administrativos pueden haber puesto en riesgo los objetivos deseados de calidad, eficiencia, efectividad médica, económica y social.

Más aún, la calidad de las políticas de salud y la viabilidad de cambios en el sistema de salud orientados hacia una mayor equidad están limitadas por la historia, la cultura, la política, la economía y los fundamentos sociales de los contextos en los que se aplican.

Casi todos los aspectos de la política económica y social influyen sobre las condiciones de salud, y por ende sobre las disparidades en salud. Una mayor armonización entre las políticas de salud y de desarrollo social orientadas hacia una mayor equidad, y que también consideren los temas de efectividad y responsabilidad, es alentadora. Sin embargo, en la mayoría de los países la coherencia entre la política social y la económica, y la subordinación de las políticas sociales y de salud a decisiones en otras esferas políticas, son asuntos que aún quedan por resolver y son partes de la agenda inconclusa de la salud en nuestra América.

Salvaguardar el principio del acceso universal y alcanzar beneficios significativos en salud requerirá no solo la modificación de la perspectiva actual de las políticas sanitarias y de los sistemas y servicios de salud, sino también enfrentar el desafío de nuevas formas de gobierno en el Estado y la sociedad, temas que trascienden al sector de salud.

Se indican a continuación algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países de la Región expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes:

- *Valores:* derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática.
- *Principios:* eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
- *Propósitos:* proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de enfermar, y satisfacer las expectativas de la población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad.

Los países optan por determinados arreglos organizativos para sus sistemas de salud a fin de satisfacer valores y principios establecidos, cumplir con sus propósitos y alcanzar los objetivos sanitarios planteados, los que a su vez generan distintas modalidades de conducir el sistema y regular su funcionamiento, financiar y asignar

los recursos, y proveer los servicios de salud. La definición del sistema de salud, de sus diversos subsistemas, las organizaciones que lo constituyen y las relaciones existentes entre ellos se menciona en las constituciones, leyes generales de salud o códigos sanitarios de todos los países de la Región.

Estos marcos normativos establecen las relaciones entre el subsistema público y los diversos subsistemas, incluidos el privado y los de seguridad social, educación y formación de recursos humanos para la salud. Casi todas las constituciones de los países de la Región reconocen la salud como un derecho humano; sin embargo, la historia muestra que los gobiernos y las sociedades han logrado mejores resultados a la hora de formular la legislación sanitaria que de introducir los cambios necesarios a sus sistemas de salud y protección social para asegurar ese derecho.

La segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos “especializado” en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social.

Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población.

En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales de las décadas de 1980 y 1990).

La fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial.

La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.

Se debe considerar asimismo el proceso de globalización que, al promover una amplia liberalización del movimiento internacional del capital y profundizar los procesos de transnacionalización de la industria, desempeñó un papel central en la definición de políticas que ejercieron gran influencia en el sector salud.

Esos procesos han provocado también un debate más amplio acerca de la viabilidad y el futuro de los sistemas de protección social en el mundo, en circunstancias en que la aplicación masiva de políticas de ajuste estructural ha traído consigo cambios profundos en el mercado de trabajo, junto con el debilitamiento de la red de servicios sociales provista por el Estado, el surgimiento del sector privado como actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el sector público, tales como la administración de servicios sociales y de monopolios naturales, y la

reducción de la capacidad de conducción y regulación del Estado, con la consecuente profundización de la segmentación y la fragmentación asociadas a la aparición de nuevos planes de pensiones y de aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Así, los esquemas de protección social en salud ofrecidos por las instituciones dependientes del Ministerio de Salud y por la Seguridad Social resultaron insuficientes, al excluir a millones de personas del acceso a bienes y servicios de salud, lo cual también se tradujo en un elevado gasto de bolsillo, que aún persiste.

Diversos estudios muestran que cuando el gasto de bolsillo ocupa una proporción importante del gasto total en salud, la capacidad de pago se convierte en el factor determinante de la demanda de cuidados que una persona requiere (4).

Reformas en Salud

En el marco de las reformas macroeconómicas que tuvieron lugar en las décadas de 1980 y 1990, los países de la Región introdujeron una serie de cambios en sus sistemas de salud dirigidos fundamentalmente a incrementar la efectividad, garantizar la sostenibilidad financiera, promover la descentralización y asignar un papel más importante al sector privado.

Los resultados de estos procesos de reforma fueron diversos y sus legados se perciben en la actual organización de los sistemas. En el cuadro 1 se presentan algunos de sus aciertos y dificultades.

En general, las reformas en el campo de la salud no consideraron las características propias de cada país en cuanto a su estructura geográfica, social y demográfica, su historia y cultura política, y el grado de desarrollo de las instituciones del sector, sino que sobre todo, tendieron a adoptar los modelos promovidos de manera normalizada por los organismos multilaterales de asistencia financiera, centrados en los cambios financieros y de gestión, la desregulación del mercado laboral, la privatización y la descentralización.

Estas reformas también prestaron poca atención al efecto de los cambios sobre los actores y grupos de interés del sector salud, en particular los trabajadores de la salud; no promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, descuidando sus complejas interrelaciones, y no estimularon la definición de objetivos sanitarios nacionales. De este modo, aunque los propósitos de los procesos de reforma estuvieron orientados al desarrollo de una agenda regional centrada en el logro de mayor pluralismo, eficiencia y calidad en la entrega de servicios de salud, en la práctica se produjo una reducción de la capacidad rectora del Estado, se debilitó en su conjunto el funcionamiento del sistema de salud, y los temas de la esfera sanitaria quedaron relegados a un segundo plano.

CUADRO 1**PRINCIPALES RESULTADOS Y PROBLEMAS DE LAS REFORMAS SECTORIALES EN SALUD - DÉCADAS DE 1980 Y 1990 EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Reformas y resultados	Consecuencias
Se identificaron y separaron las funciones del sistema de salud. El sector privado adquirió mayor importancia en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud.	La creación, promoción y desregulación de los mercados de aseguramiento y la provisión de servicios de salud llevaron a la multiplicación de agentes intermediarios en competencia. Esto incrementó la segmentación del sistema, elevó los costos de transacción y debilitó la función rectora del Ministerio de Salud.
Con el argumento de la disciplina fiscal en el sector público de salud, se enfatiza en la sostenibilidad financiera y la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud.	Reducción drástica del gasto público. Los mecanismos de control de costos llevaron a pérdidas en infraestructura pública de salud y en personal, y al empeoramiento de los resultados de salud. Las cuotas de cobro a los usuarios en los establecimientos de atención aumentaron el gasto directo o de bolsillo.
Se mejoró la gestión de servicios, a través del establecimiento de compromisos de gestión. Se aplicaron los criterios de eficiencia en la prestación de servicios de salud.	La introducción de la lógica de cuasimercados en el sector público de salud deterioró las funciones de salud pública. La promoción de la competencia entre aseguradores y proveedores para captar clientes con capacidad de pago profundizó la segmentación. La incorporación de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individuales llevó a priorizar los servicios curativos frente a las acciones preventivas.
Se aplicaron mecanismos, procedimientos e instrumentos para extender la cobertura y alcanzar a las poblaciones marginadas. Muchos países adoptaron la idea de crear "paquetes básicos" para los pobres o para grupos específicos de la población. (Seguros de Salud)	La introducción de paquetes básicos para los pobres profundizó la segmentación (desigualdad) de los sistemas de salud. La creación de fondos separados para la población con capacidad contributiva y los que no pueden contribuir llevó a la pérdida de solidaridad en el sistema y profundizó la inequidad en el acceso a la atención a salud y los resultados de salud. La cobertura no aumentó, y tampoco se pudo satisfacer el incremento de la demanda de servicios de salud debido a la escasez de recursos asignados a mejorar la oferta de servicios.
Se buscó aumentar la participación local en la administración de servicios mediante procesos de descentralización.	Los procesos incompletos de descentralización profundizaron el debilitamiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud y la inequidad geográfica en la provisión de servicios de salud.

La cobertura poblacional según los diferentes subsistemas lo representamos para el Perú en el siguiente cuadro, que no tiene el propósito de presentar una clasificación exhaustiva o exclusiva, sino de sintetizar la información disponible más actualizada del país.

Es posible que en algunos casos la suma de los porcentajes de coberturas sea mayor a 100, debido a la duplicación de aseguramiento de algunos grupos de población afiliados a más de un esquema de protección social.

CUADRO 2

COBERTURA POBLACIONAL SEGÚN SU SISTEMA DE SALUD

País	Año	Fuentes	Sub - Sistema	Cobertura poblacional según subsistema
Perú	2006	Perú, Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud.	Público	27,8%: Seguro Integral de Salud, Ministerio de Salud.
			Seguridad Social	28,1% (EsSalud 25,1%; Entidades Prestadoras de Servicios de Salud [EPS], Fuerzas Armadas y Policía 3%).
			Privado	10,0% (seguros privados 2%; pago directo de servicios y medicina tradicional 8%).
			Sin Cobertura	50.0 %

Fuente: OPS/OMS para la publicación Salud en las Américas 2007

La exclusión social sin lugar a dudas es otro de los serios problemas que se enfrentan en los actuales enfoques para solucionar la problemática de salud de la población, un aspecto importante sería tener en cuenta la exclusión social, cómo inciden en la población y cuáles son los tipos de exclusiones que afectan a la población y en qué magnitud la misma se presenta; así como identificar las principales causas que determinan esa exclusión de personas que requieren y demandan los servicios de salud en un momento determinado.

A continuación exponemos ello en un cuadro ajustado según datos de OPS

CUADRO 3**EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD: INCIDENCIA Y PRINCIPALES CAUSAS
PERÚ - 2003**

País	Exclusión social en salud (%)			Principales causas de exclusión social en salud
	Incidencia en la Población	Exclusión social debida a		
		Barreras de Acceso	Ofertas Insuficiente	
Perú	40	54	46	Pobreza / residencia en la zona rural / origen étnico

Fuente: OPS/OMS; ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003

Gastos de los hogares en salud:

Porcentaje del gasto total de los hogares	2.9 %
Gasto de hogares en salud per cápita del PBI	2.0 %
Gasto de consumo de los hogares en \$ USA PPA ¹	106.4 %

Dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud; United States Agency for International Development. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe.

¹ Dólares estadounidenses ajustados por paridad del poder adquisitivo (PPA), año 2000.

CAPITULO IV

MARCO INSTITUCIONAL.-

Respuesta del Sector Salud - Políticas y Planes de Salud

En julio de 2001, el Gobierno peruano convocó a los partidos políticos y a un conjunto de organizaciones políticas, religiosas y de la sociedad civil para lograr un acuerdo nacional, que sirviera de base para la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro.

De las 29 políticas de Estado aprobadas, la decimotercera señala el compromiso de un acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, mientras que la decimoquinta tiene relación con la promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición.

Los Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 - 2012 orientan las acciones del sector salud y definen las bases del proceso de modernización sectorial. Los nueve lineamientos definidos ponen énfasis en promoción de la salud, atención integral de las personas, aseguramiento universal, financiamiento orientado a los más pobres y modernización del Ministerio de Salud. Entre sus objetivos estratégicos están la promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, educación en salud, desarrollo del Seguro Integral de Salud, reducción de la morbilidad y mortalidad infantil y materna, ampliación del acceso y uso racional de medicamentos, y descentralización sectorial.

En 2002 fue promulgada la Ley de Bases de Descentralización (Ley No. 27783), que regula la estructura y organización del Estado en los ámbitos nacional, regional y local; define las normas que regulan la descentralización administrativa, económica, productiva, financiera, tributaria y fiscal; fija las competencias de los tres niveles de gobierno y determina los bienes y recursos de los gobiernos regionales y locales, y regula las relaciones de gobierno en sus distintos niveles. En enero de 2003, entraron en funcionamiento los gobiernos regionales, con la transferencia progresiva de funciones y competencias, así como el manejo de su presupuesto.

En 2005 se inició el proceso de transferencia de las direcciones de salud a los gobiernos regionales² por parte del MINSA, mediante un proceso de acreditación conducido por el Consejo Nacional de Descentralización (CND). Este proceso implica el desarrollo de capacidades en las regiones para conducir, dirigir y gestionar los servicios de salud, a partir de un conjunto de competencias transferidas convenidas con el CND; aunque el proceso debe concluir en 2010, el progreso alcanzado entre 2004 y 2005 ha sido importante para unos y para otros insuficiente, lento que da la ligera impresión que por momentos se apaga, por lo que quizá no se puedan cumplir las metas de transferencia según lo establecido. Se han seleccionado los distritos para realizar los estudios pilotos que permitan aplicar las indicaciones de la gestión de la APS en el año 2008 para luego generalizar la

²Uno por cada Departamento, con la excepción de Lima, donde el área metropolitana constituye una región y el resto de sus provincias otra.

misma. Es criterio generalizado que aun las acciones de capacitación para las autoridades políticas, técnicas y administrativa sobre la APS, en el entorno local es insuficiente, lo cual es vital para la garantía del éxito de dicha función.

Existe el criterio de autoridades sanitarias nacionales y regionales que muchos de los consejos provinciales y distritales son letra muerta, sólo existen en el papel e incluso varios de los regionales no logran la sistematicidad necesaria para hacer realidad el análisis de los problemas mas acuciantes del sector de la salud en el territorio

Varias regiones entre ellas Piura, mediante procesos participativos y consultivos, han establecido prioridades sanitarias, políticas y planes regionales de salud que en general han sido poco divulgados, incluso dentro del sector de la salud.

En 2001 se creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), como un mecanismo de articulación sectorial entre los subsectores público (que incluye al MINSA, y la Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía Nacional), privado y de la seguridad social. La primera evaluación del SNCDS, realizada en 2005, mostró que era necesario hacerle varios ajustes; asimismo — dado que el Ministerio no ha asumido la función rectora del SNCDS, principalmente porque no tiene la estructura ni las competencias necesarias —, se hizo evidente que era necesario llevar a cabo una armonización de las normas que rigen a las entidades que conforman el SNCDS, para que éstas estén en posibilidad de interactuar bajo la rectoría del Ministerio, así como para hacer compatible su funcionamiento como sistema coordinado.

El mayor progreso observado en el SNCDS fue la descentralización, proceso en el que el MINSA ha jugado un papel fundamental.

El impacto de la descentralización en el sector público en salud todavía es incipiente, ya que el proceso de transferencia de funciones, competencias, responsabilidades y recursos es progresivo, por etapas y por áreas, de acuerdo a cronogramas pactados entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales. Los principales cambios se han producido en la función de prestación de los servicios de salud públicos, la cual ha sido transferida a los gobiernos regionales, y algunas actividades de salud pública y promoción, como es el saneamiento básico, a los gobiernos locales.

Hasta junio de 2006 se habían transferido 34 competencias y facultades a 24 de los 26 Gobiernos Regionales que han demostrado tener la capacidad para el ejercer las funciones descentralizadas; esto los hace responsables de toda la prestación de servicios de salud, incluso la negociación del financiamiento, que se realiza contra contratos de gestión e indicadores de resultados.

Entre 2005 y 2006, todos los gobiernos regionales fueron evaluados mediante el instrumento de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), lo que permitió conocer el nivel de cada gobierno regional para el desempeño de las FESP, así como las brechas y necesidades existentes. El gobierno central llevará a cabo un programa de desarrollo de capacidades basado en los resultados de esta medición.

Estrategias y programas de salud

En 2004, 63.2% de la población peruana no contaba con ningún tipo de seguro médico: 70.10% de los pobres y 56.1% de los no pobres estaban en esta situación. La principal restricción para el acceso a los servicios de salud fue económica: 32.10% de los pobres con síntomas de enfermedad o accidente y que consideraban necesario consultar, no lo hicieron por este motivo. Como una estrategia para mejorar el acceso de la población pobre, en 2001 se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) de la fusión del Seguro Escolar Gratuito (creado en 1977) y del Seguro Materno Infantil (creado en 1998).

El SIS da cobertura a los menores de 18 años de edad, mujeres gestantes y grupos de adultos focalizados, en situación de pobreza. De acuerdo con datos del SIS, en 2004 se habían afiliado 8,8 millones de personas (32.0% de toda la población), aunque la Encuesta Nacional de Hogares señaló que 20.1% de toda la población estaba afiliada a este seguro médico. Hoy se considera es del 38% y en el se incluyen un 6% de ciudadanos no pobres. A pesar de las discrepancias en las cifras, esta estrategia ha mejorado el acceso de la población a los servicios de salud, aunque 40% de la población todavía presenta algún tipo de exclusión a los servicios de salud, y 10% (2,7 millones de personas) está totalmente excluida del sistema de salud. Factores como pobreza, ruralidad y discriminación étnica y social explican parte de esta situación, aunque también son factores importantes problemas internos del sistema de salud como el deficiente suministro de servicios esenciales en las zonas más pobres. Por ejemplo, en 2000, la mortalidad evitable por problemas quirúrgicos de baja complejidad (mortalidad por apendicitis, hernias de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal sin mención de hernia) era 1.7 por 100,000 habitantes en Lima, mientras que en los departamentos más pobres del país como Apurímac y Huancavelica era 30 veces más alto (62.1 y 59.0 respectivamente), lo cual explica en parte los altos índices de AVPP que aun tenemos.

La tendencia es continuar progresivamente hacia el aseguramiento universal. El SIS sería el asegurador público para la población pobre y extremadamente pobre, así como para la población con capacidad adquisitiva del sector informal; por su parte, la seguridad social (ESSALUD) aseguraría la población asalariada, dejando abierto al sector privado planes complementarios y aseguramiento para aquellos que así lo prefieran. El SIS es una concepción justa, noble pero ha estado empañada su imagen antes y después del último desastre natural por su inoperatividad y deficiente administración que incluso ha conmovido a la opinión pública nacional y para expertos demanda un rediseño.

Después de la desactivación de los Programas Nacionales de Salud en 2001, en julio de 2004 el MINSA estableció 10 estrategias sanitarias nacionales, las cuales están en relación con las prioridades de salud y que serán los temas que el MINSA impulsará y desarrollará en los próximos años: inmunizaciones, prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, prevención y control de tuberculosis, salud sexual y salud reproductiva, prevención y control de daños no transmisibles, accidentes de tránsito, salud de los pueblos indígenas, alimentación y nutrición saludable, y salud mental y cultura de paz. Pero las múltiples funciones, actividades, tareas y acciones de estas estrategias recaen en el mismo equipo de salud, limitado en sus competencias y niveles de desempeño, pues en general carecen de la capacitación institucional aunque se prevé que la especialidad de

medicina general integral sea la ejecutora principal; cuestión ésta que aún no se observa su aplicación real.

En realidad los prestadores en la base consideran que el ministerio nunca genera las estrategias considerando la experiencia de los profesionales en la base y mucho critican luego el monitoreo y evaluación de las mismas, por la nación y la región, lo cual puede estar incidiendo en los bajos niveles de cumplimiento que los especialistas señalan.

Organización del sistema de salud.

El sistema de salud del Perú está segmentado y tiene múltiples actores, tanto en la prestación como en el aseguramiento público, que ejecutan distintas funciones no necesariamente complementarias y con grandes grados de superposición. Esta situación puede profundizarse con la descentralización del Estado peruano.

El sistema de salud se compone de ESSALUD (aseguramiento médico, de riesgos laborales y salud ocupacional), que es de carácter público y obligatorio para la población asalariada (en 2004, cubría a 17.6% de la población total) (1); el Ministerio de Salud (con los institutos nacionales públicos desconcentrados: oftalmología, cáncer, rehabilitación y pediatría, entre otros); los gobiernos regionales (a los cuales se les transfirió recientemente la función y los recursos, tanto humanos como financieros, para la prestación de los servicios públicos), y los gobiernos locales (a los cuales se les están transfiriendo facultades en las áreas de agua y saneamiento básico); la Sanidad de las fuerzas armadas y policiales (que cubre alrededor de 3.0% de la población), y el sector privado (con una cobertura del 10.0%) con y sin fines de lucro, este último intensamente fragmentado. El Seguro Integral de Salud (SIS) es un asegurador y financiador público, que facilita el acceso gratuito a la atención básica para la población pobre y extremadamente pobre de mujeres gestantes y menores de 18 años. Existe también el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que cubre la atención por lesiones de este tipo de accidentes.

Además, hay instituciones de carácter regulador o de investigación, como el Instituto Nacional de Salud (laboratorios de salud pública e investigación en salud), el Instituto de Recursos Humanos en Salud y la Superintendencia de Seguros Privados, entre otros. Los servicios públicos y los de ESSALUD se organizan en redes de atención geográficamente distribuidas, organizadas por niveles de complejidad y con población adscrita; cuentan con hospitales generales, básicos, centros y puestos de salud, en su gran mayoría categorizados y regulados, que incluyen un conjunto de agentes voluntarios comunitarios entre los cuales están promotores y parteras. El sector público y ESSALUD se inspiran en el marco conceptual y los criterios de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Con la finalidad de atender a la población pobre y dispersa de las áreas rurales más alejadas de la sierra y a la población indígena de la Amazonía, los gobiernos regionales y el MINSA han organizado unidades de atención móviles itinerantes que, apoyados por el SIS, atienden a intervalos regulares a esta población y le ofrecen un paquete de atención básico o esencial, así como acciones promocionales y de organización de la comunidad; este servicio atiende alrededor de 200,000 personas. Esta alternativa es cortoplacista y por tanto no es la mejor alternativa, pues los servicios de salud deben ser permanentes, continuos y cercanos a la población y

estos excluidos no son familias de segunda ni de tercera y debe priorizarse con soluciones duraderas

Existen entre 6,000 a 5,000 localidades en el país con más de 2,000 habitantes donde el Estado nunca ha llegado y no existen ni las más elementales instituciones de educación, ni salud.

Servicios de Salud Pública.

El MINSA estableció entre sus prioridades nacionales 2006 - 2012 la aplicación de la estrategia de atención primaria y consecuentemente ha desarrollado un conjunto de acciones, entre las que se pueden citar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), donde se señalan las prestaciones de salud que debe recibir una persona según la etapa de vida en la que se encuentra, y de las Estrategias Sanitarias Nacionales (en reemplazo de los antiguos Programas de Salud), la participación social, el desarrollo de normas para la organización de las redes y categorización de establecimientos de salud, la readecuación cultural de los servicios, el enfoque de género, la acción intersectorial y eliminación de la exclusión social en salud a través del desarrollo progresivo del aseguramiento universal. En este contexto el MAIS ha definido y esta implementando un conjunto de atenciones esenciales por ciclo o etapa de vida (vacunación, alimentación complementaria, paquete de atención en salud reproductiva, paquete preventivo promocional para el adolescente, adulto mayor, la familia y la comunidad, etc.), que incluyen atenciones de carácter individual, familiar y comunitario, tanto promocionales y preventivas, como curativas y rehabilitadoras. Las atenciones colectivas son responsabilidad de los gobiernos regionales y locales, mientras que las individuales son responsabilidad de las redes de atención. En verdad la aplicación del MAIS según los expertos es muy limitada pues muchos continúan con el enfoque curativo, biomédico por excelencia y las concepciones de esta importante concepción de atención integral es una quimera, pues no se sectoriza la población, no se trabaja en equipo, no se realizan las historias familiares, no se conocen los riesgos, no se dispensaría a la población, etc.

Esta claro que no hay verdadera APS sin descentralización, sin verdadera participación comunitaria, intersectorialidad y tecnología apropiada.

Las Estrategias Sanitarias Nacionales son unidades de análisis, vigilancia, evaluación, programación, planificación y de inteligencia sanitaria que tienen la responsabilidad de la conducción del control de problemas específicos de alto impacto o riesgo como las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas, tuberculosis, malaria, mortalidad materna e infantil, y la salud de las poblaciones indígenas.

En 2004, 64.4% de los hogares se abastecía de agua mediante red pública. La cobertura de este servicio es mayor entre los hogares no pobres (77.4%) que entre los pobres (47.7%). Se abastecen de agua de río, acequia, manantial o similar 18.0% de todos los hogares, 28.3% de los pobres y 46.0% del área rural. El déficit es aún mayor en el servicio de alcantarillado: solo 50.9% de las viviendas tienen conexión a la red pública, 26.8% cuentan con letrinas, pozo ciego o séptico y 22.3% no cuenta con ningún sistema de eliminación de excretas; esta última cifra se eleva a 52% en el área rural. Entre las poblaciones indígenas de la Amazonía, solo 11.7%

cuentan con algún tipo de sistema de abastecimiento de agua, mayormente pozos y piletas públicas. La desinfección de agua está prácticamente ausente en casi todas las comunidades, y en aquellas en las que está presente, se realiza de manera intermitente.

Solo 9.7% cuenta con algún sistema de eliminación de excretas, principalmente letrinas.

En 2004, solo 23.4% de las aguas servidas recibían algún tipo de tratamiento (el cual se da principalmente en la ciudad de Lima) antes de su disposición final, lo que representa un serio problema de contaminación al medio ambiente. Otra fuente importante de contaminación del agua es la actividad industrial.

SIS: una estrategia para mejorar el acceso a la salud de la población pobre.

El Seguro Integral de Salud (SIS) se creó en 2002 como un subsidio para las poblaciones más pobres que no cuentan con un seguro de salud (menores de 18 años de edad, mujeres gestantes y grupos de adultos focalizados). Su propósito es disminuir las limitaciones de acceso a los servicios de salud, tanto por la existencia de barreras económicas, como por las diferencias culturales y geográficas. A continuación se presentan algunos de sus logros:

- Brindó aproximadamente 79.1 millones de prestaciones de salud en solo 60 meses.
- Concentra esfuerzos en favor de la atención gratuita de salud materno infantil en área rural y urbana marginal.
- Se han destinado más de 1,206 millones de soles para financiar las prestaciones de salud en todo el país.
- Se ha proporcionado atención gratuita a las madres gestantes y hasta diciembre de 2006 se habían atendido 1'554,896 partos.
- Están afiliados más de 2.7 millones de niños y niñas desde recién nacidos hasta 4 años y más de 196.000 madres pobres.
- El SIS atiende a 7.1 millones de niños y jóvenes en edad escolar (de 5 a 17 años) a pesar de que no sean alumnos regulares de centros educativos.

Servicios de Atención a las Personas.

En ESSALUD un subsistema eminentemente hospitalocentrista, con una APS incipiente y limitada en algunos territorios, la atención a las personas se lleva a cabo según el esquema organizativo específico del sub - sector. En el sector público se realiza mediante redes de atención integradas por establecimientos de distinta complejidad, con población adscrita, articulados por niveles de atención que se enlazan por un sistema de referencia y contrarreferencia; la puerta de entrada al sistema son los médicos generales o de atención integral, o los establecimientos de menor nivel de complejidad, y se utiliza una historia clínica estandarizada de carácter nacional, con contenidos obligatorios pero formato libre. En los servicios públicos se prioriza el conjunto de atenciones esenciales del MAIS o de las Estrategias Sanitarias Nacionales y el usuario debe pagar una tarifa regulada y subsidiada (excepto en la atención materno infantil del SIS).

El sistema de salud peruano prácticamente provee toda la atención médica y tecnológica rutinaria y de mayor frecuencia, pero ESSALUD posee el mayor desarrollo tecnológico y realiza rutinariamente trasplantes renales, de médula y hepáticos, limitado en extremo por la deficiente cultura de donación de órganos lo cual impide lograr niveles aceptables de extracción y trasplante de órganos y tejidos. En todas las regiones se dispone de unidades de cuidados intensivos y de perinatología, con distintos grados de funcionamiento y equipamiento, en su mayoría insuficientes para todos, asegurados y no asegurados.

El país cuenta con todas las especialidades clínicas y equipamientos de alta complejidad, pero su distribución no es adecuada, ya que se concentran en las principales ciudades del país.

El Centro Nacional de Laboratorios de Salud Pública es el órgano técnico normativo del Instituto Nacional de Salud, encargado de investigar, normar, desarrollar y evaluar integralmente las investigaciones para el desarrollo de nuevas tecnologías relacionadas con las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Este Centro es el laboratorio de referencia de los 19 laboratorios regionales de salud pública con que cuenta el país.

En 2003 existían en el país 92 bancos de sangre, ubicados en su mayoría en Lima, Callao y las principales ciudades del país; 93.3% de las unidades recolectadas son por reposición y solo 5.3% se obtienen de donantes voluntarios. Más de 96% de las unidades de sangre se tamizan para las principales enfermedades transmitidas por sangre. En 2003 se encontraron prevalencias de 0.27% para VIH; 0.62% para antígeno de superficie de hepatitis B; 0.55% para el virus de hepatitis C; 1.58% para sífilis y 0.84 para *Tripanosoma cruzi*. Sin embargo, no existe un sistema de control, monitoreo y evaluación que garantice la calidad de la sangre transfundida, ni redes de bancos de sangre, como tampoco unidades especializadas para su manejo de manera centralizada. Son múltiples las evidencias de la falta de seguridad de la sangre, en verdad no existe un programa nacional de donaciones de sangre voluntarias con las calidades requeridas. Esto evidencia también la falta de cultura de donación. La OMS establece como meta la de realizar 1 donación por cada 20 habitantes y estamos muy lejos de su cumplimiento.

En julio de 2006, el MINSA aprobó los Lineamientos de Política del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS), con la finalidad de sentar las bases de la Red Nacional y Redes Regionales de Servicios Transfusionales, así como garantizar la calidad y seguridad de la sangre a ser transfundida en los establecimientos de salud.

Las urgencias deben atenderse, por ley, en el establecimiento más cercano posible e independientemente de la capacidad de pago del paciente. Salvo en los servicios de atención del SIS o del sistema de seguros, generalmente los usuarios deben pagar por los medicamentos, los exámenes de laboratorio y los procedimientos tanto intrahospitalarios como ambulatorios; en el sector público hay compras estatales centrales de medicamentos esenciales y genéricos, los cuales se distribuyen a los establecimientos de salud.

El sistema de prestación de servicios cuenta con un componente de gestión de la calidad de la atención que incluye las auditorías médicas; sin embargo, a pesar de

repetidos intentos, no se ha logrado consolidar la acreditación de establecimientos, no tenemos ningún hospital acreditado en el Perú y en la actualidad la acreditación hospitalaria no tiene ninguna prioridad. La certificación del personal de salud es una función delegada a los colegios profesionales y ésta en realidad es más formal que otra cosa. La retroalimentación y evaluación de la calidad de los procesos de la atención a los usuarios en general, los fallecidos, los intervenidos quirúrgicamente, la terapéutica, son escasos; aunque mejor es el comportamiento del análisis de la prevención y control de las complicaciones e infecciones intra hospitalarias, los intentos de evaluar la satisfacción de usuarios y trabajadores internos son esporádicos y demoran excesivamente en darlos a conocer al estamento gerencial. Las manifestaciones de malas prácticas médicas se desconocen en su verdadera magnitud, no se controlan debidamente, la cultura de la calidad es incipiente y en general poco se hace sistemáticamente para ponerlas al descubierto. La ética médica se viola consuetudinariamente, se conocen, pero no atienden lo cual socava el buen clima institucional.

Promoción de la salud

Llevamos milenios hablando y estudiando las enfermedades, menos de dos siglos de prevención y apenas tres décadas de promoción de salud. Las evidencias de Lalonde, Dever y Gea en las investigaciones de las determinantes y campos de la salud son impactantes para los incrédulos y para los especialistas.

Con la puesta en marcha de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), la Ley del Sistema Nacional Descentralizado y Coordinado de Salud, la ley de descentralización y el Modelo de Atención Integral en Salud, se han creado las bases operativas y legales para incrementar la participación ciudadana en el proceso de producción social de la salud. El país estimula la participación comunitaria de parteras, agentes comunitarios, voluntarios hospitalarios, asociaciones de pacientes, familiares de pacientes, juntas y comités de salud, planes locales y regionales participativos de salud, concejos regionales, provinciales y distritales de salud de carácter participativos y concertadores. Por otro lado, la sociedad civil desarrolla foros nacionales de salud que congregan a miles de participantes en una especie de conferencia nacional de salud. Estos esfuerzos consolidaron la tendencia a una mayor participación ciudadana, que culminó a finales del 2006 en la realización de la Conferencia Nacional de Salud.

Especial mención merecen los CLAS, que representan la asociación de las comunidades con el MINSA y donde a los ciudadanos organizados se les delega la facultad de administrar la prestación local de servicios de salud; un tercio de los establecimientos del primer nivel son administrados bajo esta modalidad.

En las regiones de Arequipa, Tacna y Moquegua la totalidad de los establecimientos son CLAS.

Así mismo, se están llevando a cabo esfuerzos importantes para la acción intersectorial, sobre todo con educación y el sector privado, como fue el caso del programa "Juntos" (subsidio a población pobre a cambio de vacunación, lactancia materna, parto institucional y asistencia a las escuelas). En términos generales, el país se ha encaminado hacia una participación social en salud mayor y más sostenible y hacia la producción de salud basada en derechos y deberes. En lo tocante a la intersectorialidad el avance es mínimo y para otros inexistente siendo un

eje estratégico para lograr la deseada APS y lograr que la salud sea la real categoría política, social y económica y convertirla en real patrimonio comunitario para además; como profesionales de la salud seamos aliados estratégicos de la comunidad.

Suministros de Salud

Los medicamentos pueden ser generadores de efectos dañinos e incluso muertes, la toxicidad por medicamentos produce en Estados Unidos de Norteamérica 104,000 defunciones anuales, la cuarta causa de muerte en algunos años recientes. Las RAM aunque existe un sistema de notificación, éstas no se reportan y lo notificado anualmente es en extremo insignificante.

Perú tiene una industria farmacéutica que produce genéricos y marcas nacionales, así como laboratorios que importan y comercializan prácticamente todos los medicamentos que requiere el país, regulados y supervisados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), que es la autoridad sanitaria en medicamentos, dispositivos médicos y reactivos. Se estima que sólo alrededor de la mitad de la población que está enferma puede adquirir todas las medicinas prescritas en los servicios de salud, principalmente por la baja capacidad de pago de las personas (con diferencias entre los ámbitos urbano y rural).

Otro problema importante en relación con los medicamentos son los elevados índices de falsificación y contrabando, que han llevado al MINSA a reforzar la dependencia encargada del control de medicamentos. En los próximos años los resultados en relación al tema de la propiedad intelectual en las negociaciones de un Tratado de Libre Comercio podrían afectar el acceso a medicamentos, principalmente si no se toman las medidas necesarias para impedir un incremento sustancial de precios.

Existen normas que aseguran las buenas prácticas de manufactura y un registro nacional de medicamentos y dispositivos médicos de carácter obligatorio. Durante 2006 se revisó el petitorio nacional de medicamentos esenciales del sector público y se inició la compra centralizada y conjunta para todo el sector, con ahorros considerables; no obstante, ESSALUD y los servicios de salud de las Fuerzas Armadas todavía no se han incorporado a este mecanismo.

La capacidad de producción nacional de vacunas se restringe a la antirrábica y las demás se compran mediante el Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas. El MINSA provee gratuitamente las vacunas incluidas en el esquema nacional de vacunación a todos los prestadores públicos y algunos privados.

El país produce todo el mobiliario de salud y médico, así como equipo e instrumental de baja complejidad. El equipamiento más complejo es importado principalmente de la Comunidad Económica Europea, Japón, USA, Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

CAPITULO V

ESPACIO FISICO Y GEOGRAFICO.-

CARACTERIZACIÓN DE LA REGIÓN PIURA

La Región Piura, está localizada en la costa norte del territorio nacional, abarca una Superficie de 35,892.49 kilómetros cuadrados, equivalente al 2.8% del territorio nacional. Limita por el Norte con Tumbes y Ecuador; por el Este con este mismo país y Cajamarca, por el Sur con Lambayeque y por el Oeste con el Océano Pacífico. La franja costera es la mas ancha del Perú y alcanza 200 kilómetros del mar hasta los contrafuertes de la cordillera occidental de los andes.

DIVISIÓN POLÍTICA-ADMINISTRATIVA

Políticamente la Región Piura está constituida por 8 provincias, 64 distritos y 2,632 Centros poblados. Las 8 Provincias son: Sechura, Piura, Paita, Talara, Sullana, Ayabaca, Morropón y Huancabamba. Cinco provincias son de costa, una de ámbito costero - serrano (Morropón), una de sierra (Ayabaca) y una de sierra - selva (Huancabamba).

- **División Política:**

Conformado por 08 provincias y 64 distritos.

Provincias: Piura, Sullana, Talara, Paita, Sechura, Morropón, Ayabaca, Huancabamba, Morropón

- **División Administrativa:**

Conformada por dos Sub. Regiones:

- Sub. Región Piura, comprende las provincias de Piura, Sechura, Morropón y Huancabamba
- Sub. Región "Luciano Castillo", comprende las provincias de Ayabaca, Paita, Sullana y Talara

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Coordenadas Geográficas:

Latitud Sur 4°04'50" y 6°22'10"

Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich 79°13'15" y 81°19'35"

TABLA 1**ALTITUD, SUPERFICIE Y DENSIDAD POBLACIONAL SEGUN PROVINCIAS:
2006**

Reg/prov.	Altitud m.s.n.m	Superficie Km²	Densidad Poblac Hab/km²
Tota. Región	29.0	35,892	48.4
Piura	29.0	6,211	106.4
Ayabaca	2,709.0	5,231	27.7
Huancabamba	1,929.0	4,254	32.0
Morropón	92.0	3,818	52.1
Paíta	3.0	1,785	58.6
Sullana	60.0	5,424	51.3
Talara	15.0	2,799	55.9
Sechura	11.0	6,370	8.8

Fuente: MINSA Región Piura

TOPOGRAFÍA

Topografía variada y poco accidentada en la costa alcanza su mayor amplitud sobre el paralelo 6° Latitud Sur. En esta región predominan las llanuras desérticas: Sechura y Pabúr, el primero, al sur del río Piura, es el desierto con mayor superficie a nivel nacional y de América y en él se localiza la depresión de Bayóvar, que es el área más baja del territorio peruano con 37 m. por debajo del nivel del mar, mientras en la sierra (Provincias de Ayabaca y Huancabamba) es muy accidentado y de difícil acceso.

Las principales elevaciones son los cerros: Negro (3,967 m.s.n.m.), Viejo (3,934 m.s.n.m.), San Juan Canchiaco (3,900 m.s.n.m.), Pan de Azúcar (3,767 m.s.n.m.) y La Viuda (3,710 m.s.n.m.).

Otro de los accidentes naturales destacan la de Suropite a 3,100 m.s.n.m. que da paso a la carretera Piura - Canchaque - Huancabamba, Peña Blanca a 2,980 m.s.n.m., Ingana a 950 m.s.n.m. que da paso a la carretera Piura Huancabamba, Cruz de Huascaray a 2,970 m.s.n.m. y la de Porcuya a 2,144 m.s.n.m. que da paso a la carretera Olmos - San Felipe. Frente a las costas del departamento de Piura existen dos islas: La isla Foca de 0.92 km² frente al litoral del distrito de Paíta (Provincia Paíta) y la isla G. de 0.40 km² frente al litoral del desierto de Sechura en la provincia de Piura. Estas islas, en conjunto, poseen una superficie de 1.32 km² que constituye el área insular del departamento.

CLIMA Y TEMPERATURA

Clima templado aunque en zonas es árido subtropical, cálido y húmedo con temperaturas máximas llegan a 34.2°C y las mínimas a 15°C que corresponden a los meses de febrero y junio respectivamente. La humedad promedio anual es del 66%, la presión atmosférica media anual es de 10,085.5 milibases en tanto que los vientos que siguen una dirección al sur a una velocidad promedio de 3m/s. Las precipitaciones pluviales también muestran variaciones en la costa generalmente baja dentro de los 100 y 500 m.s.n.m. oscilando en esta parte entre 10 y 200 mm; entre los 500 y 1,500 metros de altura, las precipitaciones llegan entre los 200 y 800 mm y en la zona ubicada sobre los 1,500 m.s.n.m. el promedio de precipitaciones pluviales es de 1,550 mm.

HIDROLOGÍA Y RECURSOS HÍDRICOS

El agua procede de dos fuentes hidrográficas las del río Chira y el río de Huancabamba, ríos vivos de amplio caudal acuífero. Se cuenta con dos vasos reguladores: el reservorio de Poechos con capacidad para 1,000 millones de m³, afectada en un 43% por sedimentación y la de San Lorenzo con capacidad para 258 millones de m³, las que unidas a las fuentes subterráneas garantizan el preciado líquido para el consumo humano, la agricultura y el resto de las actividades económicas y sociales.

SUELOS Y RECURSO TIERRA

Los suelos son inestables como resultado de la deforestación indiscriminada y en los Periodos lluviosos sufren deslizamiento y derrumbes de masas de tierras que deterioran tramos de carreteras. La superficie boscosa es de 2'165,820.41 has. Y solo se utiliza en la agricultura el 10% de la superficie total. La tierra es de variada calidad agrológica siendo los valles de San Lorenzo y Chira las de mejor calidad. Las formas morfológicas más comunes en la costa son las quebradas secas que al norte son profundas y al centro y sur son más amplias y menos profundas. Existen importantes áreas de tierra salinizadas, otras erosionadas, acidez y carencia de nutrientes todo lo cual afecta la utilización de importantes zonas que requieren mejoras agro-técnicas.

BIODIVERSIDAD

Las características climáticas normales son modificadas con la presencia del Fenómeno El Niño que ocasiona torrenciales lluvias (mayores de 50 mn/hora) y cantidades acumuladas del orden de los 2,000 a 4,000 mn en las cuencas altas y medias/altas respectivamente.

La Región Piura cuenta con un potencial de 227,572 hectáreas aptas para la agricultura, lo que representa aproximadamente menos del 10% de la superficie total de la Región.

A pesar de la notable degradación histórica de la vegetación, Perú y Piura en particular cuentan con alta diversidad biológica, de alto endemismo, como se observa en la siguiente tabla:

TABLA 2

BIODIVERSIDAD

Animales	Lugar mundial
Mamíferos = 480 SPS	2
Aves = 1,800 SPS	1
Anfibios = 332 SPS	4
Reptiles = 365 SPS	7
Peces = Cientos	2
Plantas = 25000 SPS	30 endémicas

Las principales áreas boscosas se localizan en los grupos montañosos de las provincias de Ayabaca y Huancabamba.

La prolongada e irracional explotación de tierras ha imprimido una fuerte modificación a los paisajes del territorio por acción fundamentalmente antropica, no obstante aun permanecen débilmente modificadas áreas de la costa y zonas de la sierra donde los limitantes físicos geográficos, el relativo aislamiento y la baja densidad poblacional no han propiciado la asimilación económica. Se trabaja para el reordenamiento urbanístico, industrial, agropecuario, e hidro-económico que permitan la revitalización de las bellezas paisajísticas y por tanto el desarrollo turístico del territorio.

CAPITULO VI
SOCIO-ECONOMICO

TABLA 1

**INDICE DE DESARROLLO HUMANO: DEPARTAMENTO DE PIURA,
POR PROVINCIAS-AÑO 2000**

PROVINCIA	ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO		ESPERANZA DE VIDA AL NACER		ALFABETISMO		MATRICULA SECUNDARIA		LOGRO EDUCATIVO		INGRESO PER CAPITA	
	IDH	Ranking %	Años	Ranking %	%	Ranking %	%	Ranking %	%	Ranking %	S/Mes	Ranking %
PIURA	0.570	61	68.6	60	89.4	55	75.3	85	84.7	60	234.7	74
AYABACA	0.455	163	67.0	94	72.6	152	44.0	177	63.1	172	136.6	187
HUANCABAMBA	0.464	157	65.8	111	71.5	157	58.5	136	67.2	152	142.1	181
MORROPÓN	0.512	113	67.3	88	81.8	105	69.0	108	77.5	101	158.8	161
PAITA	0.563	69	69.5	47	91.4	48	70.0	102	84.3	63	204.8	113
SULLANA	0.575	56	70.4	30	90.4	52	76.2	84	85.7	54	208.9	109
TALARA	0.636	24	72.9	9	95.8	5	77.7	77	89.8	33	305.8	35
SECHURA	0.544	83	68.4	66	92.2	35	61.9	125	82.1	75	188.8	134

Fuente: PNUD, 2007

CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO EN PERÚ Y PIURA

1. Relacionado a la erradicación de la pobreza extrema y el hambre a nivel nacional, el índice de pobreza y de pobreza extrema son del 54.3% y 23.9% respectivamente y en Piura del 64.0% y 28.0%. La desnutrición global en menores de 5 años y la desnutrición crónica en igual grupo de edad es nacionalmente de 7.1% y 25.4% y en Piura de 8.0% y 24.1% respectivamente. El por ciento de hogares con déficit calóricos nacionalmente es del 35.8% y en Piura del 23.3%, existiendo a nivel de zonas rurales un 47.7%.
2. Relacionado a garantizar la educación primaria universal tiene el comportamiento siguiente: En el país la tasa neta de matrícula en primaria es del 89.52% y la tasa neta de conclusión de primaria es del 34.86%, mientras en Piura la primera es de 89.80% y la segunda 40.83%. La tasa de alfabetización de 15 a 24 años nacional es de 96.64% y la de Piura 94.30%.
3. Es lograr la equidad de género y la autonomía de la mujer. La relación de niños - niñas en escuela primaria y en escuelas secundaria nacionalmente es de 0.99 % y 0.90 % respectivamente, mientras en Piura es de 0.96 % y de 0.83% respectivamente. La proporción de mujeres en empleos remunerados en sector no agrícola es de 42.2% y del 36.49% en Piura y la relación alfabetización mujeres - hombres (15 a 24 años es nacionalmente de 0.952 y la de Piura es de 0.853).
4. Es reducir la mortalidad en la infancia. La razón de mortalidad en menores de un año es de 43 nacionalmente y de 37 en Piura y la razón de mortalidad en menores de 5 años nacionalmente es de 60 y en Piura de 54.
5. Es mejorar la salud materna. La razón mortalidad materna es de 185 y en Piura es del 155% (con oscilaciones año a año) de partos atendidos por personal calificado nacionalmente 59.3% y en Piura es de un 66.2%.
6. Combatir La propagación del VIH-Sida, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades; en el país el por ciento de usos de preservativos en uso total de métodos anticonceptivo es de un 8.2% y en Piura del 5.32 %.
7. Garantizar la sostenibilidad ambiental en relación del por ciento de población con acceso a agua potable en el país es del 69.01% y en Piura del 70.44% y el por ciento de población con acceso básico de saneamiento en el país es de 57.01% mientras en Piura es del 46.69%.

TABLA 2**TENENCIA DE BIENES DE CONSUMO DURADERO EN HOGARES DE PIURA. 2004-2006. Fuente: INEI-ENDES 2004-2006**

	%
Radio	86.4
Televisión	70
Teléfono	25.4
Refrigerador	31.5
Computadora	9.3
Bicicleta	26.7
Motocicleta	5
Auto o camión	7.3

TABLA 3**CARACTERIZACION DE LA VIVIENDA EN PIURA 2004-2006.**

	%
Electricidad	69.5
Fuente de Agua de red publica	
Dentro de la vivienda	55.8
Fuera de la vivienda	0.4
Pilón público	7.3
Total	63.5
Servicio sanitario con desagüe en Red pública.	
Dentro de la vivienda	43.8
Fuerza de la vivienda	0
Letrina	29.0
No tiene	25.4
Número de personas en hogares como promedio visitados	4.28
Total de niños huérfanos	2.4
Total de niños que viven con ambos padres	77.8

POBREZA TOTAL

La pobreza total subió del 48.4% en el 2000 al 52.0 % en el 2004 y en los últimos dos años algunos consideran que bajó al menos del 48%, lo cual se deberá evidenciar en los resultados del último censo efectuado en Octubre de este año. La pobreza en zonas rurales asciende al 73.6%.

La pobreza extrema asciende al 20.7% en este período y en las zonas rurales llega a un 42.5%. Ambos niveles de pobreza son similares a los registrados en la década del 90. De los 64 distritos 5 clasifican en pobreza extrema, 17 como muy pobres y 31 pobres, es decir que el 82% de los distritos son pobres. Solo 11 municipios no clasifican como pobres y dos tienen una situación mas privilegiada en Piura y otro en Talara.

TABLA 4
PIURA: MAPA DE POBREZA

PROVINCIA (*)	NIVELES DE VIDA DE LOS DISTRITOS (*)				
	POBRES EXTREMOS	MUY POBRES	POBRES	REGULAR	ACEPTABLE
AYABACA	FRIAS, SAPILLICA, PACAYPAMPA	LAGUNAS, SICCHEZ, JILILI, AYABACA, MONTERO	PAIMAS, SUYO		
HUANCABAMBA	LALAQUIZ	HUARMACA, CARMEN DE LA FRONTERA, SONDRILLO, HUANCABAMBA	CANCHAQUE, SONDOR, SAN MIGUEL DEL FAIQUE		
MORROPÓN		MATANZA, CHALACO, STO DOMINGO, YAMANGO	STA CATALINA DE MOSSA, CHULUCANAS, SAN JUAN DE BIGOTE, SALITRAL, MORROPON, BUENOS AIRES		
SECHURA		CRISTO NOS VALGA	RINCONADA LLICUAR, BERNAL, VICE, BELLAVISTA DE LA UNION, SECHURA		
PAITA	TAMARINDO		COLAN, AMOTAPE, VICHAYAL, PAITA, LA HUACA	ARENAL	
PIURA		TALLAN, LA ARENA	LA UNION, TAMBO GRANDE, CURA MORI, LAS LOMAS, CATACAOS	CASTILLA* PIURA	
SULLANA		LANCONES	MIGUEL CHECA, IGNACIO ESCUDERO, QUERECOTILLO, MARCAVELICA	BELLAVISTA, SULLANA, SALITRAL	
TALARA				MANCORA, LOS ORGANOS, PARIÑAS, LOBITOS, EL ALTO	LA BREA

Fuente: FONCODES, 2006

PIURA: NUEVO MAPA DE POBREZA DISTRITAL DE FONCODES, 2006

PROVINCIA	DISTRITO	POBLACIÓN 2005	ÍNDICE DE CARENCIAS	QUINTIL DEL ÍNDICE DE CARENCIAS	AGUA	POBLACIÓN SIN DESAGÜE O LETRINA	ELECTRICIDAD	TASA DE ANALFABETISMO (mujeres)	% DE NIÑOS DE 0-12 AÑOS	DESNUTRICIÓN 1999
PIURA	PIURA	247,943	0.0465	4	10%	6%	10%	4%	25%	15%
	CASTILLA	120,766	0.0747	3	21%	7%	14%	6%	26%	19%
	CATACAOS	64,622	0.3637	2	23%	50%	21%	17%	29%	41%
	CURA MORI	16,545	0.8089	1	8%	90%	53%	36%	33%	58%
	EL TALLAN	4,934	0.8057	1	57%	77%	74%	32%	33%	40%
	LA ARENA	34,110	0.6695	1	12%	44%	64%	35%	31%	51%
	LA UNIÓN	34,540	0.476	2	24%	55%	34%	21%	30%	42%
	LAS LOMAS	26,547	0.5838	2	75%	51%	63%	17%	31%	32%
	TAMBO GRANDE	92,221	0.6469	1	76%	35%	73%	24%	30%	37%
	AYABACA	37,444	0.8866	1	87%	61%	86%	17%	35%	61%
	FRÍAS	22,812	0.9669	1	55%	90%	100%	41%	37%	60%
	JILILI	2,975	0.7769	1	96%	52%	71%	21%	32%	46%
	LAGUNAS	6,249	0.9768	1	87%	95%	96%	38%	39%	56%
	MONTERO	7,665	0.8108	1	76%	64%	78%	21%	31%	53%
AYABACA	PACAIPAMPA	25,788	0.9916	1	94%	96%	96%	51%	39%	65%
	PAIMAS	9,761	0.7553	1	81%	55%	72%	20%	34%	40%
	SAPILLICA	11,032	0.9834	1	95%	91%	94%	34%	39%	70%
	SICCHEZ	2,456	0.6324	1	20%	57%	17%	27%	57%	57%
	SUYO	12,063	0.4603	2	64%	44%	57%	11%	31%	28%
	HUANCABAMBA	29,432	0.8369	1	74%	57%	78%	29%	32%	53%
	CANCHAQUE	9,242	0.6668	1	35%	37%	81%	26%	30%	49%
	EL CARMEN DE LA FRONTERA	12,693	0.9367	1	73%	69%	96%	35%	34%	60%
	HUARMACA	38,209	0.9609	1	51%	87%	92%	40%	36%	68%
	LALAQUIZ	5,300	0.8942	1	46%	70%	96%	45%	29%	57%
HUANCABAMBA	SAN MIGUEL DEL FAUQUE	9,430	0.817	1	47%	42%	91%	34%	32%	52%
	SONDOR	8,466	0.9025	1	63%	66%	78%	34%	37%	53%
	SONDORILLO	10,664	0.9591	1	76%	45%	95%	51%	34%	67%

(Continuación de Plura: Nuevo Mapa de Pobreza Distrital de FONCODES, 2006)

PROVINCIA	DISTRITO	POBLACIÓN 2005	INDICE DE CARENCIAS	QUINTIL DEL INDICE DE CARENCIAS	AGUA	POBLACION SIN DESAGÜE O LETRINA	ELECTRICIDAD	TASA DE ANALFABETISMO (mujeres)	% DE NIÑOS DE 0-12 AÑOS	DESNUTRICIÓN 1999
MORROPON	CHULUCANAS	77,749	0.3008	2	48%	25%	32%	17%	27%	34%
	BUENOS AIRES	9,165	0.1846	2	21%	17%	40%	16%	26%	26%
	CHALACO	9,989	0.8377	1	57%	66%	87%	31%	31%	53%
	LA MATANZA	13,349	0.4491	2	23%	32%	44%	27%	29%	44%
	MORROPON	14,729	0.1781	2	23%	13%	48%	14%	27%	21%
	SALITRAL	8,454	0.4344	2	36%	33%	70%	21%	28%	31%
	SAN JUAN DE BIGOTE	7,384	0.4119	2	15%	31%	71%	27%	30%	24%
	SANTA CATALINA DE MOSSA	4,512	0.4559	2	11%	30%	100%	16%	30%	30%
	SANTO DOMINGO	8,010	0.6962	1	100%	59%	87%	20%	27%	34%
	YAMANGO	9,840	0.8711	1	36%	58%	100%	36%	31%	57%
PAITA	PAITA	69,401	0.1521	2	20%	24%	16%	5%	31%	25%
	AMOTAPE	2,250	0.1919	2	33%	46%	27%	11%	23%	30%
	ARENAL	1,133	0.0978	3	26%	36%	21%	11%	21%	18%
	COLAN	12,298	0.2904	2	34%	27%	33%	17%	27%	37%
	LA HUACA	10,594	0.1869	2	56%	32%	19%	13%	25%	22%
	TAMARINDO	4,253	0.2189	2	36%	38%	30%	16%	25%	26%
	VICHAYAL	5,222	0.3502	2	45%	47%	42%	16%	28%	28%
	SULLANA	149,261	0.0903	3	20%	10%	23%	6%	26%	19%
	BELLAVISTA	35,908	0.0707	3	12%	5%	11%	7%	26%	22%
	IGNACIO ESCUDERO	16,993	0.1907	2	33%	30%	15%	19%	26%	26%
SULLANA	LANCONES	13,302	0.6215	1	81%	70%	90%	17%	27%	24%
	MARCAVELICA	25,391	0.1679	2	37%	27%	28%	13%	25%	21%
	MIGUEL CHECA	7,209	0.4267	2	97%	23%	26%	15%	28%	36%
	QUERECOTILLO	24,038	0.1980	2	57%	9%	53%	10%	25%	21%
	SALITRAL	5,892	0.0845	3	23%	11%	23%	9%	24%	18%

(Continuación de Piura: Nuevo Mapa de Pobreza Distrital de FONCODES, 2006)

PROVINCIA	DISTRITO	POBLACION 2005	INDICE DE CARENCIAS	QUINTIL DEL INDICE DE CARENCIAS	AGUA SIN DESAGÜE O LETRINA	ELECTRICIDAD	TASA DE ANALFABETISMO (mujeres)	% DE NIÑOS DE 0-12 AÑOS	DESNUTRICIÓN 1999
TALARA	PARIÑAS	84,978	0.0776	3	19%	11%	3%	26%	20%
	EL ALTO	6,536	0.2080	2	99%	5%	4%	27%	19%
	LA BREA	11,996	0.0393	4	18%	10%	2%	24%	11%
	LOBITOS	978	0.1423	3	21%	22%	6%	26%	19%
SECHURA	LOS ORGANOS	9,104	0.0681	3	20%	11%	4%	25%	17%
	MANCORA	8,570	0.0891	3	15%	16%	5%	26%	18%
	SECHURA	30,817	0.3117	2	20%	29%	9%	32%	31%
	BELLAVISTA DE LA UNION	3,920	0.2576	2	11%	24%	6%	27%	44%
	BERNAL	5,798	0.2851	2	13%	22%	9%	30%	36%
	CRISTO NOS VALGA	3,185	0.4822	2	23%	35%	10%	32%	42%
	VICE	11,793	0.4074	2	13%	14%	9%	33%	39%
	RINCONADA LLICUAR	2,642	0.2670	2	19%	25%	8%	27%	37%

TABLA 6
DEPARTAMENTO DE PIURA
NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

PORCENTAJE DE POBLACIÓN	%
Sin Agua (%)	35%
Sin Desagüe (%)	32%
Sin Electricidad (%)	38%
Analfabetismo mujeres (%)	14%
Niños de 0 a 12 años (%)	29%
Desnutrición Año 1999 (%)	33PN

UD: ÍNDICE DE DESARROLLO

DESNUTRICIÓN

Las principales políticas sectoriales están referidas al incremento de la cobertura de acceso al agua potable, servicios básicos de saneamiento, incremento de cobertura de servicios de salud para el binomio madre - niño, en especial para los niños menores de 5 años, inversión en programas públicos de alimentación infantil complementarios, el incremento del nivel educativo de las madres, los niveles de partos atendidos por profesionales de la salud, el incremento de los controles prenatales, las mejoras de infraestructura y de atención a los establecimientos de salud.

En estudios realizados por la Universidad del Pacífico (Lima) se propuso un modelo de pronóstico del cumplimiento de las metas de los ODM en los que se señala que, para lograr las metas y compromisos del país se requiere, una mayor integración en las políticas de crecimiento redistributivas y las políticas sociales específicas.

Estos investigadores consideraron que los 5 primeros ODM podrían alcanzarse con ritmos de crecimientos del PIB mantenidos en el periodo por encima del 5% anual con la correspondiente coordinación y ejecución efectiva de manera sistémica y sistemática, priorizando las áreas vulnerables y en especial las zonas rurales. Consideran además que ni con un crecimiento del 7% anual del PIB podrían cumplirse con reducir la alta prevalencia de déficit calórico (32.5%).

La desnutrición un problema medular que constituye un factor de riesgo principalmente en los niños, muy relacionada o directamente relacionada con las altas tasas de mortalidad infantil y perinatal, lo que también incide en las altas tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles en el Perú, que en los últimos años asciende a 130 por 100 mil hab.

En lo tocante a calidad y disponibilidad calórica se considera según expertos que alcanza unas 2,584 calorías per cápita/día. Los cereales como el arroz y el trigo constituyen las principales fuentes de calorías y de energías, solo el 7% de los recursos hidro biológicos extraídos son destinados al consumo humano, los que le propician el 10% del aporte proteico a la población. Es preocupante que la mejor fuente proteica sea derivada para la producción de harina de pescado para animales, cuestión esta no revertida aún.

EMPLEO

El mejor antídoto de la pobreza, Perú un país lejos del pleno empleo, que a la vez limita el crecimiento de la seguridad social y de la Universalización del Sistema de Salud.

Este es un problema medular, generador de inestabilidad política y social con consecuencias alarmantes en los niveles de depresión, estrés, suicidio, criminalidad y violencia.

En áreas urbanas se mantiene una tasa de desempleo alrededor del 7.5% en el periodo 2001-2004, considerándose que en la capital ha aumentado al 10.5 %. El subempleo ha seguido incrementándose del 41.7% al 42.8%. Un problema importante que se arrastra y se mantiene hace muchos años es que la PEA (55.0) % trabaja en el sector informal de la economía, lo cual también limita el acceso a la

seguridad social y a sus beneficios, a ingresos estables y al disfrute de previsión social para la jubilación. Tanto el desempleo como el subempleo es mayor en las mujeres, pues el primero afecta al 12.0 % y el subempleo al 52.5 %.

El crecimiento económico principal se ha dado en la minería que no es una gran fuente regeneradora de empleo. Se dan citas de crecimientos de empleos por determinadas instancias del gobierno que al parecer no reflejan la realidad social.

TABLA 7

TRABAJO EN LOS ULTIMOS 12 MESES A MUJERES ENCUESTADAS. PIURA 2004-2006

	%
Actualmente empleada	49.8
Sin empleo	9.5
No empleada en los últimos 12 meses	40.7

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 8

TIPO DE OCUPACION EN MUJERES ENCUESTADAS. PIURA 2004-2006

	%
Profesional o técnico	14.2
Oficinista	5.8
Ventas y servicios	35.6
Trabajo manual	5.5
Servicio domestico	17.0
Agricultura	16.6

EDUCACION- ANALFABETISMO.

La Tasa en el Perú es de 11.6% con cifras mayores en mujeres, ascendentes a 17.2%. La asistencia de la población entre 3 y 5 años de edad a la educación preescolar fue de 50%, de 6 a 11 años en primaria fue del 90.5% y de 12 a 16 años en secundaria fue de 67.6%.

El promedio de años de estudios alcanzados de 15 y mas años fue de 9.1 año con diferentes gradientes desde 6.5 en zonas rurales a 10.2 en zonas urbanas. Un problema serio en el Perú es la calidad de la educación en establecimientos públicos, lo cual limita seriamente las posibilidades del desarrollo del país en general y en particular en las poblaciones más pobres.

El gasto en educación actual es del 16% del gasto público, ocupamos un lugar nada decoroso en el concierto de las Naciones Unidas, pues estudios realizados por la UNESCO, así como estudios realizados en el país, nos sitúan entre los más rezagados del continente, lo cual es muy perjudicial para todos, en especial para lograr una adecuada cultura de salud, para que impregne el enfoque sanológico para que se logre la intersectorialidad, para la reducción de la medicalización, para el logro de la salud familiar y comunitaria, en conclusión para generar las transformaciones, los cambios en los estilos de vida, en conducta y en comportamiento de una vida más sana y una mejor calidad de vida en las nuevas generaciones.

Las zonas rurales y marginales donde habitan los más vulnerables, los excluidos es a la vez donde los factores socioeconómicos y ambientales, entre ellos los bajos niveles de instrucción y educación están asociados a mayores tasas de mortalidad infantil, perinatal, materna, las enfermedades transmisibles, los trastornos de depresión y suicidio entre otros elementos.

TABLA 9

**NIVEL DE EDUCACION ALCANZADO EN LA POBLACIÓN DE 6 AÑOS Y MÁS
2004-2006**

	%
Sin educación	
Hombres	3.9
Mujeres	7.5
Primaria incompleta	
Hombres	35.4
Mujeres	37.8
Primaria completa	
Hombres	7.2
Mujeres	7.9
Secundaria incompleta	
Hombre	19.6
Mujeres	16.6
Secundaria completa	
Hombres	18
Mujeres	14.3
Superior	
Hombres	15.8
Mujeres	15.7

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 10**NIVEL DE EDUCACION ALCANZADO EN LA POBLACIÓN DE 6 AÑOS Y MÁS
2004-2006**

	%
Sin educación	
Hombres	3.9
Mujeres	7.5
Primaria incompleta	
Hombres	35.4
Mujeres	37.8
Primaria completa	
Hombres	7.2
Mujeres	7.9
Secundaria incompleta	
Hombre	19.6
Mujeres	16.6
Secundaria completa	
Hombres	18
Mujeres	14.3
Superior	
Hombres	15.8
Mujeres	15.7

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 11**ALFABETISMO DE MUJERES ENCUESTADAS**

	%
NO PUEDE LEER	5.4
LEE CON DIFICULTAD	3.0
LEE FÁCILMENTE	26.4

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 12**ACCESO DE LAS MUJERES A LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN.**

	%
NINGÚN MEDIO	13.9
PERIÓDICO O REVISTA	33.8
TELEVISIÓN	57.3
RADIO	70.5

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 13**DEPARTAMENTO DE PIURA: RECURSOS ECONOMICOS RECIBIDOS
AÑO 2005**

Gob. Local		Gob. Regional
FONCOMUN:		
- Provincial	38'753,925	
- Distrital	145'009,195	
CANON		
- Minero	,597	1,947
- Hidroenergético	144,313	48,104
- Petrolero	156'283,484	44'652,424
- Pesquero	3'172,139	1'057,379
- Forestal	34,446	11,482
Renta Aduanas	5'370,514	0
Regalías Mineras	699	131
Total Transferencias	358'038,946	45'771,467

Fuentes: El Peruano del 03/07/2006: RD N° 001-2006-EF/65.01

El peruano del 19/07/2006: RD N° 002-2006-EF/65.01

PIURA, NÚMERO DE CENTROS POBLADOS, SEGÚN CATEGORÍA POR PROVINCIA										
Categoría	AYABACA	HUANCABAMBA	MORROPÓN	SULLANA	PIURA	TALARA	PAITA	SECHURA	Departamento	
Ciudad	1	1	1	1	2	1	1	1	9	
Pueblo Joven	4		14	37	113	59	21	9	257	
Urbanización	1			10	40	18	2		71	
Villa		1	4	1	5	2	2	2	17	
Barrio o Cuartel		4		5	2	1			12	
Pueblo	12	9	29	20	49	8	7	18	152	
Caserío	497	374	283	199	212	7	30	38	1,640	
Anexo	123	108	28	52	11	1	1	15	339	
Unidad Agropecuaria	28	15	6	16	17	8	3	8	101	
Comunidad Campesina	3		2			6			11	
Otros	2	1		4	3	9	2	2	23	
TOTAL	671	513	367	345	454	120	69	93	2,632	

Fuente: INEI

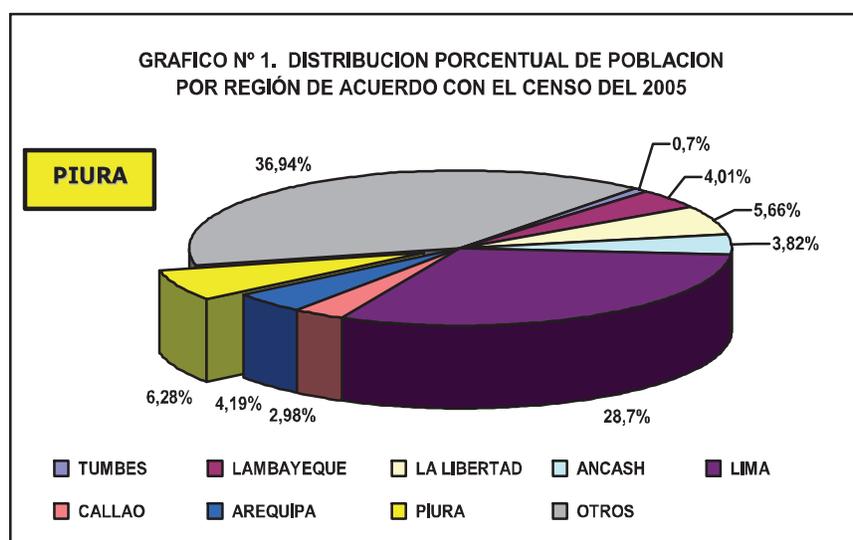
CAPITULO VII

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

POBLACIÓN

La región Piura con una población aproximada de 1'710,790 habitantes representa el 6,28% de la población total del Perú, según el Censo Nacional del 2005 (INEI), la Región Piura es uno de los más poblados de la costa peruana.

Gráfico N° 1



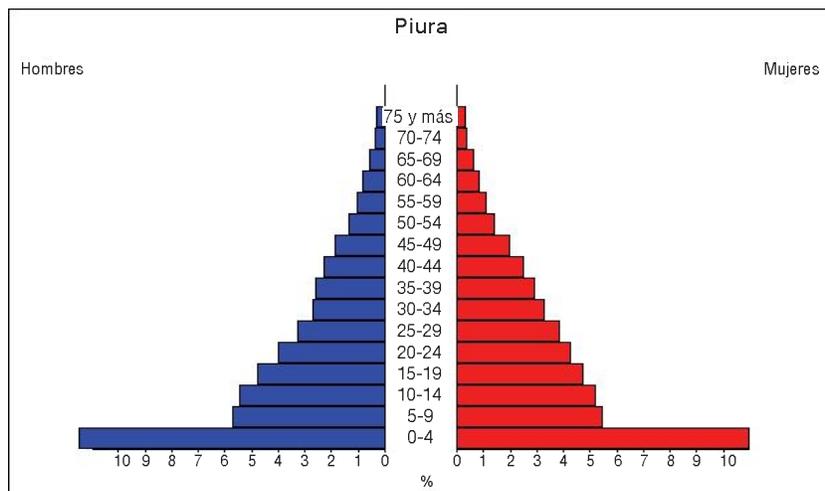
Fuente. INEI datos del CENSO 2005

CUADRO 1

POBLACION TOTAL Y TASA DE CRECIMIENTO POR PROVINCIAS 2005-2006 TASA DE CRECIMIENTO ANUAL SEGÚN PROVINCIAS: REGION PIURA-2006

PROVINCIA	2005	2006	TASA DE CRECIMIENTO
TOTAL REGIÓN	1'710,790	1'736,011	1.47
PIURA	649,142	661,062	1.84
AYABACA	143,890	144,644	0.52
HUANCABAMBA	134,893	136,263	1.02
MORROPON	196,541	198,943	1.22
PAITA	102,191	104,574	2.33
SULLANA	275,027	278,126	1.13
TALARA	154,404	156,606	1.43
SECHURA	54,702	55,793	2.00

Fuente: INEI-BOLETIN ESPECIAL N° 6

GRAFICO N° 2**PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA REGIÓN DE PIURA 2006**

Fuente: INEI – 2006

Índices: Friz (263,74), Sundborg (97,4-21,3), Burgdöfer (22,0-10,83)

El tipo de pirámide poblacional de la Región de Piura es la de transición demográfica y sus características son las siguientes, según los índices de Friz, Sundborg y Burgdöfer es una población Joven y de carácter progresivo.

CUADRO 2**ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN EN LA REGIÓN PIURA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑOS 2004 y 2005.**

GRUPOS DE EDAD	2004		2005	
	PERÚ	REGIÓN PIURA	PERÚ	REGIÓN PIURA
TOTAL	27'546,574	1'685,972	27'946,774	1'710,790
<1 A	605,682	40,089	602,739	39,934
1-4 A	2'406,566	159,947	2'394,569	159,279
5-9	3'028,195	203,349	3'0198,846	202,961
10-19	5'749,220	367,809	5'802,577	371,500
20-59 A	13'677,776	790,914	13'980,930	809,122
60 Y +	2'079,135	123,864	2'146,113	127,994
MEF 15 a 49	7'200,688	425,997	7'333,348	434,297
GESTANTE	776,242	51,378	768,529	49,085
NACIM.ESTIM	620,991	41,102	619,781	41,005

Fuente: Estimaciones de población INEI, Boletín Especial Demográfico N°16 MINSa Oficina de Estadística e Informática.

CUADRO 3**INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEL PERÚ Y REGIÓN DE PIURA**

Indicadores	Unidad de medida	Fuente	Periodo	Piura	Perú	
Población total	Habitantes	1	2005	1 710 790	27 219 264	
Densidad Poblacional	hab/Km ²	1	2005	45,4	21,2	
Población <15 años	%	1	2005	33,3	29,8	
Población >64 años	%	1	2005	5,8	6,0	
Razón de dependencia	x100 hab	1	2005	64,4	55,8	
Índice de envejecimiento		2	2005	21,3	23,8	
Tasa Bruta de Natalidad	x1000 hab.	1,3	2005-2010	22,5	20,7	
Nacimientos anuales	nacimientos	1,3	2006	41282	617870	
Tasa Global de Fecundidad	hijosxmujer	2	2005-2010	2,7	2,4	
Tasa Bruta de Mortalidad	x1000 hab.	2	2005-2010	6,7	6,0	
Defunciones anuales	muerres	1	2006	10926	158701	
Tasa de Mortalidad Infantil	x1000nv	3	2005-2010	40	37	
Nº defunciones matemas	muerres	4,5	2005	46	596	
Tasa de emigración	x100resid	1	2005-2010	19,3	19	
Tasa de inmigración	x100resid	1	2005-2010	3,5	19,3	
Crecimiento demográfico anual	%	2	2005-2010	1,1	1,5	
Población Urbana	%	2	2006	73,8	72,8	
Índice de condiciones sociodemográficos		2	2005	-1,50		
Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)	x1000hab.	2	2002	141	138	
Esperanza de vida al nacer	T o t a l	años	5,6	2005-2010	69,6	71,2
	H o m b r e s	años	5,6	2005-2010	67,1	68,7
	M u j e r e s	años	5,6	2005-2010	72,3	73,9

Fuentes:

1. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática)
2. ASIS 2005. OGE (Oficina General de Epidemiología)
3. MINSAL (Ministerio de Salud)
4. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Encuesta Nacional de hogares 2001.
5. Fuente: INEI "Proyecciones Departamentales de la Población 1995-2025"
6. Red Nacional de Epidemiología. DGE-MINSAL

La población menor de 15 años de Piura es del 33.3%, lo que evidencia que los niños y adolescentes ocupan un volumen considerable en la demanda de servicios de salud, en la atención pediátrica y neonatológica; prácticamente de cada 3 piuranos 1 es niño y adolescente, población altamente dependiente. Todo lo cual deberá tenerse presente a los efectos de la planificación de los servicios a brindarle a este grupo priorizado de atención, en cuanto a recursos humanos especializado, infraestructura y tecnología médica.

La población mayor de 64 años en Piura ocupa el 5.8% del total de los Piuranos y la esperanza de vida tiene una franca tendencia al incremento lo cual es de esperar para el año 2025 que esta población se incremente considerablemente, lo cual también generará un incremento en la tasa bruta de mortalidad general de Piura que hoy es de 6.7% hecho que requerirá de una mayor cultura geriátrica y gerontología en todas las especialidades médicas.

CUADRO 4

NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES REGISTRADOS, SEGÚN PROVINCIAS: 2,006 - REGIÓN PIURA

REG/PROV	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	TASA REG. NATALIDAD	TASA REG. MORTALIDAD
TOTAL REGIÓN	31,170	5,174	18.0	3.0
PIURA	12,472	2,150	18.9	3.3
AYABACA	2,118	149	19.2	1.0
HUANCABAMBA	2,075	388	15.2	2.8
MORROPON	2,757	555	13.9	2.8
PAITA	1,670	287	16.0	2.7
SULLANA	5,826	1,066	20.9	3.8
TALARA	1,934	410	12.3	2.6
SECHURA	1,658	169	29.7	3.0

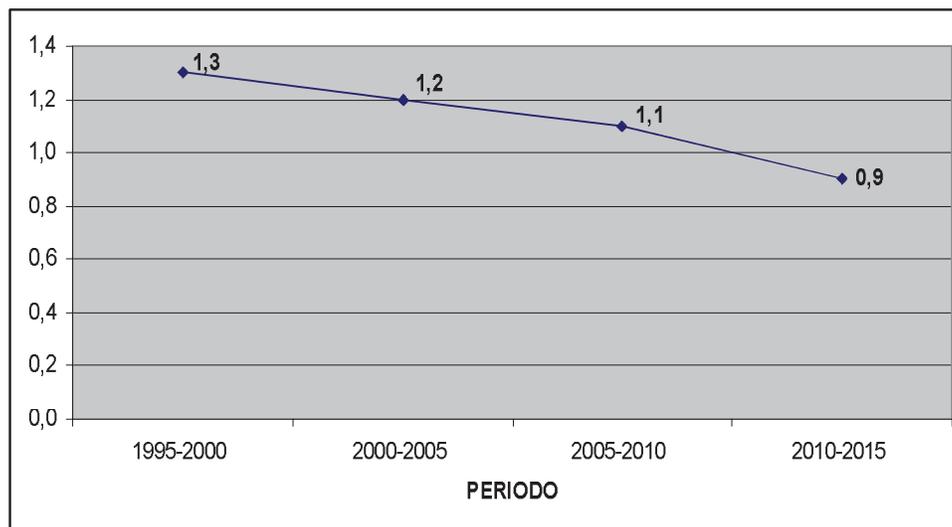
Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

DINAMICA DE LA POBLACION

El crecimiento de la población se da como resultado del efecto combinado de tres hechos demográficos: natalidad, mortalidad y migraciones principalmente. La tendencia de cada hecho está asociada a la conducta reproductiva, la conservación de la salud y las expectativas por mejorar las condiciones de vida de la población, así como al contexto socioeconómico, cultural y político de la región.

Tasa de Crecimiento Inter Censal

En los últimos 20 años la tasa de crecimiento promedio anual ha disminuido en forma sistemática, como consecuencia de una significativa reducción de la fecundidad y de la mortalidad, que hacen prever para el futuro una reducción de la tasa de crecimiento a 0.9% en el período 2010 - 2015

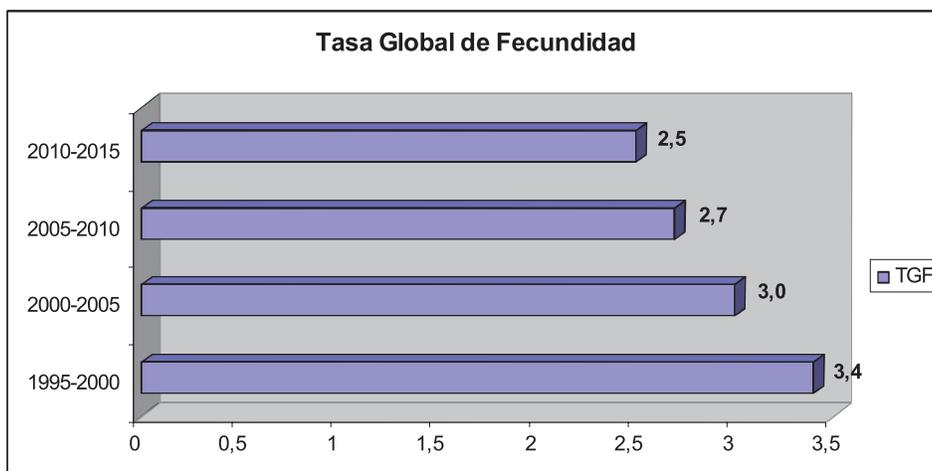
GRAFICO 3**TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL: PIURA 1995 – 2015**

Fuente: INEI "Proyecciones Departamentales de la Población 1995-2025"

En la actualidad el crecimiento promedio anual en Piura es del 1.47% y la tasa de crecimiento vegetativo anual representa un incremento de 30,356 habitantes mas cada año, equivale a decir que como promedio; se incorporan a la sociedad la población que debe asistir un centro de salud, por tanto la red de la atención primaria debe crecer en proporción a dicha población.

En el Perú se producen 617,870 nacimientos cada año y en Piura 41,282 y unas 158,701 defunciones en el país y en Piura 10,922. Las muertes maternas nacionalmente son 596 y 46 en la Región de Piura.

Loa años de vida potencialmente perdidos (avpp) en el Perú es de 138 x 1,000; mientras que en Piura es de 141 x 1,000 hab. Esto significa que se pierden 190, 221 años de vida de manera prematura por lo que equivaldría a la perdida en años de unas 2,717 personas, una razón que mide la mortalidad prematura en la población Piurana y que en buena medida es un signo inequívoco de los problemas de cobertura, accesibilidad, inequidad, ineficiencia y deficiente calidad que en determinadas áreas tiene el sistema de salud nacional y territorialmente.

GRÁFICO 4**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD**

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA
-Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales

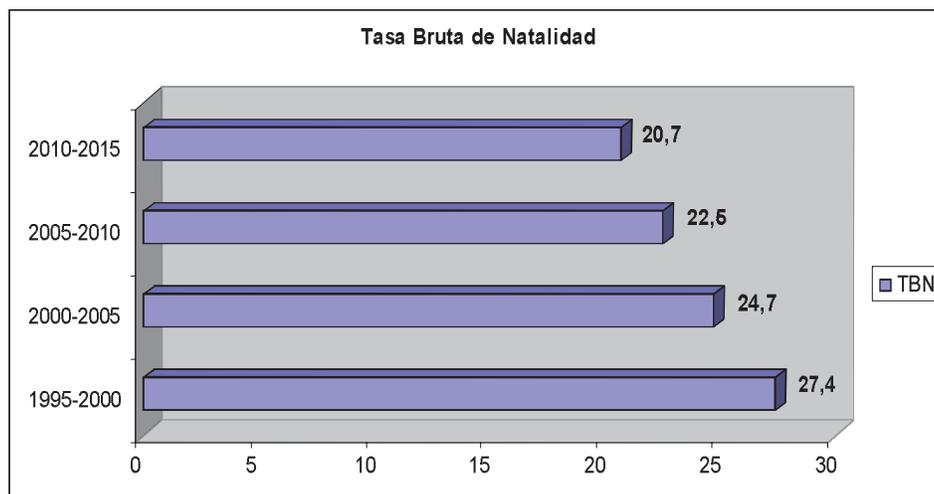
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD**CUADRO 5****FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES, PIURA 2004- 2006**

	%
Madres actuales	6.8
Embarazadas actuales	0.9
Alguna vez embarazada	7.7

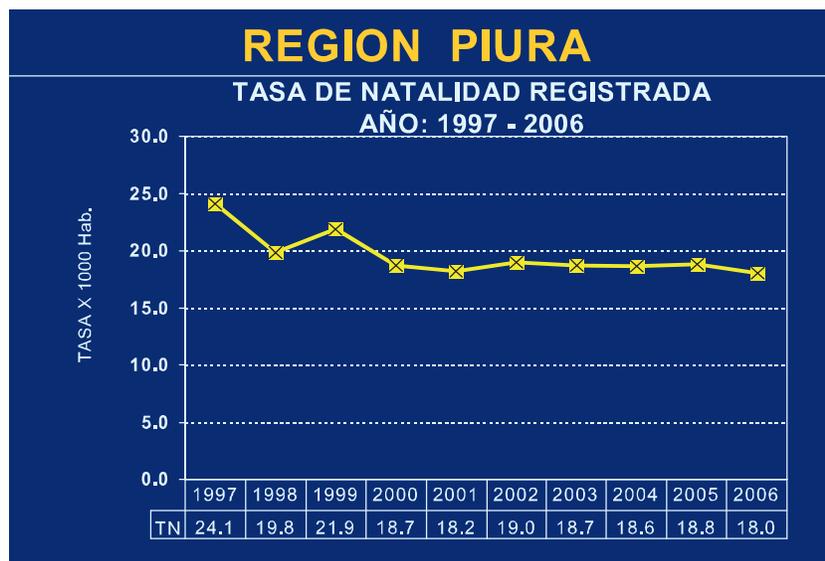
CUADRO 6**TASA GENERAL DE FECUNDIDAD REGISTRADA, SEGÚN PROVINCIAS 2006
REGIÓN PIURA**

REG/PROV	POB. MEF. (15-49 A)	NACIM.	TASA GRAL FECUNDIDAD
TOTAL. REGION	434,297	31,170	71.8
PIURA	164,788	12,472	75.7
AYABACA	36,528	2,778	76.1
HUANCABAMBA	34,244	2,075	60.6
MORROPON	49,893	2,757	55.3
PAITA	25,942	1,670	64.4
SULLANA	69,818	5,826	83.4
TALARA	39,197	1,934	49.3
SECHURA	13,887	1,658	119.4

Fuente. DIRECC. REG. SALUD PIURA-OEIT

GRÁFICO 5**TASA DE NATALIDAD Y NÚMERO DE NACIMIENTOS**

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
-Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

Es notorio el número de nacimientos que se producen fuera de las Instituciones de salud aproximadamente más del 30% y de estos una parte no tienen el correspondiente certificado de nacimiento, ya que como práctica los nacimientos, incluso los que ocurren en los centros de EsSalud y el MINSA no se les otorga el certificado de nacimiento al momento de ocurrir dicho nacimiento, se estima que durante este año y los próximos se emitan más de dos millones de certificados de nacimientos en las propias instalaciones de salud.

CUADRO 7

INTERVALO ENTRE NACIMIENTOS – PIURA 2004-2006

	%
7 a 17 meses	6.7
18 a 23 meses	8.7
Entre 24y 35	24.9
Entre 36 y 47	18.5
Y Mas de 48 meses	41.2

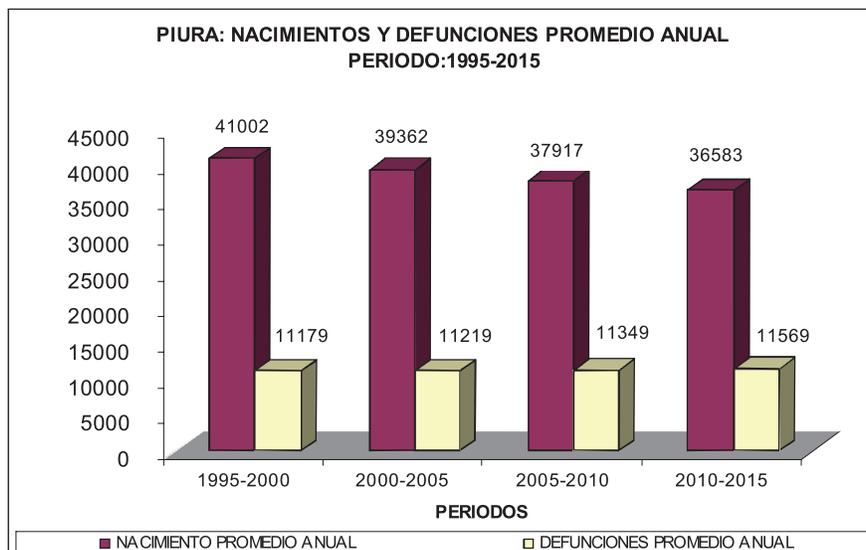
Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

CUADRO 8

EDAD MEDIANA AL PRIMER NACIMIENTO PIURA 2004-2006

Años	Edad
25 a 29 años	20.7
30 a 34 años	22.3
35 a 39 años	21.9
40 a 44 años	22.4
45 a 49 años	23.5
Mujeres de 25 a 49 años	22.2

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

GRAFICO 6

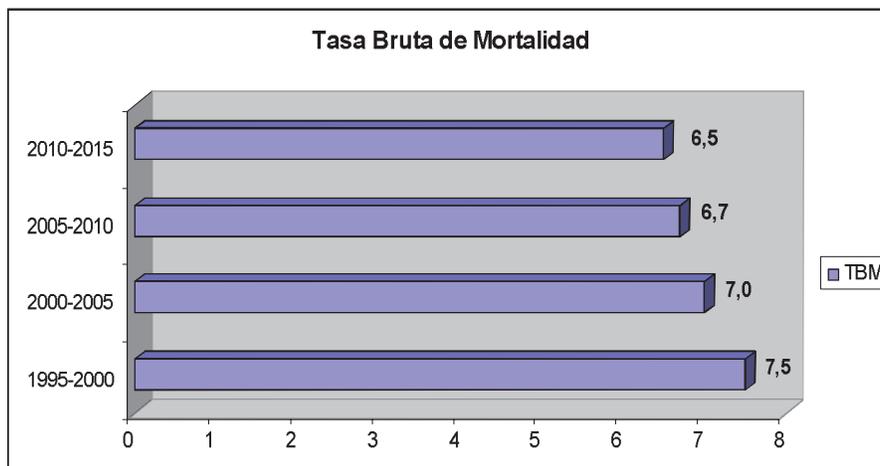
Fuente: INEI, 2006

- **Tasa de Mortalidad y Numero Total de Defunciones**

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) ha venido descendiendo originando un incremento en la esperanza de vida al nacer. La tendencia de los niveles de la mortalidad tiene mucho que ver con el control de las enfermedades epidémicas, la cobertura de los servicios públicos de salud, la expansión de los servicios privados de salud y con la implementación de estrategias preventivas de salud.

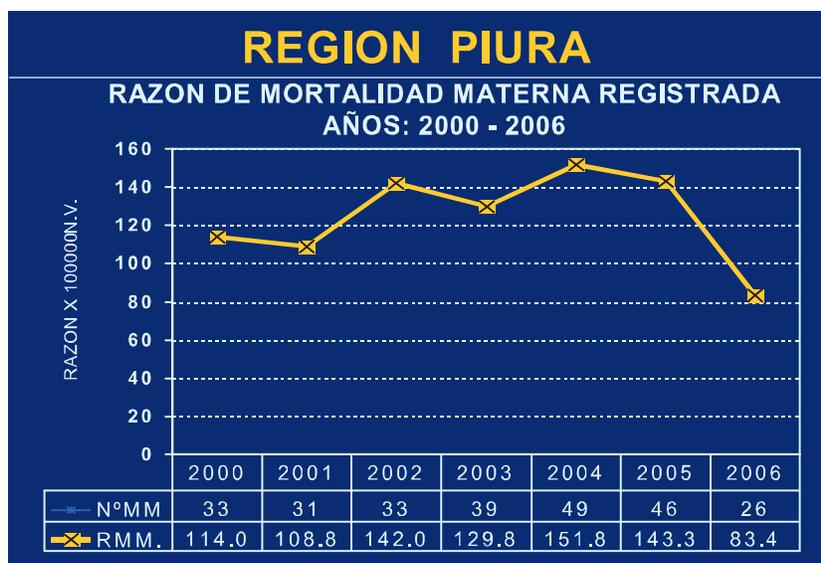
Se estima que hay un sub. registro en la notificación de las defunciones cercano al 34%, así como en la certificación de defunciones que no se emiten en un alto porcentaje y; se estima según expertos, que el 35% de certificados de defunción están deficientemente confeccionados; es usual ver en los certificados de defunción causas de muertes que no son verdaderas causas de defunción, todo esto conspira con el rigor y la consistencia que deben de tener los certificados de defunción dado su valor científico y administrativo. Lo frecuente es que no haya ninguna revisión de calidad de los certificados de defunción en los hospitales y en las demás instituciones de salud.

Por defunciones medico legales se estima según expertos que anualmente se producen entre 500 y 600 defunciones en toda la región, pero en realidad se desconocen las estadísticas de la mortalidad extrainstitucional (fuera de instituciones de salud), lo cual es un buen indicador para evidenciar y argumentar las insuficiencias en el sistema de salud que permitan que la mayoría de los pacientes que fallecen mueran en hospitales, centros de salud, clínicas privadas etc. Un clásico e inaceptable ejemplo es que el 51% de las muertes maternas ocurren en los hogares y no en los hospitales.

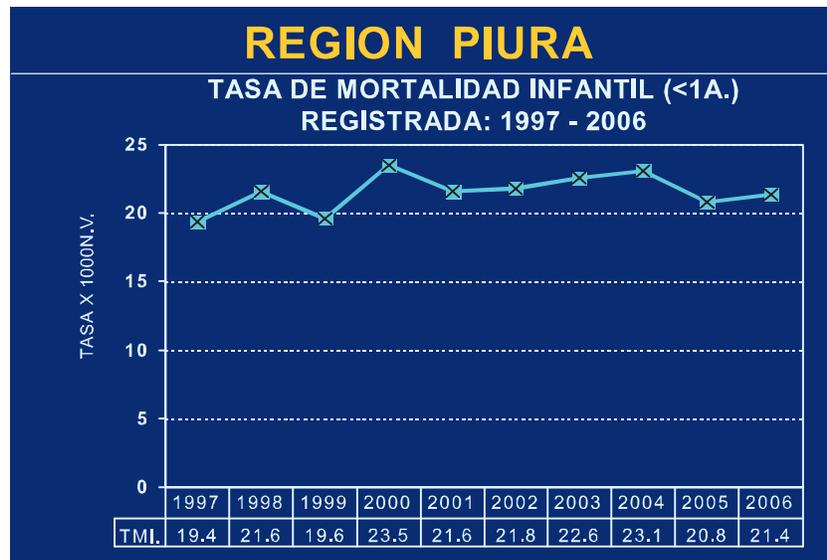
GRÁFICO 7

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA
-Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales

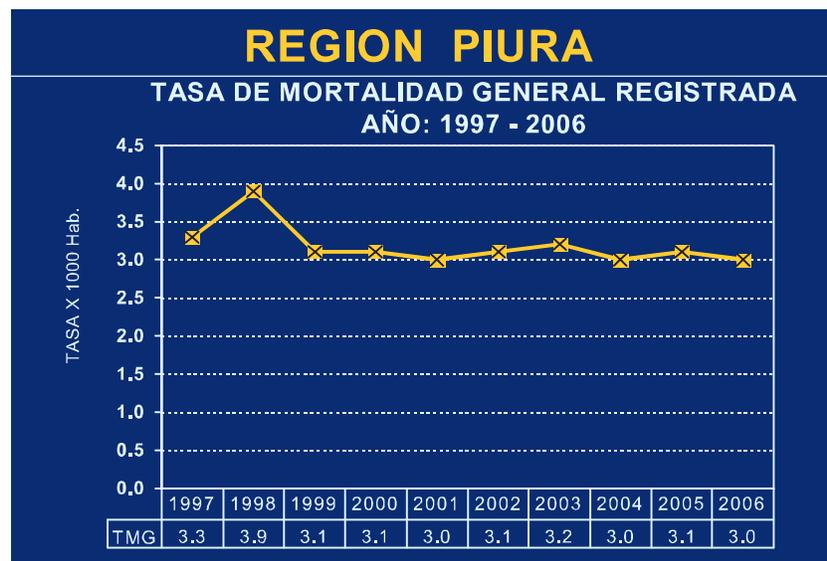
La reducción de la mortalidad materna es una prioridad sanitaria establecida por el sector salud en los lineamientos de política desarrollados en la última década y un objetivo del milenio.

GRÁFICO 8

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

GRÁFICO 9

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

GRÁFICO 10

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

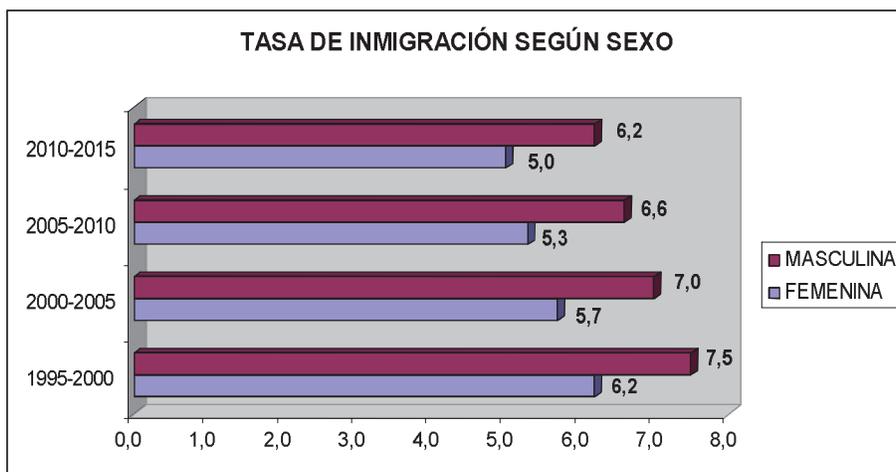
TASA DE MIGRACIÓN

Los seres humanos son animales migrantes por excelencia, y este movimiento se inició de África para Europa y de Europa para América Latina, en el último siglo mayor migración de las áreas urbanas para las rurales. En verdad en la actualidad no somos autóctonos dado el fenómeno de la transculturación. El talento humano, nuestro capital humano principal se ve seriamente dañado; fundamentalmente en los últimos 120 años han emigrado a EE.UU., Canadá y Reino Unido más de 1'200,000 profesionales a países de alto desarrollo y se ha generado un flujo creciente de fuga de cerebros como en el caso de profesionales de la salud: más de 13,711 médicos, 7,340 enfermeras, 2,112 odontólogos y 1,110 obstetras han salido en los últimos 10 años y al cabo de dos años no habían retornado.

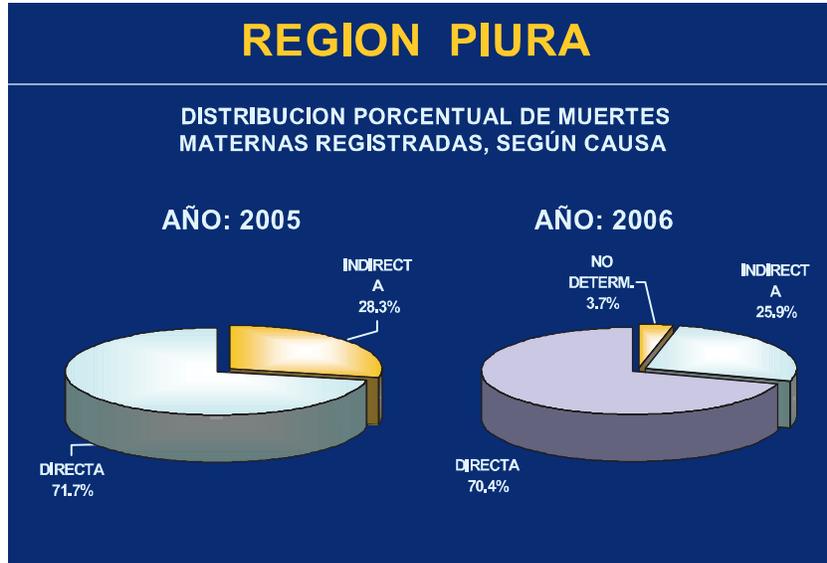
Los movimientos migratorios de personas constituyen un motor importante para el desarrollo de las regiones. En el caso de Piura, la intensificación de las migraciones internas desde áreas rurales hacia zonas urbanas y entre regiones ha sido uno de los principales fenómenos demográficos.

En términos económicos, estos flujos migratorios generan un impacto directo en la economía tanto de las regiones de origen como en las de destino.

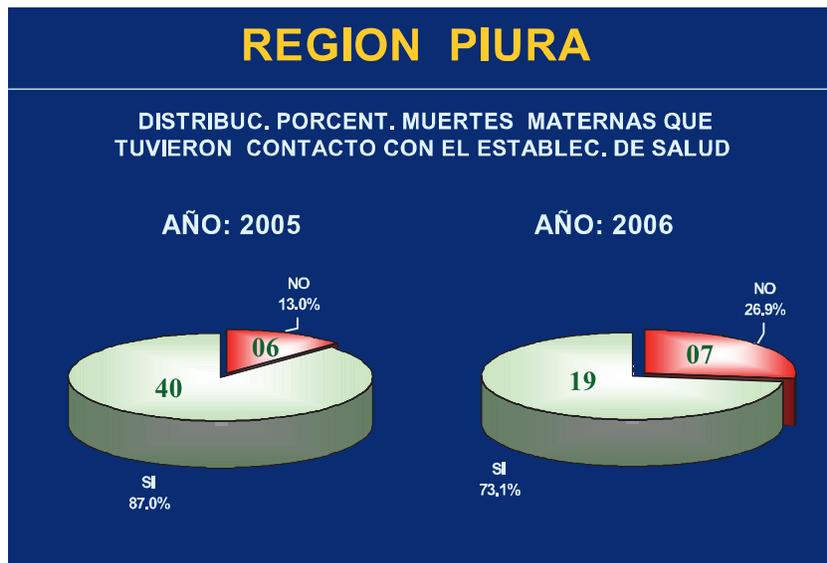
GRÁFICO 11



Fuente: INEI, 2006

GRÁFICO 12

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

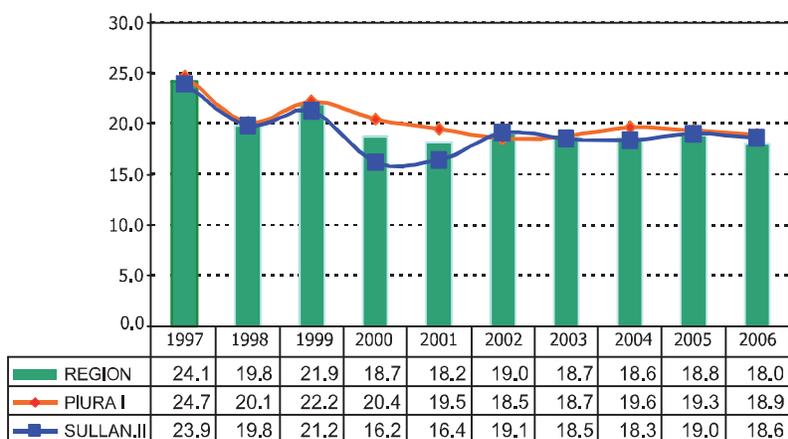
GRÁFICO 13

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

CUADRO 9**CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA:
2006 - REGION PIURA**

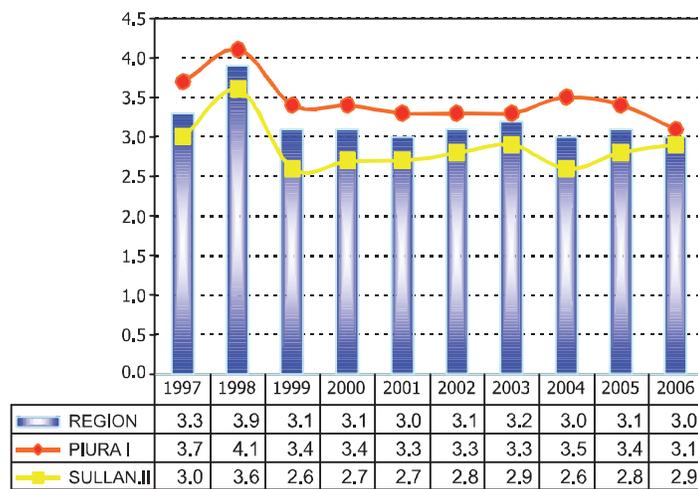
Nº DE ORDEN	CAUSAS	Nº	%	RAZON X 100000 N.V.
	TOTAL	26	100.0	83.4
	CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS *	19	73.1	61.0
	CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS *	7	26.9	22.5
1	HEMORRAGIA*	3	42.3	35.3
2	HIPERTENSIÓN*	3	11.5	9.6
3	ATONIA UTERINA*	2	11.5	9.6
4	SHOCK HIPOVOLEMICO*	2	7.7	6.4
5	PIELONEFRITIS	1	7.7	6.4
6	RUPTURA HEPATICA	1	3.8	3.2
7	SINDROME MENINGEO	1	3.8	3.2
8	SINDROME CONVULSIVO	1	3.8	3.2
9	SHOCK SEPTICO	1	3.8	3.2
10	NO DETERMINADA	1	3.8	3.2

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

GRÁFICO 14**REGION PIURA: TASA DE NATALIDAD REGISTRADA: 1997 – 2006**

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

Los últimos siete años la tasa de natalidad en la Región Piura se ha mantenido prácticamente estable, lo mismo que la tasa de mortalidad.

GRÁFICO 15**REGION PIURA: TASA DE MORTALIDAD GENERAL REGISTRADA
1997-2006**

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA - OEIT

CAPITULO VIII

FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTACION DE LA SALUD

Presupuesto público anual del Perú en el período 2005-2007 ascendió de 49,387'162,238 a 61,626'985.652 lo que representa aproximadamente el 20% de PIB. La mayor asignación corresponde al pago de salarios a los trabajadores y le siguen en los gastos corrientes la partida de bienes y servicios así como los gastos de Infraestructura.

La distribución del mismo tiene, históricamente, una tendencia centralista concentrándose en el Gobierno Central un promedio de 74% en el período 2005-2007, en el nivel regional 16.5% y en el nivel local tan solo el 9.75%, aún cuando está incrementándose cada año con énfasis al año 2007,

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR NIVELES DE GOBIERNO 2005-2007 EN NUEVOS SOLES Y %

CONCEPTO	2005	2006	2007
GOB.CENTRAL	38,289'209,284.00	37,959'307,852.00	42,837'993,971.00
GOB. REGIONAL	7,731'500,162.00	8,609'341,474.00	10,170'350,481.00
GOB. LOCAL	3,366'452,792.00	4,293'620,365.00	8,618'641,200.00
TOTAL	49,387'162,238.00	50,862'269,691.00	61,626'985,652.00
Incremento Anual	11.95	2.99	21.16

Fuente. Leyes de Presupuesto de los Ejercicios Fiscales 2005-2007

CONCEPTO	2005	2006	2007
GOB.CENTRAL	77.53%	74.63%	69.51%
GOB. REGIONAL	15.65%	16.93%	16.50%
GOB. LOCAL	6.82%	8.44%	13.99%
TOTAL	100.00%	100.00%	100.00%
Incremento Anual	11.95%	2.99%	21.16%

Se espera que en el año 2008 que se efectiviza el proceso de transferencia de funciones desde el Gobierno Nacional hacia el Gobierno Regional y Local vaya acompañado de una significativa redistribución de presupuesto.

Educación, Defensa, Salud e Interior son los sectores donde se concentra el mayor gasto, representando aproximadamente el 30% del total del presupuesto público, de ellos, salud es el que tiene menor asignación, tal como se observa en los siguientes cuadros.

TABLA 2**PRESUPUESTO ASIGNADO A LOS PRINCIPALES SECTORES EN EL PERÍODO 2005-2007**

SECTOR	Educación*	Defensa	Salud*	Interior	MINDES	Poder Judicial	Agricultura*
AÑO 2005	3,973'548,876	3,584'784,891	2,477'467,190	3,199'559,825	1,167'421,091	642'076,642	563'708,913
AÑO 2006	4,209'680,466	3,652'785,529	2,512'944,042	3,325'163,014	1,116'543,567	737'217,174	679'384,555
AÑO 2007	4,814'586,770	3,856'659,948	2,717'464,887	3,793'135,735	989'058,288	850'350,884	1,015'074,189

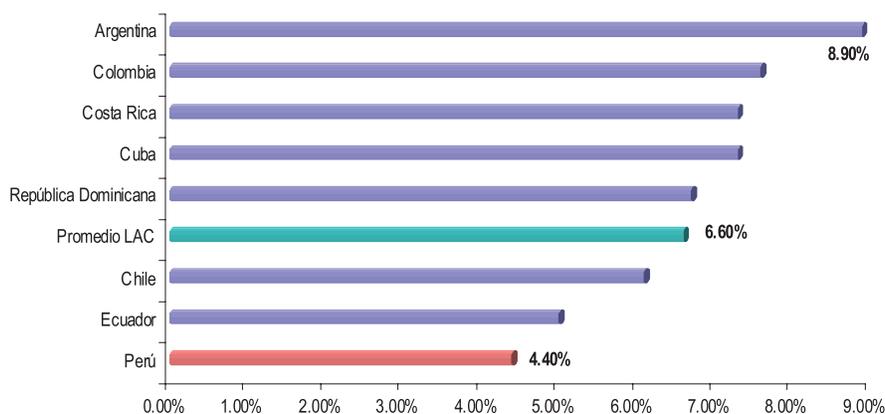
* incluye presupuesto del Gobierno Nacional y Regional

Fuente. Transparencia Económica MEF (SIAF-SP) 2005-2007

SECTOR	Educación*	Defensa	Salud*	Interior	MINDES	Poder Judicial	Agricultura*
AÑO 2005	8.88	8.01	5.54	7.15	2.61	1.44	1.26
AÑO 2006	9.24	8.01	5.51	7.30	2.45	1.62	1.49
AÑO 2007	9.38	7.51	5.29	7.39	1.93	1.66	1.98

* Incluye presupuesto del Gobierno Nacional y Regional

La asignación presupuestal del estado para el gasto en salud es uno de los más bajos de Latinoamérica, representando en el año 2004 el 4.4% del PBI, inferior en 2,2 puntos porcentuales al promedio latinoamericano. Además un alto porcentaje del presupuesto proviene del bolsillo de la población (35% en promedio a nivel nacional) aspecto que limita el acceso de la población de menos recursos a los servicios de salud:

GRÁFICO 1**GASTO EN SALUD EN AMERICA LATINA: 2004
(% del PBI)**

Fuente: OPS

Gasto en salud

A nivel nacional y regional, el presupuesto asignado al sector salud no está acorde al perfil epidemiológico, al crecimiento poblacional, al incremento de servicios y tampoco a los niveles de atención. La asignación no supera el 5.5% en el período 2005-2007, alcanzando una mejor distribución presupuestal los sectores Educación, Defensa e Interior, no obstante ello, éste muestra una tendencia creciente, que se puede observar en los siguientes cuadros: 6.83% en el año 2006 respecto al 2005 y de 10.72% en el 2007 en relación al 2006, siendo el rubro de mayor gasto las remuneraciones y pensiones.

TABLA 3

**PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL
2005-2007**

	PLIEGOS	2005	2006	2007
011	Ministerio de Salud	1,996'208,468.00	2,003'280,268.00	2,089'332,097.00
131	Instituto Nacional De Salud	86'168,790.00	81'402,162.00	89'561,670.00
133	Instituto De Desarrollo De Recursos Humanos IDREH	52'092,656.00	64'280,253.00	68'595,543.00
134	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud	8'250,199.00	8'238,368.00	8'281,393.00
135	Seguro Integral de Salud	264'722,031.00	270'903,211.00	267'589,550.00
136	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN	0.00	0.00	99'539,607.00
	Gobiernos Regionales - Salud y Saneamiento *	1,181'827,367.00	1,406'282,879.00	1,622'134,464.00
	TOTAL	3,689'269,511.00	3,834'387,141.00	4,245'034,324.00

Fuente: Transparencia Económica MEF (SIAF-SP) 2005-2007

* Incluye las Direcciones regional

TABLA 4

**VARIACION NOMINAL Y PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DEL SECTOR
SALUD A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL 2005-2007
(en millones de soles)**

	PLIEGOS	2005	2006	2007	VARIACION			
					Nominal		%	
					05/06	06/07	05/06	06/07
011	Ministerio de Salud	1,996	2,003	2,089	7.0	86	0.35	4.29
131	Instituto Nacional De Salud	86	82	90	-4.0	8	-4.65	9.76
133	Instituto De Desarrollo De Recursos Humanos IDREH	52	64	69	12.0	5	23.08	7.81
134	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud	8	8	8	0.0	0	0.00	0.00
135	Seguro Integral de Salud	265	271	268	6.0	-3	2.26	-1.11
136	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN	0	0	99	0.0	99	0.00	0.00
	Gobiernos Regionales - Salud y Saneamiento*	1,182	1,406	1,622	224.0	216	18.95	15.36
	TOTAL	3,589	3,834	4,245	245.0	411	6.83	10.72

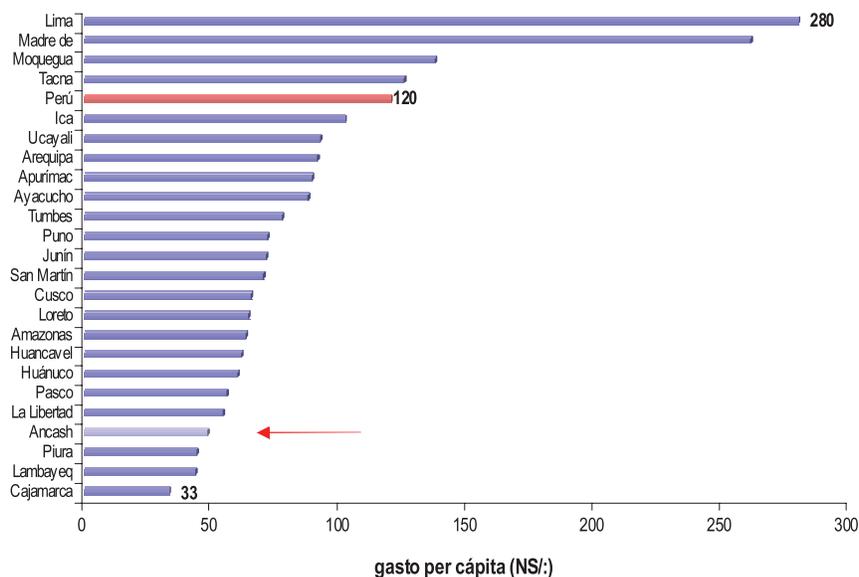
Fuente: Transparencia Económica MEF (SIAF-SP) 2005-2007

* Incluye las Direcciones regional

Piura, que es la segunda Región más poblada del Perú después de Lima y que ocupa el tercer lugar entre los departamentos que más aportan al PIB con el 7.3%; sólo recibe del presupuesto nacional 5.5% es decir 1.8% menos de lo que aporta, siendo el gasto per cápita en salud uno de los más bajos del país, superando sólo a Lambayeque y Cajamarca, requiriéndose una mayor redistribución a los efectos de incrementar la presupuestación en múltiples sectores de la Región y en particular a la salud.

GRÁFICO 2

GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CAPITA POR DEPARTAMENTO: 2005 (nuevos soles)



Fuente: SIAF-MEF

El MINSA en la Región Piura para atender al 81% de la población no asegurada (no considera ESSALUD, FF.AA y PP) en 383 establecimientos de Salud (04 Hospitales y 379 Centros y Puestos de Salud) recibió un presupuesto de 70 millones de soles en el 2005; se ha incrementado a 94.5 millones en el 2006 sin incluir el presupuesto que viene siendo asignado a través de donaciones y transferencias por el Seguro Integral de Salud, por no estar considerado en el Presupuesto Institucional de Apertura en el Portal SIAF del MEF.

El presupuesto se distribuye en las 06 Unidades Ejecutoras, siendo la U.E 400 Salud Piura la que recibe el 49% en promedio, en razón de que en ella se considera el rubro de Pensiones a nivel regional, está incluido el Hospital Regional; tiene mayor población de responsabilidad a lo que se suma la recarga de funciones por asumir la rectoría regional.

TABLA 5**PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA POR UNIDADES EJECUTORAS 2005-2007**

	UNIDADES EJECUTORAS REGION PIURA	2005		2006		2007	
400	SALUD PIURA *	34'822,096.00	49.73	41'656,819.00	49.10	46'914,491.00	49.61
401	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	9'983,167.00	14.26	14'822,351.00	17.47	17'485,489.00	18.49
402	HOSPITAL DE APOYO III SULLANA	12'193,820.00	17.41	13'325,346.00	15.71	13'993,558.00	14.80
403	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	7'040,354.00	10.05	8'528,089.00	10.05	8'923,032.00	9.44
404	HOSPITAL DE APOYO I CHULUCANAS	3'319,485.00	4.74	3'705,176.00	4.37	3'932,815.00	4.16
405	HOSP LAS MERCEDES DE PAITA	2'666,124.00	3.81	2'801,999.00	3.30	3'315,642.00	3.51
	TOTAL	70'025,046.00	100.00	84'839,780.00	100.00	94'565,027.00	100.00

* Incluye al H.Sta. Rosa y Pensionistas a nivel regional

Fuente. Transparencia Económica MEF (SIAF-SP) 2005-2007

ESSALUD recibe aproximadamente 78 millones lo que equivale para el año 2005 a aproximadamente 160 millones de soles a nivel regional como sector, o el equivalente a S/. 93.5 o 31.17 USD, per cápita anuales por habitante, teniendo en cuenta la población de la región Piura para el año 2005 estimada en 1'710,790 habitantes, representando uno de los per cápita más bajo de América.

Si se considera solo el presupuesto MINSAs Regional, aproximadamente el 43% del presupuesto (más de 30 millones en el 2005 incluyendo Hospital Santa Rosa que no es Unidad Ejecutora) está destinado al II nivel de atención (hospitalario), sin embargo al considerar el presupuesto de ESSALUD donde más del 90% de su presupuesto se destina a hospitales, se estima que entre 100 y 110 millones de soles son utilizados para los servicios hospitalarios y los 50 a 60 millones restantes son asignados a la Direcciones de Salud y Redes Asistenciales incluido los establecimientos de salud del I nivel de atención (Centros y Puestos de Salud) para garantizar la APS y las demás acciones del Sistema de Salud en el territorio.

Analizando el presupuesto MINSAs Regional del año 2005 por Programas se observa que el 27.6% del presupuesto por toda fuente de financiamiento se destina a los programas Administrativos (incluido Planeamiento) y Previsión (pago a Pensionistas que es asumido por la DIRESA), el 64% al Programa Salud Individual y sólo el 8.69% a salud colectiva.

TABLA 6**PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA POR U.E Y PROGRAMAS
REGION PIURA 2005**

	U.E	ADMINIST.	PREVISION	S. COLECT.	S.INDIV.	TOTAL	%
400	Salud Piura	5'214,665.00	6'084,534.00	3'415,427.00	20'107,470.00	34'822,096.00	49.73
401	Salud LCC	2'672,787.00	0	922,323.00	6'388,057.00	9'983,167.00	14.26
402	Hospital Sullana	2'489,961.00	0	255,459.00	9'448,400.00	12'193,820.00	17.41
403	Salud Morrop-Chuluc.	1'109,331.00	0	588,423.00	5'342,600.00	7'040,354.00	10.05
404	Hospital Chulucanas	943,783.00	0	519,912.00	1'855,790.00	3'319,485.00	4.74
405	Hospital Paita	798,122.00	0	149,765.00	1'718,237.00	2'666,124.00	3.81
	TOTAL	13'228,649.00	6'084,534.00	5'851,309.00	44'860,554.00	70'025,046.00	100.00
	%	18.89	8.69	8.36	64.06	100.00	

Fuente. Transparencia Económica MEF (SIAF-SP) 2005-2007

En el año 2006 se apertura el programa planeamiento con 0.72% a nivel regional; se incrementa el porcentaje a Salud Individual y el presupuesto de Salud Colectiva disminuye a 7.12%

TABLA 7**PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA POR U.E Y PROGRAMAS
REGION PIURA 2006**

	U.E	ADMINIST.	PLANEAM.	PREVISION	SALUD. COLECT.	SALUD INDIV.	TOTAL	%
400	Salud Piura *	4'949,509.00	485,463.00	6'557,556.00	3'595,915.00	26'068,376.00	41'656,819.00	49.10
401	Salud LCC	3'496,076.00	43,744.00	0	940,019.00	10'342,512.00	14'822,351.00	17.47
402	Hospital Sullana	2'923,360.00	52,304.00	0	309,240.00	10'040,442.00	13'325,346.00	15.71
403	Salud Morrop-Chuluc.	1'058,008.00	0.00	0	466,998.00	7'003,083.00	8'528,089.00	10.05
404	Hospital Chulucanas	1'101,902.00	14,581.00	0	575,733.00	2'012,960.00	3'705,176.00	4.37
405	Hospital Paita	777,723.00	11,090.00	0	149,209.00	1'863,977.00	2'801,999.00	3.30
	TOTAL	14'306,578.00	607,182.00	6'557,556.00	6'037,114.00	57'331,350.00	84'839,780.00	100.00
	%	16.86	0.72	7.73	7.12	67.58	100.00	

* incluye H.Sta. Rosa y Pensiones a nivel regional

El presupuesto regional de salud por genérica de gasto nos refleja que el 68.6% se destina a Remuneraciones y Pensiones, porcentaje que en la práctica es superior (78% en promedio) si se toma en cuenta que el pago del Personal contratado por CLAS está afectado al Grupo de Gasto Transferencias Corrientes y existe un significativo número de personal contratado por Servicios No Personales (SNP) y Otros Servicios de Terceros que se afecta el pago al Grupo de Gasto Bienes y Servicios.

Los Bienes y Servicios provienen en gran parte del aporte del bolsillo de la población y se destinan para el funcionamiento de la sede administrativa de la DIRESA, Dirección Sub Regional Luciano Castillo, Hospitales, Redes y establecimientos de salud que no están en el sistema CLAS, representando un 22.16% del presupuesto (incluye contratos SNP); las transferencias corrientes que representan un 3.72% casi en su totalidad es para los CLAS y solo es 0.57% para bienes de capital (compra o reemplazo de Equipos) que proviene en un alto porcentaje (82%) de Recursos Directamente Recaudados, siendo mínima la asignación por Recursos Ordinarios.

TABLA 8**PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA POR U.E Y GRUPO DE GASTO
REGION PIURA 2005**

	U.E	Remuner.	Pensiones	Bienes y Serv.	Transf.Ctes.	Gto. Capit.	TOTAL	%
400	Salud Piura *	18'947,457.00	6'080,334.00	7'243,105.00	2'296,200.00	255,000.00	34'822,096.00	47.26
401	Salud LCC	7'349,138.00	0.00	2'592,247.00	10,500.00	31,282.00	9'983,167.00	13.55
402	Hospital Sullana	8'254,521.00	0.00	3'897,999.00	10,500.00	30,800.00	12'193,820.00	16.55
403	Salud Morrop-Chuluc.	5'866,971.00	0.00	741,327.00	412,056.00	20,000.00	7'040,354.00	9.56
404	Hospital Chulucanas	2'522,874.00	0.00	747,611.00	4,500.00	44,500.00	3'319,485.00	4.51
405	Hospital Paita	1'521,683.00	0.00	1'103,632.00	5,000.00	35,809.00	2'666,124.00	3.62
	TOTAL	44'462,644.00	6'080,334.00	16'325,921.00	2'738,756.00	417,391.00	70'025,046.00	95.04
	%	60.35	8.25	22.16	3.72	0.57	95.04	

* incluye H.Sta. Rosa y Pensiones a nivel regional

Fuente. Transparencia Económica MEF (SIAF-SP) 2005-2007

TABLA 9**PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA POR U.E Y GRUPO DE GASTO
REGION PIURA 2006**

	U.E	Remuner.	Pensiones	Bienes y Serv.	Transf.Ctes.	Gto. Capit.	TOTAL	%
400	Salud Piura *	24'995,063.00	6'552,556.00	7'536,000.00	2'316,200.00	257,000.00	41'656,819.00	49.10
401	Salud LCC	11'771,696.00	0.00	2'925,155.00	15,500.00	110,000.00	14'822,351.00	17.47
402	Hospital Sullana	10'461,722.00	0.00	2'734,124.00	20,500.00	109,000.00	13'325,346.00	15.71
403	Salud Morrop-Chuluc.	7'524,096.00	0.00	693,551.00	300,442.00	10,000.00	8'528,089.00	10.05
404	Hospital Chulucanas	2'842,323.00	0.00	827,000.00	9,500.00	26,353.00	3'705,176.00	4.37
405	Hospital Paita	1'674,876.00	0.00	1'093,123.00	5,000.00	35,809.00	2'808,808.00	3.31
	TOTAL	59'269,776.00	6'552,556.00	15'808,953.00	2'667,142.00	548,162.00	84'846,589.00	100.00
	%	69.86	7.72	18.63	3.14	0.65	100.00	

* incluye H.Sta. Rosa

Fuente. Transparencia Económica MEF (SIAF-SP) 2005-2007

El proceso de presupuestación aún no se liga directamente con los Planes Operativos tomándose tradicionalmente como procesos separados, recién a partir del año 2007 se ha tomado al sector salud y educación como pilotos para iniciar un proceso de planificación y presupuesto por resultados, sin embargo se requiere para ello no solo fortalecer las capacidades en el personal, sino también establecer un sistema de costo que permita sustentar adecuadamente los presupuestos sobre la base del cumplimiento de objetivos y la consiguiente evaluación económica a nivel Institucional, aspecto que a la fecha es una debilidad para cumplir con esta etapa superior como es la presupuestación por resultados.

CAPITULO IX

SITUACIÓN DE SALUD.-

9.1. Mortalidad

Demografía, Mortalidad y Morbilidad.

Existe una relación directa entre la demografía o población, las condiciones de vida y la morbilidad y mortalidad. Ya en páginas anteriores se ha analizado lo referente a las condiciones de vida y demografía; es necesario recalcar brevemente algunos que tendrán implicancia en el análisis y comprensión de la situación de la morbi-mortalidad.

La población del Perú en el 2005 era de 27'219,264 habitantes y se estima que para 2010 llegará a 30 millones. La población peruana casi se ha duplicado, en los últimos 30 años a pesar de que la tasa de crecimiento total se ha reducido 8.9%, la población menor de 15 años es de 31.1% del total, aunque en cifras absolutas se incrementa como es lógico, y la población mayor de 65 años pasan de 4.6% a 6.2%. Esto ha sido el resultado de la reducción de la tasa global de fecundidad (TGF), de 3.4% a 2.9% hijos por mujer para el período señalado, una fuerte migración sobre todo del área rural más empobrecida a las grandes ciudades y una reducción de la mortalidad general e infantil que contribuye al incremento de un indicador positivo como la Esperanza de Vida al Nacer de 67.3% en los hombres y 72.4% en las mujeres.

En la Región Piura sucede algo similar si bien ha crecido la población total, esto obedece a una reducción de la Tasa Bruta de Natalidad y la Tasa Global de Fecundidad, pero ha sido a expensa de la reducción de la mortalidad, y por consiguiente hay un incremento de la EVN.(Esperanza de Vida al Nacer)

Estos cambios unidos a las condiciones de vida y las migraciones y marginalidad en las ciudades, va a repercutir en la morbilidad, por otro lado la población rural se hace más dispersa y dificulta la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud que no responden adecuadamente a estos cambios como veremos en los resultados que analizaremos más adelante.

CUADRO 1**INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS DE PIURA - PERÚ
PERIODO 2000 – 2005**

Indicadores	Región Piura	Perú
Población total	1'710,790	27'946,774
Población < 15 años	36.1%	33.2%
Población > 64 años	4.9%	5.0%
Tasa bruta Natalidad	24.7	22.6
Tasa bruta Mortalidad	7.0	6.2
Mortalidad Infantil (x 1000 NV)	34.1	33.6
Mortalidad Materna (x100,000 NV)	131.3	185.8
Crecimiento Demográfico	1.5%	1.6%
Tasa Global Fecundidad (hijos/mujer)	3.4	2.9
Población urbana	75.3%	72.3%
Esperanza vida Nacer	68.1	69.8
Hombres	65.6	67.3
Mujeres	70.6	72.4

Fuente: Dirección de Salud de la Región Piura

Mortalidad General.

En cuanto a la mortalidad por grandes grupos de causas, cabe mencionar que un grave problema del sistema de información en salud en el Perú es la baja cobertura del registro de defunciones (55% en 2004, de las cuales 88% son certificadas por médicos).

Entre 1990 y 2004 se produjo una significativa reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, de 236.2 a 124.6 por 100,000 habitantes; de igual forma, la mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal se redujo de 53.8 a 34.4, mientras que la debida a neoplasias (tumores) se incrementó de 96.2 a 108.4, así como la producida por causas externas (de 59.0 a 66.1). Si bien entre las principales causas de mortalidad en 2004 hubo un predominio de enfermedades crónicas, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar y algunas otras enfermedades transmisibles mantuvieron altas tasas de mortalidad.

La tasa de mortalidad de Piura fue de 7.0 por 1,000 habitantes. Llama la atención al igual que en Perú que el 44.3% de las defunciones registradas se deben a Enfermedades crónicas no transmisibles. Así como que el 35.4% son agrupadas en las demás causas. Las enfermedades infecciosas solo aparecen como causa de muerte entre las diez primeras: La Neumonía con 7.9%, y Otras enfermedades bacterianas con 4.7%, esto puede estar influido por la falta de accesibilidad de los servicios de salud, la calidad en el llenado del certificado y por supuesto a las debilidades del sistema de información que distorsiona y sesga los resultados y por tanto los enfoques epidemiológicos y la toma de decisiones que en ellos se base.

CUADRO 2**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
REGISTRADAS 2006 – REGIÓN PIURA**

Causas	Nº	%
TOTAL	5,174	100.0
1. Tumores (neoplasia)malignos(c00-c97)	832	16.1
2. Influenza(gripe)y neumonía(j10-j18)	408	7.9
3. Otras formas de enfermedad.corazón (I30-I52)	390	7.5
4. Enfermedades cerebro vasculares (I 60-I69)	306	5.9
5. Enfermedades del Hígado (k70-k77)	251	4.9
6. otras enfermedades bacterianas (A30-A49)	241	4.7
7. Trast. Resp. y card. Espec. Perio. Peri.(P20-P29).	236	4.6
8. Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	228	4.4
9. Enfermedades isquémicas del corazón(I20-I25)	226	4.4
10. Muert. Fet. Precoz,o. reteno. Fet. Muert. (O 021-p)	224	4.3
Demas causas	1,832	35.4

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA-OEIT

Mortalidad de la Mujer

En este caso la mortalidad se agrupa en un 45.6% para las enfermedades crónicas no transmisibles, y de igual forma la Influenza y neumonías ocupa el segundo lugar con un 7.9% y Otras enfermedades bacterianas el sexto lugar con un 4.7%.

CUADRO 3**PRINCIPALES CAUSAS MORTALIDAD GENERAL
DE LA MUJER: 2006 – REGIÓN PIURA**

Causas	Nº	%
TOTAL	2,349	100.0
1. Tumores (neoplasias) malignos (C00-C97)	443	18.9
2. Otras formas enfermedad del corazón (I30-I52)	188	8.0
3. Influenza (gripe)y neumonía (J10-J18)	188	8.0
4. Enfermedades cerebro vasculares(I 60-I69)	149	6.3
5. Otras enfermedades bacterianas (A30-A49)	116	4.9
6. Enfermedades isquémicas del corazón(I20-I25)	109	4.6
7. Muert. Fet. Precoz,c retenc. Feto muert.(O021-per)	102	4.3
8. Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	97	4.1
9. Trastor. Resp. y cardov. Espec. Perú. Peri. (P20-P29)	96	4.1
10. Enfermedades del hígado (K70-K77)	86	3.7
Las demás causas	775	33.0

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

Mortalidad Infantil

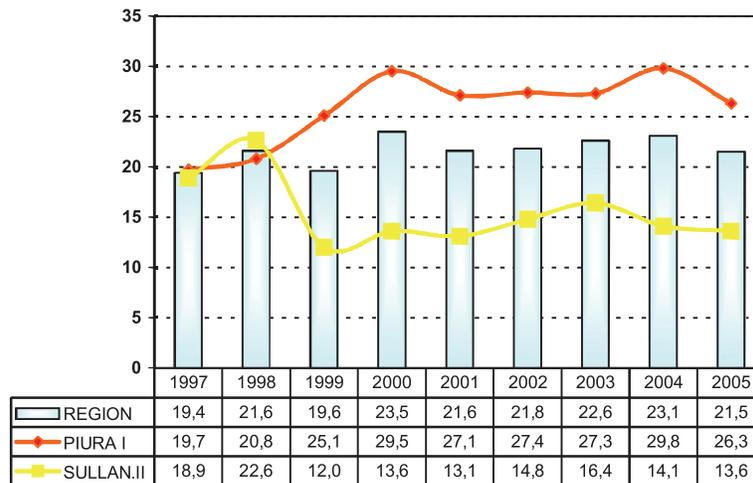
En el país en un contexto de disminución sostenida de la mortalidad en la infancia, diversos estudios publicados en la década de 1990 enfatizan la persistencia de las brechas entre las clases socioeconómicas, un factor importante que marca las diferencias entre los diferentes departamentos y provincias. De los 628 mil niños que nacen anualmente, más de 20 mil de ellos mueren antes de cumplir el primer año de vida y 8 mil antes de la primera semana de nacidos.

La tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 47 a 31 por 1,000 nacidos vivos entre 2000 y 2005. Esta reducción de la mortalidad infantil y de la niñez está relacionada principalmente a la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles, Entre las principales causas de mortalidad en menores de 1 año están trastornos respiratorios específicos del período perinatal, infecciones respiratorias agudas, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, prematuridad y bajo peso al nacer y sepsis bacteriana del recién nacido.

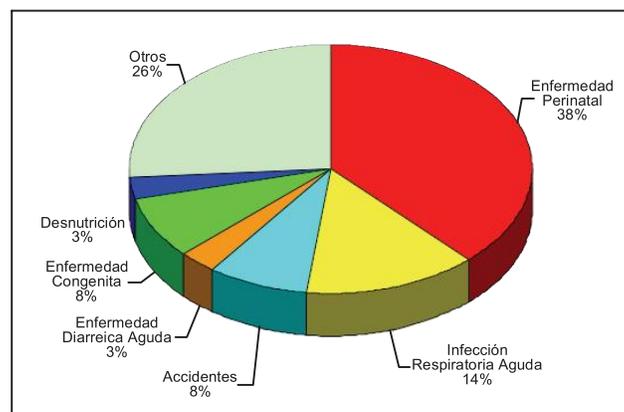
La primera causa, trastornos respiratorios específicos del período perinatal, tiene relación con la baja cobertura de atención del parto en establecimientos de salud y la falta de atención inmediata del recién nacido, incluyendo la reanimación del niño que nace deprimido; la tercera causa tiene su origen en la desnutrición materna con un 25.4% de prevalencia de anemia entre mujeres de 15 y 49 años de edad. Un éxito es la lactancia materna exclusiva una de las principales estrategias que el Ministerio de Salud (MINSA) ha venido impulsando en los últimos años.

La tasa de mortalidad infantil en la Región Piura registrada es de 21.5 por 1,000 nacidos vivos; pero la estimada salvando los subregistros y deficiencias en el sistema de origen del dato primario y de información estadística ya señalado en otros sitios del informe, se calcula en 34 en el 2005, las que han registrado una curva con valores estables en los últimos 8 años (Ver cuadro No. 4).

Las causas de muerte se presentan como corresponde generalmente a estos valores de la tasa: el primer lugar lo ocupan las Causas Perinatales con 38% de fallecidos, las Enfermedades Respiratorias Agudas un 14%, las Anomalías Congénitas y los Accidentes un 8%. Es de señalar que esta última causa no es común encontrarla en este grupo de edad por lo que sin lugar a dudas está relacionado con aspectos de promoción y prevención de la salud referida a los padres y el hogar.

CUADRO 4**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SUB REGIÓN PIURA Y SULLANA
REGIÓN PIURA – 1997 - 2005**

Fuente: Dirección Regional de Salud de Piura

FIGURA 1**CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL.
REGIÓN PIURA – 2005**

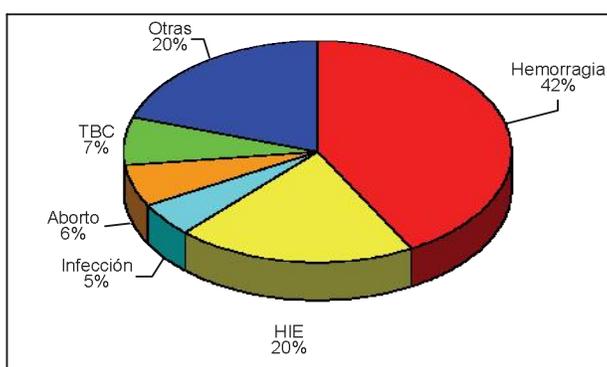
Fuente: MINSA

Mortalidad Materna

En el Perú la situación de la mujer y la salud materno infantil es crítica, una de la más difíciles en la Región junto a Bolivia, los de peores resultado. Cada día quedan embarazadas 2,096 mujeres y de ellas 813 son embarazos no deseados, 314 mujeres sufren de complicaciones, 94 son abortos incompletos atendidos y 2 son muertes maternas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. El 13.5 de las muertes maternas son en adolescentes.

FIGURA 2

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA PERÚ – 2005

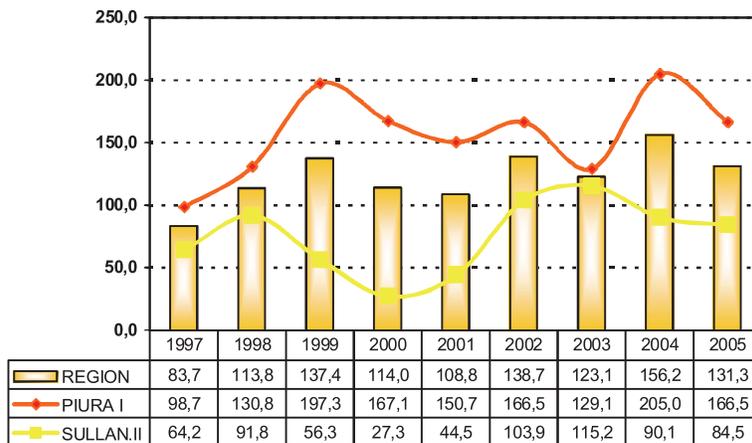


Fuente: OEI, OGE

La tasa de mortalidad materna de Piura es de 131.3 x 100,000 nacidos vivos frente a 185.8 que ocurren en el Perú. La evolución y tendencia de la tasa puede apreciarse en el Cuadro No.5 de forma irregular en los últimos 10 años.

CUADRO 5

TASA DE MORTALIDAD MATERNA DE LA SUB REGIÓN PIURA Y SULLANA REGIÓN PIURA – 1997 – 2005



Fuente: Dirección de Salud Región Piura.

Las principales causas de mortalidad materna son obstétricas directas con un 70.7% y las Hemorragias, la Hipertensión y las Infecciones son responsables del 70.8% de las muertes (Ver Cuadro No.6)

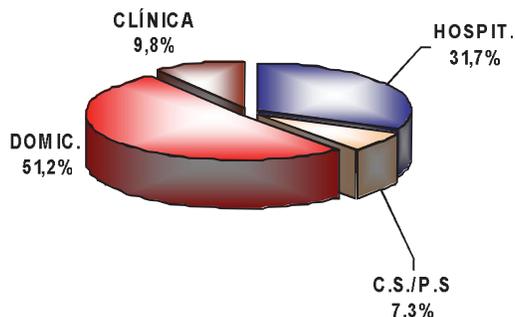
CUADRO 6

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTES MATERNAS REGIÓN PIURA - 2005

Nº DE ORDEN	CAUSAS	Nº	%	RAZON X 100000 N.V.
	TOTAL	41	100.0	131,3
	CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS *	29	70.7	92,9
	CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS	12	29.3	38,4
1	HEMORRAGIA*	15	36.6	48,0
2	HIPERTENSIÓN	9	22.0	28,8
3	INFECCION*	5	12.2	16,0
4	ANEURISMA CEREBRAL	3	7.3	9,6
5	INSUFICIENCIA CARDIACA	2	4.9	6,4
6	PARO CARDIORESPIRATORIO	1	2.4	3,2
7	SEPSIS GENERALIZADA	1	2.4	3,2
8	ANEMIA APLASTICA	1	2.4	3,2
9	CANCER GASTRICO	1	2.4	3,2
10	CANCER MAMA	1	2.4	3,2
11	NO DETERMINADA	2	4.9	6,4

Fuente: Dirección de Salud Región Piura.

Otro elemento importante es el lugar de las defunciones de las muertes maternas, un 51.2% de los fallecimientos ocurrieron en el 2005 en el domicilio o sea son extra-institucionales, un 39% en instituciones publicas de salud, el Hospital o el Centro o puesto de Salud y un 9.3% en Clínicas Privadas. Esto sin lugar a dudas apunta a una deficiente accesibilidad y cobertura en la atención a la salud materno infantil.



De las 41 muertes maternas registradas en el 2005 en la Región Piura, Las Provincias de Huancabamba (11), Ayabaca (10) y Piura (9) aportan 30 muertes para un 73.2%, pero las mayores Tasas corresponden a: Huancabamba, Ayabaca y Morropón, que

coinciden con las Provincias de peores condiciones y riesgos así como de accesibilidad y deficiencia en las Redes de Servicios de Salud para la atención a la Salud materna – infantil (Ver Cuadro No. 7).

CUADRO 7

MUERTE MATERNA Y TASA DE MORTALIDAD POR PROVINCIAS REGIÓN PIURA - 2006

REG/PROV	MUERTE MATERNA			RAZ MORT MAT X100,000 N.V
	TOTAL	CAUSA DIRECTA	CAUSA INDIRECTA	
TOTAL REGION	41	29	12	131,1
PIURA	9	3	6	69,1
AYABACA	10	6	4	423,2
HUANCABAMBA	11	9	2	512,1
MORROPON	4	4	0	156,0
PAITA	2	2	0	108,3
SULLANA	2	2	0	35,2
TALARA	2	2	0	106,9
SECHURA	1	1	0	57,9

Fuente: Dirección de Salud Región Piura.

Aspectos como la pobreza y marginalidad, el conocimiento y la práctica de los derechos y salud sexual y reproductiva; equidad de género, sexualidad y perspectivas culturales, así como la incorporación del hombre y la participación en el cuidado de la salud reproductiva y la maternidad, es de importancia para lograr cambios de la situación que hoy viven las mujeres.

9.2 Morbilidad.

Se ofrecieron 1'915,144 consultas externas en el 2006 en la Región de Piura lo que hace 1.11 consulta por habitante; son las Enfermedades Infecciosas las que ocupan las primeras causas de consulta en la población, muy al contrario de lo que se analizó en la mortalidad, algo que resulta incongruente, que evidencia serias dificultades en el sistema información y el registro del dato primario en los establecimientos de salud.

Las infecciones agudas de las Vías Respiratorias superiores con un 25.1% del total ocupa la primera causal de consulta, donde las infecciones en general ocupan el 38.7% de las consultas (Ver Cuadro N° 8).

CUADRO 8**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA
REGIÓN PIURA – 2006**

CAUSAS	Nº	%
Total Región	1,915,144	100.0
1. Infecc. agud. vias respir. superiores.	480,160	25.1
2. Enf. Infecciones intestinales	129,600	6.8
3. Enf. cavid. buc. gland. saliv. y maxil.	109,753	5.7
4. Otras infecc. agud. vias resp. Inferiores	60,592	3.2
5. Otras enf. del sistema. urinario	58,973	3.1
6. Desnutrición	53,616	2.8
7. Helmitiasis	52,022	2.7
8. Infecc. piel y del tejido subcutaneo	40,159	2.1
9. Infecc. C. Modo trans. Predom. sexual	28,465	1.5
10. Otras. Trast. Mat. Rel. Princip. embarazo	23,038	1.2
Las demas causas	878,766	45.9

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

En cuanto a las mujeres las principales causas de consulta siguen siendo las Enfermedades Respiratorias agudas y las Infecciosas Intestinales; aparece como séptimo lugar las referidas a Otros trastornos referidos al embarazo, el resto no tiene variación significativa con la morbilidad general (Ver Cuadro No. 9)

CUADRO 9**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL DE LA MUJER EN
CONSULTA EXTERNA. REGIÓN PIURA – 2006**

CAUSAS	Nº	%
Total Región	1,103,620	100.0
1. Infecc. agud. vias respir. superiores.	213,718	19.4
2. Enf. Infecciosas intestinales	63,657	5.8
3. Enf. cavid. buc. gland. saliv. y maxil.	62,972	5.7
4. Otras enf. del sistema urinario	37,920	3.4
5. Helmitiasis	36,761	3.3
6. Desnutrición	30,247	2.7
7. Otras. Trast. mater. relac. princip. embar	27,648	2.5
8. Otras Infec. agud. vias respir. inferior.	22,924	2.1
9. Infecc. C. modo trans. predom. sexual	22,418	2.0
10. Infecc. piel y del tejido subcutaneo	13,880	1.3
Las demas causas	571,478	51.8

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

Respiratorias.

Las Enfermedades Respiratorias agudas ocupan el primer lugar como motivo de Consulta y uno de los primeros lugares como causal de muerte en la población.

En el año 2005 acudieron por esta causal 541,112 pacientes a los establecimientos de salud. Por grupo etáreo, el más afectado fueron los menores de 5 años con un 48.6% de las consultas y entre este grupo el 62.6% corresponde a los de 1 a 4 años, 31.7% de 2 a 11 meses y 5.7% en los menores de 6 meses (Cuadro No. 10).

Por provincias, Piura registra la mayor cantidad de consultas por enfermedades respiratorias, aquí se concentra gran parte de la población pero si tienen una incidencia alta las provincias de Morropón, Huancabamba y Sechura.

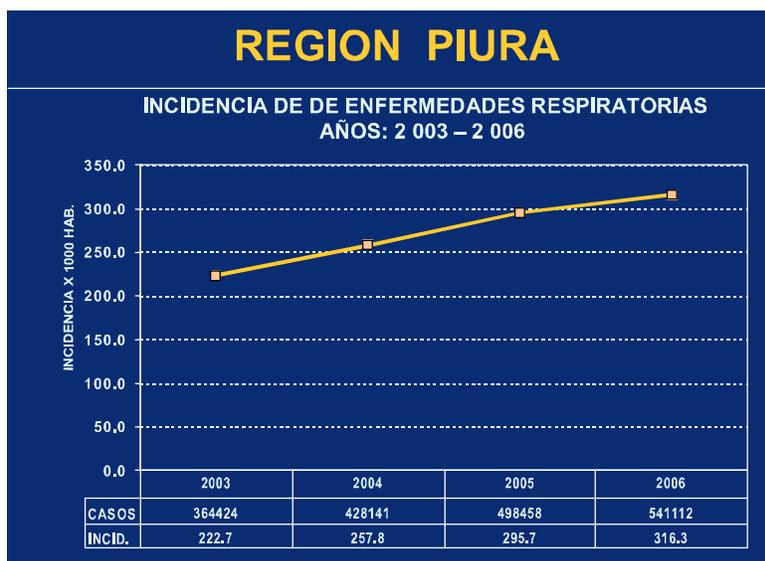
La incidencia por este grupo de enfermedades ha ido incrementándose por años y desde el 2003 con 222.7 por 1,000 habitantes ha llegado al 2006 a 316.3, lo que representa un crecimiento de un 42.0%, por lo tanto es un problema de salud para la población de Piura en general y las Provincias señaladas específicamente (Cuadro No. 11).

CUADRO 10

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS. REGIÓN PIURA-2006

TOTAL REGION	CASOS INFECCION RESP. AGUDA			
	TOT. < 5a	<2m	2-11m	1-4ª
	262,888	14,921	83,256	164,711
PIURA	139,514	8,245	45,126	86,143
AYABACA	8,209	553	2,978	4,678
HUANCABAMBA	25,359	1,166	7,845	16,348
MORROPÓN	26,311	1,276	7,699	17,336
PAITA	7,409	512	2,366	4,531
SULLANA	22,073	1,546	7,011	13,516
TALARA	10,717	559	3,214	6,944
SECHURA	23,296	1,064	7,017	15,215

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 11**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS
REGIÓN PIURA 2003 – 2006**

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

TABLA 1**PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE IRA EN MENORES DE 5 AÑOS
PIURA 2004- 2006.**

	%
Niños con síntomas de IRA	15.4
Niños a los que se les puso tratamiento.	68.8

Enfermedades Diarreicas Agudas.

La incidencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas no llega a las connotaciones de las Enfermedades Respiratorias, de las que son aproximadamente el 10% con 56,466 casos y una incidencia de 33 por 1,000 habitantes que se mantiene estable en los últimos 3 años (Cuadro N° 13). A pesar de las dificultades en el acceso al agua segura y el saneamiento básico, no descartamos la posibilidad de sub registros y las conocidas deficiencias en los registros y sistema de información.

Por grupo de edades el mas afectado es de 1 a 4 años con un 46.9% de los casos, le siguen los menores de año con un 29.8% y por ultimo las de 5 años solo registra un 23.3%.

Por provincias; Huancabamba, Ayabaca y Sechura son las que ostentan las mayores incidencias que se corresponden con las limitaciones señaladas de condiciones de vida y de adecuada infraestructura y respuesta sanitaria para esta enfermedad (Cuadro N° 12).

CUADRO 12

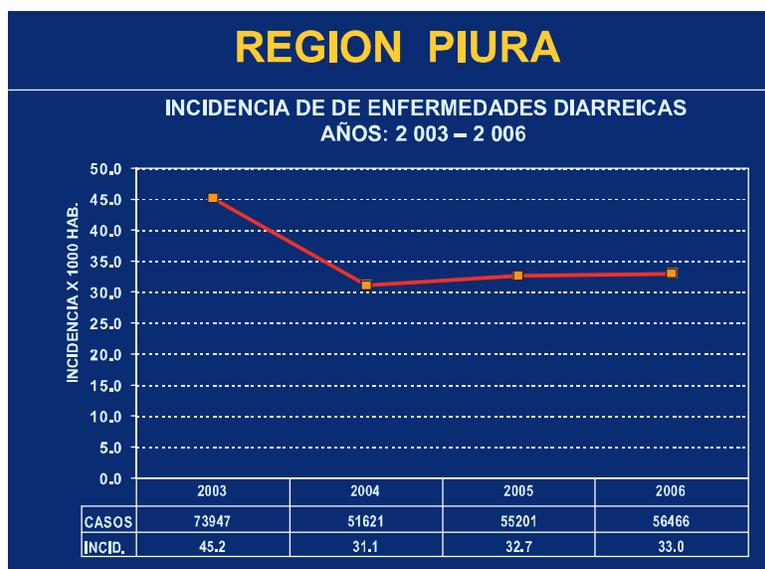
CASOS DE ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA. 2006 POR PROVINCIAS – REGIÓN PIURA

REG/PROV	CASOS DE E.D.A ACUOSA			
	TOTAL	<1 a	1-4 a	5 y + a
TOT. REGIÓN	56,466	16,823	26,488	13,155
PIURA	23,221	7,746	10,165	5,310
AYABACA	3,834	1,465	2,011	358
HUANCABAMBA	8,954	1,917	4,355	2,682
MORROPÓN	2,986	689	1,407	890
PAITA	1,918	641	965	312
SULLANA	6,227	2,100	2,838	1,289
TALARA	3312	714	1,467	1,131
SECHURA	6,014	1,551	3,280	1,183

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 13

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDA. REGIÓN PIURA 2003 – 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

TABLA 2
PREVALENCIA DE EDA EN MENORES DE 5 AÑOS
PIURA 2004-2006

	%
Niños con diarrea	14.1
Conocimientos de SRO	78.6
Atendidos en Proveedor de Salud	22.3
Terapia con SRO	29.9
Terapia con soluciones caseras	16.0
Total que recibió TRO	74.1
Terapia con otros remedios caseros	59.8
Ninguna terapia	9.2

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

Enfermedades Transmitidas por Vectores

Malaria

Uno de los objetivos del milenio es detener y comenzar hacer retroceder la malaria en las Américas; de los 890 millones de habitantes de las América 11 millones viven en zonas de riesgo alto, 882,000 enferman cada año y los gasto del programa ascienden a 176'000,000 usd, siendo el gasto per cápita por habitante de 0.65 usd.

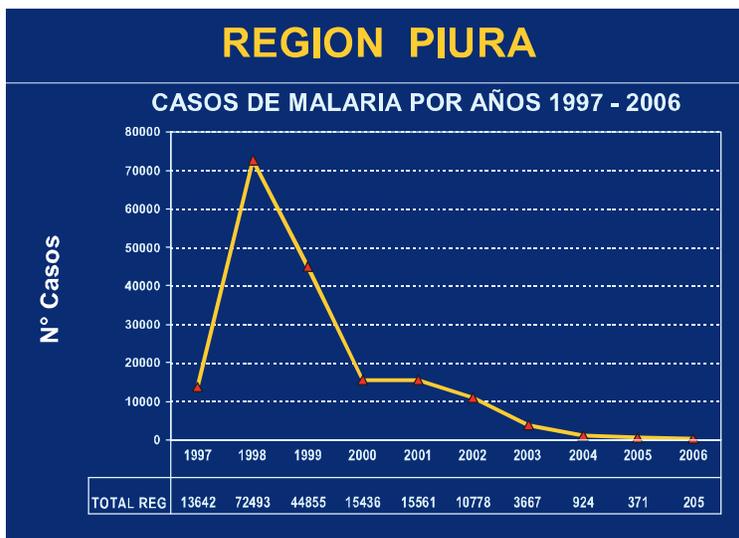
La situación de malaria no es un problema severo para la salud en el Departamento Piura, como si lo es para la Selva pero existe un factor en la Costa norte que a pesar de ser de clima seco y desértica, existen de Sullana a Tumbes plantaciones de arroz que requieren de aguas estancadas que son propicios criaderos para vectores sobre todo el *anopheles* transmisor del paludismo. También en la provincia de Piura existen riesgo entre otras razones por la existencia del río Piura que se considera un río muerto (no corre) por tener aguas estancadas y sus márgenes no son saneadas sistemáticamente.

En el cuadro 14 se representa una línea con la incidencia en los 10 últimos años que a partir del año 1999 tiene una caída vertical que llega hasta el 2003; esto puede estar relacionado con el fenómeno de "El Niño" entre 1997 y 1998 y las lluvias y alteraciones del Ambiente que originó, pero a partir del 2003 su incidencia ha sido muy baja, aunque reiteramos que por los factores de riesgo señalados se deben mantener la vigilancia epidemiológica y las acciones de promoción y prevención ante un posible incremento de la morbilidad.

En cuanto a la variedad de Plasmodio también hay elementos positivos como que en el 2003 la variedad falciparum era responsable del 31.6% de los casos y en el 2006 esto se reduce a un 2.5% (Cuadro N° 15)

CUADRO 14

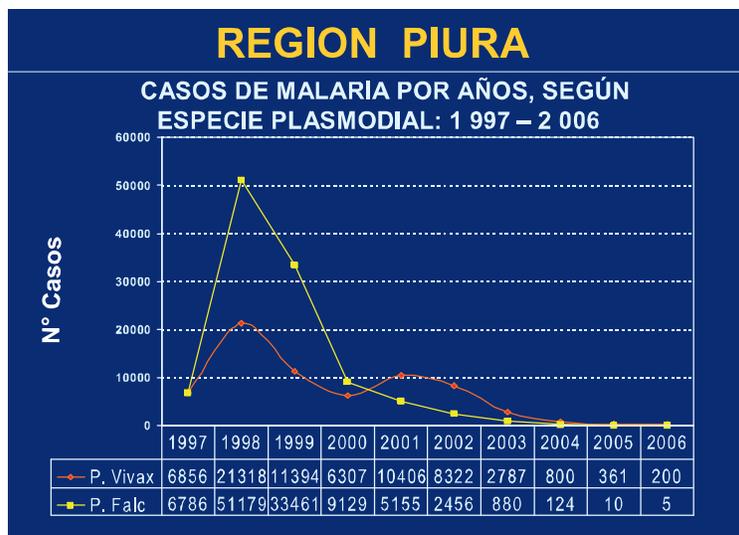
CASOS DE MALARIA POR AÑOS REGIÓN PIURA 1997 – 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 15

CASOS DE MALARIA POR AÑOS SEGÚN LA ESPECIE DE PLASMODIO REGIÓN PIURA 1997 – 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

Dengue

El dengue es otra enfermedad producida por vectores, pero muy diferente a la malaria que es selvática o rural en este caso es predominantemente urbano y doméstico, que son los hábitos del *Aedes Aegypti*.

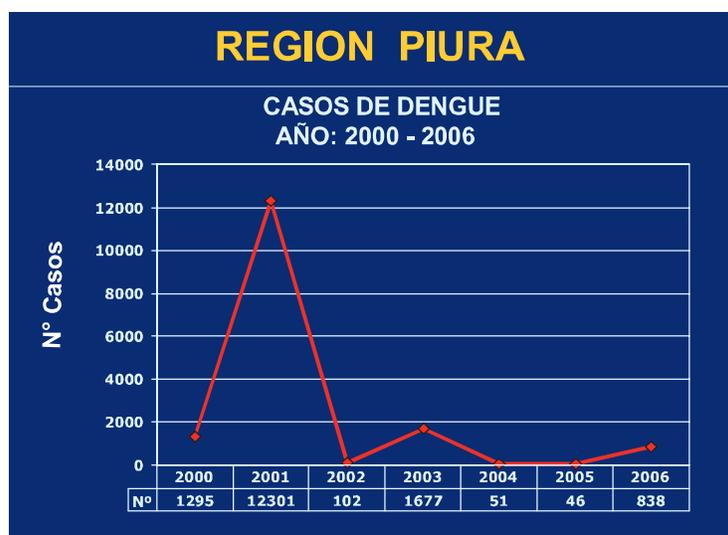
La población que vive en ciudades infestadas con *Aedes aegypti* es de 10 millones; estas ciudades están ubicadas en la costa norte y la selva. En el país circulan los cuatro serotipos del virus del dengue. En 2001 se presentó un brote en la costa norte y se notificaron 23,329 casos, 250 de ellos de dengue hemorrágico.

En la Región de Piura el reporte de casos ha sido irregular por lo que teniendo en cuenta la situación y característica de la población nos inclinamos a creer que se deban a un sub registro o no diagnóstico de casos que corresponden a Dengue Clásico y pasan desapercibidos; el diagnóstico médico como otra patología banal o en otros casos no acuden para su diagnóstico y permanecen como sujeto fuente de transmisión de la enfermedad, que por su característica puede convertirse en una situación grave en caso de incrementar la generación de Dengue Hemorrágico por los serotipos de virus que circulan.

Como se aprecia en los cuadros 16 y 17 la incidencia se ha incrementado significativamente en el 2006 lo cual debe servir de alerta a esta latente y peligrosa situación para la población.

CUADRO 16

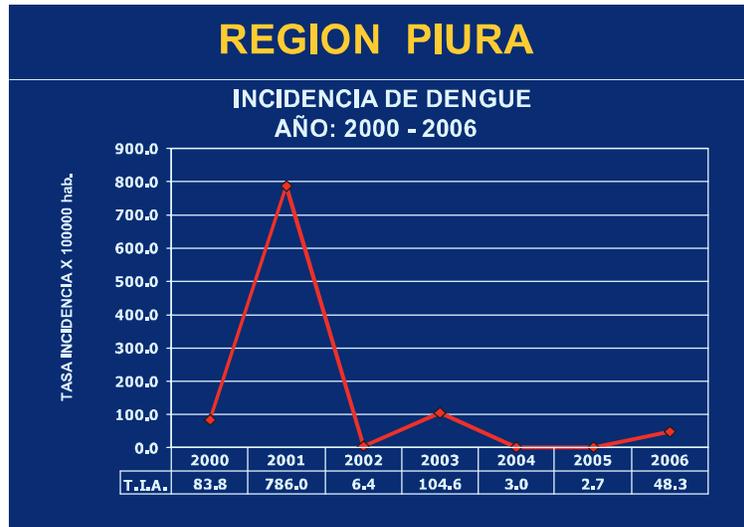
CASOS DE DENGUE - REGIÓN PIURA



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 17

INCIDENCIA DE DENGUE - REGIÓN PIURA



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

FIGURA 3

ESCENARIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DENGUE – Región Piura 2005

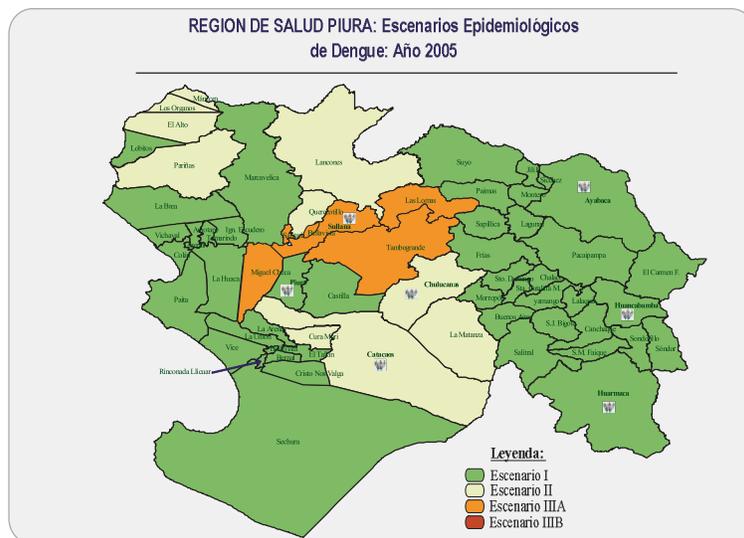
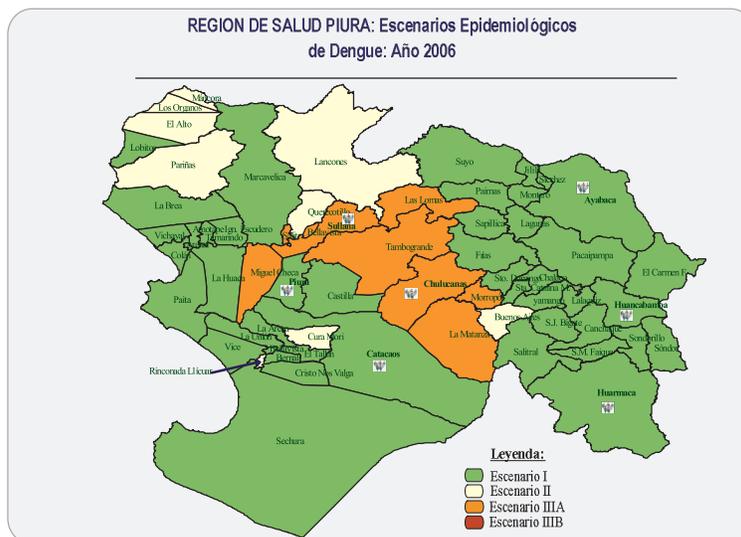


FIGURA 4

ESCENARIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DENGUE 2006 – REGIÓN PIURA 2006



En las figuras 4 y 5 que son los escenarios del Dengue en el Departamento Piura se puede apreciar las modificaciones en los años 2005 y 2006; situación ya comentada de riesgo y alerta, para el sistema de Salud, Autoridades e Instituciones y la población en general. Esto si es un problema de salud a tener en cuenta.

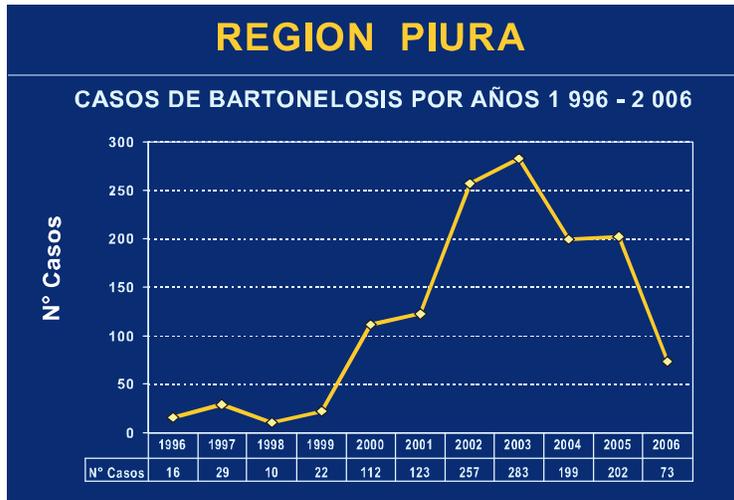
Bartolenosis

La Bartolenosis ha mantenido una incidencia baja si bien es cierto que en los años 2000 al 2005 se incrementó, tiene una tendencia a disminuir aunque es una enfermedad más común en la Sierra, quebrada y valles (Cuadro 18 y 19).

Se ha registrado 73 casos en el 2006 pero debe mantenerse la vigilancia y control sobretodo acciones de promoción, educación para la salud y de prevención por parte de la población educada para evitar esta enfermedad, en áreas que de hecho son susceptibles de que se genere la transmisión por la presencia de uno de los vectores que sirven de transmisores. A pesar de ser baja la incidencia se ha registrado un incremento en la letalidad (Cuadro 20).

CUADRO 18

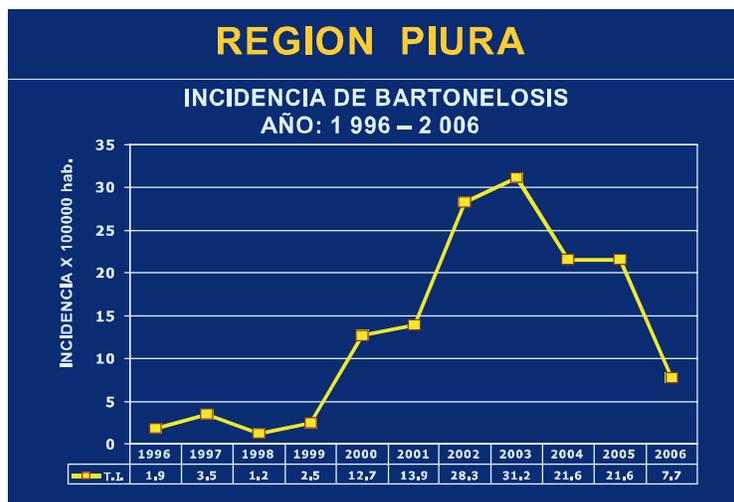
CASOS DE BARTONELOSIS - REGIÓN PIURA 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 19

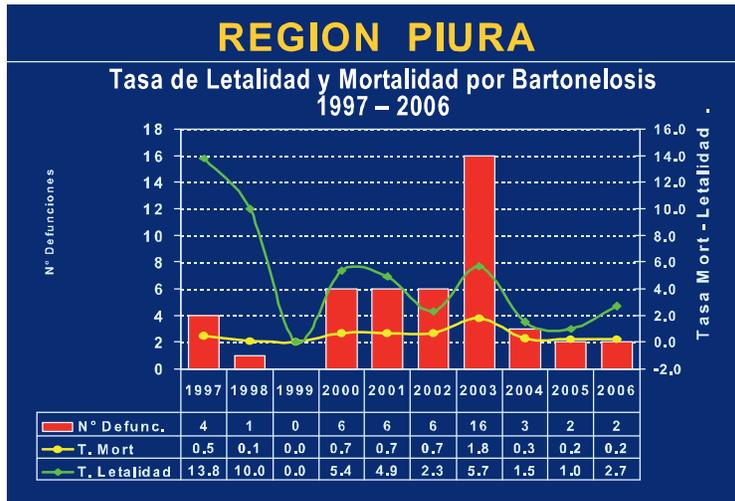
INCIDENCIA DE BARTONELOSIS - REGIÓN PIURA 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 20

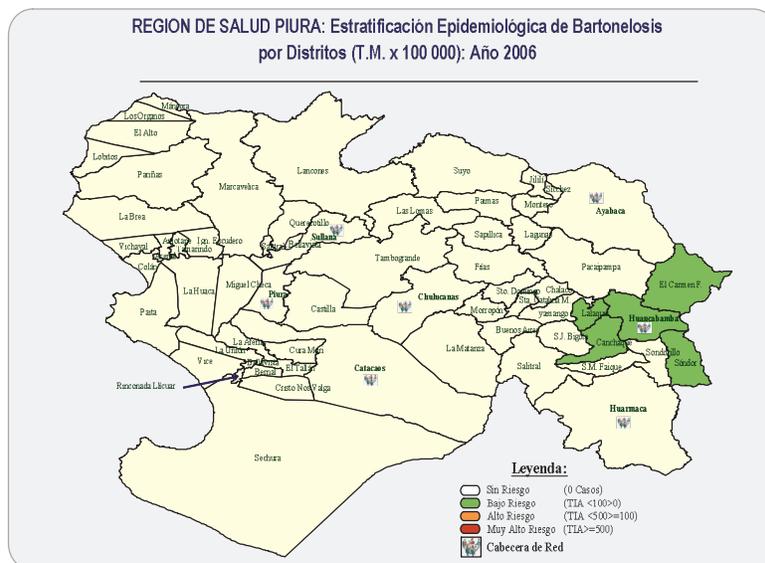
**TASA DE LETALIDAD Y MORTALIDAD POR BARTONELOSIS
REGIÓN PIURA 1997 - 2006**



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

FIGURA 5

**ESTRATIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE BARTONELOSIS
REGIÓN PIURA 2007**

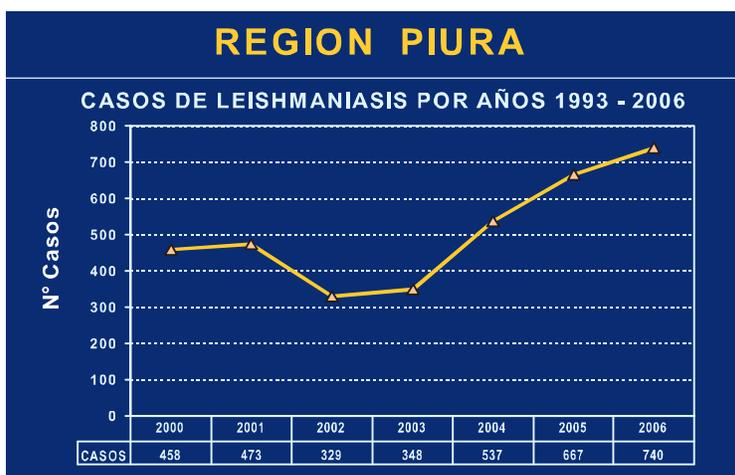


Leishmaniasis

La Leishmaniasis es otra de las enfermedades transmitida por vectores que requiere de atención a pesar de también ser propia de la selva y sierra existen una creciente tendencia al incremento de la enfermedad en la Región de Piura (Cuadro N° 21 y 22) que ha sido más notorio a partir del año 2003

CUADRO 21

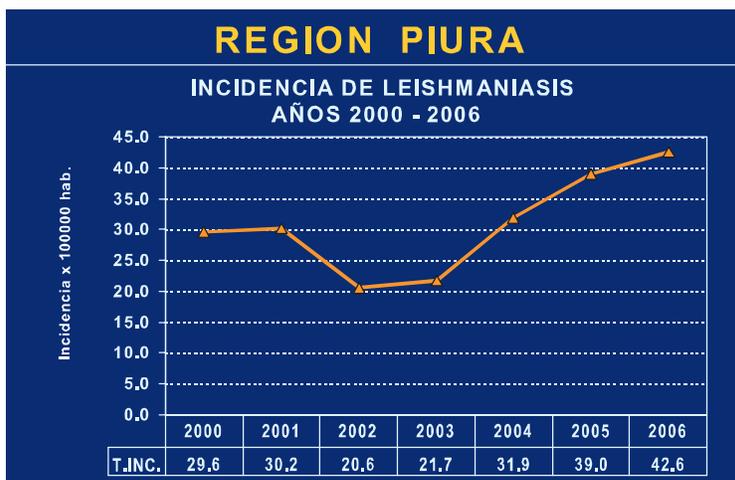
CASOS DE LEISHMANIASIS. REGIÓN PIURA 1993 - 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 22

INCIDENCIA DE LEISHMANIASIS. REGIÓN PIURA 2000 - 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

FIGURA 6
ESTRATIFICACIÓN DE LEISHMANIASIS POR DISTRITO
REGIÓN PIURA 2006

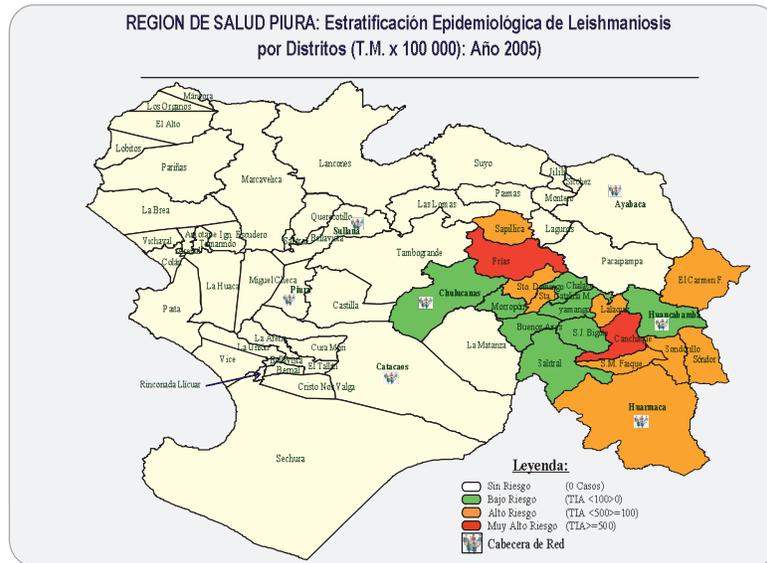
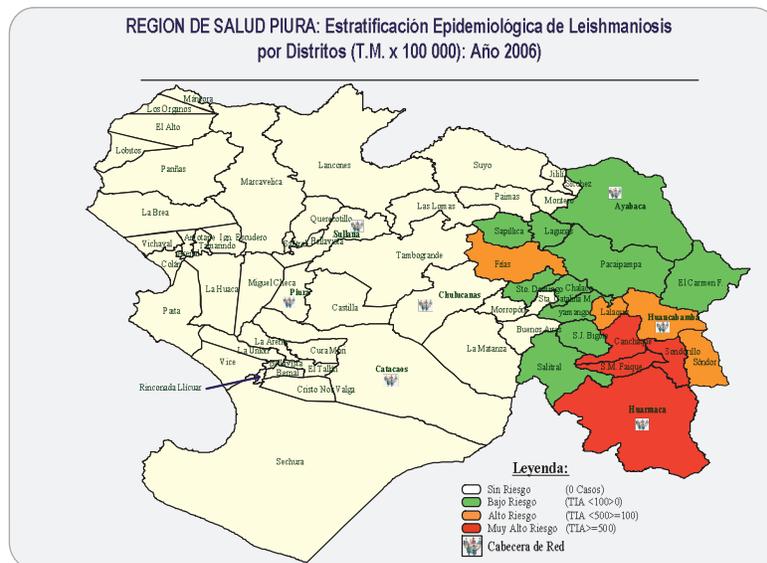


FIGURA 7
ESTRATIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS POR DISTRITOS.
REGIONAL PIURA 2006



Enfermedades de Transmisión Sexual VIH – SIDA

El VIH – SIDA uno de los azotes de las enfermedades transmisibles de la época contemporánea.

Hasta diciembre de 2005, se habían notificado en el país 18,117 casos de sida. Se estima que hay 70,000 personas con VIH y que 7,000 de ellas están en la denominada fase SIDA. La mediana de edad de los casos notificados de sida fue de 31 años. La relación hombre / mujer de casos de sida se ha reducido en forma progresiva y constante, de 13.3 /1 en 1990 a 2.8 /1 en 2005.

En 97% de los casos notificados de sida la vía de transmisión fue sexual, en 2% fue vertical y en 1%, parenteral. En 2002, la seroprevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años de edad fue de 0.21% y, de acuerdo con diferentes estudios, la prevalencia de VIH entre hombres que tienen sexo con hombres varía de 11% a 18%.

En 2002 se estudió una muestra de población entre 18 a 29 años de edad, en 24 ciudades con más de 50,000 habitantes, con excepción de Lima y Callao; entre los principales hallazgos se encontró una prevalencia de VIH de 0.4% entre los hombres y de 0.1% entre las mujeres; que 12% de los hombres habían tenido relaciones sexuales con otros hombres; que, en su última relación sexual, 24% de los hombres usó condón con una pareja casual del sexo femenino y 32% con una pareja del mismo sexo.

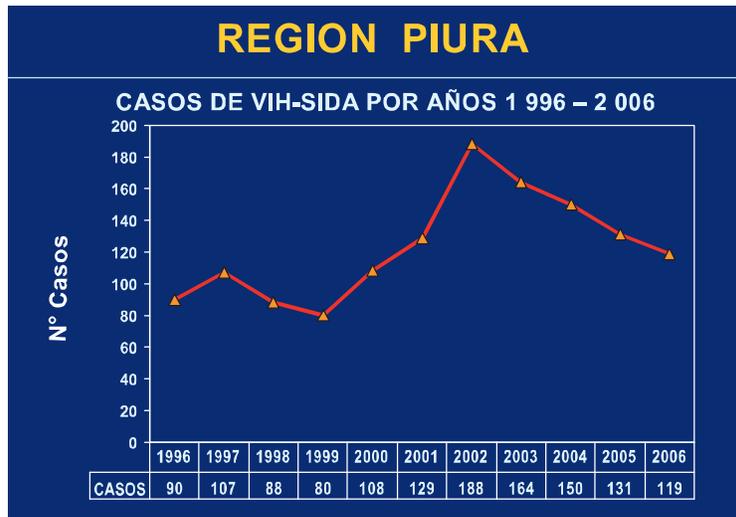
La prevalencia de sífilis fue similar entre hombres y mujeres (1.1%), la prevalencia de infección por Clamidia fue mayor entre las mujeres (4.0% y 6.8% respectivamente), así como la de gonorrea (0.3% y 0.8%).

Los casos de SIDA, prevalencia a partir del año 2000 se ha ido incrementando progresivamente si bien es cierto que en el 2006 ocurre una reducción del número de casos es también conocido que permanecen sin diagnosticar una considerable cifra de seropositivos de VIH y dado el riesgo de transmisión sobretodo en las ciudades, el incremento de la sexualidad, relaciones a edades tempranas, la vida nocturna y Centros de Recreación unido a bebidas alcohólicas y drogas en un importante sector de la población sexualmente activa. (Cuadro 23). Además de forma parenteral que actualmente ha cobrado interés por la transmisión de esta enfermedad.

Al igual que en el país en la Región Piura la relación hombre / mujer se ha ido reduciendo y de 5.4 en el 1996 ha descendido a 1.5 en el 2006 (Cuadro 24). Otro elemento de interés es su asociación y gravedad con la tuberculosis pulmonar.

CUADRO 23

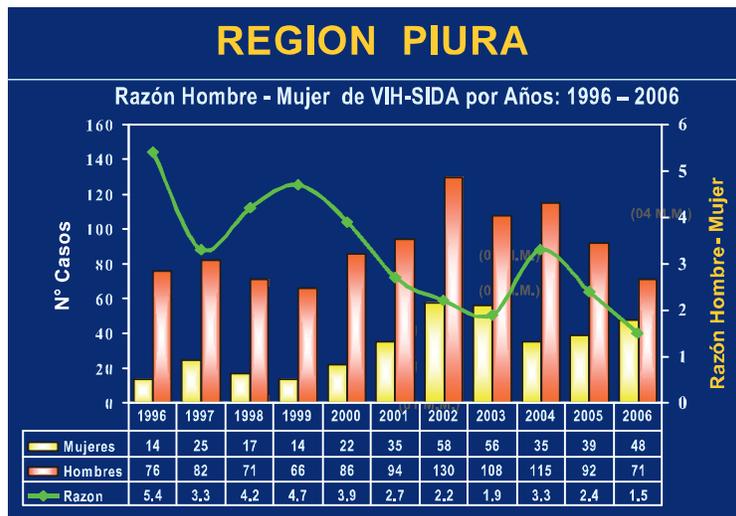
CASOS DE VIH-SIDA. REGIÓN PIURA 1996 - 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 24

RAZÓN HOMBRE – MUJER DE VIH – SIDA. REGIÓN PIURA 1996 - 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

TABLA 3**CONOCIMIENTOS PARA EVITAR EL CONTAGIO**

No conoce	9.7 %
Abstenerse de relaciones sexuales	43.6 %
Usar condones	38.3 %
Limitar números de parejas	23.1 %

Fuente: INEI - ENDES, 2004 - 2006

TABLA 4**CONOCIMIENTO DE FORMAS PARA EVITAR EL CONTAGIO ENTRE LAS MUJERES**

	%
Abstenerse de relaciones. Sexuales	8.0
Usar condones	42.4
No mas de una pareja	7.8
Evitar sexo con personas que tiene muchas parejas	2.6
No sexo con prostitutas	4.7
No sexo con homosexuales	3.7
Evitar transfusiones de sangre	19.2
	%
Conoce el VIH - SIDA?	90.3
Radio	42.5
TV	55.8
Periódico- Revista	27.2
Panfleto – Afiche	6.3
Trabajador de la salud	26.5
Escuela	26.5
Amigos	6.5
Lugar de trabajo	0.8
Películas	1.1
Charlas	18.5
Otras fuentes	7.0

Fuente: INEI - ENDES, 2004 - 2006

TABLA 5**CONOCIMIENTOS DE LOS SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

	%
No conoce ETS	58.3
No conoce síntomas	8.8
Conoce Sífilis	58.3
Conoce Gonorrea	59.4
Conoce verrugas genitales	3.0
Otras ETS	29.0

Fuente: INEI - ENDES, 2004 - 2006

TABLA 6**FUENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ITS**

	%
Médico privado	74.6
Curandero	5.5
Farmacia	13.3
Otras fuentes	80.4
Amigos	5.0
Se auto recetó	3.2
No busco tratamiento	11.5

Fuente: INEI - ENDES, 2004 - 2006

TABLA 7**CONOCIMIENTO Y USO DEL CONDÓN**

	%
Conoce sobre el condón	98.5
Fuente medica publica	76.0
Fuente medica privada	7.7
Farmacia	71.7
Otras fuentes	3.3
No conoce fuentes para el condón.	5.7
Uso condón con esposo?	6.6
Uso condón con quien no vive?	24.1
Uso condón con cualquier compañero?	8.6

Fuente: INEI - ENDES, 2004 - 2006

8.2. Enfermedades Infecciosas Crónicas:

Tuberculosis

En 2005, se identificaron 30,226 casos nuevos de **tuberculosis** (TB) (109.7 por 100,000 habitantes), lo que representó una reducción respecto a 2000, cuando se identificaron 34,280 casos (133.6 por 100,000). Asimismo, en 2005 se diagnosticaron 668 pacientes con coinfección TB/VIH (2.4 por 100,000 habitantes); este mismo año la tasa de recaída fue de 11.6%, y el porcentaje de fracasos al esquema primario alcanzó 2.8.

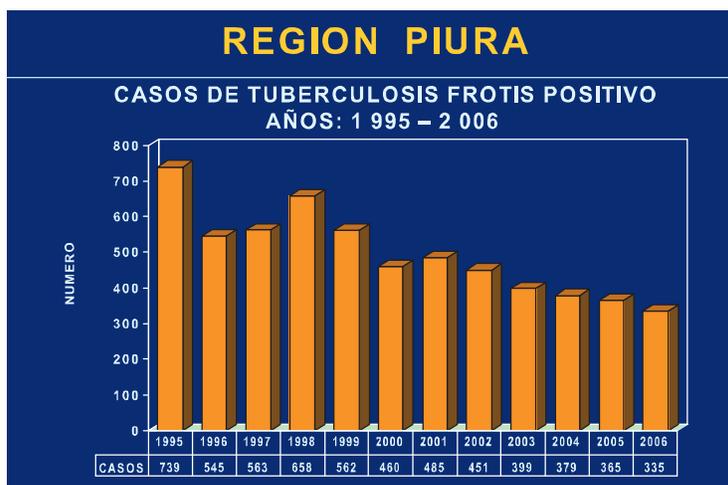
Entre 2001 y 2005 se diagnosticaron y trataron 8,561 casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR). Hasta 2004 la tasa de curación era menor a 40%, por lo que a partir de 2005 se puso en vigencia una nueva norma para la atención de estos pacientes, en la que se considera un esquema de tratamiento con medicamentos de alta eficacia.

Se espera que esta medida eleve la tasa de curación a 85% en 2007, y que a partir del 2008 se reduzca en 5% anual la tasa de TB MDR. Desde el último trimestre de 2005, se encuentra en ejecución la tercera Encuesta Nacional de Resistencia del *Mycobacterium tuberculosis*; en la segunda encuesta, que se realizó en 1999, se encontró TB MDR en 3.0% de los casos nuevos y en 12.3% de las personas con antecedente de tratamiento previo.

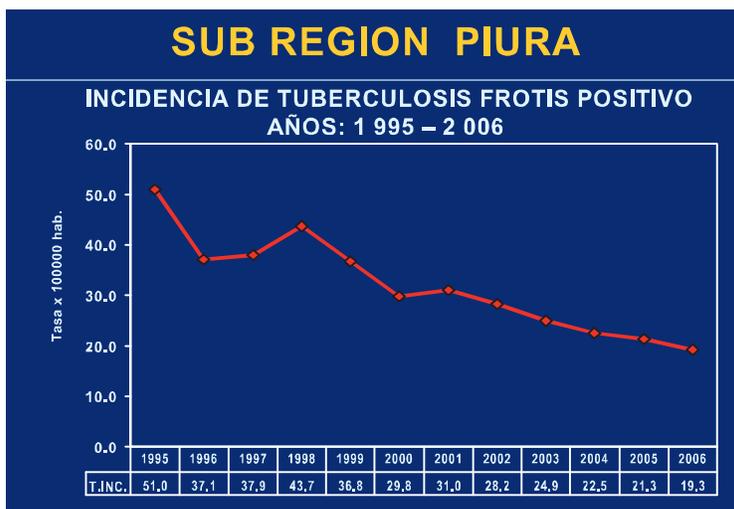
En la Región Piura los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados (prevalencia) es de 335 para el año 2006, si bien ha descendido progresivamente aun constituye un problema de salud que en los últimos 5 años ha mantenido cifras con reducciones muy bajas. (Cuadro 25).

CUADRO 25

CASOS DE TUBERCULOSIS FROTIS POSITIVO REGIONAL PIURA 1995 - 2006



Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

CUADRO 26**INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS FROTIS POSITIVO
REGIÓN PIURA 1995 - 2006**

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OEIT

Lepra.

En 2002, la prevalencia de **lepra** se encontraba en 0.03 por 10,000 habitantes. Entre 2003 y 2005 se notificaron 83 casos nuevos (34, 20 y 29 respectivamente). De los 29 casos notificados en 2005, 20 fueron multibacilares y 9 paucibacilares; 2 fueron menores de 15 años y 12 mujeres. Todos procedían de la selva (Loreto y Ucayali).

En Piura no hemos podido obtener información ni controles al respecto.

8.3. Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Si bien es cierto que las Enfermedades Crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud para la población que se ha evidenciado en el análisis de las causas de muerte aunque no así en la morbilidad; no existen programas específicos ni encontramos acciones en las indagaciones realizadas en los instrumentos aplicados a los Centros de Salud y Hospitales que evidencien un trabajo dirigido a las mismas, hay un escaso desarrollo de la APS, y muy escasa y estereotipadas intervenciones orientadas a la prevención y prácticamente nula y poco efectividad en la promoción de salud, que son los aspectos mas importantes para el control de este grupo de enfermedades; asociados a los estilos de vida y que demandan una amplia participación e involucramiento de la población.

Los tumores malignos y neoplasias es la primera causa y responsable de la mortalidad tanto en hombres como en mujeres entre un 18 a un 20 % de las defunciones ocurridas en el 2006.

Las neoplasias malignas de los órganos digestivos ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad, según registros del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) correspondientes al año 2002, donde se reportaron 731 decesos.

El cáncer gástrico ocupa el primer lugar con un 30.10%, equivalente a 220 fallecimientos. Le siguen los tumores malignos del tejido linfático hematopoyético (sangre) y tejidos relacionados con un 15.60% (114 muertes). En tercer lugar, con un 12.04% están las neoplasias malignas de los órganos genitales femeninos (88 muertes), resaltando en este grupo el cáncer de cuello uterino.

Las enfermedades cardiovasculares e isquemias asociados al estrés, la dieta, obesidad y la ausencia de comportamientos saludables es el segundo lugar; seguido por las enfermedades cerebrovasculares y el cortejo de las restantes enfermedades crónicas no transmisibles.

CAPITULO X

SERVICIOS DE SALUD

PLANIFICACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
(HOSPITALES, CENTROS DE SALUD, PUESTOS MEDICOS, LABORATORIOS DE SALUD AMBIENTAL, RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE INFORMACIÓN).

TABLA 1

**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MINSA POR TIPO, SEGÚN PROVINCIAS:
REGION PIURA - 2006**

	TOTAL	HOSPITALES	CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
TOTAL REGIÓN	382	4	79	299
PIURA	92	1	23	68
AYABACA	70		10	60
HUANCABAMBA	58		9	49
MORROPON	55	1	10	44
PAITA	16	1	6	9
SULLANA	61	1	12	48
TALARA	11		5	6
SECHURA	19		4	15

Fuente: DIRECC. REG. SALUD PIURA OITE

RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PIURA

El País cuenta con aproximadamente 80,000 localidades donde residen familias y unas 6,000 de ellas cuentan con 1,000 a 2,000 habitantes en donde no existen aulas ni puestos de salud, a donde hoy se pretende llegar con programas sociales como Crecer, Sembrando y otros para remediar en algo las manifestaciones de injusticia e inequidad que se arrastran de antaño.

Piura cuenta con 2632 localidades de las cuales 506 tienen más de 100 viviendas estando distribuidas como sigue:

TABLA 2

PIURA Y LOCALIDADES

DENOMINACION	Nº	DENOMINACION	Nº
Ciudad	9	Urbanización	71
AA.HH.	257	Villas	17
Caserios	1640	Unidades Agropecuarias	101
Barrios	12	Pueblos	152
Anexos	339	Comunidades Campesinas	11
Otros	23		

Fuente: DISA-Piura

El número de localidades por provincia es:

AYABACA----- 671	HUANCABAMBA-----513	MORROPON-----367
SULLANA-----345	PIURA-----454	TALARA-----120
PAITA----- 69	SECHURA----- 93	

De las 7 redes del Minsa en la región, solo 2 están implementadas administrativa y financieramente (Chulucanas - Morropón y Sullana) pero con debilidades científico-técnicas esta implementada administrativa y financieramente, pero con debilidades científico-técnicas importantes, que le restan capacidad resolutivas a pesar de contar con un hospital nivel-II y 5 microrredes que atienden los 10 distritos de la provincia y 5 distritos de otras provincias como son Frías y Pacaipampa de la Prov. Ayabaca y Canchaque, Faique y Lalaquiz de la Provincia de Huancabamba.

RED PIURA – CASTILLA

Donde radican los dos importantes hospitales de ESSALUD y a la vez el principal del Departamento con categoría de nivel III, y donde el MINSa solo cuenta con un Hospital, Santa Rosa en procesos de remodelación y ampliación sin autonomía financiera, es decir aún no es unidad ejecutora y oficialmente aún no está categorizado como hospital, en donde existe una red importante de centros de salud del MINSa y unos pocos de ESSALUD. En verdad esta red es sólo en papel, no está implementada, ni administrativa, ni financiera, ni científica y técnicamente, pues hasta ahora sigue administrada directamente por la DIRESA.

RED BAJO PIURA

Carente de hospitales y un considerable número de distritos y centros de salud a atender, incluyendo la provincia de Sechura. Esta Red no está implementada debidamente, faltan por culminar aspectos científicos técnicos y financieros y su capacidad resolutiva es insuficiente.

RED DE AYABACA

La red de Ayabaca carente de hospital, es administrada por la dirección de la Sub-región MINSa Sullana, sin la debida implementación científica-técnica y financiera. Los distritos de Frías y Pacaipampa son atendidas por la Red Morropón – Chulucanas. Cuenta con 671 localidades en la sierra con alta dispersión poblacional y red vial deficitaria que dificulta el acceso a los centros de salud con la inmediatez requerida para las urgencias y emergencias.

RED DE SULLANA

Administrada por la dirección de la Sub-región de Sullana, cuenta con cinco hospitales, dos del MINSa, en Sullana y Paita y tres de ESSALUD en Sullana, Paita y Talara, en este último no se cuenta con hospital del MINSa. Se considera que prioriza las provincias de Sullana y las dos de la costas (Paita y Talara) y no atiende con la prioridad requerida el área de la Sierra de Ayabaca, donde existen 671

localidades con pobladores en áreas con extrema dispersión poblacional, con viales precarios, incluso con caminos carrozales y otras de caminos afirmados o no, de difíciles accesos, isócronas extremadamente prolongadas para traslado de urgencias y emergencias (de 8 a 10 horas) para llegar a la capital.

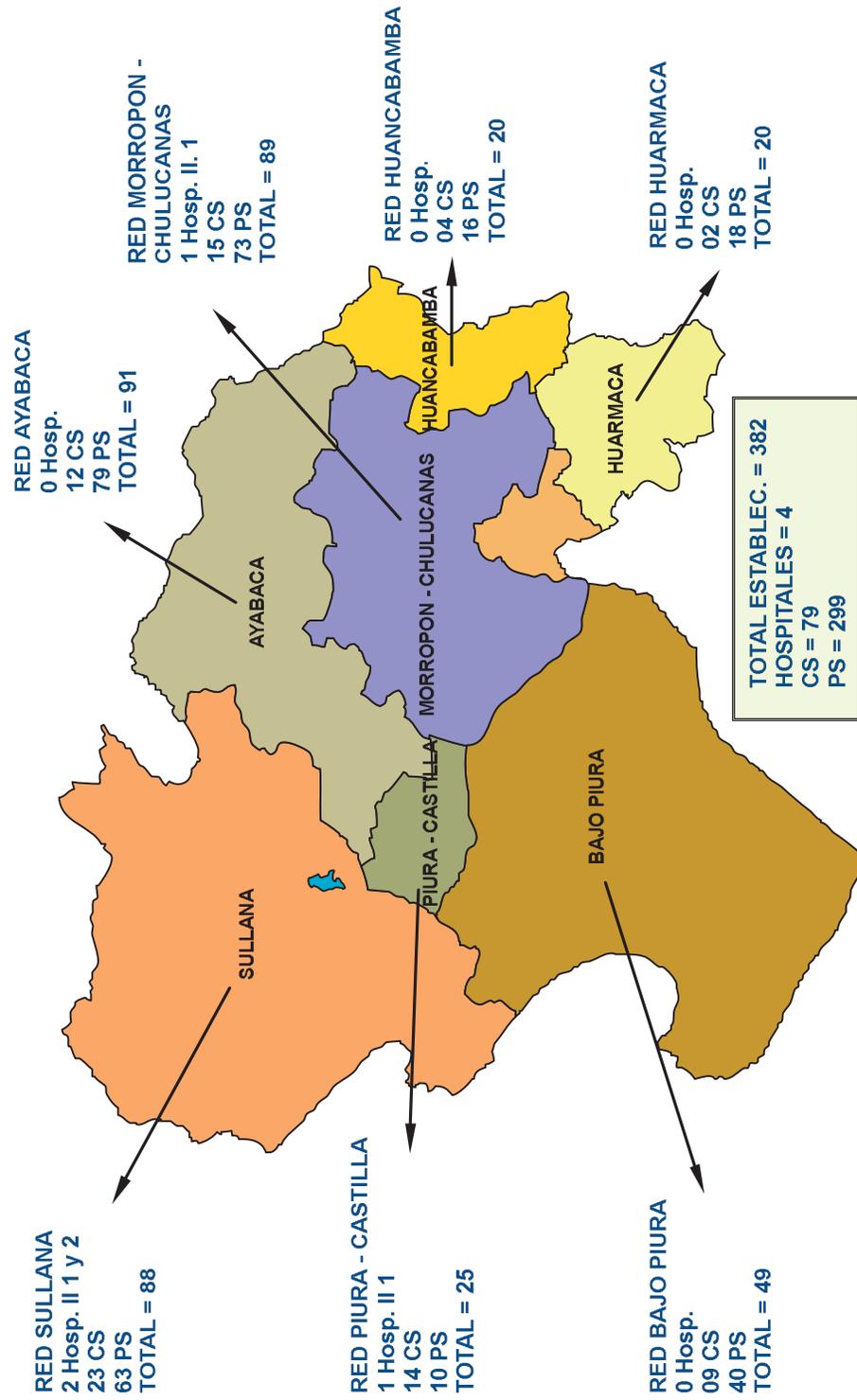
RED DE HUANCABAMBA

Esta red carece de hospitales, cuenta con 513 localidades y los distritos de Canchaque, Faique y Lalaquiz son parte de la red de Morropón – Chulucanas. Esta red no está totalmente implementada, le faltan requerimientos administrativos, financieros y científicos - técnicos por implementar, en un área de la Sierra de topografía adversa de alta dispersión poblacional, de una limitada red vial con muchos caminos carrozales que dificultan o demoran en exceso los traslados de los pacientes fundamentalmente de urgencia y emergencia con isócronas de 8 a 10 horas y distancias de 214 a 250 Km para el traslado a los hospitales de la capital.

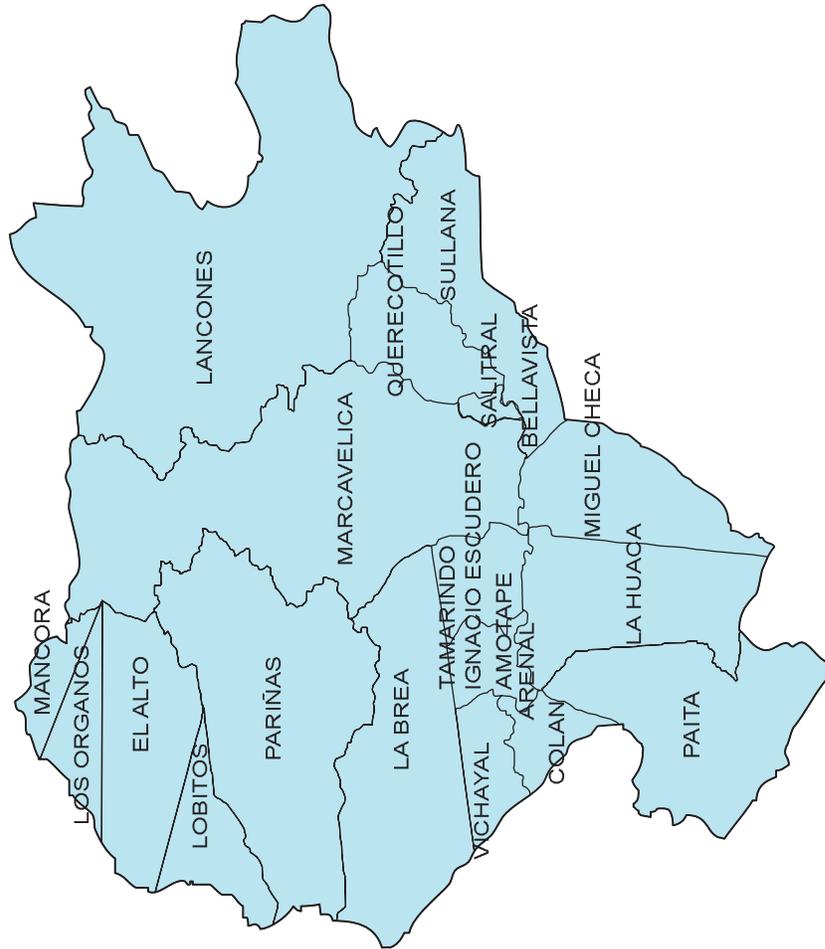
RED DE HUARMACA

La red también carente de hospitales con una gran dispersión poblacional y una topografía muy adversa, con una red vial en extremo limitada y con abundantes caminos carrozales, con isócronas de mas de 8 a 10 horas para recorrer cerca 190 Km a la capital, con los riesgos que esto genera para el traslado de las urgencias y emergencias. Dada la cercanía con el Departamento de Lambayeque se realizan referencias a sus hospitales con lo cual se acortan los tiempos de traslados.

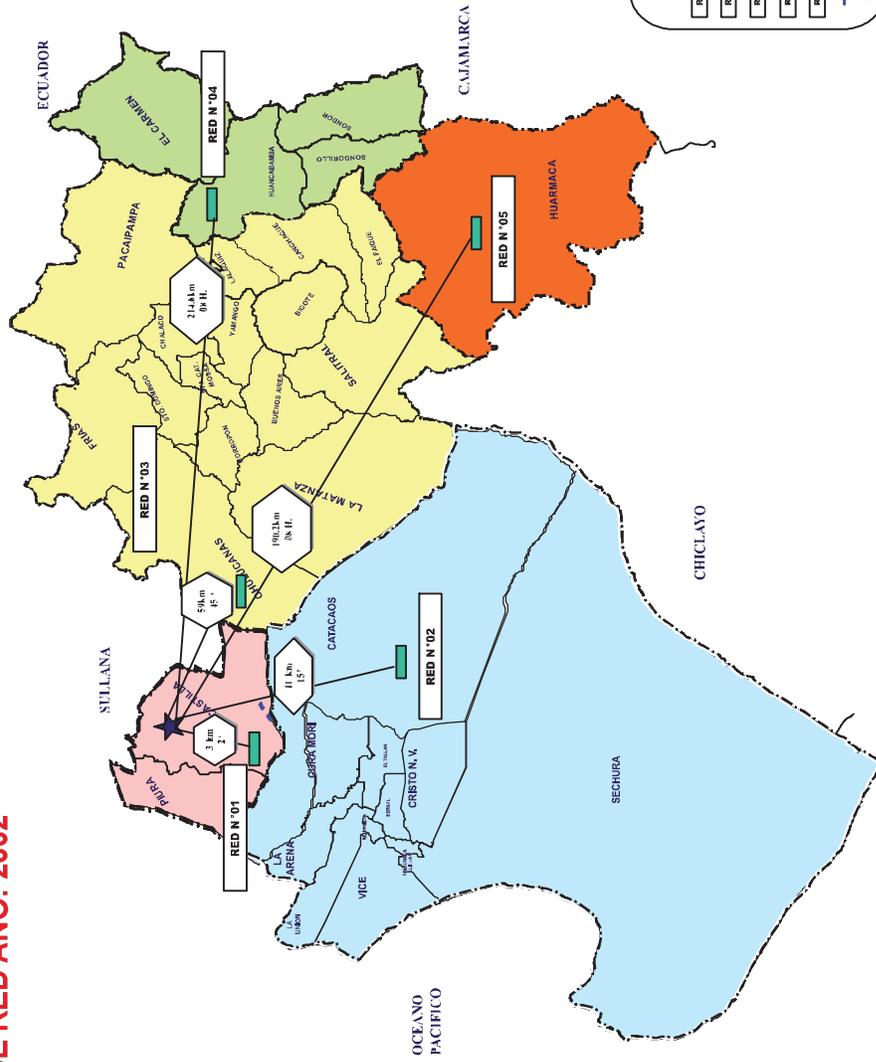
REDES DE SALUD DE LA REGIÓN PIURA



RED SULLANA



**SUB REG SALUD PIURA: UBICACIÓN GEOGRÁFICA
DISTANCIA Y TIEMPO DE TRASLADO A ESTAB.
CABECERA DE RED AÑO: 2002**

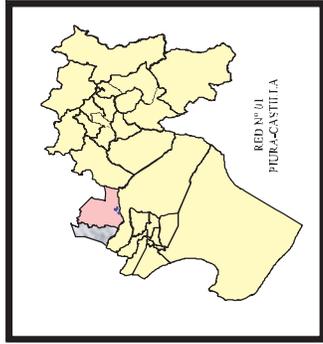


LEYENDA

- ★ SEDE DMSA
- RED N° 01
- RED N° 02
- RED N° 03
- RED N° 04
- RED N° 05
- RED PIURA
- RED BAJO PIURA
- RED MORROPON CHULUC.
- RED HUANCABAMBA
- RED HUARMACA
- LIMITE PROVINCIAL
- ▭ CABEZA DE RED



**UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LAS MICRO REDES
RED N° 01 RED PIURA - AÑO 2000**



RED N° 01
PIURA-CASTILLA

SULLANA

DIST. PIURA

D.S. SANTA ROSA

MICRO RED PIURA

OCEANO
PACIFICO

MICRO RED CASTILLA

C.S. CASTILLA

DIST. CASTILLA

RED MORROPON
CHULUCANAS

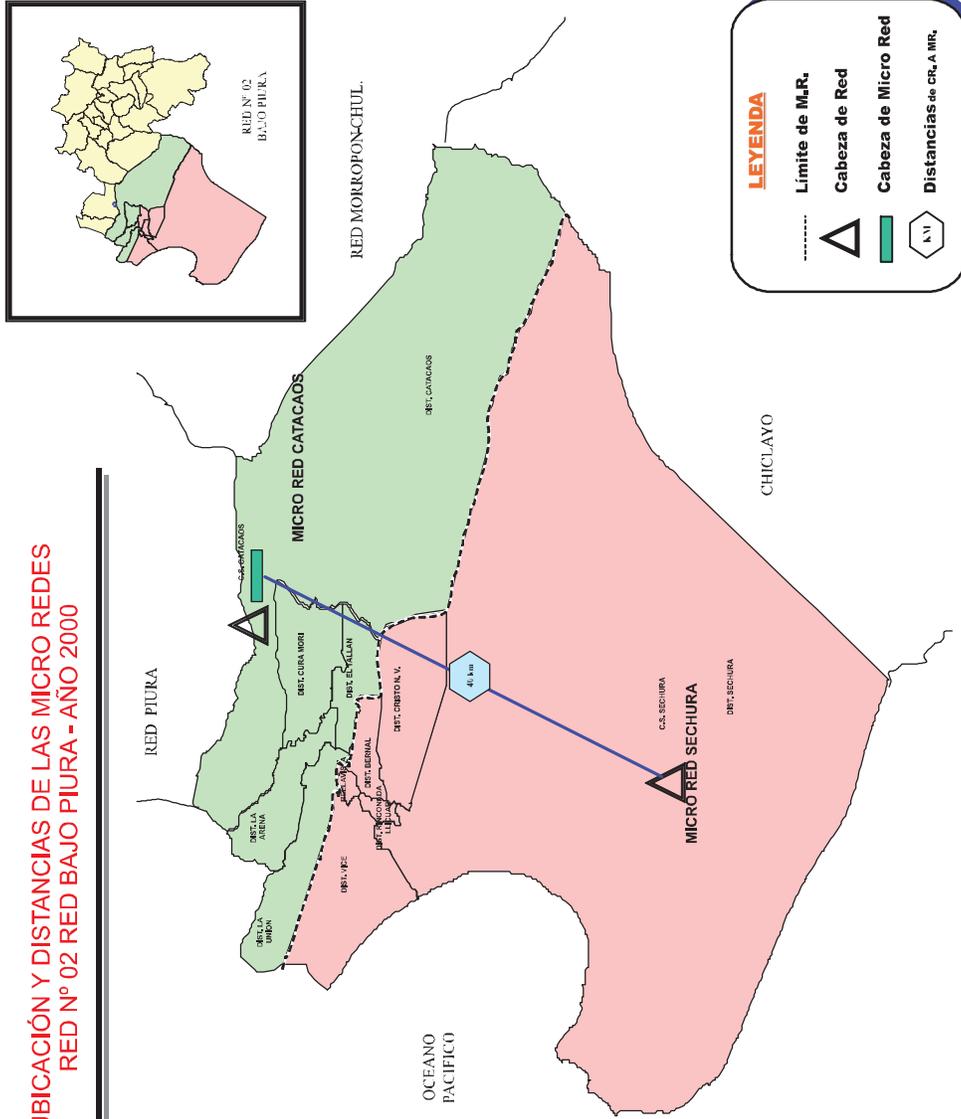
RED BAJO PIURA

LEYENDA

- Limite de M.R.
- △ Cabeza de Red
- ▬ Cabeza de Micro Red
- ROM Distancias de CR. A MR.

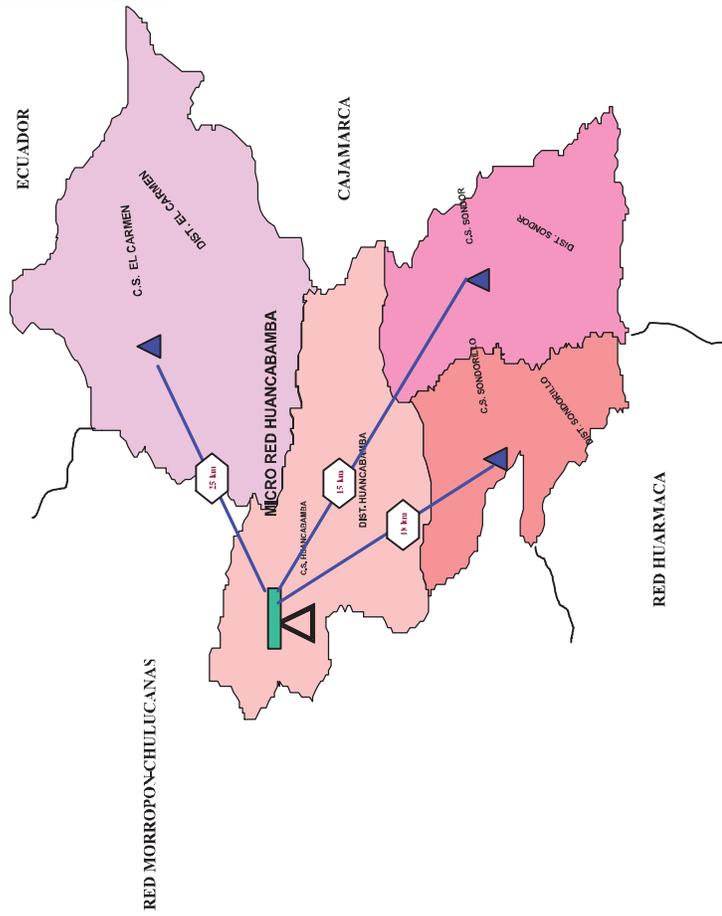
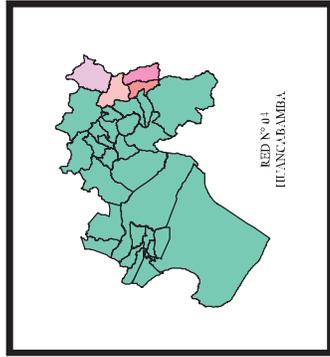


UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LAS MICRO REDES RED N° 02 RED BAJO PIURA - AÑO 2000





UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LAS MICRO REDES RED N° 04 RED HUANCABAMBA - AÑO 2000

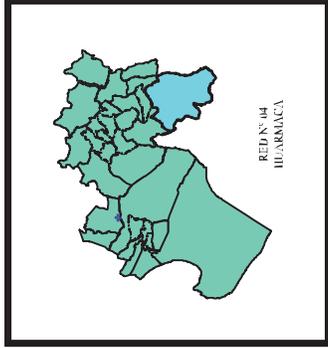
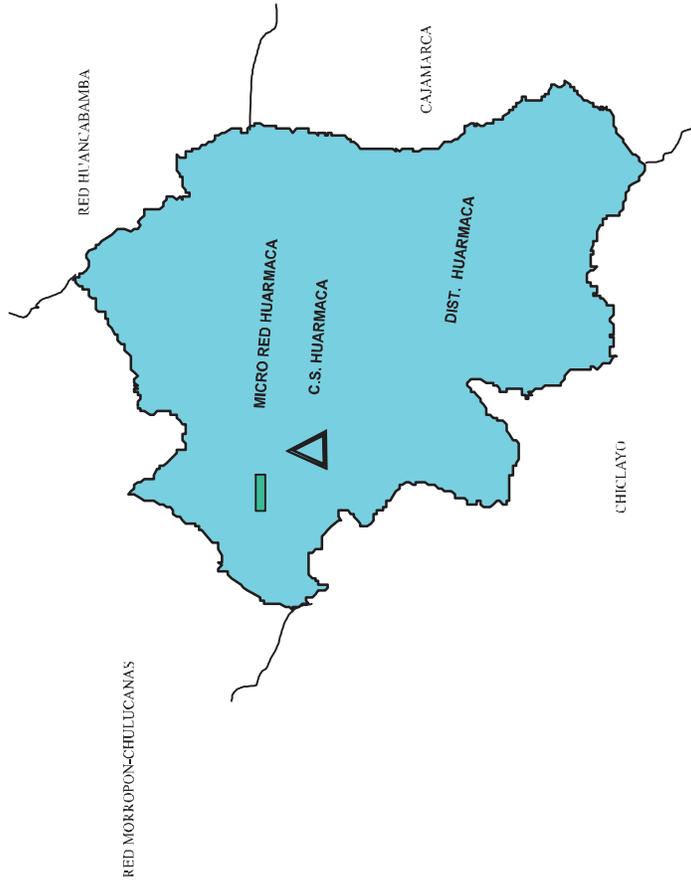


LEYENDA

- Limite de M.R.
- △ Cabeza de Red
- ▭ Cabeza de Micro Red
- ▲ Centro Salud
- Distancias de Cr. a MR.



**UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LAS MICRO REDES
RED N° 05 RED HUARMACA PIURA - AÑO 2000**

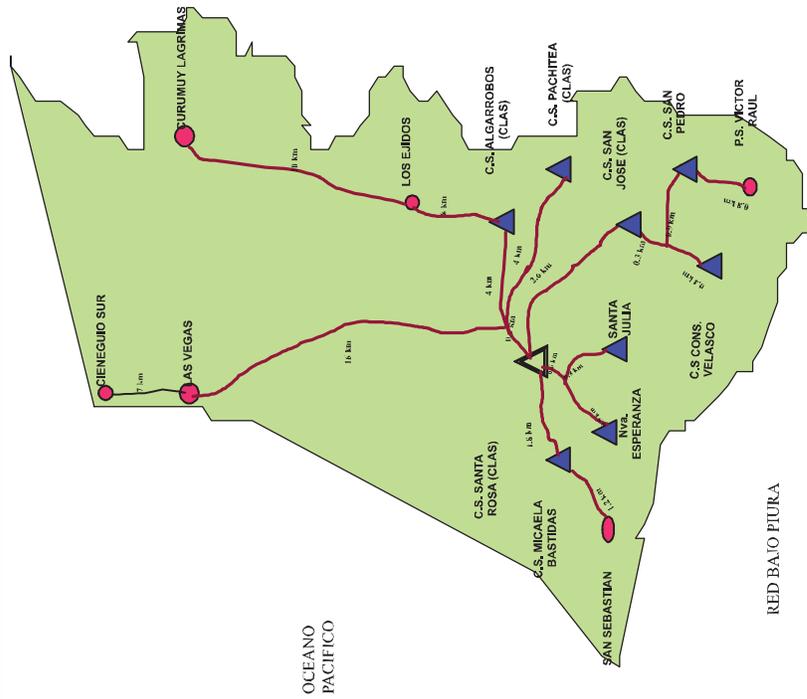
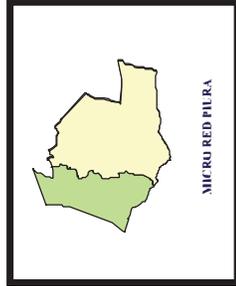


LEYENDA

- Límite de M.R.
- △ Cabeza de Red
- ▭ Cabeza de Micro Red



UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS MICRO RED PIURA - AÑO 2000

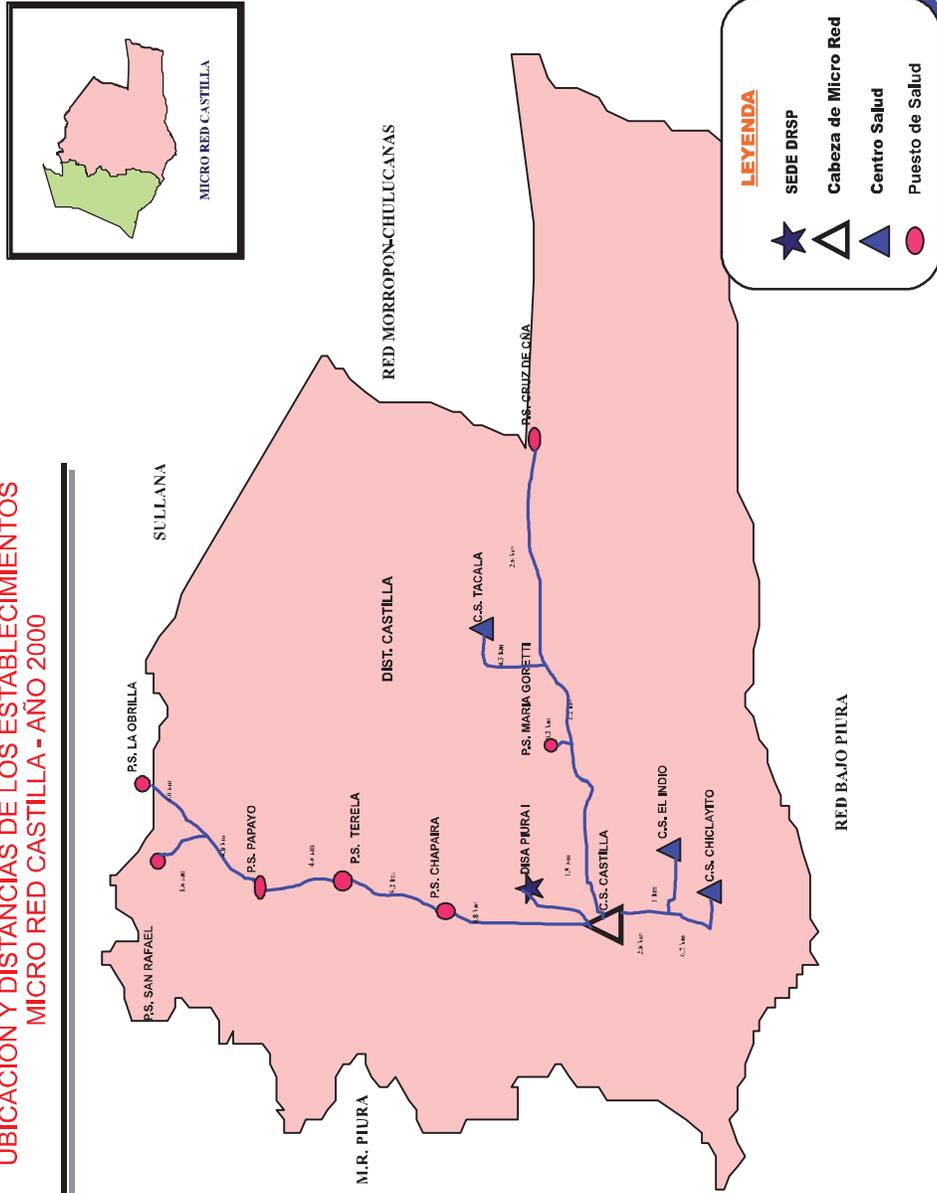


LEYENDA

- △ Cabeza de Micro Red
- ▲ Centro Salud
- Puesto de Salud

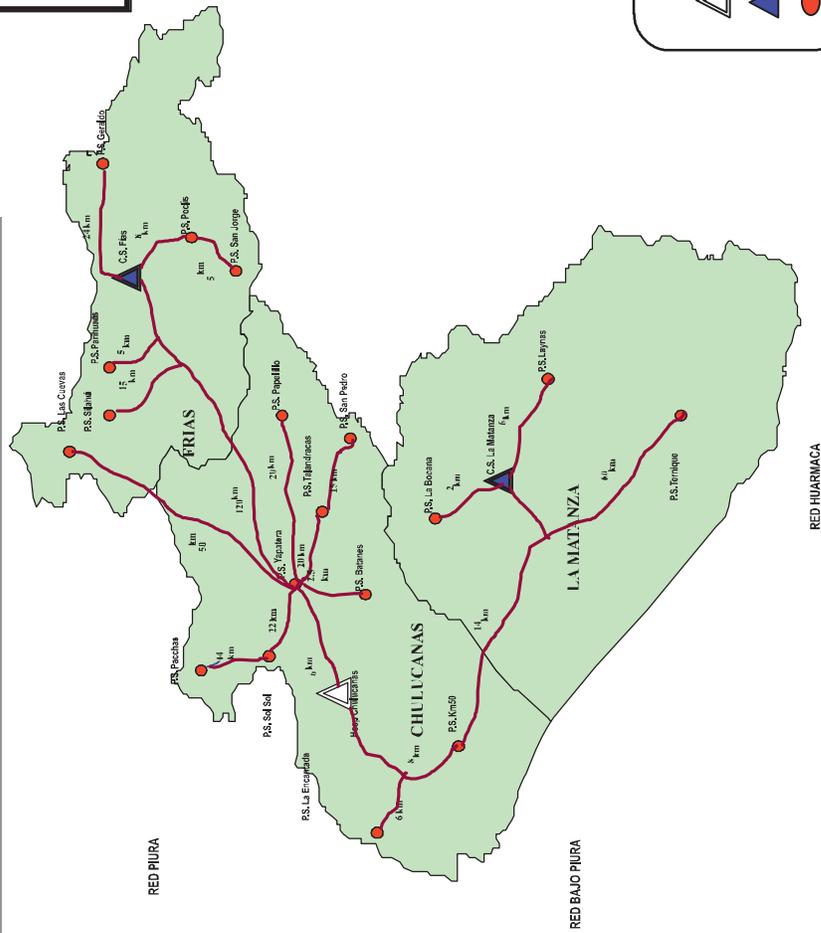


UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS MICRO RED CASTILLA - AÑO 2000





**UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS
MICRO RED CHULUCANAS - AÑO 2000**

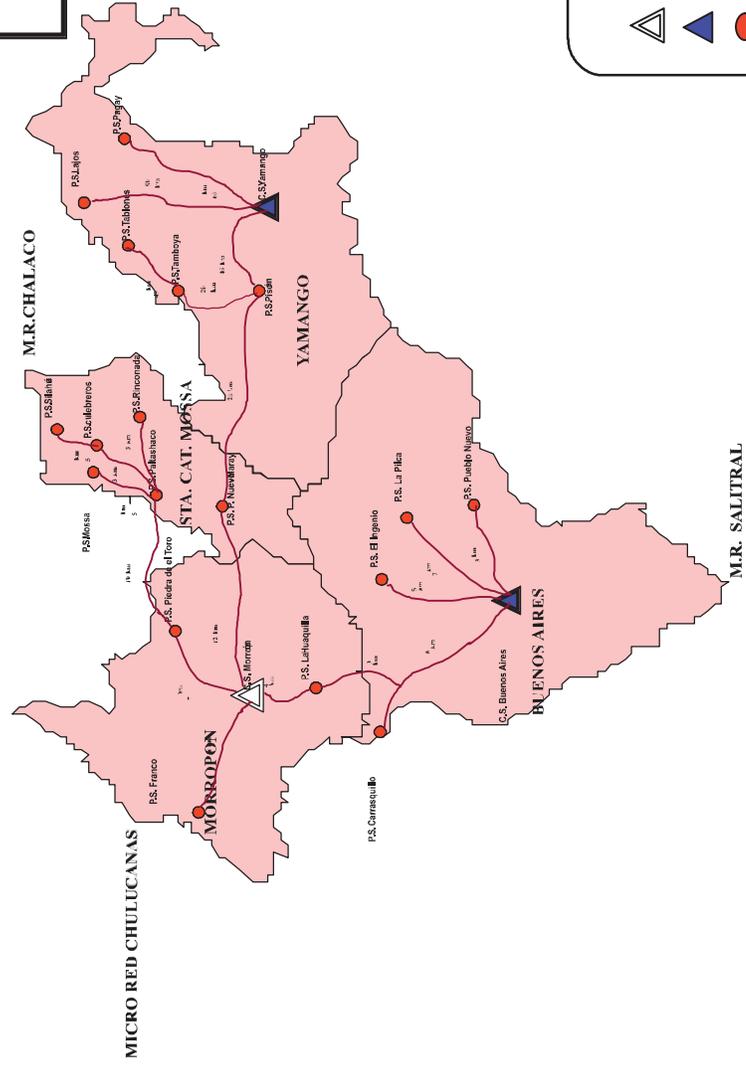
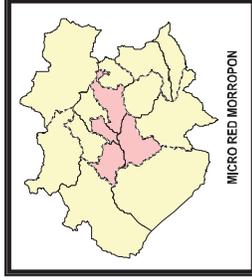


LEYENDA

- Cabeza de Micro Red
- Centro Salud
- Posto de Salud



**UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS
MICRO RED MORROPÓN - AÑO 2000**

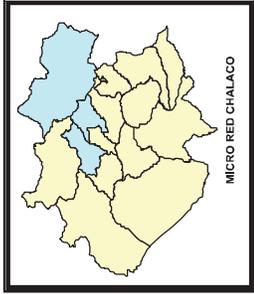


LEYENDA

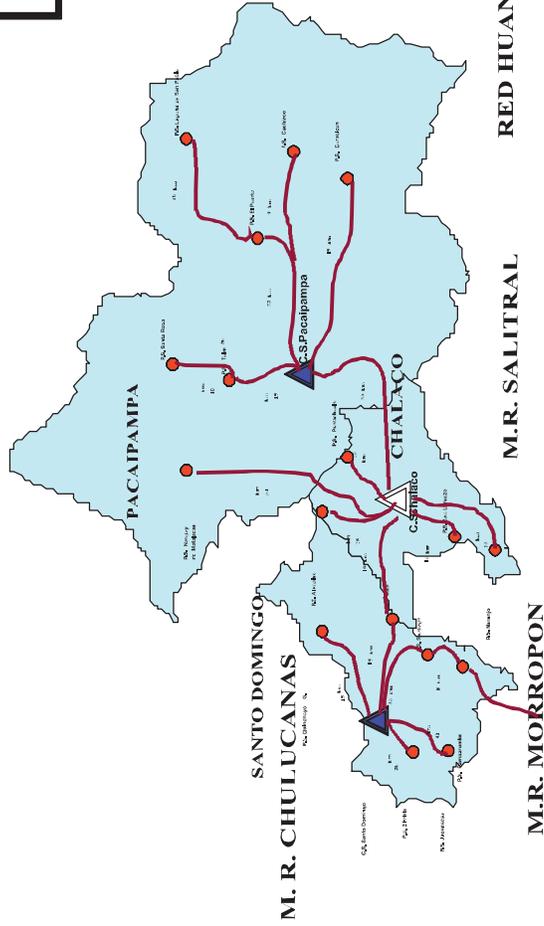
- Cabeza de Micro Red
- Centro Salud
- Puesto de Salud



**UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS
MICRO RED CHALACO - AÑO 2000**



SULLANA

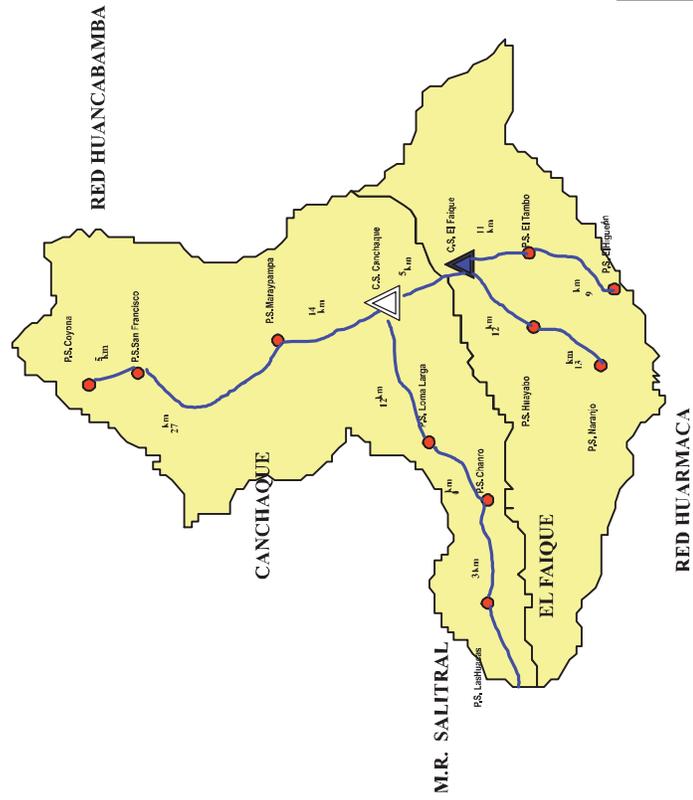
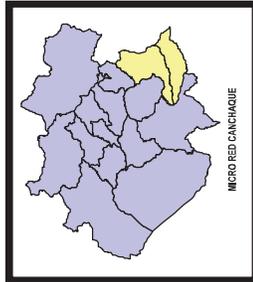


LEYENDA

-  Cabeza de Micro Red
-  Centro Salud
-  Puesto de Salud



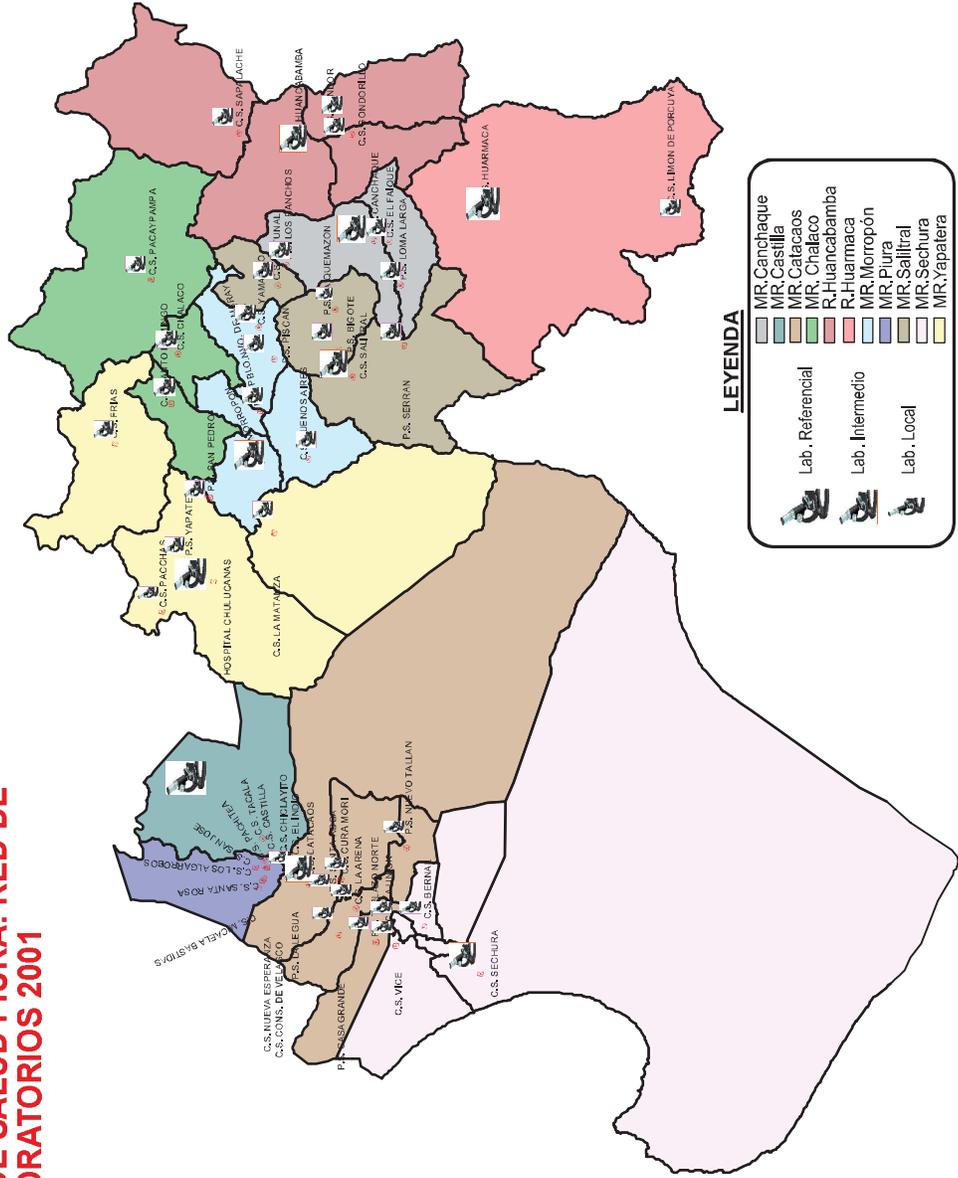
**UBICACIÓN Y DISTANCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS
MICRO RED CANCHAQUE - AÑO 2000**



LEYENDA

- Cabeza de Micro Red
- Centro Salud
- Puesto de Salud

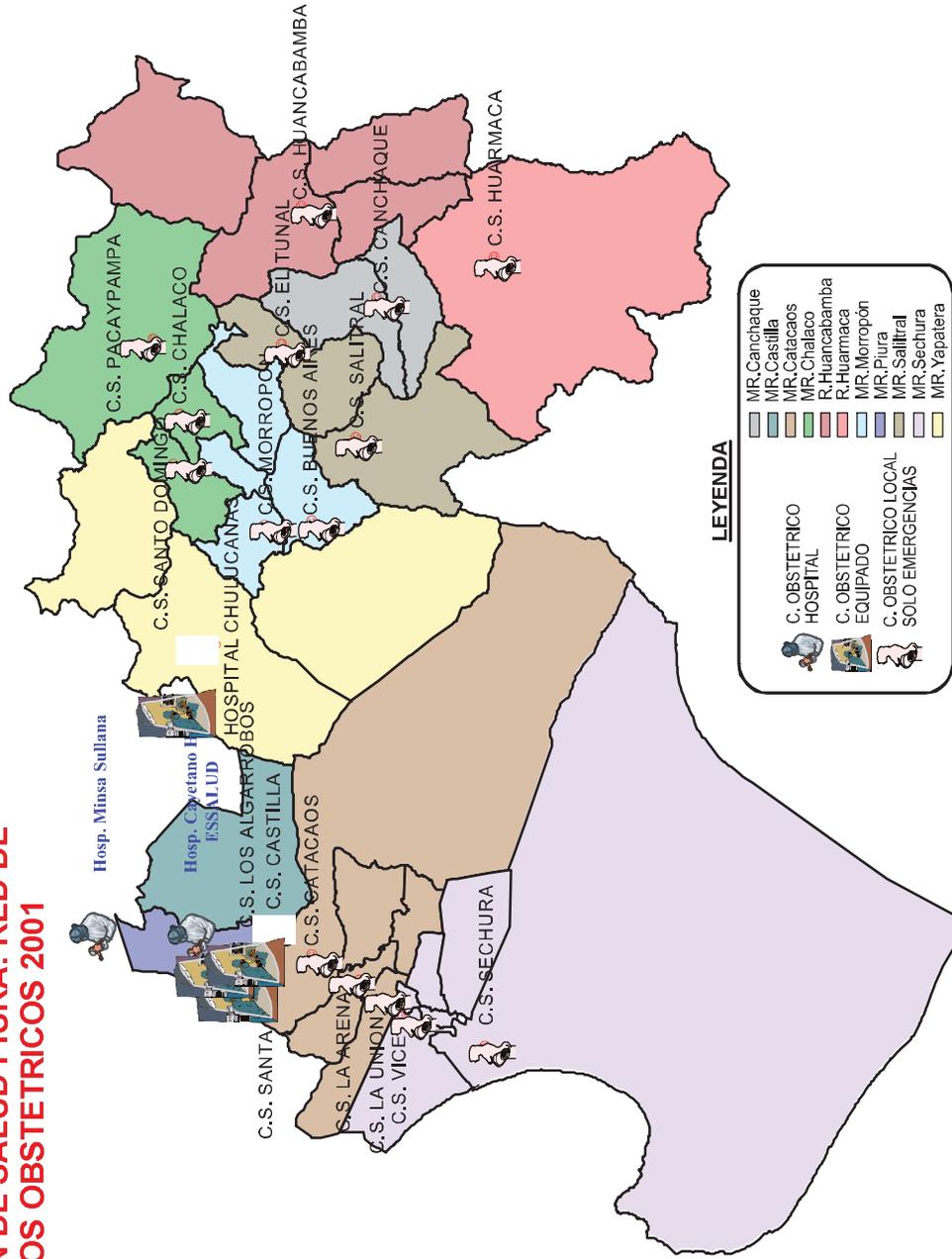
SUB REGIÓN DE SALUD PIURA: RED DE LABORATORIOS 2001



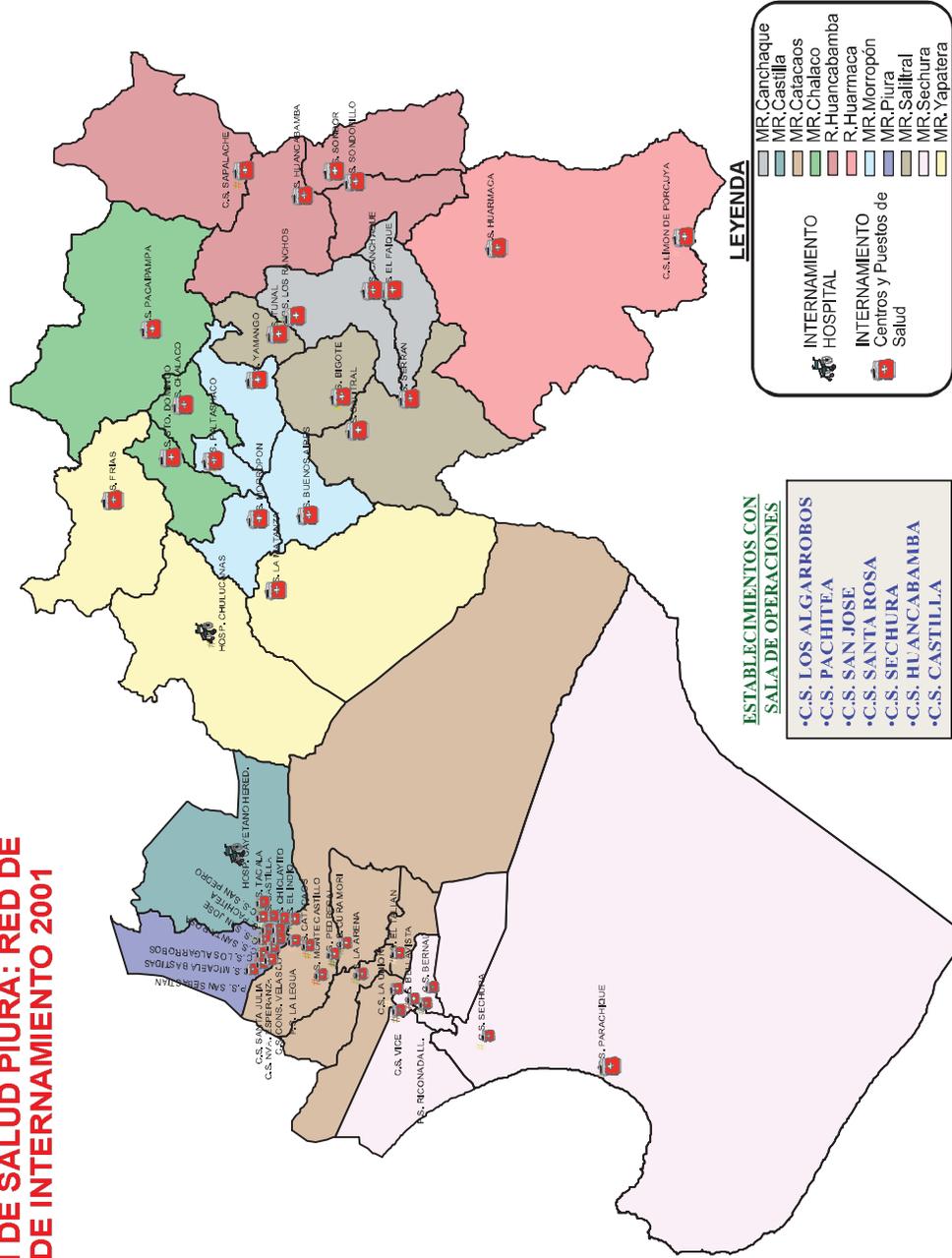
LEYENDA

	MR. Canchaque
	MR. Castilla
	MR. Catacaos
	MR. Chalcaco
	R. Huancabamba
	R. Huamaca
	MR. Morropón
	MR. Piura
	MR. Saillital
	MR. Secura
	MR. Ypatera

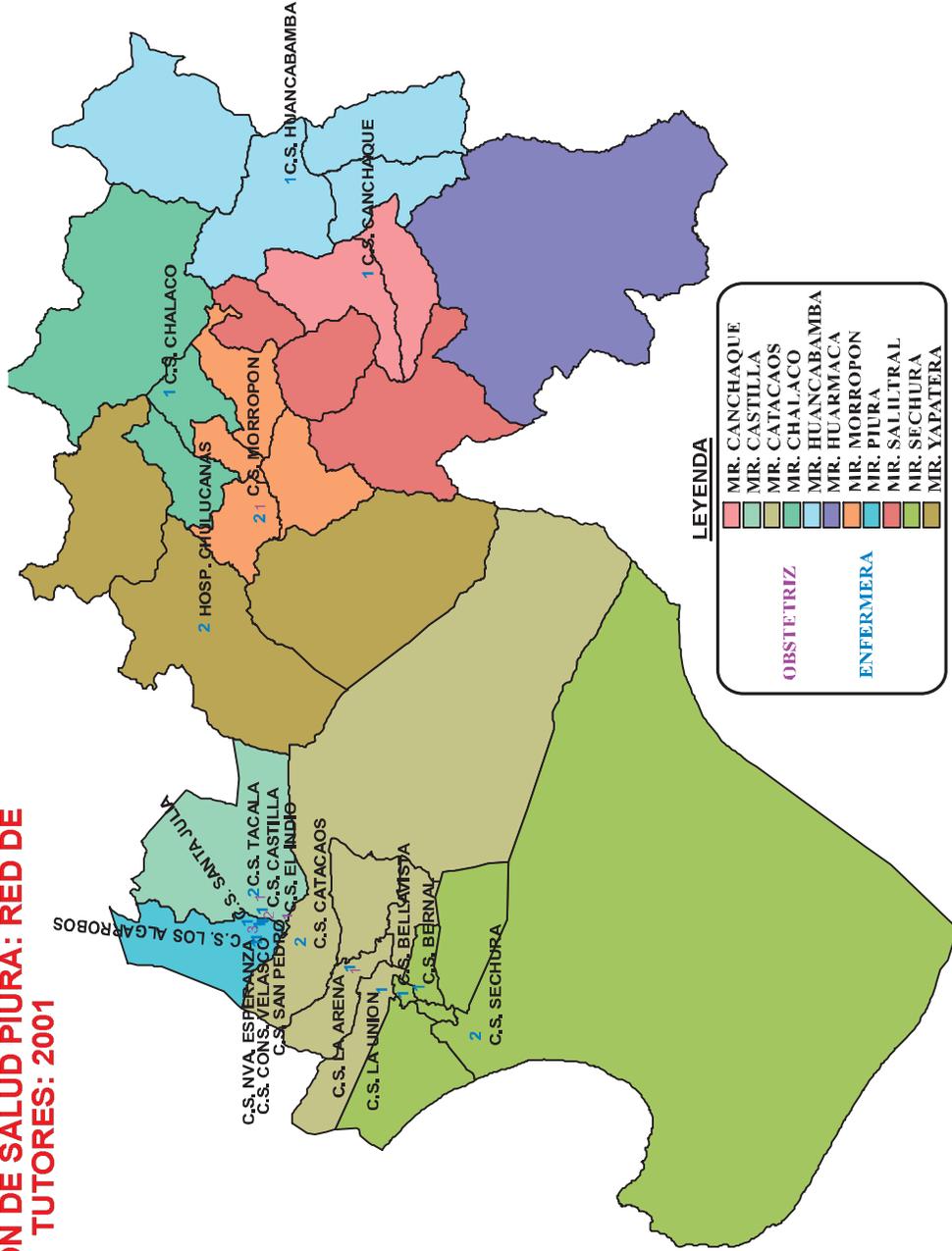
SUB REGIÓN DE SALUD PIURA: RED DE CENTROS OBSTÉTRICOS 2001



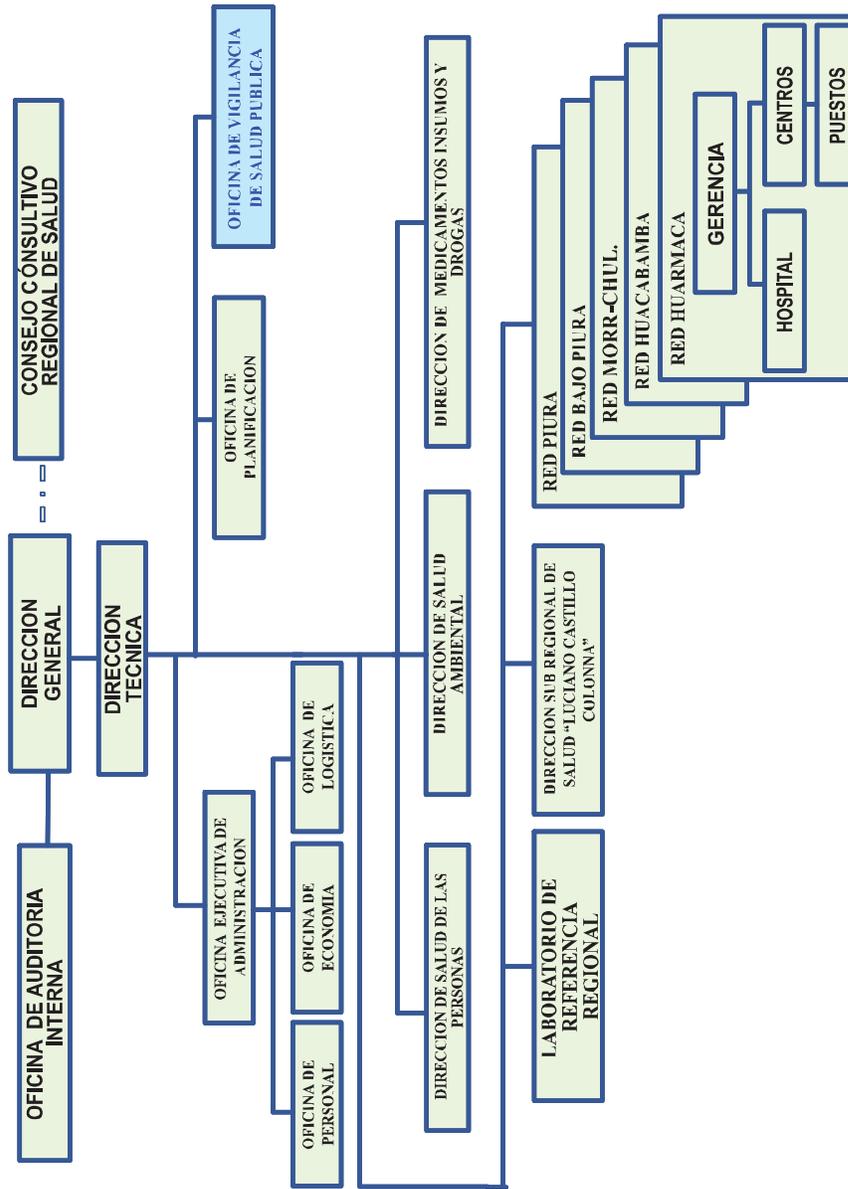
SUB REGIÓN DE SALUD PIURA: RED DE CENTROS DE INTERNAMIENTO 2001



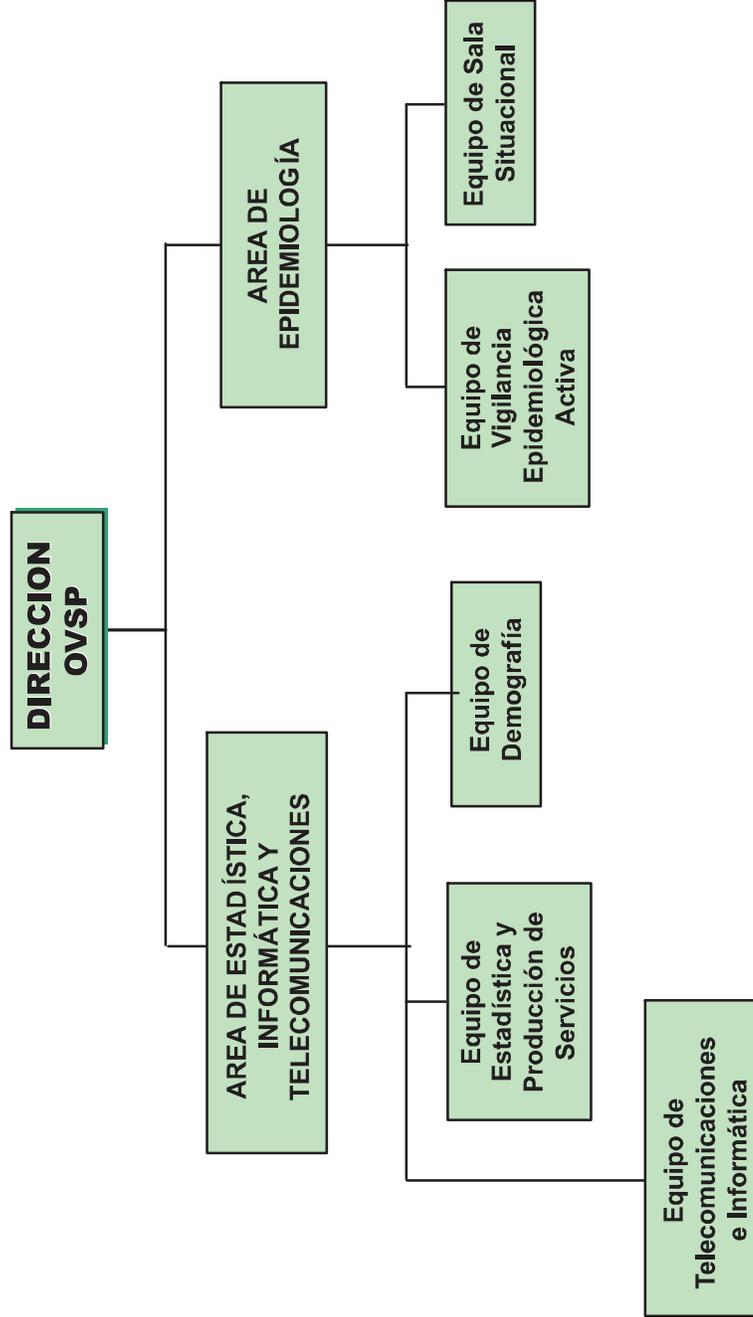
SUB REGIÓN DE SALUD PIURA: RED DE Tutores: 2001



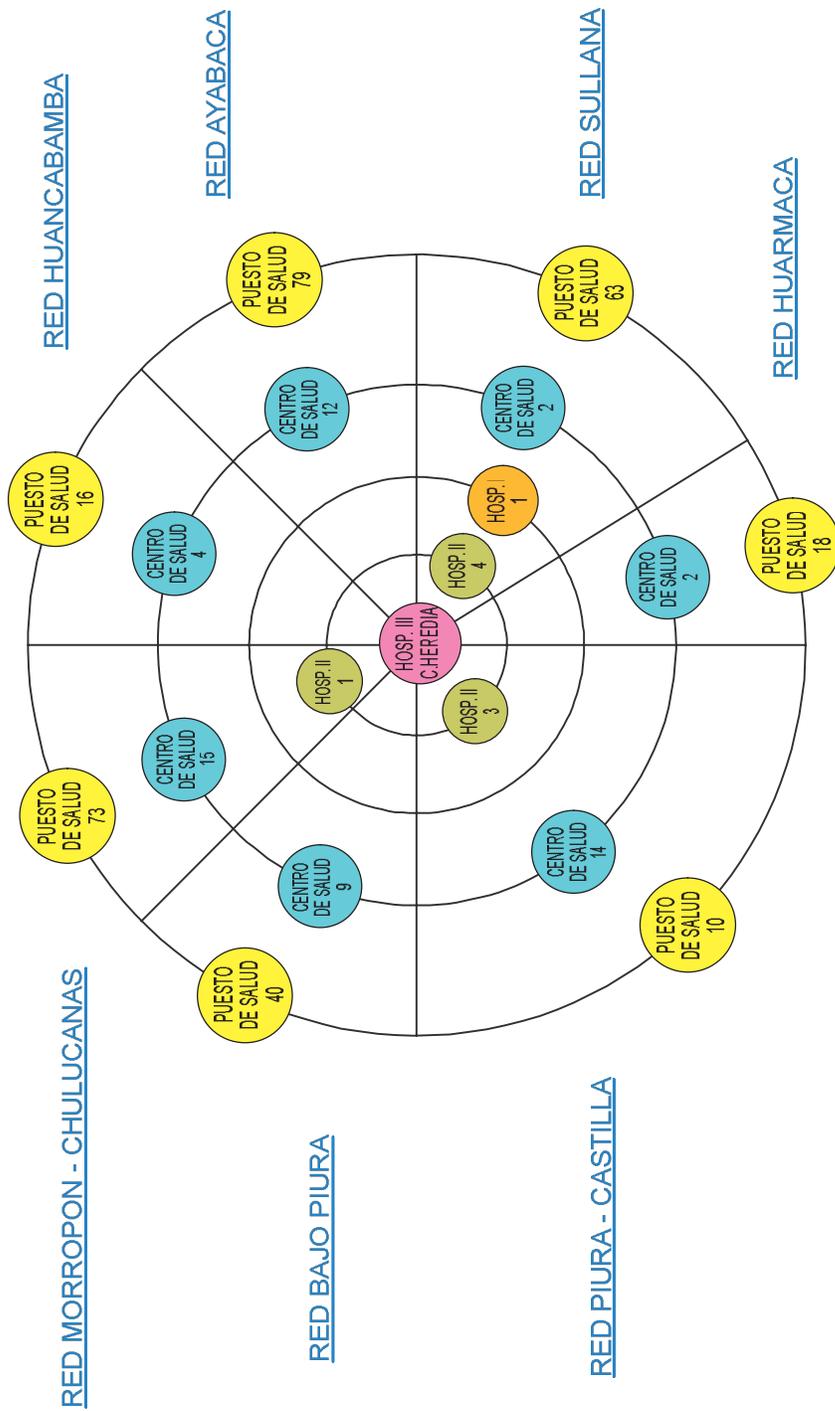
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL - 2002**

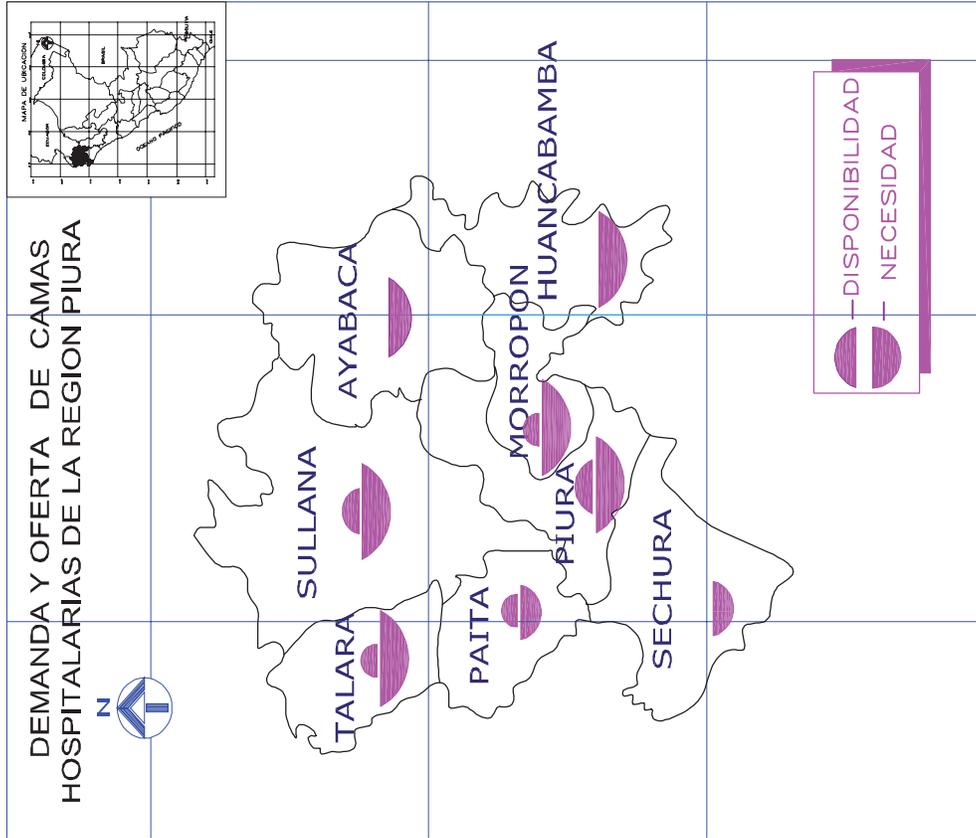


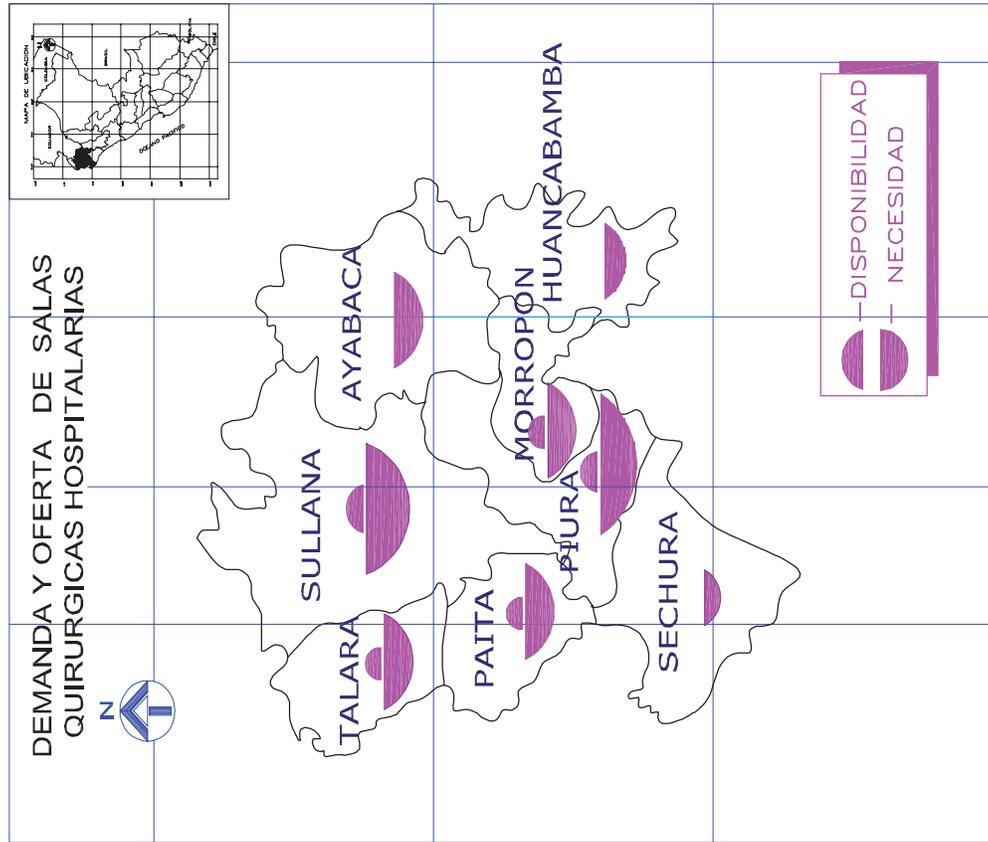
**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL
O.V.S.P - DISA PIURA 2003**

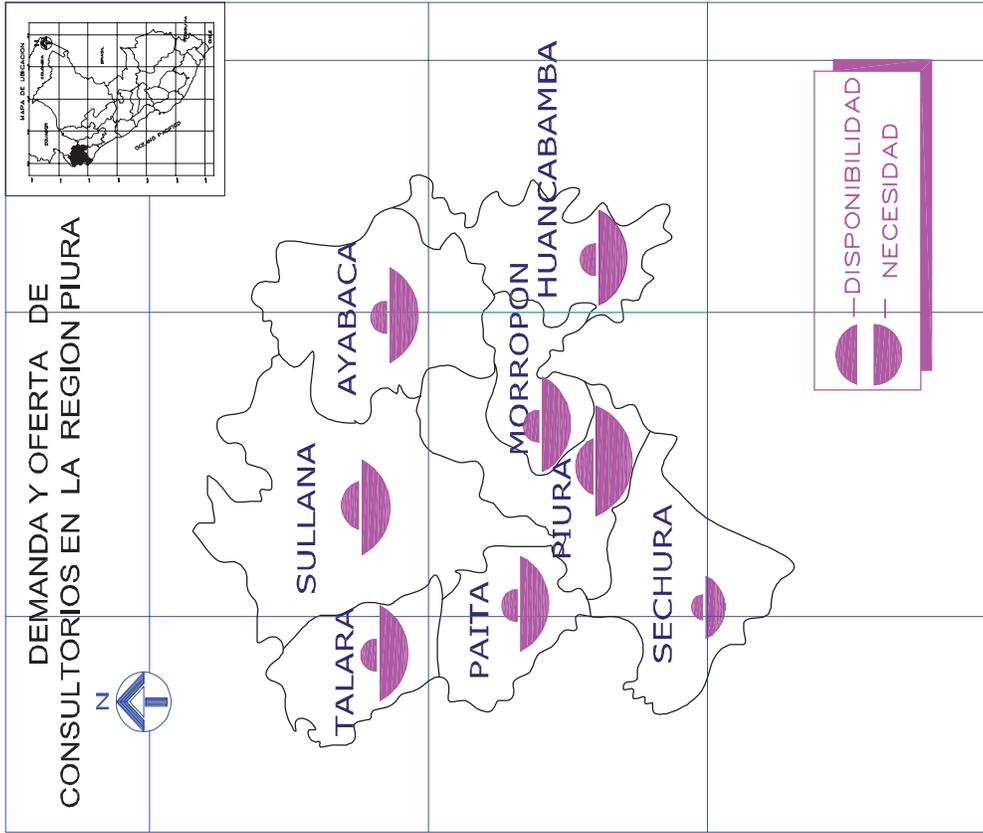


RED DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PIURA









ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR COMPLEJIDAD EN LA REGIÓN PIURA (MINSA)

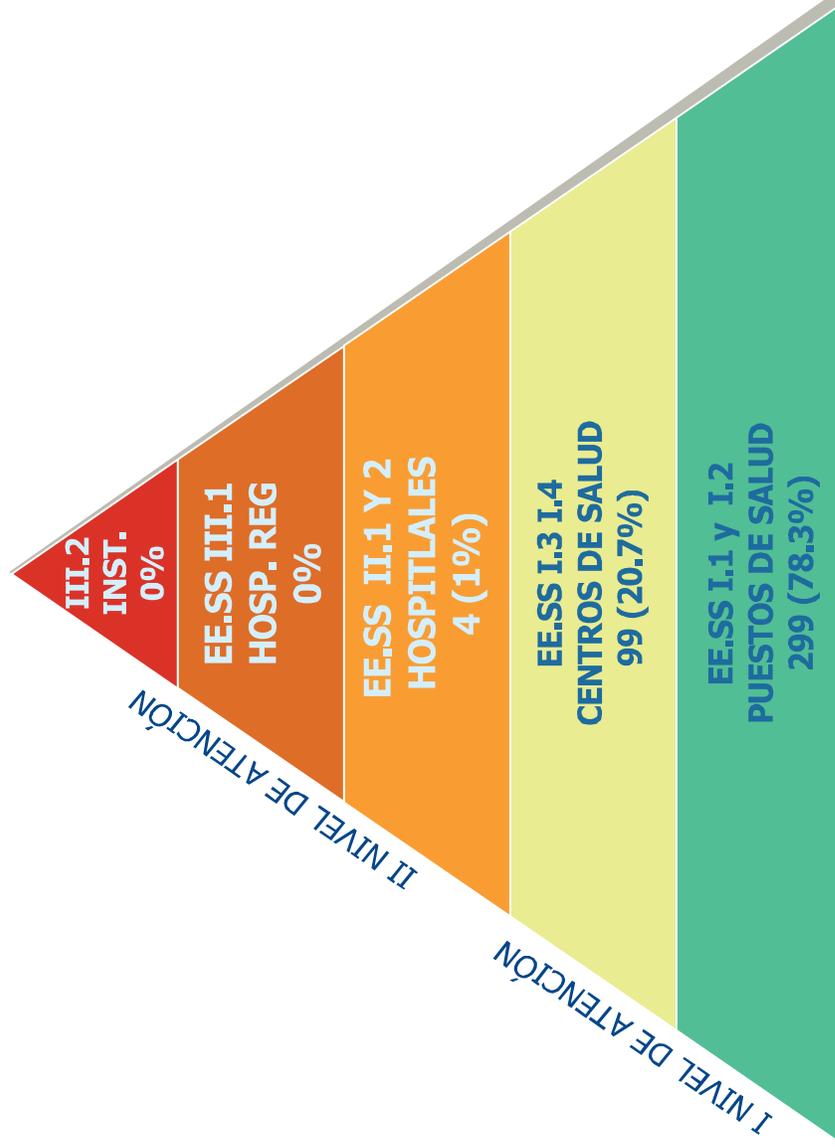


TABLA 1
CONSULTAS MEDICAS POR HABITANTE SEGÚN, PROVINCIAS 2006 REGIÓN PIURA

PROVINCIA	POBLACIÓN.	CONSULTAS	TASA X 100
TOTAL REGIÓN	1'736,011	886,092	51.0
PIURA	661,062	443,151	67.0
AYABACA	144,644	46,349	32.0
HUANCABAMBA	136,263	63,547	46.6
MORROPÓN	198,943	74,170	37.3
PAITA	104,574	37,034	35.4
SULLANA	278,126	108,347	39.3
TALARA	156,606	39,482	25.2
SECHURA	55,793	72,012	129.1

Fuente: Direcc. Reg. Salud Piura - OÍTE

TABLA 2
ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y UBICACIÓN DE MR SEGÚN TIPO EN LA REGIÓN PIURA

N°	DIRECCIONES DE RED	TIPO DE MICROREDES			TOTAL	OBSERVACIONES
		COMPLETA	MIXTA	COMPARTIDA		
1	PIURA CASTILLA	2			2	Aun no Implementada Administrada por la DIRESA
2	BAJO PIURA	1		1	2	Por Culminar su Implementación
3	MORROPÓN CHULUCANAS		5		5	Unidad Ejecutora
4	HUANCABAMBA			1	1	Por Culminar su Implementación
5	HUARMACA	1			1	Por Culminar su Implementación
6	SULLANA	1		6	7	Administrada por la DSRS LCC
7	AYABACA	2		2	4	Administrada por la DSRS LCC
	TOTAL	7	5	10	22	

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

SALUD GRUPO POBLACIONALES

SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Constituye aproximadamente el 9.5 del total de la población. Este es un grupo que esta marcado en términos de mortalidad y otros por la mortalidad elevada de muertes maternas en el país, los hijos de madres que han fallecido indudablemente afecta la salud de los niños menores de 5 años y generan mayor mortalidad en este grupo. La desnutrición crónica para ellos prácticamente no ha cambiado, es en extremo alto, 24.1 en el 2004-2005 y en la zona rural de 39%. La desnutrición aguda es cercana al 1% en este grupo. La mortalidad infantil se redujo de 33 a 23 nacidos vivos en el 2005 reduciéndose la tasa en un 10% en 5 años, período en el cual no ha habido cambios significativos que repercutan en la salud de estos niños, como la nutrición, la reducción de la pobreza, en la condición de la atención de la gestante y niño; en las condiciones de la calidad de los servicios de neonatología en el insuficiente desarrollo tecnológico y prácticamente un ligero incremento en la cobertura aportado por el SIS.

El comportamiento de la mortalidad infantil en el país es diferente en las madres universitarias (20 x mil / n-v) mientras que en las analfabetas o de bajos niveles de instrucción llega a ser de 73 o mas por mil nacidos vivos. La reducción de las enfermedades transmisibles repercute en la mortalidad infantil y de la niñez generando en 1990, 2467 defunciones x 100 mil menores de 1 año, mientras que en el 2004 al 2005 generan 712.2 defunciones por 100 mil menores de 1 año. Las causas de la mortalidad infantil en menor de 1 año han sido en primer lugar las IRA en el periodo peri natal (669.8 x 100 mil menores de 1 año), la segunda las IRA en el periodo postnatal (448.3). En el tercer lugar retardo del crecimiento, desnutrición fetal, bajo peso al nacer con (402,01). Y en cuarto lugar la sepsis bacteriana del recién nacido con (287,0). Relacionadas estas causas de muerte con la baja cobertura de atención al parto en los establecimientos de salud, la falta de atención calificada e inmediata al recién nacido, la desnutrición materna, donde persisten la anemia en el 25,4% de las mujeres en edad fértil.

Es criterio de expertos que el monitoreo y seguimiento de los casos graves de este grupo de edad, del desarrollo de los servicios de neonatología e incluso de las deficiencias de seguimiento del trabajo del parto y en general de la calidad de la atención prenatal en los establecimientos de salud no logran impactar en las causas de mortalidad antes señaladas. Tampoco el seguimiento de los casos graves e incluso de los fallecidos no es sometido al debido seguimiento y evaluación en la mayoría de las Instituciones.

LA LACTANCIA MATERNA

Importante estrategia que el sistema de salud impulsa en los últimos años, logrando la condición amigo de la madre y el niño que impulsa la OPS. Se considera que el 97.5% de los menores de 5 años lactaron alguna vez y el 63.9% de manera exclusiva hasta los 6 meses (3.9 meses promedio).

TABLA 3
LACTANCIA MATERNA

	%
Niños que alguna vez lacto?	98.6
Lacto primer día de nacido	86.1
Lactancia exclusiva promedio de meses	2.3
Ingirió micro nutrientes	80.3
Ingirió dosis de vitamina A posparto.	12.0

SALUD DEL NIÑO DE 5 A 9 AÑOS

Representan el 10% de la población y la mortalidad fue en el 2004-2005 de 113.3 x 100 mil menores en este grupo etáreo, aquí las principales causa de muerte fueron la IRA, segundo lugar los eventos de intención no determinados, en tercero los accidentes del transporte terrestre, en cuarto las leucemias y en quinto las septicemias.

SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Representa el 21.2% del total de la población, las principales causas de muerte de 10 a 14 años fueron en primer lugar las causas externas, en segundo lugar las enfermedades transmisibles, en tercer lugar las IRA, en cuarto lugar las leucemias, en quinto lugar los accidentes terrestre, y sexto lugar el ahogamiento por sumersión.

La mortalidad en los adolescentes de 15 - 19 años en primer lugar son: causas externas que duplican las enfermedades transmisibles y triplican el cáncer.

El embarazo en la adolescencia, un problema importante de salud y en especial de la salud materna infantil, en el 2004 fue de 12.7% de adolescentes madres o embarazos y en el 2005 de 13%. La educación sexual y reproductiva adecuada y la prevención de las ETS y el VIH- SIDA son aspectos trascendentes para la atención de estos grupos poblacionales.

SALUD DE LA MUJER

TABLA 4
**CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
PIURA 2004-2006**

	%
Conoce algún método?	100
Conoce algún método moderno?	99.7

Fuente: INEI-ENDES: 2004 - 2006

TABLA 5**USO ACTUAL DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES ENCUESTADAS. PIURA 2004-2006**

	%
Píldoras	52.7
DIU	10
Inyección	18.9
Vaginales	0
Condón	7.1
Esterilización femenina	12.4
Esterilización masculina	0.0
Abstinencia	13.0
Retiro	3.9
Total Método folclórico	0.8

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 6**COMPONENTES DE LAS NECESIDADES INSATISFECHAS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR**

	%
No están usando anticoncepción	28.7
Necesidades insatisfechas (no planeado, no deseado, desea mas tarde etc)	8.1

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 7**INFORMACION SUMINISTRADA SOBRE LOS METODOS ANTINCEPTIVOS MODERNOS. PIURA 2004-2006**

Esterilización es permanente	92.4
Sobre los efectos secundarios de los métodos	78.3
Que hacer si hay efecto secundario sobre otros métodos	82.9
Sobre otros métodos	85.9

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 8**PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN ESCUCHADO MENSAJES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR. PIURA 2004-2006**

	%
Radio y televisión	37.0
Solo por radio	13.7
Solo por TV	11.8
No ha escuchado ninguno	37.54

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 9**CONTACTOS DE MUJERES NO USUARIAS CON PROVEEDORES DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. PIURA 2004-2006**

	%
Fue visitada por Profesional de P. Familiar	0.7
No fue visitada por Profesional de P. Familiar	24.7
Sin contacto	85.7

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 10**PERCEPCION DE LAS MUJERES EN RELACION A LA ACTITUD DE SUS CONYUGUES SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR**

	%
El conyugue aprueba	90.6
El conyugue desaprueba	7.2
No conoce actitud del conyugue	2.0
Otras	0.2

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 11**EDAD MEDIANA DE LAS MUJERES A LA PRIMERA UNION PIURA 2004-2006**

	EDAD
De 25 a 29	20.6
De 30 a 34	21.7
De 35 a 39	21.3
De 40 a 44	22.4
De 45 a 49	23.7

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 12**ATENCIÓN PRENATAL A LAS MUJERES QUE TIENEN HIJOS
CON MENOS DE 5 AÑOS. PIURA 2004-2006**

	%
Médicos	23.1
Obstetrix	65.9
Enfermera	5.5
Sanitario o Promotora	0.0
Partera o Comadrona	0.0
Otra persona (auxiliar o técnica de enfermería)	9.1
No recibió atención prenatal	5.5

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 13**COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PRENATAL PARA MUJERES
CON HIJOS VIVOS. PIURA 2004-2006**

	%
Explicaron síntomas de complicaciones de embarazo?	80.2
La pesaron?	98.4
Le midieron la barriga?	96.4
Tomaron la presión arterial?	98.1
Tomaron muestra de orina?	79.3
Tomaron muestra de sangre?	78.6
Recibió pastillas de hierro?	72.4

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 14**VACUNACIÓN CON TOXOIDE TETÁNICO A EMBARAZADAS.
PIURA 2004-2006.**

	%
Ninguna inyección	26.4
1 dosis	14.0
2 dosis	58.8
No sabe	0.8

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 15**LUGAR DE ATENCION AL PARTO. PIURA 2004-2006.**

	%
Establecimiento publico	67.8
Establecimiento privado	9.3
En la casa	22.4
En otro lugar	0.5
Total en establecimientos de salud	77.1

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 16**ATENCION DURANTE EL PARTO EN MUJERES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PIURA 2004-2006**

	%
Médicos	36.1
Obstetriz	37.5
Enfermeras	2.5
Sanitarios o promotoras	0.0
Parteras comadronas	19.6
Otra persona	4
No recibió atención en el parto	0.4

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 17**CARACTERISTICAS DEL PARTO POR CESAREA EN MUJERES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PIURA 2004-2006.**

	%
Nacidos por cesárea	18.1
Menos de 2,5 Kg.	5.9
2.5 Kg. o más	69.2
No sabe	2.5
No fue pesado	22.4

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 18**DIAS PROMEDIO PARA EL PRIMER CONTROL POSTNATAL
PIURA 2004-2006**

	%
Ante los dos días después del parto	3.8
Entre 3 y 6 días	3.4
Entre 7 y 41 días	13.1
No sabe	0.0
No recibió cuidado postnatal	79.7

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 19**ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS DE SALUD**

	%
No sabe a donde atenderse	12.2
Conseguir permiso para ir al centro de salud	8.1
Conseguir dinero para recibir atención	66.0
La distancia al establecimiento de salud	33.3
Tener que tomar transporte	25.7
No sabe si hay proveedor de servicio femenino	61.3

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

SALUD DEL ADULTO

Representa el 50.1% de la población. La TGF descendió en el 2005 a 2.4% (2% en el área urbana y 3.6 en el área rural), la mayor TGF se dio en mujeres entre 25 y 29 años (115 nacimientos por mil mujeres, mientras que en las mujeres de 20 – 24 años fue de 113 mujeres por mil mujeres).

El periodo ínter- genésico continúa alargándose de 37 meses en el 2000 a 43 meses en 2004-2005, en cambio en las mujeres sin escolaridad fue menor (27 meses) y en las que poseen educación superior fue de 52 meses.

El inicio de la procreación fue como promedio en 23 años en áreas urbanas y de 20.2 en áreas rurales. Hoy conocen el 98.5 % algunos métodos anticonceptivos y el uso de algunos de los métodos es de 44.7 % y se observan un incremento de los métodos tradicionales de 17.5% a 22%.

La mortalidad en hombres jóvenes el predominio fue de la cirrosis hepáticas y enfermedades hepáticas crónicas, el VIH- SIDA, las IRA, la tuberculosis pulmonar y los accidentes del tránsito.

En cambio en las mujeres jóvenes las principales causas fueron por cáncer de cuello uterino, las IRA, el cáncer de mama, los accidentes cerebro vasculares y la tuberculosis pulmonar.

MORTALIDAD MATERNA

El Perú se encuentra entre los países con la más alta tasa de mortalidad materna en el área de América Latina y el Caribe sólo superada por Haití y Bolivia, alcanzando una tasa de 185 por 100 mil nacidos vivos, aunque la OMS en los últimos reportes la señalan cerca 400 por 100 mil nacidos vivos. Hay departamentos con más de 300 y otros como Lima y Callao con menos de 100 por 100 mil nacidos vivos.

Las principales causas de muerte materna han sido en primer lugar las hemorragias por parto (33.4%), la eclampsia (11.6%), la anormalidad en la dinámica de trabajo de parto (10.7%) y en cuarto lugar el aborto con (6.2%). Aproximadamente ocurren unos 300 abortos cada año, unos 600,000 nacimientos y unas 700 u 800 muerte maternas.

A pesar de la prioridad que le da el Estado a la atención a la gestante y la puérpera no se ha logrado resultados exitosos en esta estrategia. Las obstetrices en general se sienten no suficientemente apoyadas por los médicos ginecobstetras y existen evidencias; luego del análisis de las muertes maternas, de un conjunto de problemas científicos, técnicos y administrativos que inciden en los resultados no favorables de esta estrategia de reducción de la mortalidad materna que a la vez es uno de los objetivos principales del milenio; requiriéndose un trabajo multidisciplinario, en equipo y la existencia de los recursos humanos médicos especializados en todos los municipios del país y que acompañados de los especialistas del Equipo de Salud pueden liderar esta estrategia.

En el 2004-2005 el comportamiento de la mortalidad en las mujeres las causas externa se reduce en las mujeres así como las enfermedades transmisibles y en cambio aumenta el cáncer en las mujeres en relación a los hombres.

SALUD DEL ADULTO MAYOR (60 Y MÁS AÑOS)

Representa el 8.8% del total de la población. En el 2004- 2005 la primera fueron las IRA, con 551x 100 mil adultos mayores, en segundo lugar la cardiopatía isquémica con 309 x 100 mil adulto mayores, en tercer lugar las enfermedades cerebro vasculares con 237.5 x 100 mil adulto mayor, en cuarto lugar la cirrosis y enfermedades crónicas del hígado con 197 x 100 mil adultos mayores y en quinto lugar la hipertensión arterial con 180.6 x 100 mil adultos mayores.

SALUD FAMILIAR

Las encuestas realizadas en el año 2004-2006 reflejan el predominio de la familia nuclear con un 57.8%, la extendida con un 23.6%, la compuesta un 6.2%, la unipersonal con 7.6% y sin núcleo existente 4.8%. De los núcleos de la familia unipersonal y sin núcleo una parte importante son los adultos mayores solos, que en alguna medida no reciben ningún tipo de protección ni asistencia para su higiene personal, el lavado de ropa, alimentación y demás cuidados y; un por ciento de ellos sin autonomía ni validísimo, constituyéndose en adultos mayores frágiles.

En los hogares monoparentales las mujeres dirigen el hogar en el 78.7%, aunque cuando éstos tienen altos niveles de pobreza tienen comportamientos iguales las mujeres y hombres.

SALUD DE LOS DISCAPACITADOS

Aunque existen leyes que protegen a los discapacitados y se observan sentimientos de solidaridad hacia ellos, no han contado con una atención multidisciplinaria interinstitucional y muchos menos han disfrutado de los beneficios de la intersectorialidad. En verdad se cuenta con poca información sobre los discapacitados y su salud, y la poca existente; difiere de los diferentes censos como el de 1993, aunque se obtuvo un 1.3 % del total de la población censada con algún tipo de discapacidad, en otros resultó un 13.1% y en el censo continuo de la población 2005-2006 se obtuvo un 8.7% de la población tenían alguna discapacidad lo que se corresponde con estudios internacionales que dan cifras entre un 7 y 9% en países en desarrollo.

Las principales discapacidades son por invalidez, por secuela de polio y pérdida de miembros inferiores y superiores un 28%, otras discapacidades la ceguera un 21%, la sordera 14%, el retraso mental 12%, las alteraciones mentales 10% y la mudéz un 7%. La atención integral a los discapacitados no tan sólo a los problemas de salud; requieren una atención adecuada por las autoridades en todos los niveles y en particular de las autoridades locales. Esto evidencia también que la rehabilitación y la medicina física jamás podrán resolverse pensando en los servicios de rehabilitación a nivel de los hospitales, éste es un problema más complejo, multidisciplinario e intersectorial, de base profundamente comunitaria.

Los estudios psicopedagógicos, sociológicos, médicos, los estudios genéticos, de los defectólogos, rehabilitadores, y las organizaciones comunitarias y ONG deben lograr una organización más fuerte y pujante que lleguen a un número mayor de discapacitados.

SALUD DEL TRABAJADOR

La OIT cada año reporta 120 millones de accidente de trabajo en el mundo y 210,000 defunciones; en América Latina 5 millones cada año y 90 mil defunciones en igual periodo, 300 defunciones cada día y solo se notifican entre 1 y 5% de los accidentes ocurridos. Las defunciones por accidente de trabajo en América Latina ocupan el séptimo lugar entre todas las causas de muerte y en quinto lugar los ABPP. Se considera que la tasa de accidente por trabajadores es de 2.3 y 2.5 y la tasa de incapacidad que generan por mil riesgos es entre 50 y 64 y en AVISA (años de vida por incapacidad) ocupa el segundo lugar en cuantía.

En una realidad como la peruana con un alto índice de informalidad laboral, la falta de adecuadas medidas de protección de los trabajadores en centros de trabajos muchas veces improvisados con altos niveles de riesgos, como ruidos, inadecuada ventilación e iluminación, excesivo calor y humedad, vibraciones, así como el pobre control de los inspectores laborales a los centros de trabajo que muchas veces son generadores de incendios masivos, explosiones, contaminación por salideros de gases etc.

Se estima que los niños y adolescentes entre 6 y 11 años trabajan un total de 28.6%, la mayoría en empresa familiar con poca o ninguna remuneración y laboran como peones de labranza 48%, vendedores en mercado 11.6%, trabajo doméstico 8.6 %, ayudantes de mecánica y otros 7%. El trabajo infantil es realmente abusivo e inaceptable moral y éticamente, se trata en esta etapa de cultivarlos y desarrollar todas sus potencialidades y no para hacer expuestos, esclavizados de manera abusiva a las peores formas de trabajo humano. Existe un plan nacional para la infancia y la adolescencia para reducir, minimizar y radicar estas situaciones. Hoy en la minería artesanal laboran cerca de 50 mil niños y otros en la segregación de basura, otros en la fabricación artesanal de ladrillos, en la recogida de hojas de coca, en las canteras y en hogares ajenos, entre los principales problemas de salud de la atención al trabajador es de destacar los siguientes: falta de protección en el trabajo, pobre cobertura en los servicios de salud ocupacional, seguridad social que solo cubre al 50.2% a los trabajadores, insuficiente información de los accidentes de trabajo y de las enfermedades ocupacionales. En el 2002 hubo un reporte anual de 16,914 accidentes laborales de ellos el 60% en Lima.

Los mayores generadores de accidente de trabajo son los siguientes:

En primer lugar la minería 68 accidentes por 100 mil trabajadores, en la construcción 58%, el transporte 37% y la industria el 14%.

VIOLENCIA FAMILIAR
(Resultados de la encuesta continua INEI 2004-2006 PIURA)

TABLA 20

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

	%
Es celoso	42.6
La acusan de ser infiel	13.7
Le impiden visitar amistades	12.6
Desconfían con el dinero	8.9
Expresiones humillantes	12.1
La amenaza con hacerle daño	16.3
La amenazaron con quitarle hijos o ayuda económica	13.6
La empujó o le tiró algo	25.3
La abofeteó	20.1
La golpeó con el puño o con algo	16.7
La patearon o la arrastraron	8.6
Trato de estrangularla o quemarla	1.6
La atacó con cuchillo o pistola	1.3
La obligó a tener relaciones sexuales	5.1

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 21

PERSONA QUE EJERCIO LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

	%
Madre	43.3
Padre	28.5
Padrastro	0
Hermana	3.3
Hermano	9.9
Exmarido	7.5
Suegro	1.1
Otra persona	11.7

Fuente: INEI-ENDES: 2004 - 2006

TABLA 22**VIOLENCIA FAMILIAR LUEGO DE CONSUMO DE ALCOHOL
POR PARTE DEL ESPOSO O COMPAÑERO**

	%
Alguna vez	61.2
En los últimos doce meses	14.0

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

TABLA 23**PERSONA A QUIEN PIDIO AYUDA CUANDO LA MALTRATARON.**

	%
Madre	32.2
Padre	13.7
Hermana	10.3
Hermano	7.3
Suegro	7.7
Pariente	6.6
Otra Persona	5.4
Comisaría	13.3
Juzgado	1.0
Fiscalía	1.4
Defensoría del Pueblo	0.0
MINDES	0.5
Establecimiento de salud	0.0
Otras Instituciones	2.9
No busco ayuda.	78.6

Fuente: INEI-ENDES 2004-2006

INFORME DE LOS HOSPITALES

INTRODUCCIÓN

En la elaboración del Análisis de la Situación de Salud, se realizó una caracterización de la organización de los Hospitales, realizando el diagnóstico de la situación del segundo nivel de atención que incluyó a los 10 hospitales del MINSA, ESSALUD y las Fuerzas Armadas. Identificamos el nivel de organización y funcionamiento y determinamos la capacidad de respuesta para satisfacer los problemas y necesidades de salud de la población en estas instituciones que son el complemento de la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Para la caracterización de las Unidades de la Atención Secundaria se diseñó un instrumento o guía de observación que incluía las variables que consideramos pudieran expresar la situación existente en el perfil epidemiológico y permitir avanzar a la etapa cualitativa de interpretar la situación existente y diseñar las estrategias para el cambio necesario en el Sistema de Salud de la Región de Piura.

Luego de aplicar la guía a los 10 hospitales de la región se hace una descripción y análisis de los resultados, que incluye aspectos como:

- La identificación de categorías, tipos, ámbitos, diseños, pertenencias, ubicación territorial y población a atender de todos los hospitales.
- Identificación de las capacidades instaladas, (camas, salas quirúrgicas, consultorios) y su utilización.
- La disponibilidad de recursos humanos calificados por categorías.
- Determinación de los volúmenes de servicios prestados (intervenciones quirúrgicas, consultas médicas, egresos, estudios de medios diagnósticos, urgencias y emergencias)
- Identificación del estado del proceso de planificación hospitalaria.
- Identificación del nivel de organización hospitalaria.
- Identificación del nivel de control que se ejerce en los hospitales.
- Identificación de la cultura por la calidad de los hospitales y estado de la acreditación hospitalaria.
- Identificar la evaluación de los procesos de la atención médica y de enfermería.
- Identificar el estado de la fármaco terapéutica y fármaco vigilancia.
- Identificar el proceso de evaluación de los fallecidos y el control de las infecciones intra-hospitalarias.
- Identificar el nivel de la epidemiología hospitalaria y el cumplimiento de las normas de bio-seguridad.
- Identificar los procedimientos para la evaluación de la satisfacción de los trabajadores y usuarios.
- Identificar el nivel de la gestión hospitalaria, así como el de la docencia y la investigación.
- Identificar el nivel de la cultura económica y la eficiencia en la utilización de los recursos.

Concluimos con la identificación de problemas resultante del análisis realizado que deben servir para establecer el trazado estratégico de los lineamientos de de mejora del sector de la salud.

Resultados de la visita de hospitales. Noviembre 2007. PIURA

Todos Los hospitales son generales con un ámbito de atención que alcanza a una provincia o varias de ellas con diseño multiblock. Son los hospitales Cayetano Heredia y Sullana MINSA los de mayor categoría y capacidad resolutive.

Los Hospitales de ESSALUD tienen además de las poblaciones generales, un volumen de población adscrita que no han podido descentralizar a la Red de Centros de Salud por ser ésta insuficiente.

TABLA 1

NOMENCLATURA POR TIPOS Y CATEGORIAS DE LOS HOSPITALES

Hospital	Categorías	Tipo	Ámbito	Diseño	Pertenencia
Cayetano Heredia	III	General	Interdepartamental	Multiblock	ESSALUD
Santa Rosa	II-1	General	Interprovincial	Multiblock	MINSA
Reátegui	II	General	Interprovincial	Multiblock	ESSALUD
EsSalud Sullana	I	General	Provincial	Multiblock	ESSALUD
Sullana MINSA	II-2	General	InterProvincial	Multiblock	MINSA
Talara	II	General	Provincial	Multiblock	ESSALUD
Chulucanas	II	General	Interprovincial	Multiblock	MINSA
Paíta MINSA	I	General	Provincial	Multiblock	MINSA
Paíta EsSalud	I	General	Provincial	Multiblock	EsSalud
Militar	I	General	InterDepartamental	Multiblock	FAA

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

TABLA 2**HOSPITALES SEGÚN RED, UBICACIÓN TERRITORIAL Y POBLACIÓN QUE ATIENDE**

Hospital	RED	Distrito	Prov.	Fecha de inauguración	Poblac.	Población adscrita
Cayetano Heredia	Piura-Castilla	Castilla	Piura	1970	1'920,000	35,270
Santa Rosa	Piura-Castilla	Piura	Piura	2002	296,271	21,794
Reátegui	Piura - Castilla	Piura	Piura	1963	241,427	83,411
EsSalud Sullana	Sullana	Sullana	Piura	1988	50,845	30,116
Sullana-MINSA	Sullana	Sullana	Piura	1963	68,967	57,378
Talara	Sullana	Talara	Talara	1965	130,000	32,857
Chulucanas	Morropón-Chulucanas	Morropón	Morropón	1995	182,545	34,723
Paita -MINSA	Sullana	Paita	Paita	1941	105,151	-
Paita EsSalud	Sullana	Paita	Paita	1970	-	22,646
Militar-FAA	-	Piura	Piura	1955	-	4,000

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007.

TABLA 3**TRABAJADORES POR CAMAS Y DISPONIBILIDAD DE MEDICOS Y ENFERMERAS POR HOSPITALES. NOVIEMBRE 2007**

Hospital	Total de trabajadores	Indicador trabajadores por cama	Nº médicos	Nº Médicos especialistas	Nº especialidades medicas	Nº enfermeras	Nº enfermeras especialistas
Cayetano Heredia	471	2,47	100	95	21	126	42
Santa Rosa	242	3,1	59	51	21	49	3
Reátegui	262	1,5	54	47	15	47	15
EsSalud Sullana	122	1,6	7	4	8	18	4
Sullana-MINSA	541	3,1	93	26	24	70	86
Chulucanas	217	3,6	28	25	9	19	4
Talara	137	3,4	24	16	9	34	-
Paita MINSA	172	4,6	11	2	5	8	-
Paita EsSalud	140	6,8	7	1	5	14	-
Militar-FAA	82	1,93	5	4	5	9	-

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007.

Los hospitales tienen en su mayoría más de tres trabajadores por camas, indicador que no se corresponde con su categoría pues solo los hospitales de gran complejidad y alta capacidad resolutive lo poseen.

Existen en estos hospitales 365 médicos de ellos 213 especialistas y un total de 363 enfermeras cifra inferior al total de los médicos. Ningún hospital posee 30 o más especialidades, tratándose de una población que sobrepasa el millón y medio de habitantes se considera que esta población, y territorio tan extenso como el de Piura debe tener todas las especialidades médicas, que permitan altos niveles de resolutive y satisfacer las demandas de servicios de la población. Los Hospitales de Chulucanas y Paita (del MINSA) en la mañana se comportan como hospitales, en la tarde como centros de salud y en la noche como postas médicas. Incluso el personal del hospital de Santa Rosa que procede en parte de centros de salud les cuesta laborar al ritmo del hospital. En general los recursos humanos son insuficientes, no obstante las cifras de personal administrativo son elevadas, en especial en el Hospital de Sullana (MINSA).

TABLA 4

DISPONIBILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS POR HOSPITALES. NOVIEMBRE 2007

Hospital	Nº de obstetricas	Nº tecnólogos de salud	Nº técnicos de salud	Nº personal administrativo	Nº personal de apoyo
Cayetano Heredia	16	10	174	53	15
Santa Rosa	14	1	91	27	15
Reátegui	11	2	72	20	16
Essalud Sullana	6	3	12	10	-
Sullana-MINSA	18	7	123	103	-
Chulucanas	12	4	55	31	68
Talara	6	3	4	19	17
Paita MINSA	8	5	35	-	-
Paita Essalud	5	5	32	-	-
Militar FAA	1	-	20	-	-

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007.

TABLA 5
DOTACIÓN DE CAMAS POR ESPECIALIDADES EN HOSPITALES. NOVIEMBRE 2007

Camas	Hospitales										
	CAYETANO HEREDIA	SANTA ROSA	REÁTEGUI	ESSALUD SULLANA	SULLANA - MINS	CHULUCANAS	TALARA	PAITA MINS	PAITA ESSALUD	MILITAR FAP	
Nº camas de dotación normal	220	60	60	40	200	33	40	50	30	100	
Nº camas dotación real	190	57	52	16	190	30	36	37	16	45	
Clinicas	44	12	18	10	34	4		5	4	15	
Quirúrgicas	78	10	8	2	42	-	11	6	2	8	
Pediátricas	33	6	10	2	46	7	8	8	4	-	
Obstétricas	24	23	8	8	41	12	8	18	6	7	
Ginecológicas	11		8	2	11	7		-	-	-	
Terapia intensiva	5				4		3	-	-	-	
Terapia intermedia	14						2	-	-	-	
Terapia neonatal	6	6				3		-	-	-	

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La dotación de camas hospitalaria es de 833 y la dotación real es de 669, unas 164 camas no están dispuestas para ser utilizadas por diversas causas, aproximadamente un 20% del total. El indicador de camas hospitalaria real por 1,000 habitantes es de solo 0.38, cuando los países de la región sudamericana posee entre 1.5 y 3.5 camas por 1,000 habitantes. La dotación de cama es en extremo insuficiente y expresa las insuficiencias de cobertura y accesibilidad y conspira con la resolutiveidad y calidad de los servicios de salud así como en cumplir el rol de ser el hospital, el complemento de la APS. Puede explicar también los altos índices de mortalidad extrahospitalaria y los altos índices de años de vida perdidos prematuramente (avpp).

En total las camas obstétricas son 155, las ginecológicas 39, las pediátricas 124, las clínicas 146 y las quirúrgicas 167, las de terapias para atender los graves es de 43 (Terapias intensivas e intermedias, incluye neonatología).

Los índices de camas para atender niños, mujeres en edad fértil, las necesidades quirúrgicas y clínicas para atender adultos y las de atención al grave, son en extremo insuficientes para garantizar un porcentaje de hospitalización aceptable, cercana al 6 - 8% anual con una estancia de 6 días. Utilizando la Fórmula "K", (Popov y Wolf) para determinar necesidades de camas para el territorio de Piura.

$$K = \frac{1'700,000 \times 6 \times 6}{320 \times 100} = 1,912 \text{ camas}$$

$$K = \frac{P \times P_e \times \% \text{ de egresos año}}{DPOCA \times 100}$$

Donde:

P = Población Total del Departamento o Región

P_E = Promedio de Estancia Hospitalaria

% = Porcentaje de Hospitalizados

DPOCA = Días promedio de ocupación de la cama al año

Es decir, Piura como Departamento debería tener 1,912 camas hospitalarias prácticamente el triple de lo que dispone la región.

La cobertura de camas para niños es en extremo insuficiente y neonatología es realmente crítica, lo que se traduce en indicadores de calidad muy deficientes. Prácticamente las capacidades de camas para la atención del grave son insuficientes pues no garantizan ni el 5% de la atención de las necesidades de los pacientes graves, que podrían mejorar o resolver su situación y poder salvar muchas vidas; el indicador aconsejado es del 2 al 4% del total de camas de los hospitales para terapia intensiva y el triple para las de terapia intermedias, en total un 10% del total de las camas para estos fines, a fin de lograr que más del 50% de los fallecidos de los hospitales ocurran en estos servicios.

TABLA 6**CAPACIDADES INSTALADAS Y SU RENDIMIENTO EN HOSPITALES. NOV. 2007**

Hospital	Nº locales de consult	Nº de sala de operac.	Nº consulta anual	Nº atenciones de urgencia y emergencia anual	Nº egresos anual	Nº de intervenc. quirúrgicas anual	Nº de estudios de patología clínica
Cayetano Heredia	22	5	120,961	39,826	7,839	3,833	302,477
Santa Rosa	26	3	60,597	17,964	6,618	1,629	52,124
Reátegui	22	3	152,296	27,165	4,092	2,290	450
EsSalud Sullana	8	1	48,626	15,453	1,754	859	
Sullana-MINSA	18	5	48,530	25,995	12,720	4,458	112,628
Chulucanas	11	2	51,992	7,305	2,899	904	-
Talara	12	2	65,026	21,993	3,065	1,781	117,716
Paita MINSA	10	1	42,134	21,028	1,805	710	35,115
Paita EsSALUD	10	1	30,205	18,110	1,225	520	18,225
Militar FAA	12	2	6,914	1,235	378	326	7,213

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Existen 151 locales de consultas en hospitales, brindando un total de 620,028 consultas anuales. Se rinde al año un promedio de 4,161 pacientes atendidos por local de consulta, menos del 50% de lo que podrían rendir, fundamentalmente se utilizan en horarios de la mañana, en las tardes existe una considerable subutilización de las capacidades instaladas en estas áreas.

La disponibilidad de salas quirúrgicas es de 25, de los cuales 4 no se utilizan por diversas causas y en ellos se realizan en total 15,754 intervenciones quirúrgicas, logrando un rendimiento por sala de 656.4 intervenciones por sala, cuando deberían producir 1,080 al año, un bajo rendimiento en general en su mayoría por conceptos de emergencias y urgencias pues, la mayoría de los hospitales son calientes, tienen una mayor presión por las urgencias y emergencias sobre las actividades programadas o no urgentes. **Sólo se operan el 0.92% de la población anual, índice inferior al 3% de lo que lo logran países del área.**

Las 669 camas hospitalarias reales producen 42,970 egresos lo que permite ingresar el 2.5% del total de la población anualmente, cuando debería hospitalizarse entre el 6 al 8% de la población cada año (Ref. Texto de Gerencia Hospitalaria de Asenjo). En realidad la utilización de recurso cama es deficiente con excepción de algunos servicios del hospital principal de la Región.

Se atienden anualmente en los servicios de urgencias y emergencias 155,701 pacientes, uno de cada cuatro en relación a los pacientes atendidos en los consultorios. Se observan pacientes en ellos que en verdad deberían ser atendidos en los centros de salud.

TABLA 7**DISPONIBILIDAD DE MEDIOS DIGNOSTICOS Y ESTUDIOS REALIZADOS POR HOSPITALES. NOVIEMBRE 2007**

Hospital	Nº estudios de Rayos X	Nº de ecografías	Nº de TAC	Nº de RMN	Nº de Medicina Nuclear	Nº de estudios de anatomía patológica
Cayetano Heredia	20,592	12,909	2,486	0	0	17,971
Santa Rosa	3,724	1,140	0	0	0	0
Reátegui	8,500	1,5571	0	-	-	-
Essalud Sullana	4,322	2,794	-	-	-	-
Sullana-MINSA	6,529	4,412	-	-	33	7,462
Chulucanas	2,622	2,508	-	-	-	-
Talara	8,262	5,676	-	-	-	-
Paíta MINSA	3,210	2,110	-	-	-	-
Paíta EsSalud	3,100	1,820	-	-	-	-
Militar FAA	980	80	-	-	-	-

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

TABLA 8**PRESUPUESTO ANUAL Y EJECUCIÓN POR HOSPITALES. NOVIEMBRE 2007**

Establecimientos De Salud	Presupuesto	
	Presupuesto Total Anual	Presupuesto Ejecutado Anual
Cayetano Heredia	44'058,114	44'058,114
Santa Rosa	10'065,717	-
Reategui	19'051,088	27'437,297
EsSalud Sullana	-	-
Sullana MINSA	13'325,341	13'325,341
Chulucanas	5'079,512	35'19,150
Talara	-	-
Paíta MINSA	242,612	2'415,325
PAITA EsSalud	3'456,397	3'433,197
Militar FAA	189,000	188,000

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

TABLA 9**DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE URGENCIA POR HOSPITALES.
NOVIEMBRE 2007**

Servicio de urgencia	Hospitales									
	Cayetano Heredia	Santa Rosa	Reátegui	EsSalud Sullana	Sullana-MINSA	Chulucanas	Talara	PAITA MINSA	PAITA EsSalud	MILITAR FAA
24 horas	24 hrs.	24 hrs.	24 hrs.	24 Hrs.	24 hrs.	24 hrs.	24 hrs.	24 hrs.	24 Hrs.	24 hrs.
12 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

TABLA 10**ESPECIALIDADES DE GUARDIA FÍSICAS Y DE RETEN POR HOSPITALES.
NOVIEMBRE 2007**

Hospital	Especialidades de Guardia Física	Especialidades de Reten
Cayetano Heredia	Medicina interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría	Resto de especialidades clínicas y quirúrgicas.
Santa Rosa	Medicina General	Traumatología, oftalmología, gastroenterología, medicina interna, neumología, neurología, cx pediátrica, neonatología, urología, infectología
Reátegui	Medicina interna, Gineco-obstetricia y Pediatría	Ginecología, cirugía, nefrología
EsSalud Sullana	Medicina General	Cirugía
Sullana-MINSA	Medicina General	Medicina interna, cardiología, neurología, gastroenterología, pediatría, ginecología, urología, anestesiología, ortopedia y traumatología entre otras.
Chulucanas	Medicina General	Cirugía, anestesiología, Gineco obstetricia, pediatría
Talara	Medicina General	Gineco obstetricia, pediatría, anestesiología y Cirugía General
Paita Minsa	Medicina General	Anestesiología, cirugía General y obstetricia
Paita EsSalud	Medicina General	Anestesiología, cirugía General y obstetricia
Militar FAA	Medicina General	Anestesiología, cirugía General y obstetricia

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

TABLA 11
PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA.
NOVIEMBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Conocimiento de los objetivos y estrategias del MINSA y/o ESSALUD	71.4	28.6
Se conoce el ASIS territorial	42.9	57.1
Plan director de desarrollo de la institución	42.9	57.1
Plan de Trabajo Anual del Hospital	57.1	42.9
Correspondencia con los objetivos y estrategias del MINSA	42.9	57.1
Correspondencia del plan anual y mensuales del nivel gerencial	14.3	85.7
Existencia y conocimiento del plan de prevención de emergencias y desastres	42.9	57.1
Conocimientos de los trabajadores de los objetivos y estrategias anuales del Hospital participan en el proceso de planificación	71.4	28.6
Existe un plan para la preparación de la reserva del personal administrativos y científicos de la institución	-	100
Cumplimiento del plan de preparación del personal y sus reservas	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Se observa un alto por ciento de gerentes que desconocen el ASIS del territorio (57.1%), por tanto están ajenos a lo que pasa en el entorno y sólo conocen parte de la realidad intramuros, escasa correspondencia entre los objetivos y estrategias del organismo rector de la salud y su planificación operativa anual. Prácticamente a nivel de los servicios no se realizan planes anuales y mucho menos mensuales. Se desconocen las metas a nivel de los servicios, un alto por ciento de gerentes desconocen de la existencia de un Plan Director de Desarrollo de la Institución.

La Planificación como función preparatoria del ciclo gerencial es totalmente insuficiente, prácticamente la planificación estratégica esta ausente en la mayoría de los hospitales y lo que se hace es prácticamente formal. La preparación de los dirigentes y del personal no es una preocupación esencial en la mayoría de los hospitales. La mayoría de las visiones y misiones, no se corresponden con la realidad ni las necesidades que tienen los hospitales en la red de salud del departamento de Piura.

TABLA 12

INTERRELACIÓN DE LOS HOSPITALES CON LOS CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (RED, MICRORRED) EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA 2007

	Si (%)	No (%)
Se realizan reuniones de interrelación del hospital con los centros de la APS	57.1	42.9
Se controlan las referencias procedentes de los centros de APS	42.9	57.1
Se controlan las contrarreferencias	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Los niveles de interrelación y vinculación de los hospitales con la red de Instituciones de atención primaria de salud es insuficiente: 42.9% no la realizan, no se proyectan a la comunidad y menos conciben el hospital como el complemento de la Atención Primaria de Salud, permanece la concepción hospitalo-centrista, refutada y obsoleta desde hace décadas. El control y el análisis que se ejerce sobre las referencias que ellos emiten a otras Instituciones hospitalarias y de Institutos, así como las que a ellos le llegan procedentes de los centros de APS es insuficiente, pocas Instituciones analizan las referencias y no se ejerce el análisis correspondiente, ni la crítica constructiva ante referencias injustificadas e incorrectas. El cumplimiento del control y análisis de las contrarreferencias prácticamente es insuficiente, sólo 14.3% la realizan, por tanto el elemento de continuidad y de retroalimentación de la calidad de la atención médica, deja de aplicarse consecuentemente. Se desconocen las referencias que hacen los hospitales a otros hospitales e Institutos, así como la calidad de las mismas. Por estos elementos es de considerar que los elementos de coordinación e integración de los subsistemas de salud prácticamente están ausentes.

TABLA 13

ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Existencia del reglamento y manuales de organización y funciones	85.7	14.7
Existencia de manuales de normas y procedimientos técnicos (MNP) a nivel de departamentos y servicios conocimiento y aplicación	57.1	42.9
Existencia del manual de evaluación y control (MEC)	14.3	85.7
Existencia de protocolos y guías de buenas prácticas médicas	57.1	42.9

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

En general el ROF y MOF existen como documento en la mayoría de los hospitales, pero su aplicación no está en correspondencia con sus contenidos, un 42.9% de los hospitales no conoce y muchos menos aplican el manual de normas y procedimientos y un 85.7% no cuentan con un manual de evaluación y control (MEC). Tampoco la existencia y utilización de los protocolos y de las guías de las buenas prácticas médicas se corresponde con la normatividad vigente.

En general los organigramas de la estructura organizativa están desactualizados, no hay correspondencia entre el ROF, el organigrama y la estructura que esta vigente en el hospital. La mayoría de los organigramas no priorizan la gestión de la calidad, la epidemiología hospitalaria, la investigación y la docencia, la proyección comunitaria y en general no priorizan en su esquema la jerarquización de enfermería, la cual se observa relegada a niveles intermedios, cuando en los hospitales modernos las enfermeras son gerentes o vicegerentes de los hospitales. Es una constante la falta de trabajo de equipo en casi todos.

TABLA 14

**CONTROL HOSPITALARIO EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA.
OCTUBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se realizan guardias de la administración y dirección del Hospital luego de concluir la jornada laboral diurna	28.6	71.4
Se realizan entregas de guardia diaria en el hospital en horario de la mañana y tarde	85.7	14.3
Se realizan pases de visita administrativo por el Director y su equipo a las salas de hospitalización y demás áreas principales del hospital	28.6	71.4
Se realizan visitas de control sorpresivo por el director y su equipo a las áreas priorizadas	28.6	71.4
Los jefes de servicio participan en la entrega de guardia general del Hospital	-	100
Los jefes de servicio realizan pase de visita colectivo diario en su sala de hospitalización	28.6	71.4
Realizan discusiones clínicas multidisciplinaria de casos complejos	14.3	85.7
Se efectúan reuniones del jefe de servicio con los pacientes y familiares en la sala de hospitalización	-	100
El jefe de servicio realiza las visitas sorpresivas a diferentes áreas de servicio	28.6	71.4
Ejerce control sobre la conservación y uso de recursos materiales del servicio	42.9	57.1
Cuenta con metodología para garantizar la continuidad de la actividad gerencial nocturna tiene puesto de comando para el control de las incidencias	42,9	57.1
Control de horario de entrada y salida	57.1	42.9

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

El control que se ejerce por los gerentes y mandos intermedios a sus diferentes departamentos y servicios subordinados es prácticamente inexistente, tanto el control y evaluación programada como el que se ejerce de manera opinática o sorpresiva es insuficiente. Esto se repite desde los niveles superiores hasta los niveles inferiores de los hospitales. Los gerentes desconocen lo que pasa en las entregas de guardias médicas. Hay insuficiente control sobre la conservación y usos de los recursos materiales. El área económica de los hospitales no priorizan estos elementos que son esenciales y que pueden estar generando pérdidas, sustracción, despilfarro de los recursos para otros fines que no son ni el paciente ni el hospital. Prácticamente solo un 28.7% realizan pase de visita colectivo diario a los pacientes hospitalizados. La mayoría de los gerentes de hospitales 71.4%, no realizan pase de visita administrativo a las salas hospitalarias ni a otras salas importantes del hospital. En los análisis de las visitas efectuada se observa que el tiempo de los gerentes, no se distribuye adecuadamente, la mayor parte de este se ocupa en oficina y otros, cuando deberían estar vinculados a las áreas de trabajo y en relación directa con sus dirigentes y sus trabajadores.

TABLA15

**REUNIONES PRINCIPALES EFECTUADAS EN LOS HOSPITALES DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE DEL 2007**

	Si (%)	No (%)
El consejo de dirección	57.1	42.9
El consejo de evaluación de la calidad	28.6	71.4
Consejo científico	-	100
Consejo operativo semanal	14.3	85.7
Entrega de guardia diaria	14.3	85.7
Reunión del aseguramiento de la actividad quirúrgica	-	100
Balance anual de trabajo	28.6	71.4

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

El nivel de desarrollo gerencial y tecnológico, la alta presión asistencial de los hospitales, la insuficiencia de recursos humanos y materiales, los resultados en términos de efectividad médica, económica y social de estos; los criterios de insatisfacción de los trabajadores y de la población exigen una conducción gerencial científica, técnica y administrativa y financiera más proactiva, más predictiva para superar los obstáculos, que la mayoría de las Instituciones hospitalarias tiene en la actualidad. Es de observar que la conducción gerencial no se ejerce a través de reuniones claves del equipo de gestión, de las comisiones para evaluar la calidad, el aseguramiento de la actividad quirúrgica, la actividad científica y docente, así como las reuniones operativas con una frecuencia semanal y con una agenda bien definida de los aspectos cruciales que en estas deben de ser tratadas. El 71.4% de las gerencias de los hospitales no realizan anualmente un balance y una reflexión de los hechos y una proyección del trabajo para el próximo periodo, la conducción gerencial y administrativa de la mayoría de los hospitales es en extremo débil e insuficiente.

Se observa un desconocimiento científico y tecnológico importante de la gerencia moderna en casi todos los hospitales. Es generalizado el criterio de la falta de preparación gerencial de la mayoría de los que dirigen los hospitales y sus colaboradores.

TABLA 16

**ACREDITACIÓN HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA.
OCTUBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Existencia del manual de acreditación	42.9	57.1
Existencia de estándares con resultados CERO	-	100
Ha sido visitado y evaluado por la comisión nacional o provincial de acreditación	-	100
Existe estándares con puntaje de componentes A+B inferior a 80%	-	100
Existe Estándares con puntaje A+B igual o mayor a 80%	-	100
Total de componentes A con CERO	14.3	85.7
Total de componentes B con CERO	14.3	85.7
Total de áreas y estándares NO listos para acreditar	-	100

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La Acreditación un pre-requisito o una pre-condición para el mejoramiento continuo de la calidad, no es priorizada en ninguno de los hospitales, solo un 42.9% posee el manual de acreditación, pero no realizan auto evaluaciones para ver el cumplimiento de los componentes y estándares del manual y del reglamento de acreditación de los hospitales, esto es un reflejo de la falta de prioridad y la débil cultura existente en la mayoría de los hospitales. No tenemos en la región ningún hospital acreditado.

TABLA 17

**CALIDAD HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA.
OCTUBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Compromiso de la Dirección del Hospital con el Programa	28.6	71.4
Existe un programa de mejora continua de la calidad	28.6	71.4
Realizan consejo de evaluación de la calidad	28.6	71.4
Planificación, organización y control del equipo institucional que Gerencia el programa de garantía de la calidad	28.6	71.4
Existen y Funcionan comités hospitalarios	28.6	71.4
Existen círculos de calidad	-	100

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Es obvio que la cultura de la calidad de la atención médica y de enfermería no se cultiva, ni se estimula; en general la cultura de la calidad en los hospitales está ausente. El 71.4% de los hospitales y sus dirigentes consideran que no hay compromiso por el mejoramiento continuo de la calidad, y en iguales porcentajes no se dispone de un programa continuo de mejora de la calidad, la calidad no se planifica y mucho menos se evalúa, prácticamente no hay comités o comisiones que evalúen la calidad, con excepción del comité de prevención y control de las infecciones y complicaciones que en pocos hospitales funciona aceptablemente. Los círculos de calidad prácticamente son inexistentes. Prácticamente se excluyen del trabajo de la calidad a los profesionales y técnicos que no prestan asistencia médica directa. Cuando la calidad le corresponde a todo profesional y técnico del sistema hospitalario en su conjunto.

TABLA 18

**ELEMENTOS DE LOS PROCESO ASISTENCIAL DE LOS HOSPITALES DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se realizan evaluaciones retrospectivas	57.1	42.9
Precisando la evaluación cualitativa	42.9	57.1
Precisando la evaluación cuantitativa de las historias clínicas	14.3	85.7
Cuentan con micro historia los casos procedentes de emergencia	71.4	28.6
De la continuidad de la atención al paciente de urgencia y de hospitalización	71.4	28.6
De la garantía de las inter consultas al paciente hospitalizado	42.9	57.1
Evaluación concurrente en visita a las salas, a los servicios, departamentos	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007.

En general el diseño de los procesos asistenciales en la mayoría de los hospitales tienen una gran carga burocrática y deben simplificarse, incluso a los pacientes con urgencia y emergencia antes de ser atendidos, se le pide información y documentación que debería ser a posterior de ser atendidos para garantizar la ley de atención de emergencia. El 85.7% de los hospitales no realizan evaluaciones concurrentes a las salas, los servicios y departamentos, un 57.1% no garantizan las inter-consultas a pacientes hospitalizados antes de las 24 horas. Un 85.7% de los hospitales no realizan evaluaciones cuantitativa de las HC y las auditorías médicas y evaluación cualitativa de las HC solo se realizan el 42.9%. La poca práctica que existe de evaluación de las prácticas de los procesos de la atención médica, se ejerce solo de manera retrospectiva y casi nunca concurrente.

TABLA 19**PROMEDIO DE DÍAS PARA REALIZAR ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Hospitales						
	Cayetano Heredia	Santa Rosa	Reátegui	Essalud Sullana	Sullana-MINSA	Chulucanas	Talara
Especial	1 día	-	-	-	-	-	-
Química especial	1 día	-	3 días	-	1 día	-	-
Enzimas	1 día	-	3 días	-	1 día	-	-
Hormonas	7 días	-	-	-	3 día	-	-
Rayos X	2 días	1 día	-	-	-	7 días	-
Especial	-	-	7 días	-	-	-	-
Ecografía	1 día	-	15 días	-	1 semana	15 días	-
TAC	-	-	-	-	-	-	-
RMN	-	-	-	-	-	-	-
M.Nuclear	-	-	-	-	1 semana	-	-
Biopsias	30 días	-	30 días	-	-	-	-

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La capacidad diagnóstica de patología clínica, microbiología, anatomía patológica y radiología e imaginología son insuficientes, las áreas de medios diagnósticos de estos hospitales están presionadas por el insuficiente desarrollo tecnológico de los centros de la APS. Solo un hospital cuenta con un equipo de medicina nuclear, que a la vez no es bien utilizado y del cual no se benefician otros hospitales de la región. Se carece en el hospital principal de TAC y RMN, servicios que se externalizan hacia clínicas privadas. No se realizan biopsia por congelación en el hospital principal por inoperatividad de equipos, solo biopsia por impronta con sus inconvenientes. No se observa un control de los casos referidos para el estudio de medios diagnósticos. Y se observa en la tabla que hay varios hospitales que carecen de las tecnologías señaladas

Es llamativo que desde décadas existen indefiniciones con el patrimonio de terrenos y edificios en donde se brindan servicios de salud como el Hospital Cayetano Heredia en donde se presenta el dilema de ampliar, remodelar, incorporar tecnología y se postergan las decisiones por el organismo rector o lo que pasa con el local de Cesamica (Centro de Salud Materno-infantil de Castilla), que es de la Beneficencia Pública de Piura.

TABLA 20**INDICADORES SELECCIONADOS DE CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Conoce (%)	Se desconoce (%)
Correlación pre y postoperatoria	-	100
Número de accidentes anestésicos	-	100
Mortalidad quirúrgica x1000	-	100
Mortalidad anestésica x 5000	-	100
Nº de operaciones evaluadas como incorrectas	14.3	85.7
% de infecciones post-quirúrgicas en intervenciones limpias	28.6	71.4
Se realizan evaluaciones concurrentes en visitas efectuadas al centro quirúrgico	28.6	71.4
Nº de reintervenciones quirúrgicas promedio anual	28.6	71.4

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

En general la evaluación de las intervenciones quirúrgicas no se realiza. El 100% de los hospitales desconocen con qué calidad realizan las intervenciones quirúrgicas, la correlación pre y post-operatoria. El número de intervenciones quirúrgicas incorrectas, injustificadas, no se evalúa, la mortalidad quirúrgica ni anestésica, ni los niveles de reintervención quirúrgica, sólo algunos casos cuando se ha generado una denuncia periodística y una querrela legal. El enfoque de predicción y prevención de las buenas practicas esta ausente. Las evaluaciones concurrentes en visitas a los centro quirúrgicos y el % de infecciones post-quirúrgicas en intervenciones limpias se desconocen en un 71.4 %.

TABLA 21**APLICACIÓN DE LA FÁRMACO TERAPÉUTICA Y FÁRMACO VIGILANCIA EN HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se evalúa la terapéutica en pacientes hospitalizados	28.6	71.4
% correlación diagnóstico-tratamiento	42.9	57.1
Se controla el uso de antibióticos intrahospitalarios	71.4	28.6
Uso profiláctico de los antibióticos en pacientes operados	85.7	14.3
Uso adecuado de la sangre y hemoderivados	57.1	42.9
Nº de notificaciones de los efectos adversos por los hemoderivados	28.6	71.4
Nº de notificaciones de los efectos adversos producidos por los medicamentos	-	100
Se verifica el uso y destino final de los medicamentos en los servicios seleccionados	28.6	71.4
Se verifica el uso de la nutrición parenteral y el uso de las dietas medicas	-	100
Se controla la seguridad y el uso de narcóticos y estupefacientes	71.4	28.6
Se evalúa el costo por concepto de medicamentos	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La fármaco - epidemiología, la fármaco - vigilancia, la fármaco - economía; disciplinas importantes se desconocen en la mayoría de los hospitales. Sólo se evalúa la calidad terapéutica en pacientes hospitalizados en el 28.6% de los hospitales, y el por ciento de correlación diagnóstico y tratamiento es del 42.9%. Existe un alto uso de antibiótico de manera profiláctica en pacientes operados. No hay cultura ni control sobre la vigilancia y notificación de reacciones adversas por medicamentos. Los niveles de RAM son prácticamente ínfimos, durante este año sólo se han reportado 86. Sobre el uso adecuado de la sangre y los hemoderivados solo se cumple en 42.9% de los hospitales. La calidad de la sangre y la sangre segura es motivo de preocupación en estas Instituciones. El uso de la sangre total fresca sigue siendo una práctica frecuente en los hospitales, cuando deberían utilizarse fundamentalmente los hemoderivados, pero su producción realmente es incluso artesanal en algunos hospitales. Solo en 28.6% de los hospitales se verifica el uso y destino final de medicamentos en los servicios de hospitalización y solo en el 14.3% hay algún análisis de costo por concepto de medicamentos. Existen suficientes evidencias para afirmar que la calidad terapéutica y la vigilancia en el uso correcto de los medicamentos es muy deficitaria y los niveles de consumos resultan excesivos, lo que pueden encubrir práctica inadecuada, ya que en investigaciones realizadas en varios países evidencian 30 a 40% de despilfarro de medicamentos en los hospitales con las consiguientes manifestaciones de salidas ilegales para otros fines no hospitalarios.

TABLA 22

**EVALUACIÓN DE FALLECIDOS EN HOSPITALES DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se evalúa la atención brindada a los fallecidos ocurridos en el Hospital	12.9	87.1

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La práctica de evaluar los fallecidos que ocurren en el hospital es casi inexistente.

TABLA 23**COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD NETA Y BRUTA GENERAL Y POR SERVICIOS DE LOS HOSPITALES. REGIÓN PIURA**

SERVICIO		HOSPITALES				
		CAYETANO HEREDIA	SANTA ROSA	REÁTEGUI	ESSALUD SULLANA	MINSAs SULLANA
Terapia intensiva	BRUTA	23.8				
	NETA	15.3				
Terapia intermedia	BRUTA	17.7				
	NETA	12				
Quemado	BRUTA					
	NETA					
Neonatología	BRUTA	14.3	2.71			
	NETA	8.5	5			
Medicina general	BRUTA					5.3
	NETA				2 a 3	2.35
Medicina interna	BRUTA	18.2				
	NETA	14.1				
Neurología	BRUTA	23.2				
	NETA	17.9				
Endocrino	BRUTA					
	NETA					
Cardiología	BRUTA	8.6				14.08
	NETA	5.4				4.93
Neumología	BRUTA	13.6				
	NETA	12.2				
Gastroenterología	BRUTA	7.3				
	NETA	6.8				
Nefrología	BRUTA	5				
	NETA					
Reumatología	BRUTA					
	NETA					
Alergología	BRUTA					
	NETA					
Cirugía general	BRUTA	3.9				0.84
	NETA	2.7				0.46
Ortopedia y traumatología	BRUTA	3				
	NETA	2.7				
Urología	BRUTA	1.1				
	NETA	2.7				
Otorrinología	BRUTA	0				
	NETA	0				
Oftalmología	BRUTA	0				
	NETA	0				
Neurocirugía	BRUTA	12.6				
	NETA	11.1				

(continuación de la tabla 23)

SERVICIO		HOSPITALES				
		CAYETANO HEREDIA	SANTA ROSA	REÁTEGUI	ESSALUD SULLANA	MINSA SULLANA
Cardiología	BRUTA					
	NETA					
Cirugía pediátrica	BRUTA	1.2				
	NETA	0.9				
Pediatria	BRUTA	7	7.06			2.41
	NETA	4.1				1.13
Gineco-Obstetricia	BRUTA	0.2				
	NETA	0.1				

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

En realidad la mortalidad neta y bruta de los hospitales es elevada. Las terapias intensivas e intermedias tienen tasas de mortalidad bruta y neta elevadas, sólo en el hospital principal el 37% de los que fallecen en el hospital ocurren en la Terapia intensiva e intermedia, cuando debería ser entre un 60 y 70%, que los pacientes graves estén atendidos de manera intensiva y no dispersos como en los servicios de medicina general que tienen altas tasas de mortalidad. Son llamativas las altas tasas de mortalidad en los servicios de neonatología, así como en los servicios de Medicina interna, neurología, cardiología, neurocirugía, pediatría, gastroenterología, lo que evidencia el déficit tecnológico y de calificación de recursos humanos, de camas entre otros aspectos. No hay análisis de la mortalidad de los quemados por no haber un servicio adecuado para la atención de ellos, para una población de mucho más de 1 millón de hab. se requiere de este servicio, terapias intensivas, intermedias, con más camas y recursos humanos y tecnológicos; salas para la atención de pacientes con ictus, cardiopatías isquémicas, sangramientos digestivos, mejor servicio de neonatología, área de atención de politraumatizados, área de inmunología, genética, cardiología y trasplantología, entre otras.

TABLA 24

LETALIDAD POR PATOLOGÍAS SELECCIONADAS EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE 2007

	Conoce (%)	Se desconoce (%)
IMA	-	100
CÁNCER	-	100
ACV	-	100
DIABETES	-	100
ASMA	14.3	85.7
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	14.3	85.7
CIRROSIS HEPÁTICA	-	100
APENDICITIS	-	100
OCLUSIÓN INTESTINAL	-	100
NEUMOTORAX	-	100

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Como se observa no se conoce la letalidad por patologías clínicas y quirúrgicas seleccionadas. Denota que lo que ocurre con estas patologías no es de interés gerencial su comportamiento. Cuando en su mayoría son las generadoras de los altos índices de años de vida potencialmente perdidos (AVPV), que en Piura está por encima de 130 x mil hab. Así como los altos índices de mortalidad extra-hospitalarias por dichas patologías. La mortalidad por apendicitis, oclusión intestinal entre otras debe de ser vigilada a nivel de los hospitales como se exige por el MINSA y por los expertos de la OPS

TABLA 25

INDICADORES SELECCIONADOS DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Se realizan análisis retrospectivos de las historias clínicas de los fallecidos	14.3	85.7
Se evalúa el comportamiento de la mortalidad en los servicios de urgencia y emergencia y las implicaciones de la APS	14.3	85.7
Se conoce el índice de necropsias general	28.6	71.4
Se determina el índice de discrepancias y de coincidencias diagnósticas según estudios de anatomía patológica	-	100
Se revisan los certificados de defunción incorrectos y los corrige	28.6	71.4
Se realizan estudios sobre: el comportamiento de la mortalidad y sus tendencias	14.3	85.7
Se realizan estudios sobre: prevención y control de las complicaciones hospitalarias	28.6	71.4
Se conocen las complicaciones hospitalarias infecciosas y no infecciosas	57.1	42.9

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Prácticamente no hay evaluación de los fallecidos en los hospitales con excepción de algún caso medico legal y las muertes maternas. No hay análisis retrospectivo de la calidad de la atención de los fallecidos, no se realiza estudio sobre el comportamiento de la mortalidad hospitalaria y sus tendencias, ni se determinan los índices de calidad diagnóstica y de discrepancia diagnóstica, dado que los niveles de necropsia realizados son prácticamente ínfimos. El principal hospital de la región que es docente solo ha realizado 5 necropsia en el año 2007, cuando el estándar de calidad de ESSALUD y del manual de acreditación de hospitales es del 70%. Es evidente la débil gestión que se realiza en este sentido siendo este un hospital docente, que requiere de la verdad histológica para hacer más y mejor ciencia, mejor educación medica y mejor producción científica. No se realiza la calidad de los certificados médicos, no se corrigen los incorrectos, todo lo cual afecta la inconsistencia de los perfiles de mortalidad.

El servicio de medicina legal del ministerio público considera además de que la calidad de los certificados médicos es deficiente y deberán ser corregidas dichas prácticas inadecuadas. Ocurren aproximadamente 500 defunciones medico legales cada año en el departamento, cifras que tienen sub-registro, porque los 5 médicos legales que existen carecen de medios para brindar su servicio con celeridad y calidad. Las defunciones extra-hospitalarias y las defunciones extra-institucionales del sector de la salud se desconocen en su verdadera magnitud en la Región de Piura.

TABLA 26
**PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS POR
 HOSPITALES Y SERVICIOS**

Hospitales	%
Cayetano Heredia	5.3
Talara	4.4
Reátegui	5.3
Sullana-Essalud	1.0

Fuente: Encuesta Hospitalaria UNP, 2007

Por servicios:	Hospital Cayetano Heredia
Neonatología	27.5
Terapia intensiva	4.9
Quemados	-
M. interna	4.7
Cirugía general	8.8
Ginecología	1.5
Pediatría	0.8

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Existen hospitales que no registran las infecciones intra-hospitalarias y otros donde se denota sub-registro, dado que las condiciones de infraestructura, el cumplimiento de las normas y procedimientos higiénico-epidemiológico de la calidad de la esterilización, del lavado de las manos, del uso adecuado de las normas de bioseguridad en general, la existencia de violaciones y transgresiones de dichas normas hacen pensar de la existencia de tal sub-registro; más cuando ninguno de los hospitales tienen un departamento liderados por epidemiólogo.

Los mejores hospitales tienen un porcentaje de infecciones entre un 5 y 7%. Los niveles de complicaciones intra-hospitalaria en los servicios de neonatología son altamente preocupantes. (Texto de Gerencia Hospitalaria de Fajardo Ortiz).

TABLA 27
PORCENTAJE DE COMPLICACIONES. REGIÓN PIURA

Se conocen los índices de:	Hospital Cayetano Heredia
Complicaciones	2.1%
Caídas	0.1%
Flebitis	0.9%
Úlcera por presión	1.3%

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Como se observa, no se controlan las complicaciones, excepto en el hospital principal que tiene un comportamiento aceptable, según los estándares internacionales.

TABLA 28
EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Se verifica el registro de complicaciones en las salas	42.9	57.1
Se conoce la calidad de los materiales esterilizados y del muestreo microbiológico	57.1	42.9
Se conoce la calidad y positividad de los estudios microbiológicos	14.3	85.7
% de positividad de hemocultivos	14.3	85.7
El departamento de epidemiología revisa el uso adecuado de los desinfectantes y antisépticos	28.6	71.4
Se verifica que la limpieza e higiene sea adecuada	42.9	57.1
Se aplica y exige la aplicación de políticas de antibióticos	14.3	85.7
Se aplica y exige la vacunación contra hepatitis B y en general el esquema de vacunación de los trabajadores	42.9	57.1
Se conoce y exige el control de los vectores	42.9	57.1
% de fallecidos en terapia intensiva en relación al Total de defunciones del hospital	28.6	71.4
Se conoce aplica, vigila y exige las normas del manual de bioseguridad	57.1	42.9

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La aplicación, vigilancia y exigencia en el cumplimiento de las normas de bioseguridad solo se realizan en el 57.1% de los hospitales. La calidad microbiológica de los materiales esterilizados es apenas de 57.1%, la calidad y positividad de los estudios microbiológicos solo se conocen en el 14.3% y los niveles de positividad de los hemocultivos son muy bajos. La capacidad de hacer diagnósticos en los laboratorios de microbiología de los hospitales es extremo insuficiente.

El área de microbiología de los hospitales esta desatendida y requiere de repotenciar los recursos humanos y tecnológicos que en esta área laboran.

TABLA 29**SATISFACCIÓN EN USUARIOS Y TRABAJADORES EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se conoce metodología utilizada para evaluar la satisfacción de los pacientes y familiares, así como de los trabajadores del hospital.	71.4	28.6
Se dan a conocer a los pacientes hospitalizados sus derechos y deberes	28.6	71.4
Se realizan encuestas a pacientes y familiares en consulta externa, emergencia, hospitalización, centro qx, medios de diagnóstico entre otros	28.6	71.4
Se Prioriza en el contenido de las encuestas, los tramites para ingreso y egreso, la calidad de la atención médica y de enfermería, la información, las interconsultas medicas, la agilidad y calidad de los estudios de laboratorio, la calidad de la alimentación, la higiene y el confort, el cambio de ropa, las facilidades telefónicas, los problemas con extravíos de documentación y resultados de los análisis	42.9	57.1
Existe la comisión de ética MEDICA	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Un alto por ciento de los hospitales conocen la metodología para evaluar la satisfacción, pero también un alto por ciento no las aplica y desconoce los niveles de satisfacción que tienen los usuarios de su servicio, los niveles de satisfacción de sus trabajadores y por tanto el clima organizacional existente. Un alto por ciento de los trabajadores señalan que el nivel gerencial de los hospitales poco se interesa por conocer la satisfacción de usuarios y trabajadores; incluso no le dan a esta práctica el valor que tienen y muchas veces esperan que los niveles centrales del ministerio o ESSALUD las elabore, las procese y las de a conocer, cuando esta es una practica gerencial que no tiene que esperar por nadie, es parte de la competencia y el desempeño de quienes gerencian el hospital. Otro elemento llamativo es que no se le da a conocer a los pacientes hospitalizados sus deberes y derechos

TABLA 30

APLICACIÓN DE ASPECTOS SELECCIONADOS DE LA ECONOMIA Y FINANCIAMIENTO EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Existe análisis de la evaluación del presupuesto	71.4	28.6
Se analiza la eficiencia de la utilización de recursos humanos	57.1	42.9
Se analiza la eficiencia de la utilización de camas	42.9	57.1
Se analiza la eficiencia de la utilización de locales de consultorio	71.4	28.6
Se analiza la eficiencia de la utilización de salas de operaciones	42.9	57.1
Existe equipamiento médico complejo	57.1	42.9
Existe análisis de los costos	57.1	42.9
Existe análisis de los costos por patología	28.6	71.4
Existe análisis de los costos por servicios	14.3	85.7
Se verifica el uso y destino final de los recursos materiales más importantes	57.1	42.9
Existe plan de ahorro de portadores energéticos (electricidad, combustible, etc.)	57.1	42.9

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Es pobre el conocimiento de la cultura económica en la mayoría de los hospitales. La concepción de utilizar las capacidades principales del hospital de manera eficiente, es una práctica ausente en la concepción gerencial. Se desconoce lo que debe rendir las principales capacidades instaladas en los hospitales (camas - salas quirúrgicas-consultorios y el equipamiento médico principal del hospital). Se analizan algunos indicadores para evaluar la productividad médica del rendimiento de los consultorios, de las salas quirúrgicas y de las camas, pero estos resultan insuficientes. Se denota una baja utilización del recurso cama en general, con excepción de algunos servicios del hospital principal y MINSA de Sullana. Por tanto existen capacidades instaladas utilizadas ineficientemente. A pesar de las insuficiencias en el número de camas, salas quirúrgicas y de consultorios y del número de profesionales que tenemos nos damos el lujo de mal utilizarlas.

La confección del presupuesto, su ejecución y evaluación denotan deficiencia, así como en el análisis del sistema de costo. La evaluación económica en general es deficiente. Sólo existe un plan de ahorro de portadores energético en el 57.1% de los hospitales, cuando se conocen que cerca del 15% de agua en los hospitales se despilfarran y cifras muy similares en electricidad y combustible. Esto está relacionado con la falta de control que en general se ejerce en los hospitales. Todo esto dista mucho de la política de austeridad orientada por el gobierno central. El costo no es un instrumento de planificación ni de gestión hospitalaria.

TABLA 31

**CONOCIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS GASTOS
POR MEDICAMENTOS, MATERIAL GASTABLE, REACTIVOS Y OTROS
INSUMOS EN HOSPITALES DE LA REGION PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si	No
% DEL PRESUPUESTO PARA ANTIBIOTICOS	30	70
% DEL PRESUPUESTO PARA MATERIAL FUNGIBLE	20	80
% DEL PRESUPUESTO PARA INSUMOS	40	60
% DEL PRESUPUESTO PARA MEDICAMENTOS	60	40
% DEL PRESUPUESTO PARA REACTIVOS	10	90
% DEL PRESUPUESTO PARA OTROS ITEMS.		100

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Las gerencias en general demuestran desconocimiento de la ejecución de los gastos principales del hospital, por tanto el control que ejercen sobre estos aspectos vitales de la vida institucional es deficiente por lo que no pueden incidir adecuadamente en la eficiencia económica y por ende en la reducción de los costos de los servicios que brindan.

POSITIVIDAD EN USO DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS

% de positividad	SI	NO
Análisis de laboratorio clínico	30%	70%
Microbiología	10%	90%
Rayos x	25%	75%
Imagen	Se desconoce	Se desconoce
Biopsias	Se desconoce	Se desconoce

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

En general se considera un uso exagerado de los medios diagnósticos, en particular los niveles de positividad en los estudios microbiológicos son en extremos desfavorables en términos de hallazgos y positividad.

TABLA 32**CONTROL DE CALIDAD DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS EN LOS HOSPITALES DE REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Existe Control de calidad de medios diagnósticos	42.9	57.1

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

El control de la calidad de los medios diagnósticos es insuficiente, a pesar de la desconfianza de los profesionales con la calidad de los mismos. La situación de los estudios microbiológicos es de la más cuestionada, lo cual se corresponden con los índices de positividad mostrados en la tabla anterior.

TABLA 33**DISPONIBILIDAD DE LOS ABASTECIMIENTOS PARA LA GARANTÍA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Disponibilidad de los abastecimientos para la garantía de los procesos de atención. (Medicinas, instrumental, material medico gastable, ropa, material de curación, gases medicinales etc.)	42.9	57.1

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La estabilidad del suministro de los recursos materiales es baja, se dispone solo del 42.9 de ellos de manera que se afecta la continuidad y calidad de los servicios de manera sistemática y por ende la satisfacción de los usuarios.

La situación de los equipos médicos y no médicos inoperativos y por instalar se desconoce al 100%.

TABLA 34**CONOCIMIENTO DE INDICADORES DE GESTIÓN EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se evalúan indicadores que miden la utilización de las camas	57.1	42.9
Se evalúan indicadores que miden la utilización de las salas de operaciones	85.7	14.3
Se evalúan indicadores que miden la utilización de los locales de consultorio	57.1	42.9
Se evalúan indicadores que miden la utilización de los equipos médicos y no médicos	28.6	71.4
Se determinan capacidades ociosas en la utilización de los equipos	14.3	85.7
Se evalúan los indicadores que miden la productividad médica en consulta	57.1	42.9
Se evalúan los indicadores que miden la productividad médica en centro quirúrgico	71.4	28.6
Se evalúan los indicadores que miden la productividad quirúrgica por cirujano	57.1	42.9
Se cuentan y analizan indicadores que evalúan la mortalidad y la letalidad hospitalaria por servicios	42.9	57.1
Se evalúan indicadores de urgencia y emergencia	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

En general la evaluación de las capacidades instaladas (camas, salas quirúrgicas, consultorios) es insuficiente, recursos estos precarios para la población del departamento de Piura y a los cuales no le sacamos el máximo de rendimiento. Existen evidencias de que cerca de un 42% de las Instituciones no la evalúan, como tampoco en toda la productividad medica en consultorios y la quirúrgica por cirujanos. Se denota que algunos hospitales no priorizan la evaluación de los indicadores y calidad de los servicios.

TABLA 34-A**INDICADORES DE LA UTILIZACIÓN DEL FONDO DE TIEMPO DE LOS TRABAJADORES (AUSENTISMO)**

	%
% Ausentismo general	2.90
% Ausentismo de enfermería	3.3
% ausentismo de médicos	2.3
% impuntualidades	7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La utilización del fondo del tiempo de los trabajadores se desconoce en su verdadera magnitud, dado que los controles administrativos se consideran por los gerentes que es deficiente. Los procedimientos para el registro de control de la disciplina laboral son bastantes heterogéneos y se consideran que son vulnerados frecuentemente. Las impuntualidades en las llegadas y salidas antes de hora de concluir la jornada de trabajo son frecuentes en opinión de las autoridades de la Institución.

TABLA 35

INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007

Investigaciones en plan anual N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Concluidas N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Paralizadas N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Resultados mas sobresalientes	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Producción científica anual	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Artículos científicos presentados en eventos N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Eventos científicos fuera del hospital N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Publicaciones N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Premiados anual N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA
Tesis de residentes terminadas N°	SE DESCONOCE O NO LOS REALIZA

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Es crítica la situación de las investigaciones, la producción científica es mínima, se concibe el hospital solo con la función asistencial y no la docente, ni de investigación, ni la función social, tienen prioridad en los hospitales; está claro que la docencia y la investigación aportan cualidades a la asistencia médica y general del hospital, incluso en los hospitales docentes, de pre y postgrado. El verdadero laboratorio que es el hospital no es ejemplo para los nuevos profesionales.

TABLA 36

INDICADORES DE GESTIÓN (EFICIENCIA Y CALIDAD) DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Se evalúan indicadores de la lista de espera quirúrgica	28.6	71.4
Se evalúa lista de espera de hospitalizados	-	100
Se evalúa lista de espera para consultas medicas	57.1	42.9
Conoce el índice de deserción de los pacientes	57.1	42.9
Evalúan lista de espera para medios diagnóstico	28.6	71.4
Se evalúan las referencias del hospital base a otro hospital	57.1	42.9

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Algunos indicadores que permiten evaluar las listas de espera para recibir atención tanto quirúrgica como de hospitalización, como de consulta y medios diagnósticos no se controla en todas las unidades de manera sistemática, incluso hay hospitales muy limitados en estas capacidades que dicen no tener listas de espera cuando realmente existen y por falta de control se desconoce.

TABLA 37

**ATENCIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se dispone de área fría y área caliente independientes	28.6	71.4
Existen servicios de triaje	57.1	42.9
Existe Unidad de Reanimación	28.6	71.4
Área de shock trauma	28.6	71.4
Plan de recepción masiva de heridos	28.6	71.4
Se cumple la ley de urgencias	71.4	28.6
El ingreso directo del caso muy grave espera por trámites burocráticos	42.9	57.1
Se hace la entrega de pacientes grave de médico entrante y saliente de la guardia médica	75	25
Reanimación efectiva en urgencias	2	98

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La infraestructura, la tecnología médica y los recursos humanos que atienden las áreas de urgencias y emergencias son insuficientes, prácticamente no hay separación entre el área fría y caliente. Los niveles de reanimación efectiva son menores a un 2% cuando deberían acercarse a un 30%. Los tiempos de puerta – aguja, la clasificación por personal calificado, la aplicación del ATLS y el ACTLS denotan que no hay trabajo en equipo para la atención de emergencia.

TABLA 38

**CONOCIMIENTO DE TIEMPO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS A
LA URGENCIA Y EMERGENCIA EN HOSPITALES DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se monitorean tiempos de espera para estudios de laboratorio clínico	-	100
Se monitorean tiempo promedio para estudio radiológico	28.6	71.4
Se monitorean tiempo de espera para estudio imagenológico	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Los jefes de los servicios de urgencias y emergencia denotan insuficiente control sobre los procesos de atención médica, sobre los procesos de urgencia y emergencia; prácticamente entre 71 y 85% de los servicios no monitorean los tiempos que demoran los pacientes para realizarse y tener los resultados de los medios diagnósticos, atendidos en éstos. Acortar los tiempos de espera para atender pacientes y tener los resultados es una cuestión priorizada.

TABLA 39

**URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN LOS HOSPITALES DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Se hace el monitoreo permanente y sistemático de los tiempos de espera de los pacientes con urgencias y emergencias	14.1	84
Se realizan las reuniones de entrega de guardia matutina y vespertina están jerarquizada por el director o Vice-director del hospital	-	100
Se controla y se cumple la disciplina y puntualidad de los retenes de guardia	28.6	71.4
Se usan ambulancias para la recogida de retenes	83.1	16.9
Cumplimiento y control de las referencias recibidas de la periferia	42.9	57.1
Se conoce y controla las referencias a otros hospitales	25	75
Se dispone y son suficientes las camas de observación y cuidados especiales del área de urgencias y emergencias	15	85
Existe frecuentemente pacientes en observación con más de 24 horas	71.4	28.6
Se conoce la letalidad por causas principales en urgencias y emergencias o por patologías seleccionada.	-	100
Se conoce el N° de casos fuera del servicio al mes.	14.3	85.7
% de reanimación efectiva	2	98
Se capacita a trabajadores del hospital y del servicio de urgencia en técnicas de RCP	42.9	57.1

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La calidad de los servicios de urgencia y emergencias denotan resultados no favorables siendo estos en la mayoría de los hospitales servicios muy recargados, pues la mayoría de los hospitales en la Región de Piura en verdad son hospitales calientes, por donde entran entre 70 y 80% de los pacientes a hospitalización y salas quirúrgicas. Cuentan con pocos recursos materiales y humanos y en éstos se decide la vida o se generan complicaciones a los pacientes en pocos minutos, por tanto son servicios que tienen que trabajar con equipos bien acoplados y bien calificados. Los por cientos de reanimación efectiva son prácticamente muy bajos y denotan entre otras cosas deficiencia en la calidad de la gestión médica y de enfermería.

N° de ambulancias	Hospitales				
	Cayetano Heredia	Reátegui	EsSalud Sullana	Santa Rosa	Sullana-MINSA
Total	2	2	1	2	2
Operativas	2	1	1	2	2
Inoperativas	0	1	0	0	0

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Todos los hospitales utilizan las ambulancias en múltiples actividades que no tienen que ver nada con el traslado de enfermeros y heridos, a veces para buscar medicamentos, médicos, enfermeras a sus casas e incluso personal administrativo. Lo que genera la ausencia del transporte en múltiples situaciones para trasladar a los pacientes a otros hospitales.

TABLA 40

ELEMENTOS DE LA EFICIENCIA ECONÓMICA EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Se descentraliza el presupuesto por servicios y departamentos	-.	100
Participan los trabajadores en la elaboración de presupuesto	14.3	85.7
Se le rinde cuenta de los resultados a los trabajadores periódicamente.	14.3	85.7
Se conocen los costos por servicios, patología, por consulta, intervenciones qx, por hospitalización y por medios diagnósticos	28.6	71.4
Se garantiza la información contable y el estado de confiabilidad de la misma.	57.1	42.9
Existe control de los medios básicos y fondos fijos del hospital.	85.7	14.3
Se verifica el uso y destino final de los recursos materiales y financieros	42.9	57.1
Se controla las sanciones administrativas y los conflictos laborales	42.9	57.1
Se controla el estado de los equipos médicos y no médicos	28.6	71.4
Se controla el cumplimiento del plan de mantenimiento en infraestructura	14.3	85.7
Existe control de los niveles de inventarios de los recursos materiales	85.7	14.3
Existe valoración de los consumos elevados	42.9	57.1
Existe conocimientos de los medicamentos y reactivos que faltan en especial para pacientes críticos	85.7	14.3
Se conoce y controla el comportamiento del flujo de caja.	28.6	71.4
Existe control sobre la protección y seguridad de los recursos del hospital	57.1	42.9
Se aplica el sistema de dosis unitaria de medicamento.	-	100
Existe control sobre certificados médicos otorgados por incapacidad temporal	42.9	57.1
Existe política de recuperación de muebles clínicos y no clínicos y otros materiales médicos y no médicos	28.6	71.4

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Los aspectos referidos en la Tabla 40 son un reflejo pálido de la pobre cultura económica que existe en la mayoría de los hospitales y de la deficiente capacitación de los gerentes médicos e incluso del personal administrativo, porque estos elementos de control y evaluación de la eficiencia económica son procedimientos elementales de la administración y la gerencia en general y hospitalaria en particular y signos inequívocos de falta de una dirección participativa. El comportamiento de la marcha de los resultados del trabajo hospitalario no se les brinda a los trabajadores de manera periódica. La información económica es feudo de unos pocos, lo cual impide que los mandos de nivel medio e inferior puedan aportar experiencias y criterios para la mejor marcha institucional. La cultura de optimizar, racionalizar y de austeridad en el uso de los recursos se consideran que no es una práctica sistemática en los hospitales.

TABLA 41

**EPIDEMIOLOGÍA E HIGIENE HOSPITALARIA EN LOS HOSPITALES DE LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Existe el departamento de epidemiología hospitalaria	31	28.6
Existe vigilancia epidemiológica específica en las infecciones	42.9	57.1
Funciona el comité de prevención y control de infección hospitalaria	71.4	28.6
Se conoce el tratamiento de residuos líquidos y sólidos del hospital	14.3	85.7
Se controla el riesgos ocupacionales en los trabajadores del hospital	28.6	71.4
Existe presencia de vectores en áreas cerradas del hospital.	57.1	42.9

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

En general el trabajo epidemiológico y de vigilancia en particular es insuficiente, lo cual genera incumplimiento de las normas de bioseguridad en un medio de excesiva complejidad como es el hospital. El tratamiento de los residuos líquidos y sólidos de los hospitales es deficiente, en extremo alarmante, caso particular el hospital principal de la región que vierte parte de los residuos líquidos hacia el río de Piura, residuos en extremo de alta peligrosidad, para lo cual no hay un tratamiento adecuado y el colector por donde drenaban dichos residuos hace mas de diez años están colapsados, sin hasta ahora encontrar una solución a dicho problema, aspecto ya referido en el capítulo de salud ambiental. Una institución que debe ser ejemplo en el cuidado de la salud ambiental, incluso con su incinerador inoperativo, trasladando los residuos sólidos hacia el botadero, que hasta ahora no realiza un adecuado relleno sanitario. En general la exigencia sanitaria de las autoridades que deben de ponerle coto a una situación tan grave es insuficiente y, según la información que se dispone no se vislumbra una solución inmediata al problema de los residuos líquidos del hospital.

	Bueno (%)	Malo (%)
Estado de las áreas verdes	42.9	57.1
Estado del incinerador	-	100

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

TABLA 42

**EVALUACIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES EN LA
REGIÓN DE SALUD DE PIURA. OCTUBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Existe control sobre estadías del paciente	42.9	57.1
Se controla la estadía pre-operatoria en servicios quirúrgicos	28.6	71.4
Se conoce N° de pacientes con alta a petición de pacientes y o familiares.	42.9	57.1
Se conoce N° de pacientes fugados del hospital	42.9	57.1

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Sólo el 42.9% de los hospitales controlan la estadía y la sobre-estadía de los pacientes, así como la pre-operatoria. La sobre-estadía y la estadía pre-operatoria no son objeto de atención en la mayoría de los hospitales. Existe sobre-estadía en pacientes que luego del alta esperan a sus familiares para salir de su hospital y esto demora más de un día. Tanto el alta a petición de los pacientes, como la fuga de los mismos es un hecho que se observa en algunos hospitales; entre otras cosas, por las condiciones relativas al confort, comodidad, a la higiene, a la limpieza, a la alimentación, incluso al trato de los profesionales.

TABLA 43

**ASPECTOS SOBRESALIENTE DE LAS CONSULTAS EXTERNAS
HOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA, NOVIEMBRE 2007**

	Si (%)	No (%)
Existe y se controla la lista de espera por especialidades	14.3	85.7
Se cumple la programación de turnos por hora	14.3	85.7
Se monitorea y se controla las colas de pacientes en la madrugada	57.1	42.9
Se controla el cumplimiento de horario de inicio y terminación de las consultas médicas	28.6	71.4
Son adecuadas las condiciones de confort en áreas de espera de consulta	28	71.4
Existe privacidad y cuidado al pudor de los pacientes en el consultorio	71.4	28.6
Se realizan actividad de educación para la salud en el área de espera del consultorio	22	78
Existe proyección de especialidades del hospital al primer nivel de atención	14.3	85.7

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

Los niveles de organización del área de consulta externa denotan deficiencia, sólo el 14.3% de los hospitales cumple el turno programado por hora, continúa habiendo cola en las madrugadas, las condiciones de confort para el paciente resultan inadecuadas y, el cuidado a la privacidad y al pudor no se garantiza en la mayoría de los hospitales. Prácticamente los hospitales no se proyectan a la comunidad, a los centros de salud, para acercarse a la población. Se mantienen sólo en el trabajo del hospital, en el local del hospital y el mensaje de educación para la salud solo se logra en un 22% de los hospitales.

TABLA 44

CONOCIMIENTO DE ACTIVIDADES SELECCIONADAS DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Se conoce y se controla el cumplimiento del plan anual de actividades quirúrgicas	-	100
Se efectúan reuniones semanales para garantizar el aseguramiento de las actividades quirúrgicas	14.3	85.7
Se conoce y se controla el % de intervenciones quirúrgicas suspendidas y su causas	15	75

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

No hay una debida planificación del trabajo quirúrgico, así como tampoco de las medidas para asegurar el cumplimiento de las actividades quirúrgicas de cada semana venidera, y en general el control que se ejerce en cuanto a la suspensión de operaciones es realmente mínimo. Con todo lo que acarrear dichas suspensiones para el paciente, la familia y el hospital.

TABLA 45

PRACTICA Y ESTILO GERENCIAL EN HOSPITALES DE LA REGIÓN DE SALUD DE PIURA. NOVIEMBRE 2007

	Si (%)	No (%)
Se practica la gerencia estratégica y participativa	32.9	67.1
Existe un vinculo directo del Gerente con los trabajadores en las áreas donde laboran	14.3	85.7
Se seleccionan los dirigentes según meritocracia	-	100
Hay garantía de un clima organizacional saludable	22.9	77.1
Se aplica un estilo gerencial proactivo, predictivo y participativo.	-	100
Se aplica la autoexigencia y la exigencia a los demás	28.6	71.4
Se estimula y se incentiva a los mejores departamentos, servicios y trabajadores según perfil	10	90
Se estimula la meritocracia	-	100

Fuente: Encuesta de Hospitales UNP, 2007

La aplicación de las tecnologías gerenciales modernas y aspectos seleccionados en la tabla denotan la inobservancia y el incumplimiento de métodos, estilos y técnicas gerenciales que se aplican en la gerencia hospitalaria desde hace más de 4 décadas y que han demostrado una alta efectividad en la labor gerencial. Poco valor se le da a la participación de los trabajadores y a la labor de los colectivos, se considera que hay una falta de exigencia notoria al igual que una insuficiente vinculación de los gerentes con los trabajadores, todo lo cual crea un clima institucional no favorable para la coordinación, la cooperación, la solidaridad y la ayuda a los demás en la solución de los problemas. Todo esto conspira con la buena salud institucional.

Se denota la necesidad de realizar programas docentes intensivos a los estamentos gerenciales, así como la necesidad de una evaluación y una exigencia mayor por las instancias jerárquicas superiores, que permitan transformar la práctica gerencial en los hospitales.

PRINCIPALES PROBLEMAS HOSPITALARIOS

1. Existencia de hospitales con obsolescencia médico arquitectónica, e ingenieril.
2. Carencia de hospitales en las provincias de la sierra de Ayabaca, Huancabamba y en la costa como Sechura y Talara (para población MINSA).
3. Insuficiencia marcada en el recurso cama hospitalaria, sala quirúrgica y consultorio médico.
4. Insuficiencia marcada de tecnología médica en áreas priorizadas de los hospitales.
5. Insuficiencia de recursos humanos tanto médico como de enfermería y otros profesionales de la salud y afines a ésta.
6. Ausencia de especialidades – servicios médicos como cardio-cirugía, inmunología, genética, epidemiología, salud pública,
7. Elevada proporción de personal administrativo en hospitales.
8. Elevados años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y mortalidad extrahospitalaria.
9. La atención al adulto y niños grave es insuficiente en recursos camas, tecnológicos y recursos humanos.
10. El rendimiento del RR.HH, camas y salas quirúrgicas es insuficiente
11. La disponibilidad de equipamiento médico es precaria en banco de sangre, microbiología, quemados entre otros.
12. Los RR.HH especializados del MINSA y ESSALUD no se integran en los distritos (especialidades de retén)
13. Inadecuado proceso de planificación estratégica y operacional
14. Desconocimiento del equipo gerencial para la adecuada planificación estratégica
15. Insuficientes niveles de interrelación y coordinación entre los hospitales y la red.
16. Abuso y descontrol de referencia e insuficiente cumplimiento de las contrarreferencias.
17. Los instrumentos de gestión (ROF, MOF) no se actualizan ni aplican.
18. Organigramas hospitalarios aprobados que no se corresponden con la estructura organizativa vigente.
19. El control que se ejerce es prácticamente inexistente.

20. Los recursos para prevenir, planificar, evaluar la gestión y sus resultados son ocasionales.
21. Desconocimiento científico y tecnológico de la gerencia hospitalaria moderna.
22. Insuficiente y deficiente cultura de la calidad.
23. Inexistente trabajo para la acreditación hospitalaria
24. Carencia de control de calidad de los medios diagnósticos
25. Insuficiente evaluación de los procesos de atención médica y enfermería
26. Carencia de sistema para evaluar los fallecidos
27. Carencia de Sistema para evaluar intervenciones quirúrgicas
28. Uso inadecuado de medicamentos derivados de la sangre.
29. Elevados indicadores de mortalidad en servicios hospitalarios incluyendo la terapia de adulto, neonatal. No se dispone terapia de pediatría Se desconoce la letalidad por los principales patologías crónicas (clínicas y quirúrgicas)
30. Ausencia de una cultura científica, docente e investigativa.
31. Ausencia de práctica de necropsia en los hospitales
32. Carencia de sistema de control de calidad en los medios diagnósticos.
33. Escasa producción científica de los profesionales de la salud.
34. Insuficiente trabajo del área epidemiológica. Monitoreo de bioseguridad deficiente y los índices de infección intrahospitalaria demuestran subregistros en algunos y excesos en neonatología y cirugía general.
35. Ausencia de monitoreo sistemático de la satisfacción de usuarios y trabajadores.
36. Insuficiente competencia y desempeño de equipos gerenciales para la aplicación de la cultura gerencial moderna, cultura de la calidad y económica.
37. El proceso de planificación y presupuestación es insuficiente y débil.
38. La política de optimización y austeridad en el uso de destino final de los recursos materiales y financieros es insuficiente.
39. La disciplina, control y el aprovechamiento del tiempo de los trabajadores deja mucho que desear.
40. La atención de urgencia hospitalaria carece de recursos y su efectividad de la reanimación es baja.
41. Las camas de observación están excesivamente utilizados incluso con estancias superiores a 24 horas
42. El transporte sanitario carece de equipos médicos básicos y su uso para actividad ajena al transporte de enfermos y heridos es incorrecto.
43. El rendimiento de las camas, salas quirúrgicas y locales de consulta es insuficiente.

INFORME CENTROS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

En la elaboración del Análisis de la Situación de Salud, se realizó un diagnóstico de la organización de los Servicios de Salud; realizando un diagnóstico de la situación del primer nivel de atención a la población, donde los establecimientos y el nivel de organización y funcionamiento determina la capacidad de respuesta para satisfacer los problemas y necesidades de salud de la población, siendo un elemento importante en la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Esto generó una lógica expectativa en el grupo de investigación para lo que, al igual que la Atención Secundaria se diseñó un instrumento o guía de observación que incluía las variables que consideramos pudieran expresar la situación existente en el perfil epidemiológico, y permitir avanzar a la etapa cualitativa de interpretar la situación existente y diseñar las estrategias para el cambio necesario en el Sistema de Salud de la Región Piura.

En un primer capítulo se expone la selección de un grupo de establecimientos que más adelante abordaremos en este análisis, los cuales; basado en el criterio de experto y de informantes claves que trabajan y tienen experiencia en el Sistema de Salud.

Luego de aplicar la guía, se hace una descripción y análisis de los resultados, que incluye aspectos como:

- Atención Médica, aspecto principal en la concepción y desempeño institucional actual,
- Promoción y Prevención de salud, como elemento necesario y ausente en la búsqueda de modelos de atención que satisfaga y responda a las necesidades de salud de la población.
- Continuidad de la Atención, más que un aspecto es un principio para la atención integral a la salud de las personas, familias y comunidad.
- Salud Ambiental, como uno de los determinantes que han ganado mayor relevancia en los últimos años, no sólo por los elementos del medio natural y su relación con el proceso salud enfermedad, sino en el plano social y económico como son la pobreza, desigualdad e injusticia social.
- Infraestructura y Transporte,
- Gestión y Control donde se incluye la calidad de la atención y las modalidades de control para hacer realidad la gestión social participativa.
- Docencia e Investigación.

Concluimos con la identificación de problemas resultante del análisis realizado, que deben servir para establecer los objetivos estratégicos y de ahí derivar las estrategias que mediante Proyectos e intervenciones logren modificar la situación actual dando un enfoque estratégico a todo el trabajo realizado.

I. UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO.

Se seleccionaron a criterio de experto los principales centros de las 8 provincias de la Región, estando representadas todas en diferentes proporciones de acuerdo a la complejidad del Centro (EI-4 y EI- 3), magnitud de la población atendida y riesgos o daños evidentes en la población.

El sistema de Salud de la Región Piura está conformado fundamentalmente por establecimiento, del MINSA y de ESSALUD este último para asegurados, que es una población cerrada al igual que la Policía Nacional del Perú y el sector militar del Ejército, y un sub sistema Privado Lucrativo que lo integran los Centros Médicos, Clínicas, y Consultorios fundamentalmente.

El MINSA cuenta con 382 establecimientos: 4 Hospitales que representan el 1.04% del total de establecimientos, 378 para un 98.9%, realizan acciones enmarcadas en el primer nivel de atención y de ellas 79 son Centros de Salud o instituciones en la categoría de E - I - 4 y E- I - 3, o sea un 20.6%; y, 299 un 78.3% se categorizan como Puestos de Salud algunos con personal médico aunque sea de forma irregular no permanente y otros sin Atención médica (Ver Cuadro N° 1).

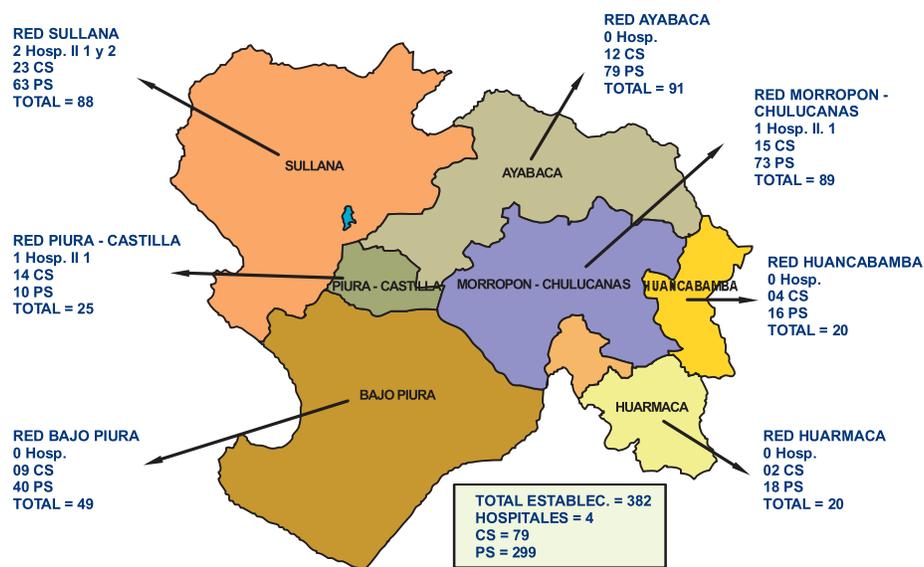
CUADRO 1

ESTABLECIMIENTOS POR REDES DE SALUD DE SALUD MINSA REGIÓN PIURA 2007

Redes de Salud	C. de Salud	Puestos de Salud	TOTAL	%
Piura – Castilla	14	10	24	6.3
Bajo Piura	9	40	49	13.0
Sullana	23	63	86	22.8
Ayabaca	12	79	91	24.1
Morropón - Chulucanas	15	73	88	23.3
Huancabamba	4	16	20	5.3
Huarmaca	2	18	20	5.3
TOTAL	79	299	378	100

Fuente: OEPI - Piura

El MINSA está organizado en el modelo de atención por Redes de Salud y en toda la Región cuenta con 7 Redes donde se articulan los diferentes establecimientos del primer nivel de Atención que no están escalonados con la Atención Secundaria o Atención Hospitalaria; de forma que los Hospitales no pueden dar la suficiente accesibilidad a las referencias de los establecimientos de las Redes creándose cuellos de botellas e insuficiencias en la atención escalonada (Fig. No.1)

FIGURA 1**DISTRIBUCIÓN DE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR REDES
REGIÓN PIURA MINSA 2007**

La distribución de los establecimientos por Redes está más representada en Ayabaca (24.1%), Morropón – Chulucanas (23.3%) y Sullana (22.8%) o sea entre estas 3 Redes está el 70.2% de los establecimientos pero la mayoría al igual que en la Región son E – I - 2 y 1, que entre ellas son el 81.1% o sea sin atención médica.

CUADRO 2**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR REDES Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO.
REGIÓN PIURA 2007**

No.	Dirección de Red	1er. Nivel de Atención				Total	%
		E - S 1 - 4	E - S 1 - 3	E - S 1 - 2	E - S 1 - 1		
1.	Huancabamba	1	3	7	9	20	5.2
2.	Huarmaca	1	1	9	9	20	5.2
3.	Piura - Castilla	6	8	4	6	24	6.3
4.	Bajo Piura	4	5	17	23	49	12.9
5.	Morropón Chulucanas	9	6	10	63	88	23.1
6.	Ayabaca	3	9	20	59	91	24.0
7.	Sullana	4	19	32	31	86	23.0
TOTAL		28	51	99	200	378	100.0

Fuente: OEPI - Piura

Por su parte ESSALUD tiene 13 Establecimientos del 1er. Nivel de Atención pero sólo 2, el 15.4 % son Centros de Salud y 11 restante para el 84.6 % son Postas Médicas (Cuadro N° 3).

CUADRO 3

ESTABLECIMIENTOS DEL 1ER. NIVEL DE ATENCIÓN DE ESSALUD REGIÓN PIURA 2007

ESTABLECIMIENTO	NIVEL	UBICACION	POBLACION
Total :	13		67,710
Centros Médicos: 02			23,462
Castilla		Piura	14,536
La Unión		Bajo Piura	8,926
Postas Médicas 11		Resto de las provincias	44,248

Fuente: OEPI - Piura

CUADRO 4

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIVADOS REGISTRADOS REGIÓN PIURA 2007

DESCRIPCION	N°
Consultorios	63
Ópticas	11
Clínicas	10
Centros Médicos	14
Total	98

Fuente: OEPI - Piura

Los establecimientos del 1er. Nivel dedicado a la medicina privada abarcan 98, asentados fundamentalmente en las ciudades de Piura, Castilla y Sullana, en la mayoría muy bien organizada su atención y con recursos que gozan de aceptabilidad en la población frente a la insuficiencias y falta de credibilidad de las Instituciones públicas incluyendo al Seguro Social (Cuadro N° 4).

Se seleccionó una muestra como expusimos en líneas anteriores donde se escogieron 41 Centros de Salud de los más categorizados e importantes del MINSA y que estuvieran representadas las Redes y Provincias de la Región, de los Centros de Salud Seleccionado, 25 son E – I – 4 para un 61.0 % y; 16 que representan el 39 % corresponden a E - I - 4, 16 están categorizados como E - I – 3.

CUADRO 5
ESTABLECIMIENTOS POR CATEGORÍAS Y PROVINCIAS
INCLUIDOS EN LA MUESTRA. REGIÓN PIURA 2007

PROVINCIA	ESTABLECIMIENTO	CATEGORÍA	DEPENDENCIA
Piura	Cs. San José	E- I - 3	MINSA
	Cs. Víctor Raúl	E- I - 4	MINSA
	Cs. Pachitea	E- I - 4	MINSA
	Cs. Santa Julia	E- I - 4	MINSA
	Cs. San Miguel	E- I - 3	MINSA
	Cs. Consuelo Velasco	E- I - 4	MINSA
	Cs. Algarrobo	E- I - 4	MINSA
	Cs. Castilla	E- I - 3	MINSA
	Cs. Catacaos	E- I - 4	MINSA
	Cs. La Arena	E- I - 3	MINSA
	Cs. La Unión	E- I - 4	MINSA
	Cs. La Legua	E- I - 3	MINSA
	Cs. Tambogrande	E- I - 4	MINSA
	Morropón	Cs. Morropón	E- I - 4
Cs. Santo Domingo		E- I - 4	MINSA
Cs. Chalaco		E- I - 4	MINSA
Cs. Yapateras		E- I - 4	MINSA
Huancabamba	Cs. Huancabamba	E- I - 4	MINSA
	Cs. El Salitral	E- I - 4	MINSA
	Cs. El Faique	E- I - 4	MINSA
	Cs. Chancaque	E- I - 4	MINSA
Sechura	Cs. Bernal	E- I - 4	MINSA
	Cs. Sechura	E- I - 4	MINSA
	Cs. Vice	E- I - 4	MINSA
Sullana	Cs. Bellavista	E- I - 4	MINSA
	Cs. El Obrero	E- I - 3	MINSA
	Cs. Santa Teresita	E- I - 3	MINSA
	Cs. 9 de octubre	E- I - 3	MINSA
	Cs. Queracotillo	E- I - 4	MINSA
	Cs. Marcavelica	E- I - 3	MINSA
Cs. Ignacio Escudero	E- I - 3	MINSA	
Talara	Cs. Abelardo Quiñones	E- I - 3	MINSA
	Cs. Los Órganos	E- I - 3	MINSA
	Cs. Máncora	E- I - 3	MINSA
Paita	Cs. Pueblo Nuevo	E- I - 4	MINSA
	Cs. La Huaca	E- I - 3	MINSA
Ayabaca	Cs. Ayabaca	E- I - 4	MINSA
	Cs. Pacaipampa	E- I - 4	MINSA
	Cs. Paimas	E- I - 3	MINSA
	Cs. Las Lomas	E- I - 4	MINSA
	Cs. Suyo	E- I - 3	MINSA
Total		41	

De los 73 Centros de Salud, 41 fueron incluidos en el estudio que representa el 56.2 % del total correspondiente al MINSA (Ver cuadro N° 5), Piura (31.7 %) Sullana (17.1 %) y Ayabaca (12.2 %) son las provincias mas representadas y Paita es la menos con un 4.9 %, esto está en relación con la proporción de establecimientos de las provincias (Ver Cuadro N° 6).

CUADRO 6**CENTROS DE SALUD DEL MINSA QUE SE APLICÓ LA GUÍA POR PROVINCIAS
REGIÓN PIURA 2007**

Provincia	Total	
	No.	%
Piura	13	31.7
Sullana	7	17.1
Paita	2	4.9
Ayabaca	5	12.2
Talara	3	7.3
Morropón	4	9.8
Huancabamba	4	9.8
Sechura	3	7.3
TOTAL	41	100.0

Fuente: Encuestas de Centros de Salud UNP, 2007

Existen 7 Redes de Salud en la Región y un total de 20 Microrredes, que organizan los Establecimientos del primer Nivel de Atención, existe una estructura de participación de 36 CLAS encontrando en funcionamiento en Piura con 10; Sullana con 9; y Morropón 8. Estos organismos de Gestión social Participativa se han mantenido pero orientado más a los aspectos curativos y asistenciales en busca de financiamiento para los Centros de la Micro Red. Huancabamba con 0 y; Paita Talara y Ayabaca con 2 cada uno, son los menos representados.

CUADRO 7**DISTRIBUCIÓN DE REDES Y MICROREDES POR PROVINCIAS
REGIÓN PIURA 2007**

PROVINCIA	RED	MICRORED	CLAS
TOTAL	7	20	36
Piura	2	4	10
Morropón	1	5	8
Huancabamba	2	0	-
Sechura	-	2	3
Sullana	1	4	9
Talara	-	2	2
Paita	-	1	2
Ayabaca	1	4	2

Fuente: OEPI - Piura

- Policía Nacional de Perú: Tiene 2 Policlínicos ubicados en Piura con 4 Puestos Sanitarios y otro en Sullana con 7 Puestos.
- Existen además 98 establecimientos privados registrados que realizan acciones enmarcadas en el primer nivel de atención.

I. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS VARIABLES.

Una vez seleccionada la muestra y diseñado un instrumento que permita recolectar la información de aspectos que complementen los resultados y situación que tienen los Servicios de Salud en la Región, se realizó la tabulación de la misma utilizando el Programa SSPS 10.

Los aspectos que analizaremos en los Centros de Salud que fueron objeto del estudio lo hemos dividido en.

1. Atención Médica.
2. Promoción y Prevención de Salud.
3. Continuidad de la Atención.
4. Salud Ambiental.
5. Infraestructura y Transporte.
6. Gestión y Control.
7. Docencia e Investigación.

1. ATENCIÓN MÉDICA:

La atención médica sigue siendo una de las actividades principales en que se basan los Servicios de Salud, que son eminentemente curativos con un enfoque biologicista y asistencia de la salud de la población, ello se pone en evidencia cuando analizamos el resultado de nuestro estudio en los principales Centros de Salud de la Región y distribuido proporcionalmente en las Redes de Salud del territorio.

CUADRO 8

MODELO DE ATENCIÓN Y APLICACIÓN DEL MAIS EN CENTROS DE SALUD REGIÓN DE PIURA 2007

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Sensibilización	61.1	38.9
Sectorización	55.6	44.4
Empadronamiento de familia	27.8	72.2
HC familiar, familias en riesgo	47.2	52.8
Croquis de las manzanas	63.9	36.1
Población asignada a cada equipo básico de salud	27.8	72.2
Conoce cada familia el equipo responsabilizados de su atención	36.1	63.9
Archivo de HC en cada consultorio	41.7	58.3
Atención a la persona enferma, con riesgo y por etapa de vida	38.9	61.1
Atención a la persona sana	22.2	77.8
Atención a la familia familias disfuncionales	11.1	88.9
Atención a la comunidad	22.2	77.8
Acciones al medio ambiente	30.6	69.4
Predominio recuperativo	25	75
Sanológico (preventivo promocional)	22.2	77.8
Trabajo en equipo	19.4	80.6
Atención continua	16.7	83.3
Empoderamiento comunitario	13.9	86.1

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

Existe una orientación a la atención integral en los Servicios de Salud, pero ésta dista mucho de concretarse y ello se evidencia en que a pesar de tener sectorizada el 44.4% de la población y tener historias clínicas familiares en un 47.2%, no tienen asignada la población al equipo de salud (médico y enfermera), por lo cual la atención se realiza con el enfoque tradicional; no se trabaja a las familias y personas con enfoque de riesgo sino solamente curativo y por demanda de la población, esto se corresponde con lo encontrado que la atención a la persona sana es de un 22.2 % y a las familias disfuncionales que son alto riesgo familiar solo el 11.1%, de igual forma solo se atiende a los factores de la salud de la Comunidad al 11.1%, ello está determinado por las pocas acciones sobre el medio ambiente como determinante de la Salud de la población que es de un 30.6%, este enfoque atencional de los Servicios de Salud, no se basa en una dirección preventivo promocional o sanológico (22.2%); y como es de esperar un bajo nivel de participación y empoderamiento de la población, en desarrollar acciones que mejoren su propia salud y de la Comunidad (Cuadro N° 1).

Un aspecto importante en la atención médica y la solución de problemas de salud de la población es la atención oportuna, ya que si no ha sido posible promover y prevenir actuando sobre los factores de riesgo de las personas y las determinantes del medio natural y social, los servicios de salud de los Centros estudiados tienen coberturas de atención a las urgencias sólo en un 50%, y dispone de los medios: mobiliario, equipamiento, instrumental y medios de comunicación, así como insumos de oxígeno y medicamentos básicos para hacer frente a la urgencia médica aproximadamente en un 80 – 85%, cuando es conocido que de aquí depende la vida o las complicaciones de las personas (Cuadro N° 9).

CUADRO 9

LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN CENTROS DE SALUD REGIÓN PIURA 2007

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Servicio de 24 horas	50	50
Dispone de los medicamentos básicos	86.1	13.9
Dispone de tensiómetro y oftalmoscopio	72.2	27.8
Dispone de oxígeno	83.3	16.7
Dispone de instrumental quirúrgico esterilizado	88.9	11.1
Dispone de sutura quirúrgica	86.1	13.9
Dispone de anestesia local	80.6	19.4
Dispone de maleta de reanimación	61.1	38.9
Dispone de planta de comunicación	66.7	33.3
Dispone de mobiliario clínico	58.3	41.7

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

La atención estomatológica ya vimos que es deficiente e insuficiente para lograr los niveles de demanda y salud bucal de la población, pero estos escasos recursos tienen poca vinculación en el equipo de salud del Centro para atender las necesidades de la población y hacer un mejor uso de los recursos atendiendo a la población escolar y embarazadas con la prioridad requerida, según exponemos en el Cuadro N° 10.

CUADRO 10**ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN CENTROS DE SALUD
REGIÓN DE PIURA 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Se vincula con el equipo básico de salud	69.4	30.6
Realiza labor de prevención y promoción	69.4	30.6

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD D E LA POBLACIÓN

Sin lugar a dudas desde el Informe Lalonde pasando por Alma Atá a la fecha, todos coinciden que es el enfoque a la promoción de salud y prevención de enfermedades lo que puede hacer realidad el logro de un nivel de bienestar y salud mayor en la población.

De los aspectos que más han avanzado en estos últimos 25 años es en la consolidación de la cobertura de inmunización que ha permitido alejar enfermedades graves, en una primera etapa de control y luego en la erradicación, a pesar de ello; estos logros de la salud mundial pueden comprometerse ya que hemos encontrados en la muestra de los Centros de Salud, que existen dificultades con la disponibilidad de biológicos en un 47.2% y las deficiencias que comprometen la Cadena de frío y la garantía en los resultados de las inmunizaciones a la población en un 22.2%, lo cual está relacionado con lo expuesto anteriormente de equipamiento deficiente (Cuadro N° 11).

Otro aspecto preventivo al alcance de cualquier Centro de Salud es la prevención del Cáncer Cérvico Uterino que cobra vidas de mujeres en edad fértil, totalmente evitables y de bajo costo y que aún podemos ver que forma parte de causa de muerte en lugar predominante, y se aprecia en el Cuadro N° 11, como se realiza la pesquisa en el 41.7% de los Centros objeto de estudio.

CUADRO 11**INMUNIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO - UTERINO EN
CENTROS DE SALUD. REGIÓN DE PIURA 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Dificultades con lo biológicos	47.2	52.8
Dificultades con la cadena de frío	22.2	77.8
Descarte del ca. de cuello uterino	58.3	41.7

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

Ya expusimos que las acciones a sanos y personas con riesgo es una de las eficientes formas de atención a la salud en la población, por ello la cobertura de control y desarrollo de la población infantil menor de 5 años; por la importancia expresada tanto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio como en la capacidad de respuesta e intelectual de este niño, es una variable que ha sido medida en nuestro trabajo, se realiza en un 72.2 % muy por debajo de las aspiraciones e importancia en este grupo etáreo, sin embargo la atención dispensarizada a la familia con un enfoque preventivo y promocional sólo encontramos respuesta en 11.1% de los Centros que fueron objeto de estudio (Cuadro N° 12)

CUADRO 12

DISPENSARIZACIÓN DE INDIVIDUOS Y FAMILIA EN CENTROS DE SALUD. REGIÓN PIURA 2007

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
CRED cobertura por grupo etáreo	72.2	27.8
Tiene dispensarizada a su familia	11.1	88.9
Pacientes con Ingresos en el hogar	11.1	88.9

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

Uno de los elementos que caracteriza la Atención Primaria en Salud es la Intersectorialidad que puede potencializar las acciones de la Red de Servicios de Salud, que a pesar de la insuficiencias no se utiliza ya que como se aprecia en el cuadro N° 13 el uso de estos espacios propicios para la Promoción y prevención es aplicado por el 36.1% de los Centros de Salud del territorio.

CUADRO 13

INTERSECTORIALIDAD Y EL CONSEJO DISTRITAL DE SALUD EN CENTROS DE SALUD. REGIÓN DE PIURA 2007

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Participa en el consejo distrital	36.1	63.9
Participa en un consejo de concertación	36.1	63.1
Hay seguimiento de los acuerdos tomados	36.1	63.1

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

La labor que realizan los Consejos Provinciales y Distritales de Salud es insuficiente, la mayoría no funciona como un órgano colectivo para desarrollar la intersectorialidad; uno de los ejes principales para la garantía de la gestión de la APS. Existe una pobre participación de los centros de salud en las reuniones de dichos consejos (36.1%) lo que pone en evidencia que la labor de promoción, educación para la salud y el movimiento de centros saludables no constituyen prioridad en el accionar de las localidades en la mayoría de los territorios de la Región.

CUADRO 14**PROMOCIÓN DE SALUD Y MOVIMIENTO DE CENTROS SALUDABLES EN LOS CENTROS DE SALUD. REGIÓN DE PIURA 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Capacitaciones a promotores de salud	58.3	41.7
A manipuladores de alimentos	50.0	50.0
Instituciones saludables acreditadas	13.9	86.1
Establecimientos saludables	30.6	69.4
Escuelas saludables	41.7	58.3
Mercados saludables	11.1	88.9
Centros productivos saludables fabricas	16.7	83.3

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

3. CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN

La continuidad de la atención es otra característica de la APS, que el proceso salud - enfermedad se manifiesta en todos los escenarios y medios donde la población se desarrolla, pero una forma de contrarrestar la fragmentación y falta de integración de las acciones a las personas es tratando de reconstruir el proceso asistencial de los pacientes, para ello recurrimos al funcionamiento de un sistema de referencias y contrarreferencias que nos permita además evaluar un aspecto importante, también crítico es la **Capacidad resolutive de los Servicios de Salud**, aspecto que analizaremos en un estudio cualitativo con la población y prestadores.

Más de un 50 % de las referencias se controlan por los establecimientos de salud que la utilizan como complemento y búsqueda de un mayor nivel de atención a los pacientes, en nuestro estudio más de un 70 % de los Centros no reciben información de contrarreferencias que les permitan no sólo reconstruir el proceso asistencial del paciente sino de tener elementos de Autoevaluación del personal y los Servicios de Salud que brindan a la población.

CUADRO 15**REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS EN CENTROS DE SALUD. REGIÓN PIURA. 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Control de referencias y contrarreferencias	47.2	52.8
Evalúan las referencias	41.7	58.3
Los Hospitales exigen calidad de las referencias	47.2	52.8
Contrarreferencias al Centro de Salud	27.8	72.2
Referencias firmadas sin presencia física	2.8	97.2

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

4. SALUD AMBIENTAL

El ambiente se ha convertido cada vez con mayor énfasis en uno de los determinantes que más influyen en la salud de las personas tanto en el aspecto biológico como en la esfera social y económica que también afectan la salud y el bienestar de las personas.

A pesar de ello, los Centros de Salud no tienen una respuesta estructural y organizativa para incidir en la prevención y promoción para lograr un ambiente más saludable, el 52.8% de los Centros no tienen un equipo o al menos una persona que se responsabilice con la identificación de problemas que desconocen entre un 80 y 90% (Cuadro N° 17), desarrollar acciones para mitigar los daños, prevenir los riesgos y promover un ambiente saludable de la población adscrita, existiendo interrelación de la Dirección de Salud Ambiental y la Comisión Ambiental del Gobierno Municipal en el 75 y 55 respectivamente de los Centros de Salud (Cuadro N° 16).

CUADRO 16

AMBIENTE Y SALUD EN CENTROS DE SALUD REGIÓN PIURA. 2007

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Tiene equipo salud ambiental	47.2	52.8
Cumple la normativa de bioseguridad en el C. S.	66.7	33.3
Tiene control de Centros de peligrosidad en su área	41.7	58.3
Participación en la APA y comisión ambiental del distrito	55.6	44.4
Interrelación de la Dirección de salud ambiental y el Centro de salud	75	25

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

CUADRO 17

NIVELES DE CONTAMINACIÓN EN EL ÁREA DE LOS CENTROS DE SALUD. REGIÓN PIURA 2007

ACTIVIDADES	Conoce (%)	Desconoce (%)
Contaminación del aire	11.1	88.9
Contaminación del agua	27.8	72.2
Contaminación del suelo	16.7	83.3
Contaminación acústica	22.2	77.8
Calidad del agua potable	19.4	80.6

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

5. INFRAESTRUCTURA Y TRANSPORTE

Como parte del estudio realizado está el realizar un diagnóstico de las necesidades de las redes; donde una variable es la Infraestructura, Recursos Humanos, Tecnología y Gestión.

Como ya hemos analizado de los establecimientos dedicados al primer nivel de atención el 79.1% son Puestos de Salud que si bien no tienen atención médica permanente, pero si cuentan con personal de Salud donde es posible desarrollar atención preventivo promocional y fomentar la APS, que hemos visto que está muy debilitada en todo el Sistema, independientemente de ejecutar acciones asistenciales curativas y de Rehabilitación según las capacidades resolutiva de los establecimientos referidos.

Los requerimientos de mantenimiento, remodelación y en otros casos de ampliación se manifiestan aproximadamente en el 75% de los establecimientos que fueron incluidos en el Estudio. Recordamos que éstos son fundamentalmente Centros de Salud categoría 4 y 3, que ha crecido la población sin tener una respuesta en la infraestructura (Cuadro N° 18).

CUADRO 18

LA SITUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA EN CENTROS DE SALUD REGIÓN PIURA 2007.

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Necesidades de mantenimiento	77.8	22.2
Necesidades de remodelación	69.4	30.6
Necesidades de ampliación	75	25

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

En este contexto donde confluyen una extensión territorial amplia y una Red asistencial que cuenta con más de 400 establecimientos de salud entre el MINSA y la Seguridad Social, con una proporción de Puestos de Salud que exceden el 75%, requieren de servicios de transporte sanitarios para lograr atención médica a centros de mayor capacidad resolutiva articulados en la Red, a esto añadimos los problemas de personal calificado, especialistas y organizacionales. El transporte sanitario y los usos revierten importancia en la búsqueda de atención oportuna a los enfermos y heridos que así lo requieren.

Según el Cuadro 19 que presenta la información al respecto, el 69.4% de los Centros que disponen transporte sanitarios, no dispone de equipamiento adicional para trasladar o hacer frente a complicaciones en el traslado como: equipos para reanimación cardiorrespiratoria, monitores, desfibriladores, incubadoras y otros.

El 86.1% de las tripulaciones no tienen adiestramiento para hacer frente a complicaciones, la más frecuente y grave es la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP).

Más de un 50% tiene otros usos que no son exclusivamente para lo que ha sido destinado como transporte sanitario, dedicándose a labores administrativas y hasta personales que comprometen la atención de la población.

Otro aspecto importante es mantener control y operatividad del transporte para ser utilizado en forma óptima y en cualquier situación lo cual se ha visto afectado en un 75 y 83.3 % respectivamente.

CUADRO 19

EL TRANSPORTE SANITARIO Y USOS EN CENTROS DE SALUD REGIÓN PIURA 2007

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Equipamiento especial	30.6	69.4
Uso exclusivo de enfermos	44.4	55.6
Uso función administrativa	33.3	66.7
Función de suministro	30.6	69.4
Índice de operatividad	16.7	83.3
Tripulación adiestrada en RCP	13.9	86.1

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

6. GESTIÓN Y CONTROL

Otro aspecto objeto de interés en el estudio aplicado a los Centros de Salud es conocer el nivel de Gestión que debe ejercer a través de modalidades de control. Una de ellas y la más importante en los centros de atención es la entrega de guardia que se cumple en un 50 %, donde un personal saliente debe comunicar acerca de la situación que ha ocurrido y cuáles son las expectativas que de ellas se tienen.

Entre las modalidades de control en los Centros estudiados es infrecuente la aplicación del control integral (científico, técnico, administrativo, económico, financiero); lo frecuente es la supervisión que realizan funcionarios de la Dirección Regional de Salud y de las redes de manera puntual sin un alcance integral y sistémico. Prácticamente se admite que el control realizado sólo se realiza en un 44.4% de los centros estudiados.

Los controles económicos sólo encontramos presencia de ellos en el 50 % de los Centros objeto de nuestro estudio, y la Auditoría Médica se realiza en sólo en el 13.9%, situación que afecta la calidad de los servicios de salud.

La evaluación de las estrategias principales del MINSA y las Auditorías Médicas; aspectos vitales de la labor gerencial sólo se realiza en el 52.8 y 13.9% respectivamente, lo cual denota una pobre labor de gestión en los centros de salud.

CUADRO 20**ACTIVIDADES Y MODALIDADES DE CONTROL EN CENTROS DE SALUD.
REGIÓN PIURA 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Entrega de guardia	50	50
Control integral	44.4	55.6
Control interno	69.4	30.6
Supervisión	66.7	33.3
Auditorías económicas	50	50
Auditorías médicas	13.9	86.1
Evaluación de estrategias	52.8	47.2
Reunión de gestión y evaluación de estrategias	69.4	30.6
Comisión de evaluación de calidad	41.7	58.3
Comisión de investigación	5.6	94.4

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

El control de los recursos disponibles en el Centro se realiza en el 58.3 % y no existe una cultura de costos y de análisis de la eficiencia en la gestión en el 86.1 % de los estudiados (Cuadro N° 21).

CUADRO 21**CONTROL DE INVENTARIO FÍSICO Y COSTOS EN CENTROS DE SALUD
REGIÓN PIURA 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Control de inventario físico	58.3	41.7
Cuenta con sistema de costos	13.9	86.1

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

Como elemento y punto de partida para la gestión es menester contar con un elemento guía que es el Plan de Salud Local, basado en el ASIS para utilizar la epidemiología como herramienta de gestión y lograr las transformaciones que generen la satisfacción de la demanda de los servicios y necesidades de salud de la población, como elemento fundamental de una adecuada y consecuente gestión. Esta situación como se evidencia en los datos tabulados en el Cuadro N° 22, está afectada en más de un 50% de los Centros, que incluye la participación de los trabajadores y la comunidad en la elaboración y gestión participativa del Plan.

CUADRO 22**EL ASIS Y PLAN DE SALUD LOCAL EN LOS CENTROS DE SALUD
REGIÓN PIURA 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
ASIS Actualizado y El Plan de Acción	41.7	58.3
Tiene Plan de Salud Local	69.4	30.6
El PSL se confecciona por un Equipo	63.9	36.1
En el PSL participan los Trabajadores y la comunidad	41.4	58.3
La DIRESA controla su ejecución	52.8	47.2

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

Como consecuencia de lo anterior y que será objeto de un estudio más detallado posteriormente en el Análisis participativo, está la calidad de los Servicios de Salud, donde no existe capacitación y formación de una cultura de calidad entre los trabajadores; tampoco existe un Programa de Mejora Continua de la Calidad, así como las modalidades para evaluar y mejorar la misma, expresada en diferentes variables exploradas que superan el 80% de los Centros evaluados (Cuadro N° 23).

CUADRO 23**GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROS DE SALUD
REGIÓN PIURA. 2007**

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Capacitación en Calidad de los Servicios	55.6	44.4
Realizan cursos	22.2	77.8
Existen Círculos de Calidad	13.9	86.1
Auditoría de H. C, de Procesos de Atención	16.7	83.3
Evaluación de Competencia y Desempeño Médico	13.9	86.1
Evaluación de Indicadores de Calidad.	16.7	83.3

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

En cuanto a las investigaciones el 88.9% de los Centros no tienen Líneas ni Proyectos de Investigación. En verdad el sistema de salud en el país y en la Región nunca le ha dado a la investigación e innovación la prioridad requerida.

No se desarrollan actividades de pregrado en 66.7% de los centros y de postgrado en el 83%, esto deja fuera a los Centros de Salud de la posibilidad de participar en la docencia y lograr un perfeccionamiento interno.

CUADRO 24

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN CENTROS DE SALUD REGIÓN PIURA. 2007

ACTIVIDADES	SI (%)	NO (%)
Realiza docencia en pregrado	33.3	66.7
Realiza docencia en postgrado	16.7	83.3
Tiene cartera de proyectos de investigación	11.1	88.9

Fuente: Encuesta de Centros de Salud UNP, 2007

II. PRINCIPALES PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

1. El enfoque que predomina en el modelo de atención a la salud de la población es el enfoque asistencialista, ausente de las concepciones de la Atención Primaria en Salud surgida en Alma Atá.
2. El 79.1% de los establecimientos de la Red son Puestos de Salud, con baja capacidad resolutive para la atención médica, pero pueden favorecer las acciones preventivas y de promoción para fortalecer la APS en las Redes de Salud.
3. La Atención de urgencia tiene dificultades en los Centros de Salud estudiados, por falta de disponibilidad de personal, mobiliario e insumos que comprometen la oportunidad de la atención y por ende la vida de los pacientes que la demandan.
4. La atención estomatológica es insuficiente y desarticulada del equipo de salud y por tanto de las acciones preventivas promocionales a los grupos más vulnerables: mujer y niños para obtener logros en la salud bucal.
5. Existen dificultades en la disponibilidad de biológicos y la cadena de frío que comprometen las coberturas de inmunización, uno de los logros en la prevención de la salud sobre todo de la población infantil.
6. Solo el 58.3 de las mujeres se favorecen de las acciones institucionales para prevenir las del Cáncer Cervicouterino, que aún sigue ocupando lugares preponderantes entre las causas de mortalidad entre mujeres.
7. El 36.1% de los Centros estudiados desarrollan acciones que generen la intersectorialidad para el trabajo de Promoción de la salud y sólo logran resultados evidentes entre un 10 al 15% de ellos.

8. El 50% de los Centros no controlan las Referencias y un 72.2% de los estudiados no reciben la contrarreferencias por los centros receptores, generalmente los hospitales.
9. Desconoce los problemas de contaminación del medio ambiente en el 80 y 90% de los Centros de Salud y éstos no tienen estructura para desarrollar acciones que permitan mejorar estas condiciones.
10. Aproximadamente el 75% de los establecimientos estudiados requieren mantenimiento o inversión en su infraestructura.
11. El transporte sanitario de los Centros de Salud estudiados no cuentan con los medios y capacitación del personal para enfrentar urgencias en el traslado.
12. En el 75% de los Centros no hay control administrativo del transporte sanitario y como consecuencia entre un 65 y 70%, de ellos se utilizan en funciones administrativas y personales.
13. Existen serias dificultades en la aplicación de las diferentes modalidades de control y el uso de las estrategias como elemento de Gestión en los Centros de Salud.
14. Es insuficiente la aplicación de la Gestión y control de la calidad de los servicios de salud por parte de la gerencia de los Centros estudiados.
15. No hay control de los costos y prácticamente no hay una cultura de gestión basada en la eficiencia.
16. No se utiliza el ASIS y la Planificación Local Participativa en la elaboración y conducción del Plan de Salud Local en la mayoría de los Centros.
17. Mas del 80% de los Centros no tienen una gestión orientada al fomento de una cultura de calidad de los servicios de salud.
18. Los Centros de Salud tienen poca participación en la docencia de pregrado y prácticamente ninguna en la docencia de postgrado y en las investigaciones.

CAPITULO XI

RECURSOS HUMANOS

Existe una gran brecha entre los graduados, los colegiados y los que realmente trabajan, dada la carencia de un sistema – registro nacional de profesionales de la salud que se actualice anualmente.

En 2005-2006 se encontraban laborando en el Ministerio de Salud, ESSALUD y Empresas Prestadora de Salud y las FFAA y PN, 26,189 médicos, 23,648 enfermeras, 8,309 obstetras y 4,300 odontólogos, otros profesionales de la salud 9984, técnicos y auxiliares asistenciales 5,669, administrativos y otros 21,166, siendo de los países de la región con menor densidad de profesionales de la salud con 18 por 10,000 habitantes, estando la mayoría de países del área por encima de 25 por 10,000 habitantes: las tasas de médicos es de 11.5 por 10,000 habitantes, 10.3 para enfermeras, 3.9 para obstetricas y 1.7 para odontólogos. Existe una concentración de todos en la capital y el consiguiente déficit en 19 de los 24 departamentos, entre ellos el de Piura. Se estima que para lograr una distribución más equitativa se requeriría una redistribución del 24% de los médicos, 14% de las enfermeras, 12% de obstetricas y 22% de odontólogos (índice de absoluta disimilaridad), tarea en extremo difícil dada las inconsistencias de la gestión de los recursos humanos en el país. El mayor déficit de profesionales de la salud está en los establecimientos del MINSA que por demás es el que mayor y mejor cobertura posee en el país, aunque existen aproximadamente entre 6,000 a 5,000 poblados en el país con más de 2,000 habitantes donde el estado no llega ni con un puesto de salud, ni con una aula escolar. Existen también localidades que en sus establecimientos sólo poseen un técnico de la salud con limitadas capacidades resolutivas, estos elementos son evidencias del déficit de profesionales de la salud en el país y también en Piura.

A pesar del déficit y la localización sumamente inequitativa de los recursos humanos de profesionales en la mayoría de los departamentos del país, en especial en las áreas más remotas y dispersas de éstos, existe una baja oferta de plazas de trabajo en las instituciones de salud en especial en el MINSA lo que genera desempleo o subempleo, y la consiguiente migración de éstos para otros países. El SNCDS concibió el fortalecimiento de la APS y el desarrollo de la medicina general integral (familiar y comunitaria) sin que esta especialidad haya tenido una real priorización en lo docente, lo administrativo, ni financiero, formándose un escaso número para el desarrollo de la APS, incluso los pocos que se especializan en ésta, luego no se les garantiza las plazas para que trabajen en ellas, la consecuente aplicación de la verdadera atención integral dispensarizada concebida en el MAIS que hasta ahora es una estrategia con ínfimos niveles de aplicación; es más las instituciones relacionadas a la formación médica siguen concibiendo el residentado en la medicina familiar con marcado enfoque hospitalario, sin darse cuenta que para esto lo fundamental es la familia y la comunidad el mejor escenario para adquirir las competencias requeridas por esta especialidad. Hoy las experiencias de vanguardia la desarrollan en más del 60 al 80% del tiempo en los centros de la APS, con algunas rotaciones hospitalarias. Prácticamente a nivel departamental esta especialidad la consideramos como la especialidad efectora principal para lograr la aplicación exitosa de la APS y sus ejes y componentes principales para el logro de salud para todos y

con todos, como señala la OMS sus concepciones de primer posicionamiento que debe tener la APS direccionando los sistemas de salud.

Continúan incrementándose las Facultades de Medicina en el país y el número de egresados en medicina y enfermería con marcado enfoque biomédico curativo con marcado acento en al enfermedad, las súper especialidades clínico quirúrgicas y el hospital donde el enfoque sanológico esta prácticamente ausente, prácticamente el alumno en toda su formación de pre-grado rota por casi 70 áreas y disciplinas sin conocer nunca al generalista ni la medicina familiar, según la WONCA desde hace años se requiere del área de medicina familiar en todas las Facultades de Medicina.

En los últimos años se ha creado el sistema nacional de pre-grado en salud (SINAPRES) que pretende modificar y mejorar las coordinación entre universidades y los servicios de salud con la priorización de sólo 22 especialidades médicas, tratando de reordenar y regular la formación educativa y fortalecer el papel rector del MINSA, se trata de formar un médico más cercano a las necesidades del sistema de salud y sus proyecciones de desarrollo que tiene a las determinantes y la situación de salud en el centro de su atención.

Existe un desbalance entre la oferta no planificada de profesionales egresados de las universidades y las limitadas capacidades laborales autorizadas por el SNS, lo cual se evidencia entre otras situaciones por las ofertas de plazas para médicos del SERUMS, pues en el 2004-2005 de 7,551 postulantes sólo se ofertaron 2,308 algunos realizan este servicio sin remuneración alguna, lo que resulta improcedente, incluso las plazas en los territorios se asignan desde el MINSA – LIMA. También además de la alta concentración de profesionales en la capital se evidencian elevadas cifras de profesionales emigrantes, pues del 1996 al 2004 habían salido del país y aún no retornan 13,711 médicos, 7,340 enfermeras, 2,112 odontólogos y 1,110 obstetrices, cuando el país es de los que más baja densidad de profesionales de la salud por 10,000 habitantes tiene, todo lo cual denota incongruencias y deficiencias en la gestión de los recursos humanos, nuestro mayor capital para salir a flote del subdesarrollo. Este es un problema viejo pues el Banco Mundial en su informe titulado "Migración Internacional", de Octubre 2005 señaló que en los últimos 40 años más de 1'200,000 profesionales de América Latina y el Caribe han emigrado a Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, equivale a 70 científicos por día durante 40 años. La OIT señala un tercio de los profesionales de América Latina abandonan sus países para arribar al primer mundo, por otra parte estos países otorgan visas en 30 años a 1'000,000 de profesionales y técnicos. Esta es una tendencia que debe revertirse mejorando las condiciones de trabajo y logrando una mejor planificación, selección, distribución y políticas de estímulo y atención a los mismos, pues la precarización del empleo y las relaciones contractuales son en extremo deficientes, vale el lamentable ejemplo del contrato de profesionales que llevaron o llevan más de 10 o más años y aún siguen sin ser nombrados, esto comenzó a modificarse a finales del 2004 donde se nombraron hasta la fecha unos 3,040 médicos que tenían la modalidad de contrato, esto pudo generar una mayor brecha en la inequidad en la distribución al ser nombrados un mayor número en departamentos que más recursos tenían, esto se extiende a los demás profesionales y técnicos que reclaman este derecho pero ahora el conflicto es con el techo fiscal establecido por el estado, todo lo que está entre otras razones generando más huelgas nacionales, unas 11 en el 2004, somos luego de República Dominicana el país que tiene más huelgas en salud en la región.

Se considera existen ofertas de capacitación con distintas fuentes de financiamiento pero en su mayoría no como un sistema sectorial para los profesionales e inexistente para los demás profesionales y menos aún para los tecnólogos y técnicos, la mayoría sigue siendo por el peculio personal y resulta escasa en la salud pública, la epidemiología, metodología de la investigación, la gerencia en salud, economía en salud, calidad de los servicios de salud, la APS etc.

Las capacidades de formación de residentes resultan insuficientes, prácticamente centralizadas en la capital y; en las provincias con una masa médica considerable las opciones son ínfimas (ingresan entre un 26 y 32%; 80% en Lima) y continuamos así postergando a éstos, para que logren su especialidad y a las familias y comunidades en tener especialistas que los atiendan.

Aún no se logra acreditar el 100% de las instituciones y áreas docentes en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de los egresados, así como lo realizado en la certificación de las competencias de los profesionales es insuficiente y no logra ser una exigencia sistemática a los profesionales.

Piura cuenta con 919 médicos, 5.9 por 10,000 habitantes, una razón de 1 por 1,565 y una brecha absoluta de 646, lo que representa un déficit del 70,3%, esta es la información registrada en el MINSA Piura, pero la información que ofrece el Colegio Médico del departamento es de 1,326 médicos registrados. El resultado de nuestra investigación evidencia que del total de médicos de la región 383 trabajan en los hospitales en 24 especialidades médicas. Es de señalar que el departamento de Piura por tener más de 1 millón de habitantes debería tener todas las especialidades médicas aprobadas en el Perú. De forma tal que la región pueda ser más eficiente y más resolutiva en los problemas médicos y de salud más complejos, dado que en la actualidad el hospital principal de la región envía a los hospitales de Lima y de Chiclayo, y a otras regiones entre 150 y 200 referencias mensualmente. Dentro de las especialidades que se tienen en la región y son en extremos deficitarias: la Anestesiología, Caumatología, Intensivistas, Neonatólogos, Cardiólogos, Neurólogos, Traumatólogos, Neurocirujanos, Psiquiatría, Anatomía-patológica, Hematología, Oncología, Urología, Epidemiología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Legal y Medicina Familiar y Comunitaria (La especialidad efectora principal de la APS).

Es llamativo que la mayoría de los distritos fuera de las capitales provinciales carezcan de especialistas en las especialidades básicas como Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, y Cirugía.

Existen especialidades médicas que aún no se tienen en la Región como son, la Cirugía Cardiovascular, la Inmunología, la Genética, la Neurofisiología, la Inmuno-Histoquímica en Anatomía Patológica, la Bioestadística, la Salud Pública, la Logopedia y Foniología y la Trasplantología entre otras.

**PROFESIONALES DE SALUD MINSA POR ESPECIALIDAD
SEGÚN PROVINCIAS: REGION PIURA 2006**

REG/REGION	MEDICO	ENFERMERA	OBSTETRIZ	ODONTOLOGO
TOT. REGION	422	276	365	77
PIURA	121	64	120	27
AYABACA	16	14	19	7
HUANCABAMBA	32	28	30	7
MORROPON	51	32	40	5
PAITA	40	23	36	6
SULLANA	131	93	80	17
TALARA	17	14	22	6
SECHURA	14	8	18	2

Fuente: Direcc. Reg. Salud Piura OEPI

RECURSOS HUMANOS (ESPECIALISTAS)

Según el Colegio Médico de Piura están colegiados 331 especialistas. A continuación se relacionan y se comparan con departamentos de más de 1 millón de habitantes en Lambayeque y en Holguín - Cuba (cuya población es similar a Piura).

Nº	ESPECIALIDAD	PIURA Nº	LAMBAYEQUE Nº	HOLGUIN- CUBA
1	Medicina Interna	26	36	167
2	Intensivista	6	6	38
3	Neurología	6	8	20
4	Endocrinología	3	6	22
5	Cardiología	9	10	28
6	Neumología	3	6	22
7	Nefrología	4	10	23
8	Gastroenterología	10	10	26
9	Reumatología	2	2	12
10	Alergología	0	0	12
11	Geriatría	1	3	10
12	Dermatología	3	4	31
13	Hematología	3	3	8
14	Oncología	2	5	13
15	Psiquiatría	6	8	60
16	Psiquiatría Infantil	0	0	13
17	Neurofisiología	0	0	8
18	Med. Física y Rehabilitación	2	5	12
19	Med. Legal	0	0	14
20	Pediatría	41	52	174
21	Neonatología	0	6	45

Nº	ESPECIALIDAD	PIURA Nº	LAMBAYEQUE Nº	HOLGUIN- CUBA
22	Genética	0	0	8
23	Inmunología	0	0	6
24	Ginecobstetricia	59	70	185
25	Cirugía general	47	61	76
26	Cirugía Pediatrica	1	3	10
27	Ortopedia y Traumatología	9	19	62
28	Urología	5	8	23
29	Caumatología y C. Plast	9	10	14
30	Otorrinolaringología	11	11	26
31	Oftalmología	15	12	43
32	Angiología y C Vascular	0	0	19
33	Neurocirugía	5	6	12
34	Coloproctología	0	0	14
35	Maxilo Facial	0	0	8
36	Cirugía Cardiovascular	0	4	8
37	Trasplantología	0	0	4
38	Lab Clínico	5	8	17
39	Microbiología	0	0	14
40	Radiología e Imag.	6	8	37
41	Anatomía Patológica	3	5	20
42	Med. Ocupacional	1	2	8
43	Epidemiología	2	5	12
44	Salud Pública	1	3	23
45	Bioestadística	0	0	5
46	Med. Familiar *	2	4	2,551

Fuente: - MINSAP-Piura
- Colegio Médico del Perú
- MINSAP- CUBA

* Para garantizar un equipo básico de salud (médico y enfermera) que cuiden la salud en el área de residencia, área de trabajo, área de estudio y de recreación de la población.

CAPITULO XII

SALUD AMBIENTAL

Perú con 83 ecosistemas, gran biodiversidad y el país que más incide al deshielo de los glaciales en la Región.

SANEAMIENTO BASICO

El 64.4% de los hogares del Perú se abastecen de agua de la red pública, el resto se abastece de ríos, acequias, manantiales, o similares con marcadas diferencias en los hogares rurales que apenas llegan al 47% en zonas de las más pobres. En las zonas de la Amazonía las poblaciones indígenas sólo cuentan con algún sistema de abastecimiento de agua, fundamentalmente cuentan con pozos y piletas públicas, la desinfección del agua esta prácticamente ausente en las comunidades y a las que cuentan con tratamiento es intermitente. La vigilancia y monitoreo de la calidad del agua se realiza con un sistema de toma de muestra en todos los departamentos, que a su vez analizan en los laboratorios regionales, pero los estudios periódicos de las fuentes hidrográficas presentan contaminación por diversos metales como plomo, arsénico, cadmio. En varios territorios las bio-concentraciones de metales excede varias veces los estándares establecidos.

El servicio de alcantarillado es aun más insuficiente, sólo el 50.59% tiene conexión a red pública, el 26% cuenta con letrinas, pozos ciego o séptico y un 22.3% no cuenta con sistema de eliminación de excretas, en áreas rurales llega al 52%, en la amazonía la población indígena carece de este servicio; apenas un 9.7% lo poseen.

El tratamiento de aguas servidas sólo alcanza para tratar el 23.4% principalmente en las capitales, lo que representa un problema importante para la contaminación ambiental. Otra situación que agrava la contaminación del agua es también las actividad industrial, en particular la minería.

El tratamiento de los residuos sólidos y su recolección alcanza el 73.7% de los hogares y sólo el 65.7 de los residuos, unas 8,532 toneladas diarias, las que se tratan con alguna disposición final aunque en su mayoría sin rellenos sanitarios adecuados. Un 14.7% se recicla y casi el 30% (2,545 ton.) se vierten al ambiente sin tratamiento algunos (ríos, playas y solares). Todo esto acarrea riesgos importantes a la estabilidad de los ecosistemas y la salud de las personas.

La contaminación que generan los hospitales es también alarmante, pues sólo unos pocos en Lima tienen sistema de tratamiento de residuos a pesar de que la DIGESA tiene establecido un sistema de vigilancia ambiental y sanitaria de manejo de residuos sólidos. La exigencia sanitaria es insuficiente y múltiples manifestaciones de indisciplina social que generan vertederos clandestinos y los criaderos de vectores y roedores.

La calidad del aire es deficiente en las principales ciudades en especial las más populosas e industrializadas como Piura, Sullana otras como Talara, esta última por la contaminación de hidrocarburos. El incremento de la explotación minera dado el inadecuado control de la contaminación y deficiente estudio de impacto ambiental son fuentes de contaminación importantes que incluso llegan a generar serios conflictos sociales. Se considera que la mala calidad del combustible automotor y el mal estado de dicho parque automotriz son los mayores contaminantes del aire, lo que genera elevados índices de partículas totales sedimentales (PTS) superior a 200 ug/m³; además de concentraciones elevadas de dióxido de nitrógeno, azufre y plomo, todos por encima de los valores recomendados por la OMS.

Se ha prohibido por los servicios nacionales de sanidad agraria, SENASA el registro, importación, la producción, la distribución y la comercialización de plaguicidas clorados, así como el uso del DDET para fines de uso en la agricultura y el control de vectores en el MINSA; ha existido una contaminación crónica en los agricultores, ya que uno de cada 6 tienen manifestaciones de intoxicación crónica por plaguicidas. Un aspecto también grave es el almacenamiento y manipulación de productos químicos que generan intoxicaciones a pequeña escala, que han costado la vida a decenas de niños sin que exista un programa para tales fines.

Los niveles de emisión de dioxina y furanos son elevados principalmente por fuentes como la de los incineradores de residuos municipales, de hospitales, producciones industriales, la generación de electricidad y la que generan los propios vehículos automotores. Los valores normales de dioxina oscilan entre 0.072 a 14 ng/g (OMS).

AMBIENTE Y ALIMENTOS

En América Latina, las ETA (enfermedades de transmisión alimentaria) son la segunda causas de EDA en menores de 5 años. La contaminación de los alimentos es por causa biológica, física o química. Se considera que un tercio de la población mundial padece de ETA en algún momento del año, lo que es evidente un gran subregistro en la notificación de ETA, pues en los países desarrollados es sólo de un 10% y se estima que en vías de desarrollo es menos de 1%. En 10 años en América Latina se han reportado un total de 6,332 brotes por alimentos teniendo como agente causal las bacterias 57%, las toxinas marinas un 22%, los virus un 12%, sustancias químicas 5% y parásitos un 4%. Los alimentos que generaron las ETA fueron los pescados un 22%, el agua un 20%, las carnes rojas un 14%, los lácteos; 7,9%, los huevos y mayonesa un 5%, las carnes de aves un 5%, las hortalizas un 2% y los derivados de la harina 1.8%. Los lugares donde se generaron los brotes fueron las viviendas en un 37%, la escuela en un 16 %, los comedores un 16 %, los restaurantes 6,8% y expendio callejeros un 2%.

El costo en EE.UU. por una ETA por salmonella es de aproximadamente de 462 usd, 75% del costo por pérdida laboral y el 25 restante por la asistencia médica y los gastos de medicamentos.

Los fenómenos de salud ambiental no son aislados y son interactivos, por lo que se requiere cuidar nuestra casa, el planeta, los problemas de salud ambiental en Piura requieren de una mayor respuesta estatal y social. Son situaciones diversas y

graves dado los niveles de la mala calidad del agua, su dureza, sus altos índices de sales que no permiten el uso adecuado para beber, cocción de alimentos y para la higiene en general, incluso las altas concentraciones de sal generan dermatitis, conjuntivitis, alergias, litiasis renales y otras patologías renales. En la ciudad de Piura y Castilla es suministrada por unos 25 pozos de agua subterránea con mayor alcalinidad, dureza y mayores índices de sales que abastecen el reparto de Miraflores. La contaminación del agua del río Piura en todo el trayecto de la Municipalidad de Piura y Castilla convertido en la cloaca de los residuos líquidos de centros de producción, de trabajo y de las viviendas; así como de hospitales los que generan contaminación río abajo a todo Bajo Piura. En el suelo de la Municipalidad de Piura el manto freático es muy superficial, fácil de contaminar por lo cual se contamina el acuífero subterráneo principal.

Se considera que en el departamento de Piura, un 68% de la población recibe agua sin calidad y menos de 13 horas por día, agua interna en el hogar 44,7 %, sólo en la capital se considera que existe 96,000 viviendas que reciben agua de la red pública; 55,352 agua de pozo, 3,300 agua de cisterna, 3,300 agua de río; y acequia 5,300.

El agua un recurso finito y escaso que por deficiente calidad puede generar el 80 % de las enfermedades hídricas, se vigila y monitorea su calidad a un 104% del plan, se evalúa las fuentes de abasto de agua al 102% del plan que elabora la Dirección de Salud Ambiental del MINSA y se hace el análisis físico químico de la calidad de las muestras tomadas.

La calidad de las aguas de ríos y playas son también objeto de vigilancia y monitoreo buscando muestras de coliformes y hongos en las arenas y se realiza el control del vertimiento de contaminación de las fuentes de agua al 92%.

La red de agua de acueducto de la ciudad de Piura y Castilla fue construida hace unos 70 años, sus tuberías se corroen, lo que genera roturas frecuentes y causa contaminación

Los residuos sólidos; aproximadamente cada habitante genera entre 0.5 y un kilogramo por día. Piura como ciudad genera unas 300 toneladas de residuo sólido cada día. El manejo de cada tonelada de residuo cuesta entre 80 y 100 soles. Existe una morosidad de recogida en Piura del 60%, es decir que un alto por ciento de residuos se quedan para ser recogidos en otro momento generándose micro vertederos en varias zonas urbanas. La situación del botadero principal de Piura y Castilla carecen de los equipos y del financiamiento necesario, de cerca perimetral y del buen cumplimiento de las normas del relleno sanitario, más en la actualidad cuando el hospital principal y del departamento carece de incinerador. Los niveles de recipientes, envase, plástico, cristales y bolsas plásticas son realmente elevados, poco reciclamos.

Contaminación del aire

La atmósfera es parte del ambiente y en el aire el 71% es nitrógeno, el 18% oxígeno y el resto es helio, argón, polvo, cenizas, tejidos, restos de cristal etc. Además de gases existen partículas de diferentes diámetros. El material sedimentable en Piura dio entre 1 a 1,8m²/mes, cuando la OMS establece un estándar de 0,5 mg/metros cuadrados/mes, es decir de dos a tres veces mayores al estándar. Entre las partículas sedimentables había metales como cobre, zinc, manganeso, hierro. Las fuentes móviles de contaminación en Piura y Castilla asciende a más de 37,500 vehículos y es ésta la fuente contaminante del aire más importante, aunque también existen las fuentes fijas como los molinos de arroz, aserraderos, las fábricas de aceite, las fábricas de bloques y ladrillos, las carpinterías, las panaderías, los grifos, las pollerías y la industria pesquera.

La polución intradomiciliaria es un problema importante en toda la Región, dado los tipos de combustibles utilizados en la cocina de los hogares para la cocción de los alimentos.

Existen estudios epidemiológicos que relacionan la contaminación de aire en Piura y la prevalencia de un grupo de enfermedades que señala la faringitis en un 29% de la población, el asma en 16.5% y la rinitis alérgica en un 15.1%.

Existen determinadas condiciones meteorológicas que influyen en la concertación de Partículas Totales Sedimentales (PTS) dado los vientos de suroeste a noroeste, los bajos niveles de lluvia, las pocas áreas verdes y las pistas sin afirmarse o pavimentarse, también una cultura de quema indiscriminada de desechos de la agricultura y de otras producciones.

La situación de los residuos líquidos del Hospital Cayetano Heredia y de otras áreas aledañas se vierten directamente en parte al río Piura, dado que el colector principal de la Red de alcantarillado que pasa por la Avenida Irazola desde hace aproximadamente 10 años está colapsado ya que el sistema de rebombeo se hizo inoperativo, lo que ha afectado este sistema de drenaje. Aunque se ha propuesto soluciones alternativas para el tratamiento de residuos líquidos del hospital aún no se ejecutan ninguna de las soluciones previstas. Este es un contaminante de alta peligrosidad que incide en la salud ambiental de la capital y de las áreas aledañas. Evidencia fallas y debilidades en la aplicación consecuente de la legislación sanitaria y ambiental por las autoridades correspondientes.

A continuación se exponen fotos y gráficos de la contaminación del río Piura resultados del trabajo de los Doctorantes de Ciencias del Ambiente de la Universidad Nacional de Piura.

FIGURA 1



Descarga de aguas servidas al cauce del río Piura, altura Cuarto Puente, margen derecha. (Piura)

FIGURA 2



Cauce de aguas servidas Río Piura.

FIGURA 3



Descarga de aguas servidas al río Piura,
altura del Hospital Regional, margen izquierda. (Castilla)

FIGURA 4



Descarga de aguas servidas río Piura,
altura del Puente Sánchez Cerro, margen izquierda. (Castilla)

FIGURA 5



Colector de aguas servidas drenando al río Piura
altura del cuarto puente

FIGURA 6

Ganado caprino pastando en el lecho del río Piura
altura del cuarto puente



-Este ganado bebe agua contaminada y luego será sacrificado en camales clandestinos, con los riesgos que se supone para la salud del consumidor.

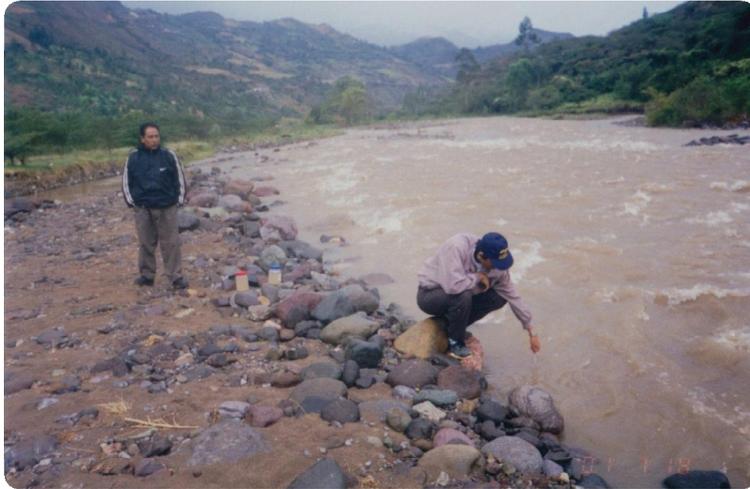
FIGURA 7**FUENTES MUNICIPALES**

Se conoce que la principal fuente de contaminación de los ríos corresponde a las descargas municipales que ingresan al mar a través de los ríos o por emisarios submarinos directos. Contribuyen con esta fuente los drenajes pluviales, que son transportados por los sistemas de alcantarillado en conjunto con las aguas servidas domésticas e industriales.

FIGURA 8**FUENTES AGRÍCOLAS**

La actividad agropecuaria es una fuente de contaminación en crecimiento. Es responsable de la introducción de fertilizantes (nutrientes), pesticidas y sedimentos a las aguas costeras a través de los ríos. También la contaminación se origina por el uso de aguas servidas en el riego. Ello transmite enfermedades que los consumidores de productos agrícolas irrigados con esta agua.

FIGURA 9
FUENTES MINERAS



- La explotación minera constituye una fuente de contaminación que, en ocasiones, pueden llegar a niveles significativos.
- Dependiendo de los métodos, equipos minerales, volúmenes y disposición de los materiales estériles o relaves, afectan el suelo, el aire y el agua, por separado o en forma combinada.
- En muchas ocasiones es también objeto de descargas directas.

FIGURA 10
DIVERSIFICACIÓN Y FRAGMENTACIÓN DE CAUCES



La mayoría de los embalses utilizados para irrigación agrícola y generación de energía experimentan colmatación en diverso grado debido a la alta sedimentación.

FIGURA 11

Hacia el río Piura margen izquierda salida del agua residual del Hospital Regional

FIGURA 12**FUENTES INDUSTRIALES**

La mayor parte de los efluentes industriales que ocurren en la región son descargados a las redes de alcantarillado municipales y transportados a los ríos que drenan al mar u otros cuerpos de agua en conjunto con los desechos domésticos.

FIGURA 13**MEDICAMENTOS EN EL AGUA, LOS NUEVOS CONTAMINANTES**

Cuando una persona o un animal toma medicamentos, gran parte del compuesto activo que lo forma se acaba excretando a través de la orina y las heces.

Los tratamientos en estas plantas no son suficientemente eficaces para extraer los residuos farmacológicos en su totalidad.

GRAFICO 1 y 2

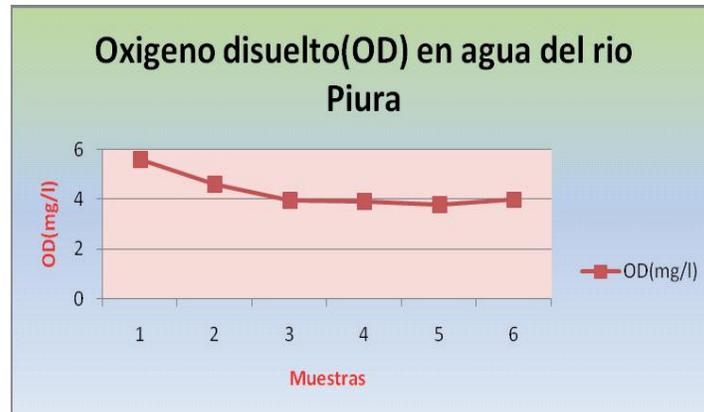
Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.



Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

GRAFICO 3 y 4

Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.



Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

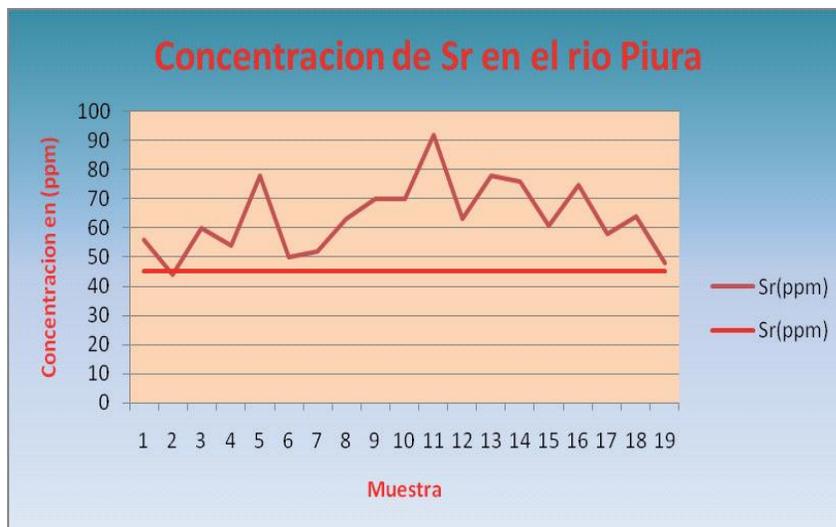
GRAFICO 5

Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

El vanadio acumulado a través del aire, puede causar bronquitis y neumonía. Los efectos graves del vanadio son irrigación de pulmones, garganta, ojos y cavidades nasales. Además daño cardiaco y vascular, inflamación del estómago e intestinos, daño en el sistema nervioso, sangrado del hígado y riñones, irritación de la piel. El límite standard según la OMS es de 59 ppm.

GRAFICO 6

Las bajas ingestas de calcio pueden generar cáncer colónico y rectales, y su alto consumo ha sido relacionado con la aparición de neoplasias mamarias y prostáticas. La incorporación adecuada a través de la dieta mejora otros aspectos de la salud femenina. El calcio es también importante para prevenir enfermedades de las encías. El standard es 0.72%.

GRAFICO 7

El único compuesto del Estroncio que es considerado peligroso para la salud humana, incluso en pequeñas cantidades, es el cromato de estroncio. El Cromo tóxico que este contiene es el que causa la toxicidad del compuesto. El cromato de estroncio es conocido por causar cáncer de pulmón. El límite standard es 45 ppm.

GRAFICO 8

Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

El fósforo blanco es venenoso y en muchos casos la exposición a él será fatal. Antes de morir por exposición al fósforo blanco se experimentan náuseas, convulsiones y desfallecimiento. El fósforo blanco puede causar quemaduras en la piel, dañar el hígado, corazón y riñones. El standard permitido es 0.100%

GRAFICO 9

Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

Un exceso de sodio puede dañar nuestros riñones e incrementar las posibilidades de hipertensión. El standard según la OMS es de 0.03%.

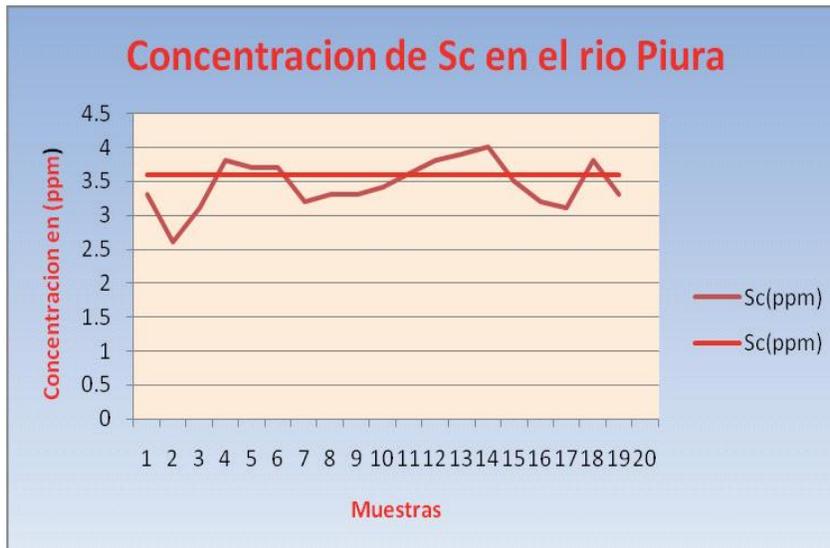
GRAFICO 10



Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

El límite permisible Standard según la OMS es de 13 ppm.

GRAFICO 11



Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

Escandio en solución: Sc 10,00±0,02 g/l
 Identificación de los peligros:
 Irrita los ojos, la piel y las vías respiratorias
 El Standard permitido es 3.6 ppm

GRAFICO 12

Fuente: Doctorado en Ciencias Ambientales UNP.

Produce bronquitis, neumonías, bronqueolitis también debilidad, perdida de peso, diarrea, inflamación de encías, fatiga, insomnio, indigestión. Produce irritabilidad, alucinaciones, llanto, depresiones, tristeza, psicosis, crisis. Expuestos a altas dosis en forma oral, colapsa el aparato digestivo, siendo mortal en horas. El standard es 0.18 ppm.

CAPITULO XIII (INFORME CUALITATIVO)

I. ANALISIS PARTICIPATIVO

Se realizó el Análisis Participativo como complemento de la información obtenida en el Análisis de la Situación de Salud que caracterizó el Perfil de Salud de la población en la Región de Piura.

Para ello se seleccionó una muestra de conveniencia por Criterio de Experto en los Municipios de Piura, Castilla, Sullana, Paita y Ayabaca tratando de dar representatividad a la Región en los diferentes municipios que fueron objeto del estudio cualitativo.

En esta etapa se utilizaron 3 técnicas de recolección de datos con los respectivos Instrumentos y de forma progresiva se aplicaron; formularios para conocer el nivel de satisfacción de la población de los servicios de salud y características de éstos en cuanto a la integralidad de las acciones de salud, accesibilidad y resolutivez de los servicios de salud a la población y, las determinantes sociales de la salud, luego se realizaron grupos focales tanto a la población como a los prestadores de salud, ambos grupos de elementos fueron estratificados para promover una mayor participación, por último se realizaron entrevistas semi estructuradas a informantes claves seleccionados por criterios de experto, del equipo de investigación.

Se utilizaron 4 instrumentos de recolección de datos: un cuestionario para los que recibían servicios de salud en los diferentes establecimientos de salud, tanto centros de salud como hospitales así como dependientes del MINSA o de ESSALUD, que se detallan en el Cuadro N° 1; dos guías de grupos focales, uno para la comunidad o población y otro para los prestadores de salud, y una guía de entrevista semi estructurada.

1. Análisis de Resultados del Cuestionario

Con el propósito de ampliar el nivel de conocimiento e interpretar algunos hechos descritos en la situación de salud referida se han incluido el análisis de algunas variables cualitativas, fue necesario hacer una consulta a la población diseñando un formulario que sería aplicado a la población para conocer:

- a) La calidad de los servicios de salud expresada en el nivel de satisfacción de la población de los servicios de salud.
- b) Las desigualdades sociales en salud en las personas que acudieron a los servicios de salud.

Este estudio cualitativo se realiza por personal con conocimiento y experiencia, previamente capacitados. Una de las condiciones fue que los elementos de investigación, eran las personas que acudieron a los diferentes establecimientos de salud destinado a la atención ambulatoria, según aparece en el Cuadro N° 1, que como se aprecia se realizó en 5 Provincias seleccionadas: que fueron Piura y Castilla, por ser la capital de la Región y con mayor proporción de establecimientos,

importancia de los mismos y también mayor población, Sullana una Provincia importante y la segunda en población; luego Paita con diferencias marcadas por su ubicación en la costa y características culturales, sociales y económica diferentes a las ya mencionadas y, de igual forma se incluye Ayabaca para representar otro segmento de la población que es la sierra.

El total de establecimientos seleccionados fueron 23, donde se encuentran 17 centros de salud conceptualizados en el primer nivel de atención que representan 73.9% del total, distribuidos en: 5 de Piura, 6 de Castilla, 3 de Sullana, 1 de Paita y 2 de Ayabaca y 6 Hospitales del segundo nivel de atención para un 26.1%, ubicados en: 2 en Piura, 2 en Sullana y 1 en las provincias respectivas de Paita y Castilla.

En este muestreo estuvieron representados los servicios públicos del MINSA con 19 establecimientos que representan el 82.6% mientras que la Seguridad Social (ESSALUD) se incluye con los 4 restantes para el 17.4%, donde se encuentran 3 hospitales y un centro de salud, esto se corresponde con las características atencionales que se basa fundamentalmente en el tipo de Red hospitalaria con muy escasos establecimientos de primer nivel que ya fue analizado en el ASIS.

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS POR ESTABLECIMIENTOS Y MUNICIPIOS. REGIÓN PIURA – 2007

Municipios	Centro de Salud	Nº. Encuestas	Hospitales	Nº. Encuestas
Piura	CS. Micaela Bastidas	20	Hospital Reátegui	50
	CS. Los Algarrobos	20	Hospital Santa Rosa	25
	CS. San José	20		
	CS. Santa Julia	20		
	CS. Víctor Raúl	20		
Castilla	CS. Chiclayito	25	Hospital Cayetano Heredia	75
	CS. El Indio	25		
	CS. Tacalá	25		
	CS. Maria Goreti	25		
	CS. CESAMICA	25		
	Policlínico Chiclayito	25		
Sullana	CS. 9 de Octubre	15	Hospital de Apoyo II MINSA	25
	CS. Santa Teresa	15	Hospital ESSALUD	30
	CS. Bellavista	15		
Paita	Pueblo Nuevo de Colán	15	Hospital Las Mercedes	35
Ayabaca	CS. Ayabaca	30		
	CS. Paimas	20		
TOTAL		360		240

Fuente: Elaborado por los investigadores

El total de Encuestas que se programaron fueron 600 distribuidas en un 30% a la población atendida en establecimientos de ESSALUD y el 70% al MINSA.

Se realizaron 562 encuestas: el 39.7% corresponden a la población y establecimientos de Castilla, le sigue Piura con 31.0%, esto corrobora la presencia e importancia de los establecimientos en Piura y Castilla, luego sigue Sullana con un 14.6% seguido por Ayabaca 8.5% y Paita con 6.2%, este último no fue posible tabular el centro de salud Pueblo Nuevo de Colán. (Ver Cuadro N° 2).

CUADRO 2

ENCUESTAS REALIZADAS A PACIENTES POR PROVINCIAS REGIÓN PIURA – 2007

Municipios	Encuestas Realizadas	
	Nº.	(%)
Piura	174	31.0
Castilla	223	39.7
Sullana	82	14.6
Paita	35	6.2
Ayabaca	48	8.5
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador

El 67.1% de las personas encuestadas tienen entre 21 y 45 años de edad, 14.9% corresponden al grupo de 45 a 65 años y el resto se distribuye entre los extremos de ambos grupos.

Las mujeres son las que más acuden a recibir atención evidenciado en las respuesta que recae en ellas el 85.9%, si bien es cierto que es el grupo que conjuntamente con los menores de 5 años más servicios demanda existe un componente social de genero que será analizado más adelante que es sobre quien recae las actividades domésticas y de la salud de la familia.

1.1 Calidad de los servicios de salud

La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones, que son de utilidad tanto para la definición y análisis de los problemas, como en los resultados evidentes en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, aspectos sociales y la humanización de la atención.

El mejoramiento de la calidad no es un proceso que puede ser alcanzado con actividades aisladas, tiene que ser un elemento integral y activo de la cultura y práctica de la atención a la salud (Spath, 1992).

Dicho proceso forma parte del ciclo de manejo gerencial (planificación, organización, implementación, monitorización, evaluación, nueva planificación, etc.) que permite comprender las dificultades e identificar las soluciones posibles para mejorar la calidad de los servicios de salud, fundamentalmente mediante un proceso participativo.

La gestión para lograr la calidad de los servicios de salud es un proceso continuo y cíclico, un instrumento que debe utilizarse no sólo para la orientación de los niveles decisorios, sino además para los proveedores de servicios, que involucran al personal de salud, y también a los usuarios a quienes está dirigido dichos servicios.

Los estudios sobre la satisfacción de los consumidores son componentes importantes de la evaluación de los servicios (Williams, 1994).

Los criterios que tiene la población de los servicios de salud deben ocupar un lugar relevante en la formulación de las políticas de salud, y en la ejecución de las actividades de salud. Estos estudios acerca de la calidad es un componente importante de las investigaciones de resultados y los criterios de los pacientes debe ser un elemento fundamental para la evaluación de las políticas de salud como de los resultados de los servicios de salud.

El punto de vista de las personas, sus necesidades y percepciones, generalmente son descuidadas tanto en la organización como en la forma de proveer los servicios de salud. Las actividades y programas están organizados según el criterio y las comodidades de los prestadores de los servicios de salud, sin tener en cuenta las necesidades y expectativas de la población y la comunidad. Pero como bien expresara, Pedersen, 1991 ***"nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente"***.

El presente estudio da a conocer la percepción de la población respecto de la calidad de los servicios de salud en la Región Piura – Perú, en los establecimientos de salud de las provincias incluidos en la muestra.

Las variables que hemos considerados en nuestro estudio son:

- a) Motivo de demandar el servicio recibido.
- b) Nivel de satisfacción de la población atendida por los servicios de salud recibidos.
- c) Accesibilidad de los servicios de salud.
- d) Nivel de resolutivez de su problema de salud desde la perspectiva del paciente.
- e) Criterios de la relación interpersonal con los prestadores de los servicios de salud.
- f) Acciones integrales de salud durante la atención recibida.

1.1.1 Demanda de atención.

La demanda de servicios de salud por el paciente, y como consecuencia de ello recibe un tipo de atención que corresponde a la consulta curativa, la más demandada con un 39.7% del total de pacientes y las consultas de control médico que incluye a las embarazadas, crecimiento y desarrollo en los niños, fue motivo de demanda del 31.7%, sólo en este grupo se centran el 71.4% de la demanda lo que convierte al médico y al personal profesional de atención a la salud en el eje principal. La vacunación demanda sólo el 7.5% y junto a la Consulta Odontológica es el que expresa menor demanda con sólo un 3.9%, esto también está relacionado con la oferta de la atención que según la disponibilidad de recursos ofrecen los servicios de salud dejando esta última prácticamente en el sector privado, sin embargo en realidad en el marco de la Atención Primaria en Salud, estas atenciones de control y de vacunación serían fundamentales para tener una orientación de prevención y promoción en los servicios de salud (Ver Cuadro N° 3).

CUADRO 3

DEMANDA POR LA POBLACIÓN DEL TIPO DE CONSULTA EN LOS CENTROS DE SALUD. REGIÓN PIURA – 2007

Tipo de serv. de salud recibido	N°.	(%)
Cons. Curativa	223	39.7
Cons. Médica de Control	178	31.7
Vacunación	42	7.5
Cons. Odontología	22	3.9
Otros	96	17.1
Ns / Nr	1	0.2
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

1.1.2 Nivel de satisfacción de la población de los servicios de salud

Los estudios sobre las expectativas y la satisfacción de los clientes constituyen un buen medio para que los usuarios informen a los proveedores de los servicios que les brindan tanto en sus necesidades como de sus quejas e insatisfacciones.

Según Locker & Dunt (1978) ***“la opinión del cliente logra influir en quiénes toman las decisiones en la medida que ellos acepten el valor del punto de vista del cliente. Esto presupone... la precisa voluntad de convertirse en servicios orientados al paciente”***.

Donabedian (1990) considera la interacción entre el personal de salud y el paciente desde dos puntos de vista: "las prestaciones técnicas y la relación personal con el paciente", los cuales son dos aspectos de la percepción de los pacientes acerca de la calidad del servicio, según dicen Melum & Sinioris (1992).

"Las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud... Ambos son importantes, la calidad del servicio es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre el proveedor y el cliente".

Al explorar el criterio de la población que recibió atención en los Centros de Salud seleccionados en nuestro estudio, observamos como el 31.1% evalúan la atención recibida con algunas deficiencias que van de regular a muy mala, mientras que el 68.6% lo evalúa de muy buena a buena, esto nos permite establecer la proporción que de cada 10 personas que demandan y reciben atención en los servicios de salud, 3 personas quedan insatisfecha de los mismos (Ver Cuadro N° 4).

CUADRO 4

CRITERIOS DE LA POBLACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS EN CONSULTA REGIÓN PIURA – 2007

Criterios de la población de los serv. de salud	N°.	(%)
Muy bueno	110	19.6
Bueno	355	63.2
Regular	78	13.9
Mala	15	2.7
Muy Mala	1	0.2
Ns / Nr	3	0.5
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

La insatisfacción por encima de un 20% en la provisión de servicios debe ser considerada poco competitiva y tomada muy en serio. Un servicio puede considerarse competitivo con una tasa de insatisfacción inferior al 6% (Horovitz, 1991). Algunos estudios llevados a cabo por el mismo autor respecto a las principales consecuencias de la insatisfacción plantean que un usuario satisfecho cuenta su satisfacción a 3 personas, mientras que un usuario insatisfecho cuenta su opinión a 11 personas. Por lo tanto, la insatisfacción se difunde de manera más rápida y amplia, explicando así la mala reputación existente respecto a los servicios públicos de salud.

Sin embargo, en la muestra un 93.1% de los encuestados manifiestan que volverían a utilizar los servicios (Ver Cuadro N° 5) esto puede estar asociado a la poca diversidad de prestadores, predominando el sistema público, que en algunos lugares son únicos y a la insuficiencia económica de la población y el alto gasto de bolsillo para la atención a la salud no le permiten tener acceso a otros servicios de salud.

Pero en la triangulación tratando de eliminar el sesgo que pudiera ocurrir por realizar la medición en el establecimiento y desconocer el usuario de donde proviene y hacia donde pueden ir los resultados, se escudan y emiten criterios no acordes a sus

verdaderas calificaciones y en este propósito de encontrar y definir un poco más sobre la reiteración o no de los servicios de salud que le han brindado, encontramos que un 23.1% de los encuestados refieren que acudirían a otros servicios diferentes de los que ha recibido y un 8.2% expresa que no sabe o no responde, por tanto no están identificados con reiterar el servicio que le han ofrecido; existiendo no sólo insatisfacción sino más que ello, no aceptabilidad de los mismos.

CUADRO 5

CRITERIOS DE LA POBLACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS EN CONSULTA REGIÓN PIURA – 2007

Reitera el Servicio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Preferentemente	344	61.2
Es posible	179	31.9
NO	35	6.2
NS/NR	4	0.7
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

A partir de estos elementos recolectados hemos explorados otras variables que permitan focalizar los criterios que tienen los usuarios de la atención recibida como: las relaciones interpersonales con los prestadores, la obtención del turno para la atención, la solución del problema que lo hizo demandar la atención y el tiempo de espera entre otros. Estos elementos deben incorporarse para una adecuada gestión de calidad en la atención a la salud de la población que es el objetivo y fin de los servicios de salud.

1.1.3 Accesibilidad de lo servicios de salud

Un 52.5% de la población ha considerado que la accesibilidad a los servicios de salud ha sido con dificultades, que ellos evalúan de regular a muy difícil, este resultado está relacionado con la insuficiente oferta de salud que brindan los Centros de Salud, los que no satisfacen las demandas de los pacientes o en otro caso como hemos considerado en el ASIS, no existen estudios de demanda de servicios de salud por la población y simplemente se oferta de acuerdo a criterios históricos o en el peor de los casos según opinión de quienes deciden que servicios brindar, siendo totalmente empírico y carente de fundamento y; además no responden a las necesidades de salud de la población ya que no se conoce ni utiliza el ASIS como herramienta de gestión (Ver Cuadro N° 6).

CUADRO 6**ACCESIBILIDAD EN LA OBTENCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD
REGIÓN PIURA – 2007**

Como obtuvo el turno para consulta	Nº.	(%)
Muy fácil	11	2
Fácil	254	45.2
Regular	135	24
Difícil	127	22.6
Muy difícil	33	5.9
Ns / Nr	2	0.4
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

1.1.4 Resolutividad de los servicios de salud.

Una dimensión de la calidad de los servicios de salud está referido a los aspectos científico técnico, desde un punto de vista analítico, la perspectiva del cliente puede ser representada por los siguientes elementos: **logro del objetivo médico** (resultado alcanzado), **modalidades y proceso desarrollado** (manejo técnico), **características del proceso interpersonal**, "nivel de comodidad", consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales.

La perspectiva del paciente puede estar limitada en algunos factores, es así que una evaluación exhaustiva sobre la calidad de los servicios de salud no tendría que olvidar: el criterio técnico, el resultado clínico en la atención así como la utilización apropiada de recursos.

Para la población que acude a los servicios de salud, tiene mucha importancia el hecho de encontrar una solución del problema o situación de salud que lo llevó a demandar el servicio, y esto está ligado a la capacidad resolutiva del servicio brindado.

Encontramos que sólo el 64.2% de la población tiene el criterio de que su problema de salud fue solucionado de forma satisfactoria; un 32.4% considera que soluciona parcialmente, nada o empeora la situación que motivó la demanda de atención, este elemento tiene que promover un detallado y exhaustivo análisis de la organización, disponibilidad y competitividad de los servicios que brindan los establecimientos de salud, el hecho reviste mayor importancia, si los resultados se corresponden con los lugares de mayor concentración de población como son Piura, Castilla y Sullana, cabecera de las redes de servicios de salud y donde deben existir una mayor disponibilidad de recursos y competencia técnica (Ver Cuadro N° 7).

CUADRO 7**RESOLUTIVIDAD DEL PROBLEMA DE SALUD SEGÚN EL PACIENTE
REGIÓN PIURA – 2007**

Solución de su problema de salud	Nº.	(%)
Muy satisfactoriamente	31	5.5
Satisfactoriamente	330	58.7
Regular	118	21.0
Nada o ninguno	59	10.5
Empeorado	5	0.9
Ns / Nr	19	3.4
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

1.1.5 Relaciones interpersonales y trato recibido por la población

Como ya expresamos anteriormente la calidad de los servicios de salud tiene dimensiones y una de ellas que marca un elemento importante en cuanto a los criterios de la población que incluso sirven de elementos para medir y monitorear la calidad de los servicios de salud, es el nivel de satisfacción que tiene la población de los mismos, al que se le otorga importancia por algunos autores, por ser la percepción del cliente de un servicios recibido, consideramos esta dimensión no debe sobre valorarse sino ubicar como un elemento de importancia junto a la calidad científica técnica, ya que pueden existir buenos productos, expresión de buen nivel científico, con malos servicios por la forma de entregarlos e insatisfacción de la población que los recibe, y a la inversa malos productos con buenos servicio y aceptación por el cliente que recibe, lo correcto es tener buenos productos con buenos servicios entonces si podemos hablar de calidad.

La población encuestada ha catalogado el trato recibido por los prestadores de deficiente que incluye: Regular, Malo y Muy malo, generalmente basado en las relaciones interpersonales, en un de 16.8%, mientras que un 82.8% lo considera de Muy Bueno a Bueno. Este elemento es favorable en los resultados que hemos analizado, de igual forma la población emite el criterio básicamente por las relaciones que establece con el médico en un 70.5% en el estudio que realizamos y el resto es distribuido entre la enfermera u otro personal del establecimiento de salud (Cuadro Nº 8).

CUADRO 8**RESOLUTIVIDAD DEL PROBLEMA DE SALUD SEGÚN EL PACIENTE
REGIÓN PIURA – 2007**

Trato recibido	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy buena	110	19.6
Buena	355	63.2
Regular	78	13.9
Mala	15	2.7
Muy mala	1	0.2
NS/NR	3	0.5
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

También se analizó como factor que afecta la calidad y por ende al prestigio institucional y del personal de los trabajadores en salud, los tiempos de espera para recibir atención, el 40.6% de la muestra expresan que comienzan a la hora indicada, el 59.4% refieren que comienzan posterior a la hora fijada, llegando ser mayor de 30 minutos un 26.0% (Ver Cuadro N° 9).

CUADRO 9**HORARIO QUE COMIENZA LA CONSULTA
REGIÓN PIURA – 2007**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy bien*	228	40.6
Bien**	77	13.7
Regular***	106	18.9
Mala****	146	26.0
NS/NR	5	0.9
TOTAL	562	100

* A la hora indicada

** 0 – 15 minutos de la hora indicada

*** 15-30 minutos de la hora indicada

**** Más de 30 minutos de la hora indicada

Si a lo anterior del horario de comienzo de las consultas sumamos el tiempo de espera para recibir la atención (Cuadro N° 10), sólo un 25.3% tiene que esperar menos de 30 minutos; el 74.7% restante espera entre 30 minutos y más de 2 horas para recibir la atención.

Esta situación de los horarios de inicio y accesibilidad de la población a los Servicios de salud, es uno de los aspectos que unidos a los horarios establecidos para la Atención en los Establecimientos de Salud más irrita a la población. Pero además de afectar la calidad en cuanto al nivel de satisfacción de la población, lo hace en la dimensión de eficiencia ya que esto reduce la productividad médica y las horas perdidas por inasistencia, llegando a ser considerable en la Región y en todo el país.

CUADRO 10

TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. REGIÓN PIURA – 2007

Tiempo de espera para atención.	Frecuencia	(%)
Menos de 30 min.	142	25.3
30 min. a 1 hora	134	23.8
1 a 2 horas	126	22.4
Más de 2 horas	157	27.9
Ns / Nr	3	0.5
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

1.1.6 Integralidad de las acciones de salud

Las acciones de salud deben cumplir un principio de integralidad, y ésta se pone de evidencia en las acciones dirigidas a la población, que acude espontáneamente a nuestros servicios en busca de cualquier atención. A esta población que tenemos presente no debemos desaprovechar la oportunidad para realizar acciones integrales que están contenidas en el servicio que demandan, de esta forma en una consulta curativa existen componentes preventivos y de promoción de salud, que deben desarrollar tanto por el médico como por el equipo básico para la atención de la salud.

Al explorar este aspecto encontramos que la información brindada al paciente durante su atención, tiene una gran carga curativa en lo concerniente a su enfermedad o del tratamiento para el restablecimiento de la salud esta expresada en el 82.7% de las encuestas en la muestra utilizada; los aspectos preventivos relacionados a como evitar enfermar o complicarse, referidos a cualquiera de los niveles de atención es de sólo un 3.6% y aquellos que podemos enmarcar en promoción de salud, referida a mejorar su salud y vivir mejor solo alcanzó el 1.6% (Ver Cuadro N° 11).

La información ofrecida durante la atención recibida al establecimiento de salud es por el médico en un 68.5%, enfermería un 11.9%, otro personal de salud 7.5% y de ninguna persona refieren los pacientes atendidos corresponden a un 8.4%.

Todo lo antes expuesto evidencia que tanto el enfoque de los servicios como el paradigma que utilizan nuestros trabajadores son biologicistas, asistencialistas y medicalizados, los cuales no se corresponden con las actuales estrategias y enfoques de la salud de la población que analizaremos a continuación de las determinantes sociales y las desigualdades en salud como decisivas en el logro de mejores niveles de salud y calidad de vida de nuestra población.

CUADRO 11

ACCIONES INTEGRALES POR EL MÉDICO Y LA ENFERMERA EN CONSULTAS. REGIÓN PIURA – 2007

Información brindada en consulta	Frecuencia	(%)
De su padecimiento o enfermedad	380	67.6
Del tratamiento indicado	85	15.1
Qué debía hacer, evitar enfermar o complicarse	20	3.6
Qué debía hacer para mejorar su salud	9	1.6
No recibe explicación	47	8.4
Ns / Nr	21	3.7
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

1.2.1 Desigualdades sociales en salud

La salud se concibe como el resultado de todos los factores que intervienen en la vida de los individuos, tanto los propios y escasamente modificables (sexo, edad o genética) como aquellos que tienen un carácter ambiental y son potencialmente modificables (conductas, formas y medios de vida, o los que tienen un carácter socioeconómico o cultural). Esto nos permite aseverar que la salud no es un fenómeno exclusivamente biológico.

En 1845 Federico Engels, industrial inglés y más conocido por su amistad con Marx, publica **La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra**, donde examina no sólo la salud en la esfera laboral, sino también la distribución geográfica de la mortalidad y su asociación con las condiciones de vida. Engels conceptualiza sus argumentos con base en la teoría miasmática, muy difundida por ese entonces.

El Black Report (Black, 1980), considerado un clásico de las desigualdades sociales en la salud de la población, señala claras diferencias en las tasas de mortalidad por clases sociales, para ambos sexos y todas las edades. La mortalidad en Gran Bretaña de la clase social más desaventajada es 2,5 veces superior a la de la que posee mejores condiciones de vida. Los estudios publicados en nuestro entorno también describen esta situación, haciendo alusión a las desigualdades sociales y la inequidad como uno de los mayores males y determinantes de la salud de la población.

El término de equidad en salud, hace referencia al propósito de facilitar las mismas oportunidades a todos para que disfruten de todo su potencial en salud, de manera que ninguna persona se encuentre en situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el término de desigualdad hace referencia a las diferencias en relación con la salud que no sólo resultan innecesarias y se pueden evitar, sino que, además, son consideradas injustas y no equitativas.

Para desarrollar una estrategia frente a la inequidad es necesario:

- definirla con precisión,
- establecer acuerdos y lograr identificarla
- conocer sus causas
- desarrollar e implementar acciones para reducirla o eliminarla con los medios más efectivos.

Los principales aspectos que se estudian para conocer las desigualdades de salud son el acceso a los servicios de salud y la utilización de los mismos, la morbilidad y la mortalidad.

Pero estas desigualdades tienen sus orígenes en las desigualdades sociales, para borrarlas o mitigarlas, se debe trabajar para restablecer la equidad, que más que una cuestión técnica y financiera, es un aspecto de política, de ética y moral. Este abordaje se convierte en la representación superior de la justicia social de una sociedad, y tendrá su repercusión en la forma de utilización de los servicios de salud y los daños que esos grupos de población tienen, expresado a través de los indicadores de salud.

Esta reflexión nos lleva a que la inequidad y la ausencia de estrategias concretas de acción es la consecuencia de:

- a) Deudas sociales que hay que pagar por: Pérdidas de años prematuramente, empobrecimiento y discriminación por condiciones económicas y sociales, marginación de grandes mayorías, violencia y conflictos sociales, debilidades jurídicas para el ejercicio del derecho ciudadano.
- b) De los problemas y necesidades de salud que hay que solucionar.
- c) De respuesta que tenemos que dar.

En nuestro estudio abordamos algunas variables relacionadas con la utilización de los servicios y las determinantes sociales de la salud.

1.2.2 Nivel de instrucción.

El nivel de instrucción de los pacientes que utilizaron los servicios de salud objeto de nuestro estudio y que se incluyeron en la muestra, pone en evidencia que el 26.7% de las personas que recibieron atención médica, su nivel de instrucción oscila entre

el analfabetismo y la enseñanza primaria, un 64.4 % tiene nivel secundario y sólo un 8.4 % alcanzan el nivel universitario (Ver Cuadro N° 12).

Son múltiples los trabajos y autores que expresan la relación existente entre el nivel de instrucción y el nivel de salud alcanzado, y no sólo se trata de tener un mayor conocimiento y comportamiento para mejorar su propia salud, sino más allá de eso es la oportunidad de acceder a un empleo, un ingreso y disponer de servicios de salud de calidad.

Lo que si resulta innegable es que el nivel de instrucción como desigualdad social se convierte en una determinante social de la salud que se expresa en forma concreta en: **riesgo y daños a la salud, demanda y utilización de los servicios de salud y mortalidad**, pero reiteramos esto que muchos señalan como desigualdades sociales de la salud es la punta flotante del *iceberg*, debajo existe mucho hielo oculto, y es lo que lo sostiene.

CUADRO 12

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN REGIÓN PIURA – 2007

Nivel de instrucción de los pacientes	Nº.	%
No sabe leer ni escribir	10	1.8
Primaria	140	24.9
Secundaria	257	45.7
Bachillerato – Técnico	105	18.7
Universitario	47	8.4
Ns / Nr	3	0.5
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

1.2.3 Inequidad de género.

La inequidad de género como determinante social en la salud de la población, en uno de sus enfoques, la mujer tiene que ir asumiendo un rol más protagónico en los temas sociales y sobre todo los relacionados con acceso a la educación y participación activa en la salud de la familia, una de las formas de hacerlo es tomando decisiones y ser respetada y considerada como tal en el seno familiar, para dejar de ser una trabajadora doméstica con ciertas preferencias y asumir el rol social que le corresponde.

Bajo esta concepción incorporamos el análisis de dos variables:

- Quien maneja el dinero para los gastos del hogar
- Como se revierte en aspecto de salud de la familia.

Está confirmado que cuando la mujer maneja los gastos del hogar éstos se revierten en aspectos positivos de la salud de la familia como alimentación, vestido, educación, etc.

En nuestro estudio el dinero para los gastos en el hogar es manejado por la mujer en un 39.7% de la muestra realizada, el hombre controla el dinero y asigna los gastos de la familia en un 34.3% y otro integrante del hogar en un 24.9%. Si bien es cierto que se ha incrementado el % de mujeres que manejan el dinero del hogar aún el hombre retiene un 34.3% que según las expectativas de generar mejoras sustanciales en la salud familiar es considerado alto.

CUADRO 13

MANEJO DEL GASTO EN EL HOGAR. REGIÓN PIURA – 2007

Manejo de los gastos del hogar.	Nº.	%
El hombre	193	34.3
La mujer	223	39.7
Otros	140	24.9
Ns / Nr	6	1.1
TOTAL	562	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los investigadores

1.2.4 Carga de trabajo no remunerado

Otra de las variables exploradas referida o estrechamente vinculada a la equidad de género, es la referida a lo que se denomina la carga de trabajo no remunerado o trabajo doméstico, que las mujeres realizan a pesar de ser trabajadora, para ello exploramos quién realiza los trabajos domésticos, si éstos son realizados por la mujer y si es que su pareja colabora con ella en los mismos.

En el Cuadro No.14 se aprecian las principales actividades del hogar que se realizan, pudiendo apreciar que en la mujer recae el 71.5% de las actividades compartido con otra persona del hogar (familiar tanto de ella como de su pareja, el hombre) como ajena generalmente remunerada, empleada doméstica, el 14.1%, mientras que compartido con su pareja la mujer desarrolla el 5.0% de las tareas hogareñas, el hombre o la pareja solo cumple solo el 3.4% de dichas actividades y es fundamentalmente en la atención y juegos de los niños ponderado en un 7.5% y llevarlo a la escuela o participar en reuniones, así como a la atención de la salud en un 5.0%.

La mujer tiene una carga de trabajo doméstico aproximadamente ponderado a través de las encuestas aplicadas a la muestra de algo más de un 70%, y compartido con otra persona llega a un 85% mientras que el hombre solo o compartido con la mujer alcanza un 8.4% de las tareas del hogar. Esta situación es una clara expresión de la inequidad que existe en cuanto al trabajo doméstico, en el que aún el hombre se resiste a comprender, siendo esto una inequidad de género que afecta la salud de la mujer.

CUADRO 14**ACTIVIDADES DEL HOGAR REALIZADA POR LA MUJER Y COMPARTIDA CON SU PAREJA. REGIÓN PIURA – 2007**

Persona que realiza las actividades del Hogar	Tipo de actividades del Hogar					Total
	Cocina	Limpia la casa	Lava y plancha ropa	Atiende a los niños	Médico /Escuela de niños	
La mujer	80.2	72.2	77.2	61.6	66.4	71.5
Compartido con mi pareja	3.6	6.2	3.6	6.0	5.7	5.0
Compartido con otra persona del hogar	6.9	11.4	10.3	6.0	5.2	8.0
Compartido con otra persona remunerada	0.9	1.1	1.2	0.2	0.4	0.8
La pareja	1.6	1.8	0.7	7.5	5.3	3.4
Otra persona del hogar o familia	5.3	5.3	4.8	4.3	3.4	4.6
Persona ajena al hogar/remunerada	0.5	0.9	1.2	14.4	13.7	6.1
NS/NR	0.9	1.1	0.9	0	0	1.0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas aplicadas por los Investigadores

1.2.5 Empleo

Con relación al empleo, como otra de las determinantes sociales de la salud, también se evidencia la inequidad de género, existe un alto % de personas sin empleo.

La población femenina en edad de trabajar en el Perú son 10'504,880, de ellas hay 6'313,519 que integran la PEA y 4'191,261 que se encuentran fuera. La PEA femenina ocupada alcanza los 5'976,050 y la desocupada 337,669. La PEA ocupada se distribuye en 23.5% de asalariados y 71.2% independientes.

El grupo en edad de trabajar con mayor desempleo es el de 18 a 24 años que en el 2004 registró un desempleo abierto de 18.8%.

En el análisis por categorías ocupacionales se puede subrayar que las mujeres realizan principalmente empleos de tipo familiar no remunerado, es decir como ayudantes de los negocios de sus esposos y familiares: 39.1%. Esto es más significativamente evidente en el sector rural (64.9%), lo que implica que la mujer del campo suele trabajar en las labores de siembra cuidado y cosecha, sin ingreso propio.

En el área urbana la categoría de ocupación principal de las mujeres es la de empleada (37.6%), lo que se asocia directamente con las actividades de servicios y comercio, donde se contrata el mayor número de mujeres.

Las mujeres con empleo independiente son un grupo importante: 15% nacional, 15.7% en el área urbana y 13.9% en la rural. Las obreras son 11% nacional y urbana. El grupo de trabajadores del hogar equivale al 8% del empleo de mujeres nacional, mientras que sólo el 0.8% de los hombres participa de esta categoría, lo que la hace típicamente femenina. Las mujeres empleadas y patronas sólo representan el 0.2% de la PEA ocupada.

Vista la situación por ramas de actividad se aprecia que la mayor concentración de mujeres se da en los sectores de Servicios (28.6%), Comercio (29.5%), Agricultura (24.9%), entre estos tres sectores en conjunto suman 83%.

En el área rural la actividad principal es la agricultura (66%) siguiéndole en importancia los servicios y el comercio.

CUADRO 15

GRUPOS FOCALES POR MUNICIPIOS Y PARTICIPANTES REGIÓN PIURA – 2007

Municipio	Población	Prestadores
Piura	4	3
Castilla	4	2
Sullana	4	1
Paita	3	1
Ayabaca	3	1
TOTAL	18	8

Fuente: Encuestas aplicadas por los Investigadores

CUADRO 16

ENTREVISTAS SEMI ESTRUCTURADA A INFORMANTES CLAVES REGIÓN PIURA – 2007

Municipio	P. Salud	Gob. Reg. y Local	Comunidad	Otras Instituciones	Total
Piura / Castilla	8	4	4	4	20
Sullana	3	2	2	2	9
Paita	2	2	2	2	8
Ayabaca	2	2	2	2	8
TOTAL	15	10	10	10	45

Fuente: Encuestas aplicadas por los Investigadores

INFORME FINAL CUALITATIVO

ANÁLISIS PARTICIPATIVO

El Análisis Participativo es un componente del Diagnóstico Social Participativo realizado en la Región Piura sobre la Situación de Salud; para su exploración se diseñó un estudio Cualitativo Participativo utilizando técnicas de entrevistas semiestructurada y a profundidad para los informantes claves como: Autoridades Municipales, Alcaldes y Regidores, Funcionarios de Salud, de Instituciones sociales y Representantes de la Comunidad organizada, en otra forma de búsqueda de información se utilizan grupos focales de la población estructurada según los criterios de:

- Estrato socio económico (medio y bajo)
- La edad (adulto mayor y jóvenes)
- Sexo con enfoque de género (mujeres)

Además se realizó en los prestadores de los servicios de salud.

El propósito es poder comprender e interpretar la situación de salud expresada en el perfil de salud resultante de ASIS y descritos en los anteriores capítulos del presente estudio. En el mismo analizamos las expectativas y criterios de la prestación de los participantes de la situación de salud, de los problemas y necesidades de salud desde su perspectiva la forma y entrega de los servicios de salud que podemos enmarcarlas en la calidad y aceptabilidad de los servicios de salud que recibe la población.

Según ello se escogió una muestra de conveniencia de la población y centros de salud de los distritos de:

- Piura
- Castilla
- Sullana
- Paita
- Ayabaca

Los criterios para la selección fueron en base a la concentración de población en Piura, Castilla y Sullana; escogiendo uno de costa como Paita y otro que represente a un sector de la población con características culturales y geográficas de la sierra que fue Ayabaca.

La distribución de los tipos de técnicas empleadas y los distritos donde se realizó se expresa en el Cuadro N° 1

CUADRO 1
TOTAL DE GRUPOS FOCALES

Distrito	Grupos Focales		Entrevista
	Población	Prestad.	
Piura	4	2	10
Castilla	4	2	8
Sullana	4	1	9
Paita	3	1	8
Ayabaca	3	1	8
TOTAL	18	7	43

Los resultados se ordenaron y procesaron independiente; las entrevistas y los resultados de los Grupos Focales con el Programa Atlas-ti. y, según los criterios del investigador se agruparon constructos de primer orden de los planteamientos de los participantes y, a partir de ellos se elaboraron los constructos de segundo orden que a continuación analizamos.

1. Análisis de los Resultados

Entrevistas a Informantes claves

Las entrevistas realizadas según lo programado se cumplieron y las categorías cualitativas, objeto de análisis; fueron sistematizados los datos cualitativos tomado de los diferentes estratos de personas y funcionarios entrevistados tanto autoridades, del sector salud y la comunidad.

El procesamiento de los datos fue el siguiente:

Un primer aspecto del procesamiento de la información tiene que ver con la organización de los datos cualitativos disponibles después de transcribir de forma plana las entrevistas tal y como fue expuesta por los informantes entrevistados.

Esta organización del proceso de sistematización pasa por varias etapas:

- a) Una primera meramente descriptiva, donde se hace acopio de toda la información obtenida, de una manera bastante textual.
- b) Una segunda, en la que se segmenta ese conjunto inicial de datos, a partir de unas categorías descriptivas que han emergido de los mismos y que permiten una reagrupación y una lectura distinta de esos mismos datos; para ello nos apoyamos en elaborar una matriz inicial que permite mayor comprensión de la información e ir concretando la misma por categoría y además de donde provienen, también conocido como formación de constructos de primer orden (Ver Anexo N° 1)
- c) Una tercera en la cual, a partir de la interrelación de las categorías descriptivas identificadas y la construcción de constructos de segundo orden o axiales, se estructura la presentación sintética y conceptualizada de los datos.

Este paso al igual que el anterior pero con mayor concreción nos hemos basado aunque no exactamente igual según aporte utilizados por algunos autores, como *Miles y Huberman (1994)*, ideando procedimientos como el de elaboración de matrices, a partir de los cuales, es posible hacer un barrido sistemático de los datos e identificar relaciones, "invisibles" hasta ese momento, así como eliminar superposiciones e incluir o compactar algunas por su similitud con otras más abarcadoras. (Anexo N° 2).

Esta tipo de tácticas de progresión avanza desde la simple descripción que son las traducciones literales hasta la explicación, y desde lo concreto que de ahí hemos derivado hasta lo más conceptual y abstracto.

Analizaremos cada categoría y el resultado del proceso de sistematización antes descrito.

En el proceso de construcción y validación de categorías, se desarrolló el sistema de categorías, que es el primer paso para la estructuración del análisis tras la culminación total del trabajo de campo. Este se desarrolla en tres grandes fases o etapas: **descriptiva, relacional y selectiva**.

En la descriptiva que es el Anexo No. 1 está la descripción extraída de las transcripciones de las entrevistas y en ocasiones aparece tal y como lo han expresado las personas entrevistadas.

La etapa relacional se ha agrupado en otra matriz ya analizando y ponderando los datos ofrecidos por los diferentes participantes y que se busca relacionar y concretar en un barrido discriminatorio, reagrupando lo que más se repite y predomina; así queda expresada en el Anexo N° 2., en el que ya por categorías cualitativas se concretan los problemas de carácter selectivo como son:

1. **Problemas de Salud:** Aquí en la etapa selectiva sobresalen y son repetidos y concretados lo referente a:
 - a) La Situación de salud ya en el ASIS detectada donde predominan la alta incidencia de morbimortalidad por Enfermedades transmisibles, mortalidad materna y salud materno Infantil, la desnutrición y parasitosis.
 - b) Inadecuada atención a la salud por la falta de accesibilidad y cobertura de los servicios de salud a la población.
 - c) La poca capacidad resolutoria de las Redes de Servicios de Salud, por deficiente infraestructura, equipamiento y escasez de medicamentos, unido a una insuficiente competencia y desempeño del personal que desarrolla las acciones de salud.
 - d) Falta de Rectoría del MINSA que afecta la Integración y coordinación del sistema de Salud
 - e) La falta de saneamiento ambiental y el deterioro del medio físico y natural que vulnera la salud ambiental.
 - f) La Falta prioridad APS y de un enfoque de promoción y prevención en el modelo de atención del Sistema a la salud de la población.
 - g) No existe una activa participación de la población en la identificación y solución de los problemas y necesidades que afecta su propia salud.

2. Necesidades de Salud: Alrededor de esta categoría se han manifestado los diferentes actores, de ello hemos seleccionado mediante el procedimiento antes descrito, las siguientes necesidades que permiten interpretar la Gestión de salud de la Región Piura:

- a) Mayor eficiencia en la Gestión de Salud expresada en los resultados.
- b) Mayor accesibilidad geográfica y económica de los servicios de salud para incrementar las coberturas de atención y mejorar la salud de la población.
- c) Formar equipos multidisciplinarios para la intervención con enfoques preventivos promocionales en las acciones de salud que se realicen.
- d) La Comunicación social en salud mediante técnicas de Educación para la Salud como una estrategia de promoción de salud.
- e) Extender los horarios de consultas como una forma de ampliar la accesibilidad, cobertura y mejor utilización de los recursos de salud.
- f) Acceso de medicamentos de bajo costo accesibles a los gastos de bolsillo de la población.
- g) La Intersectorialidad para potenciar las capacidades y acciones de salud en la población.
- h) Las desigualdades sociales en el orden económico dado por la pobreza y marginalidad de una parte considerable de la población que resulta vulnerable a preservar su salud.

3. Los Servicios de Salud responden a los problemas y necesidades de salud de la población. Ante esta categoría la mayoría de las intervenciones señalan que no responden destacándose los siguientes argumentos sustentarios:

- a) Los servicios de salud que se ofrecen son basado en un paradigma asistencialista y curativo, carente de un enfoque preventivo promocional.
- b) No fomenta el cuidado de la vida del ser humano.
- c) Existe carencia de infraestructura, tecnología e insumos que se traduce en poca capacidad resolutive de los establecimientos generando insatisfacción, malestar y falta de credibilidad de la población en los mismos.
- d) El trato inadecuado por el personal de salud a la población demandante de los servicios afecta definitivamente la calidad de los servicios de salud.

4. Que debe hacer el Gobierno para mejorar la salud de la población. Esta categoría ha sido diseñada para legitimar el rol de los diferentes actores, que a continuación señalamos, y que intervienen en la respuesta social a la situación de salud de la población en la Región Piura

- a) Coordinar y promover la inversión en salud: en infraestructura, Proyectos, incremento de plazas, etc.
- b) Desarrollar y controlar de forma enérgica y eficiente el saneamiento básico como una forma de mejorar la salud de la población expresada y contenida en los Objetivos Desarrollo del Milenio.

- c) Establecer coordinaciones con el MINSA para promover el crecimiento y extensión de las Redes de Salud hasta poblaciones alejadas y de difícil acceso.
- d) Evaluar el Programa de Ayuda Alimentaria.
- e) Difundir, ejecutar y controlar un Plan de Desarrollo Integral para la Región
- f) Promover la creación de fuentes de empleo como una forma de lucha contra la Pobreza.
- g) Brindar el apoyo y promover el funcionamiento de los Consejos de Salud como espacios para la Intersectorialidad.
- h) Mayor apoyo y prioridad al sector salud.
- i) Desarrollar la descentralización.
- j) Mayor exigencia de los resultados de gestión al MINSA y Essalud

5. Que debe hacer el Sector Salud para mejorar la salud de la población

Es otro de los actores explorados que interviene y participa en la preservación de la salud de la población.

- a) Disponer de mayor competencia en los equipos de salud.
- b) Brindar un trato afable a los pacientes.
- c) Incrementar las coberturas de atención en las zonas más alejadas.
- d) Desarrollar el Trabajo comunitario y la participación en las acciones de salud.
- e) Promover y desarrollar la intersectorialidad.
- f) Promoción de la salud y educar a la población los principales problemas de salud sobre todo en salud sexual y reproductiva y enfermedades transmisibles.
- g) Mejorar la calidad de atención y garantizar los insumos y provisión de los medicamentos para realizar las actividades del Sector.
- h) Trabajar por garantizar el aseguramiento universal de los servicios de salud.
- i) Mayor identificación del personal de salud con su trabajo y un mayor acercamiento y sensibilidad humana con la población.
- j) Mejorar la eficiencia en la gestión y la utilización de recursos
- k) Más integración de MINSA y Essalud.
- l) Reducir las interrupciones de atención por huelgas
- m) Realizar acciones de rectoría para la salud ambiental

6. Que debe hacer la población para mejorar su propia salud. El actor social y directamente involucrado en los resultados de la salud es la población que también debe asumir un rol protagónico como gestor de su propia salud.

- a) Adoptar hábitos saludables.
- b) Participar activamente en los programas educativos en salud, ejecutando sus experiencias.
- c) Prevenir las enfermedades.
- d) Las mujeres ejercer su derecho en cuanto a salud sexual y reproductiva.
- e) Mejorar el saneamiento del hogar y fomentar hábitos higiénicos y sanos de alimentación en la familia.

- f) Acudir periódicamente para recibir controles preventivos o curativos oportunos en el establecimiento de salud.
- g) Afiliación al SIS de todos los miembros de la familia.
- h) Exigir a las autoridades un trabajo conjunto con la comunidad. Hacer una revolución cultural para la salud.
- i) Promover y cuidar la higiene y el saneamiento del ambiente.

Grupos Focales

El resultado del proceso de sistematización de datos cualitativo, que ya fue descrito, obtenidos en los 18 Grupos focales realizados con la población y 7 a los prestadores de los servicios de salud en los 5 Distritos de la Región Piura antes expuesto, se concluye en que:

Los Grupos Focales se realizaron a la población y prestadores con el propósito de triangulación de los datos, un aspecto de utilidad en los estudios cualitativos para lograr mayor validez ya que el ser humano tiende a protegerse y escudarse de situaciones que puedan afectar su estima social, laboral o profesional.

En la sistematización y análisis de los datos de los Grupos focales de la población, se repiten muchos de los datos encontrados y analizados en las entrevistas como fundamentalmente en los de la población, que son los referidos a la Atención médica y prestación de los servicios de salud que es a este nivel de análisis participativo con la población o ciudadano común el más visible, diríamos que la “punta del iceberg”; estos se concretan en:

- Calidad de los servicios de salud expresado en el grado de insatisfacción de la población en la mayoría de los espacios participativos de Piura, Ayabaca, Paita y Sullana, solo en Castilla encontramos una situación mejor a pesar de existir insatisfacción, hay muchas expresiones de satisfacción por los servicios prestados.
- Tiempo de espera prolongado prácticamente presente en todos aunque se hace más evidente en Ayabaca, quizás por el componente cultural de la población serrana campesina que requiere y valora mucho su tiempo para dedicar a su trabajo, así como en Piura muy relacionado con una mayor demanda por la población y la disponibilidad de acceso de los recursos para la atención (Ver Anexo N°. 6 – Ayabaca - y Anexo N° 4 - Piura).
- La poca capacidad resolutoria de la Red de Servicios de salud es un aspecto común en todos los Grupos aunque en algunos esto se refiere más a aspectos de infraestructura y médicos especialistas como Paita y Ayabaca mientras que Piura, Castilla y Sullana se destaca en la interrelación de los hospitales con los Centros de Salud, el suministro deficiente de medicamentos y falta incentivar el desarrollo científico y las investigaciones para dar solución a los problemas de salud de la población de oferta para satisfacer la demanda (Ver Anexos N° 3 – 4 – 6).

- La falta de seguridad ciudadana es expresada en Castilla como una limitante para acudir en determinadas horas a los Centros de Salud, situación no encontrada en el resto.
- En Ayabaca se manifiesta fuertemente vinculada a la capacidad resolutive y necesidades de la Red de Servicios de Salud la Inequidad distributiva de los recursos de la Sub región de Salud de Sullana que privilegia las 3 provincias costeras y Sullana por supuesto en detrimento de la Sierra de Ayabaca, que tienen mayores problemas de recursos limitados y asignados y mas dificultades de acceso de la población, aquí también se interpreta con un sentimiento de índole cultural. (Ver Anexo N° 6).

En el caso de los Grupos Focales de los prestadores el resumen de la sistematización de los datos se graficaron en el Anexo N° 5, en el cual podemos resumirlo de la siguiente forma.

- Admiten que los servicios de salud que se brindan a la población son muy limitados. Esa limitante para brindar una mejor atención esta referida a recursos materiales como infraestructura, medicamentos e insumos y no hacen alusión a los aspectos que señala la población de relaciones interpersonales y tratos inadecuados o a la dedicación y mística que debe tener el trabajador de la salud.
- Expresan que el SIS tiene muchas limitaciones para su funcionamiento y sostenibilidad desde insumos y materiales que requiera ser suministrados, como por medicamentos y falta o demora de reembolsos económicos que perturban su sostenibilidad.
- Faltan incentivos para los trabajadores como seguridad en sus puestos de trabajos, de índole económico y de capacitación que no reciben.

2. Conclusiones

Realizado el proceso de sistematización de los datos y el análisis de los mismos, vamos concluyendo en interpretar o comprender el por qué de la situación de salud de la población, expresada en el perfil epidemiológico; por ello asimismo existen factores expresados por los informantes en las entrevistas y grupos focales que dependen de diferentes niveles como:

- a) El sistema determinado por las políticas, planes y programas que depende de forma centralizada aún por el nivel Central.
- b) Por los niveles intermedios de gobierno como la Región y los gobiernos distritales o municipios, en el rol que le corresponde para viabilizar y hacer posible la inversión en infraestructura de comunidades alejadas o de difícil acceso, promover los proyectos en salud, destinar recursos económicos suficientes para garantizar el funcionamiento y desarrollar las acciones de salud, la intersectorialidad impulsando el funcionamiento de los consejos de salud, la descentralización para dejar en manos de quienes están inmersos en el problema actual para solucionarlos; proteger el medio ambiente

- garantizando el saneamiento básico que es elemental como su palabra indica para la población y su salud. Exigir a los prestadores el cumplimiento de sus planes y programas con eficiencia exhibiendo resultados tangibles en la salud de la población.
- c) Los prestadores de los servicios mediante las instituciones MINSA y ESSALUD en el cual se evidencia que no responden a los problemas y necesidades de salud de la población; el proceso de sistematizar los datos y el análisis realizado revela aspectos que son factibles de solucionar como es la rectoría del MINSA y su rol en la organización, de integrador de las acciones de salud a la población, la accesibilidad de los servicios de salud que como se ha expresado no sólo depende de ampliación de la Red con infraestructura, equipamiento y personal que sigue siendo necesario y prioritario; sino en programaciones y extensiones de horarios de consultas que son organizativos u obedecen a acomodados para compatibilizar el ejercicio privado en detrimento del público que algunos informantes llaman *“mercantilismo de la atención médica”*. La eficiencia en la gestión para el mejor uso de los recursos disponibles que también está relacionado con el anterior, el modelo de atención asistencialista en lugar de fortalecer la APS y las acciones preventivas promocionales como han expresado *“una revolución en la atención a la salud de la población”*; enfocada como un cambio de paradigma que es una revolución en el quehacer cotidiano para atender las necesidades de salud que la población demanda. Incrementar la capacidad resolutoria de las Redes de Servicios de Salud como una expresión concreta y efectiva de la gestión de salud, lograr la participación de la población pero más allá del discurso utilizando la estrategia de educación para la salud para concienciar y motivar a la población cumpla un rol diferente de gestión y control de su propia salud, intervenir en la eficiencia y efectividad para la aplicación y funcionamiento del SIS que es un medio importante para paliar la situación de pobreza, marginalidad y desigualdad que tiene un importante sector de la población, que los hace más vulnerables a la pérdida de la salud.
- d) La población, otro componente importante y con protagonismo en esta situación y además, motor para lograr el cambio necesario y consciente como lo expresan *“participando activamente en los programas educativos para poder aplicar sus experiencia”* ya que es muy difícil que alguien logre participación si es que desconoce, adoptando hábitos de vida saludable, tener una conducta preventiva extendida a promover y cuidar la higiene y el saneamiento del ambiente desde su espacio que es el hogar, el trabajo, la escuela y su entorno; hacer valer sus derechos en el tema salud y social y una forma es exigiendo a las autoridades de gobierno y salud; acudir a los controles oportunamente y exigir el correcto funcionamiento de los derechos y beneficios que le otorga el SIS.

En estas conclusiones están plasmadas, un arduo trabajo de investigación cualitativa que hemos tratado de conservar y hacerlo útil para que se revierta como un justo agradecimiento de cientos de personas que a él contribuyeron y a quienes agradecemos como artífices de este trabajo.

ANEXO 1

**MATRIZ DESCRIPTIVA DE ENTREVISTAS
DIAGNOSTICO SOCIAL PARTICIPATIV EN SALUD
REGIÓN PIURA – 2007**

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES -AYABACA

¿Cuáles usted considera son los principales problema de Salud que tiene la población?	<p>TENIENTE GOBERNADOR DE YACUPAMPA - AYABACA</p> <p>Inadecuada atención Escasez de medicamentos Dificultades para la referencia Carencia económica</p>	<p>REGIDORA</p> <p>Anemia Desnutrición infantil. Parasitosis Problemas visuales Artritis</p>	<p>VOLUNTARIO DE CUERPO DE PAZ AYABACA</p> <p>Saneamiento ambiental Desnutrición y malnutrición Desempleo Manejo inadecuado de los residuos sólidos Animales sueltos</p>	<p>REPRESENTANTE DEL VASO DE LECHE</p> <p>Desnutrición infantil</p>	<p>MEDICO ASISTENTE DE CS AYABACA</p> <p>-Desnutrición -Parasitosis -Infecciones respiratorias -Enfermedades diarreicas -Violencia familiar</p>	<p>PERSONAL TECNICO DE SALUD</p> <p>Bajo nivel socio económico. Desnutrición infantil. Parasitosis intestinal. Falta de servicios de saneamiento</p>
---	---	--	--	---	---	--

(Continuación de entrevista a informantes claves – Ayabaca...)

	TENIENTE GOBERNADOR DE YACUPAMPA - AYABACA	REGIDORA	VOLUNTARIO DE CUERPO DE PAZ AYABACA	REPRESENTANTE DEL VASO DE LECHE	MEDICO ASISTENTE DE CS AYABACA	PERSONAL TECNICO DE SALUD
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Carencia de especialistas	Carencia de hospital Carencia de especialistas, equipos y vehículos. Carencia de establecimientos de salud en comunidades alejadas.	Acceso a la alimentación	Carencia de hospital Se requiere de servicios eficientes de salud	- Consejería nutricional - Saneamiento básico	Información con lenguaje sencillo y calidez. Información sobre salud y utilización de los medios de comunicación para estos fines. Económica Escaso nivel educativo – cultural.
La atención a la salud tiende a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población ¿Porqué?	NO Se carece de facilidades para una mejor atención	NO El establecimiento de salud no apoya con materiales y otros en campañas de salud realizadas por el municipio. El personal de salud da mala atención a los pacientes y un real maltrato	NO No hay presencia del MINSA en las poblaciones. El establecimiento de salud sólo realiza actividades puntuales como pesar y tallar y no desarrolla capacidades en la población	NO El establecimiento de salud no cuenta con los equipos necesarios y los programas de nutrición que tiene ayuda muy poco	SI Cuentan con profesionales capacitados como: médico, nutricionista, etc.	NO Las necesidades de salud de la población están orientadas a la subsistencia y sobrevivencia, la atención de salud queda en segundo plano.

(Continuación de entrevista a informantes claves – Ayabaca...)

	TENIENTE GOBERNADOR DE YACUPAMPA - AYABACA	REGIDORA	VOLUNTARIO DE CUERPO DE PAZ AYABACA	REPRESENTANTE DEL VASO DE LECHE	MEDICO ASISTENTE DE CS AYABACA	PERSONAL TECNICO DE SALUD
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	Continuar facilitando de combustible para la transferencia de pacientes Coordinar con el establecimiento de salud.	Realizar campañas de salud y considerar dentro de su presupuesto una partida para esta actividad. Elaborar e implementar proyectos de salud relacionados a la atención de pacientes y entrega de medicamentos, priorizando zonas alejadas. Construir puestos de salud donde lo ameriten. Gestionar vehículos para la recolección de basura	Implementar un sistema de recolección de basura. Capacitar y educar a la población en saneamiento básico. Manejo adecuado de las excretas y eliminación de la basura para evitar la contaminación del agua. Manejo adecuado de la Cuenca Catamayo - Chira	Construir un hospital. Atender a la población de caseríos alejados a través de los consultorios municipales. Educar a la población sobre consumo de alimentos. Contribuir a disminuir los problemas sociales como la nutrición.	- Invertir en Saneamiento básico - Fortalecimiento del programa de ayuda alimentaria - Crear fuentes de trabajo - Coordinar con el MINSA - Trabajar con promotores	Difundir el plan de desarrollo integral. Propiciar que el sector educación y salud interactúen. Fomentar proyectos de autoconsumo y generación de ingresos. Realizar concursos comunitarios que fomenten la mejor de la salud. Propiciar el desarrollo humano: el desarrollo de capacidades.

(Continuación de entrevista a informantes claves – Ayabaca...)

Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	<p>TENIENTE GOBERNADOR DE YACUPAMPA - AYABACA</p> <p>Dar facilidades para la transferencia de pacientes</p> <p>Construir un hospital</p>	<p>REGIDORA</p> <p>Construir un hospital</p> <p>Mejorar los programas sociales, aumentando la ración de alimentos (desayuno escolar).</p> <p>Realizar campañas de salud.</p> <p>Invertir en saneamiento básico.</p> <p>Educar a la población en contenidos de salud.</p> <p>Trabajar con las organizaciones de base</p>	<p>VOLUNTARIO DE CUERPO DE PAZ AYABACA</p> <p>Mayor descentralización de los recursos.</p> <p>Propiciar la participación de la población y mayor escucha de sus opiniones.</p> <p>Generar fuentes de trabajo y empleo.</p> <p>Intervenciones sostenidas.</p>	<p>REPRESENTANTE DEL VASO DE LECHE</p> <p>Construir un hospital</p> <p>Promover una mayor descentralización de los recursos.</p> <p>Conocer un poco más la realidad social.</p>	<p>MEDICO ASISTENTE DE CS AYABACA</p> <p>- Mayor inversión en promoción de la salud</p> <p>- Fortalecer los programas alimentarios</p> <p>- Contar mas profesionales de la salud</p> <p>- Invertir en obras de saneamiento</p> <p>- Mejorar infraestructura y equipamiento de salud</p>	<p>PERSONAL TECNICO DE SALUD</p> <p>Apoyar la capacitación de los ACS.</p> <p>Elaborar materiales informativos contextualizados a la realidad.</p> <p>Apoyar todas las acciones para combatir la desnutrición.</p> <p>Mejorar las vías de comunicación y de acceso.</p> <p>Construcción de nuevos puestos de salud en zonas que carecen de ellos.</p>
--	---	--	---	--	--	--

(Continuación de entrevista a informantes claves – Ayabaca...)

	TENIENTE GOBERNADOR DE YACUPAMPA - AYABACA	REGIDORA	VOLUNTARIO DE CUERPO DE PAZ AYABACA	REPRESENTANTE DEL VASO DE LECHE	MEDICO ASISTENTE DE CS AYABACA	PERSONAL TECNICO DE SALUD
<p>Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población</p>	<p>Contar con médicos especialistas Construir un hospital</p>	<p>Capacitar constantemente a su personal de salud. Contar con especialistas para la atención de salud. Mejorar su equipamiento y vehículos para la referencia de pacientes. Mejorar su relacionamiento con la población, tener un trato amable. Contar con establecimientos de salud para las zonas más alejadas.</p>	<p>Trabajo comunitario. Interactuar y trabajar con los diferentes sectores. Mejora de servicio en relación a equipamiento (como ambulancia para el desplazamiento de pacientes). Educar a la población en género, derechos y planificación familiar.</p>	<p>Campañas de salud en los diferentes caseríos. Capacitar a las familias de las zonas rurales. Mejorar la calidad de atención. Contar con personal de salud experimentado.</p>	<p>- Trabajo de campo - Mejorar la coordinación intersectorial - Asegurar la adecuada provisión de los medicamentos - Promoción de la salud - Garantizar el aseguramiento universal</p>	<p>Fomentar una mayor identificación del personal de salud con su trabajo y un mayor acercamiento a la población. Mayor sensibilidad frente a la población. Hacer que se respete los derechos de las personas. Realizar actividades extramurales. Asignar mayor presupuesto para satisfacer las necesidades de emergencia (como referencia de pacientes en ambulancia). Respetar las creencias mito mágicas religiosas</p>

(Continuación de entrevista a informantes claves – Ayabaca...)

Según su criterio que debe hacer las poblacion para mejorar la salud	TENIENTE GOBERNADOR DE YACUPAMPA - AYABACA Hacer un reclamo para contar con médicos especialistas	REGIDORA Organizase para trabajar en bio huertos. Mejorar sus hábitos saludables. Participar de programas educativos en salud	VOLUNTARIO DE CUERPO DE PAZ AYABACA Prevenir las enfermedades. Las mujeres deben ejercer su derecho respecto a la planificación familiar. Mejorar el saneamiento del hogar	REPRESENTANTE DEL VASO DE LECHE Capacitarse y educarse respecto a su salud. Mejorar su alimentación	MEDICO ASISTENTE DE CS AYABACA - Llevar a la práctica las medidas de salubridad impartidas. - Aprovechas adecuadamente los programas alimentarios. - Acudir periódicamente al establecimiento de salud. - Afiliación al SIS de todos los miembros de la familia.	PERSONAL TECNICO DE SALUD Involucrarse en el cuidado de salud: La salud es tarea de todos. Exigir a las autoridades un trabajo conjunto con la comunidad. Organizarse por género y grupos etáreos. Asistir a actividades de capacitación y educación sanitaria. Hacer una revolución cultural para la salud
--	---	---	--	--	---	---

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES-PAITA

	GOBERNADOR	DIRECTOR DE COLEGIO	DEMUNA
¿Cuáles usted considera son los principales problemas de salud que tiene la población?	Paratosis, desnutrición, problema de visión/ sordera, depresión en adolescentes, adultos intentos de suicidio, drogadicción en aumento, alcoholismo en padres	Enfermedades Respiratorias. Falta de Prestadores SIS	Desnutrición Enfermedades respiratorias contaminación ambiental humo de fabricas arrojar deshechos al mar
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Falta información adecuada para prevenir enfermedades, charlas preventivas en grupos organizados	Abastecimiento adecuado de medicinas	Especialistas abastecimientos de medicamentos
La atención a la salud tiende a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población	SI Porque con medidas preventivas obtenemos un niño, una persona sana	NO NO tiene especialistas	NO Atención inadecuada. solo transfieren a Piura y a Sullana
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	Orientación psicológica. Ayudar a prevenir parásitos y problemas de la visión. Que trabajen con salud para mejorar la atención	Dejar de lado la política, que asuma su rol , responsabilizan a otros	Dar servicios de atención especializada en salud. Implementar boticas populares en AAHH a bajo costo
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	Fiscalizar a instituciones para mejorar uso de recursos. Que brinden financiamiento para construcción hospitales Las Mercedes, equipar adecuadamente establecimientos	Construcción de hospital Convenios para descentralizar campañas de salud	dar el presupuesto para construcción de hospital/ equipamiento y dotar de personal destinar recursos provenientes de tesoros nacional a gobiernos locales dentro del marco de la descentralización
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población	Que personas tengan mejor vocación, con capacidad de servicio. Que médicos traten mejor a pacientes más sensibles en dolor humano	Que atiendan al indigente por emergencia Que realicen campañas de prevención	dar mejor atención al publico
Según su criterio que debe hacer las población para mejorar la salud	Que dirigentes organicen a población tanto para exigir, como para hacer que población cuide salud. Buscar personas capacidades	Exigir a autoridades que cumplan con lo que tienen que hacer	Acciones de aseo desde el hogar y barrio

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES-PIURA

	REGIDOR SALUD MUNICIPALIDAD DE PIURA	ASESOR DEL ALCALDE MUNICIPALIDAD DE PIURA	PRESIDENTA COMISIÓN POBLACIÓN Y SALUD MUNICIPALIDAD DE PIURA	DIRECTOR SALUD AMBIENTAL MUNICIPALIDAD DE PIURA
¿Cuáles usted considera son los principales problema de Salud que tiene la población?	30% de la población excluida de servicios de salud Falta autoridad en Minsa Pobre eficiencia de servicio Carencia de especialidades	Falta de tecnología médica Falta de trabajo integrado Salud ambiental Exclusión socialista	Saneamiento básico Higiene y limpieza Falta prioridad APS Falta enfoque de promoción y prevención Deficiente formación de recursos humanos	Exclusión social Desnutrición en niños Cobertura insuficiente Pobre participación social Bajo nivel de educación salud Deficiencia saneamiento básico
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Falta de recursos humanos Falta de camas para hospitales Falta de accesibilidad al servicio	Que servicios trabajen en la tarde Que mejore el agua Que tengan acceso a medicinas más baratas Que bajen las tarifas de Essalud	Exclusión social Insuficiencias de la red asistencial Accesibilidad limitada Deficiente estilo de vida Medicinas caras Salud ambiental lenta	Insuficiencia de red de APS Insuficiente capacidad resolutiva Insuficiencia de profesionales competentes Falta de tecnología de punta Falta laboratorio de salud ambiental
La atención a la salud tiende a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población Porqué	SI Salud en sector estratégico para el desarrollo y la calidad de vida	SI Un servicio vital de la población Un derecho humano fundamental	SI El sistema de salud esta designado a eso La salud pública debe fomentar más salud y cuidar la vida humana	SI Salud un derecho humano fundamental y sin salud no hay desarrollo humano
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	Más Descentralización Más intersectorialidad Mejorar saneamiento Mejorar salud ambiental	Mejorar la higiene Mejorar la educación Mejorar ambiente Mejorar control por emergencia a Salud	Mas participación ciudadana Mas educación en salud Más intersectorialidad Más descentralización Más prioridad a salud	Descentralización intersectorialidad mayor participación ciudadana mas labor de educación salud ocuparse de los problemas ambientales municipios saludables

(Continuación de: entrevista a informantes claves - Piura...)

	REGIDOR SALUD MUNICIPALIDAD DE PIURA	ASESOR DEL ALCALDE MUNICIPALIDAD DE PIURA	PRESIDENTA COMISIÓN POBLACIÓN Y SALUD MUNICIPALIDAD DE PIURA	DIRECTOR SALUD AMBIENTAL MUNICIPALIDAD DE PIURA
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	Incrementar financiamiento Gestionar especialidades deficientes Terminar inversión hospital Sta Rosa Ocuparse salud ambiental	Ocuparse más de la salud ambiental Incrementar financiamiento Acelerar la descentralización Invertir más en APS y hospitales	Agilizar la descentralización Más y mejor intersectorialidad mayor presupuesto a salud	Incrementar presupuesto a la salud Incrementar la selección de recursos humanos por meritos Atención más directa al sector Menos intromisión política mas exigencia de Minsa y Essalud mejorar niveles de saneamiento básico
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población	Mejorar utilización de recursos Más estrecha coordinación Más integración de Minsa y Essalud Capacitarse más Romper paradigma curativos Mejorar APS Ser mejor aliado de población	Capacitar recursos humanos Cambiar paradigmas Tener mas mística Servicio humano tratar mejor a la población ser menos mercantil acabar la huelga incrementar calidad	Capacitar profesionales Utilizar mejor los recursos Cambiar paradigma curativo Ser mas eficientes Incrementar la calidad de servicio Mejorar la gerencia institucional	Cambiar paradigmas Más cultura de promoción y prevención ocuparse más de salud ambiental ocuparse mas de servicios ocupacionales Capacitar más y mejorar a profesionales Incrementar las exigencias
Según su criterio que debe hacer las población para mejorar la salud	Incrementar participación ciudadana Más fiscalización Mejorar estilo de vida Cuidar la higiene Evitar micro vertederos	Mejor participación comunitaria Más conciencia de los riesgos Cuidar la higiene y el saneamiento Más exigencia y fiscalización	Cuidar estilo de vida Incrementar la higiene Hervir el agua	Mejora instrucción por educación para la salud Más participación comunitaria Cuidar más el ambiente Mejorar estilo de vida Evitar factores de riesgo

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES-PIURA

	VICERRECTOR ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA MEDICO GINECÓLOGO	EX ASESOR Y EX DIRECTOR REGIÓN MINSA PIURA	DIRECTOR DE DIRESA MINSA – PIURA
¿Cuáles usted considera son los principales problema de Salud que tiene la población?	Carencia de servicios de calidad Acceso a dichos servicios Barreras económicas	Insuficiencia de hospitales Mortalidad infantil – mortalidad materna Mortalidad Perinatal Salud ambiental Falta de autoridad y rectoría	Red asistencial y laboratorios insuficientes Falta de recursos humanos Déficit de tecnología SIS demora en reembolsar dinero Falta financiamiento a salud
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Atención integral de salud Educación para la salud Participación en el diseño de políticas	APS mas resolutive Aps y hospitales más eficientes Mejor cobertura Inversión para hospitales	Desnutrición en niños Madres adolescentes Muertes maternas incrementan Incrementan enfermedades epidémicas Enfermedades transmisibles alto incidencia
La atención a la salud tiende a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población Porqué	NO Los servicios de salud están desorganizados, no hay coordinación, no hay sistemas de referencia y contrarreferencia, coberturas insuficientes, equipos de salud incompletos	SI Salud un servicio social básico Salud un derecho humano fundamental Servicio de salud no hay desarrollo socio económico	SI Salud y educación estratégico del desarrollo económico y social
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	Implementar una política de atención a la salud en su territorio Asumir liderazgo de atención a la salud en su territorio Capacitar al personal profesional, técnico y auxiliar. Fomentar la participación comunitaria Fomentar la participación intersectorial	Mejor atención a salud Mejor financiamiento Más control sobre sistema de salud Mejorar el saneamiento básico	Más control por exigencia a salud Más ayuda a salud Más atención a problemas ambiente Mejorar calidad de agua Mejorar saneamiento

(Continuación de: entrevista a informantes claves - Piura...)

	VICERRECTOR ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA MEDICO GINECÓLOGO	EX ASESOR Y EX DIRECTOR REGIÓN MINSA PIURA	DIRECTOR DE DIRESA MINSA – PIURA
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	Asumir la rectoría del sistema de salud en la región Implementar la política regional de salud en el marco de leyes de sistema descentralizado de salud y municipalización de la salud Realizar el diagnóstico real de las necesidades de salud de la población Capacitar a recursos humanos para que se implementen las políticas indicadas Coordinación intersectorial	Dejar trabajar y exigir a autoridades Apoyar equipo de salud Gestión de presupuesto para salud Inversión en agua y saneamiento	Incrementar financiamiento a salud Mejorar inversión al sistema de salud Mejorar saneamiento Mejorar calidad del agua
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población	Coordinar con su comunidad Mejorar la calidad de servicios Eliminar las barreras que limitan al acceso de servicio Participar o fomentar la participación intersectorial Reducir costos: ampliar horarios de atención, provisión de medicamentos genéricos	Capacitar sus recursos humanos Mejorar la planificación de salud Incrementar su eficiencia Ocuparse de la calidad de servicio	Más capacitación Mejorar calidad de atención Más humanismo Menos mercantilismo Cambiar paradigma curativo Más promoción y prevención
Según su criterio que debe hacer las población para mejorar la salud	Participar con su municipio en las acciones de salud Participar en jornadas educativas Exigir el derecho a la salud Ejercer vigilancia sobre su institución de salud Solicitar la rendición de cuentas en los establecimientos de salud que corresponde	Incrementar su auto cuidado Mejora la cultura de salud Exija a las autoridades de salud más calidad y eficiencia Proteja el medio ambiente	Más compromiso en su salud Mejor atención y cuidado a salud Más vinculación en cuentas de salud Más cuidado al ambiente Hervir el agua Evitar vectores

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES-SULLANA

	TENIENTE DE ALCALDE SULLANA	JUEZA DE PAZ DEL 9 DE OCTUBRE
¿Cuáles usted considera son los principales problema de Salud que tiene la población?	Enfermedades alérgicas, gastrointestinales y bronquiales	Un problema de salud es la insalubridad
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Implementación de hospitales, postas médicas, especialidades médicas	No estar con las aglomeraciones el espacio en que ellos se desenvuelven no les permite atender con calidad
La atención a la salud tiende a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población Porqué	NO Actualmente existe deficiencia de infraestructura de hospitales, existe deficiencia en especialistas y carece de equipos sofisticados modernos	NO Nuestro personal es escaso y nuestro local que brinda la atención es pequeño
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	La municipalidad sólo puede apertura para solucionar problemas primarios de salud, concientización de la población, implementar infraestructura de postas médicas	Sobre todo de que sean concientes y que ahora los presupuestos participativos sirvan directamente para ver la infraestructura que existe
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	Mejorar hospitales tanto en infraestructura como implementación de equipos médicos, crear especializaciones medicas	Que dentro de su techo presupuestal priorice a salud
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población	Coordinar con gobiernos regionales, locales y nacionales para conseguir recursos para infraestructura, equipos y personal	Sobre todo unirse dentro del CLAS, dentro de la Gerencia. Tenemos que ser más informativos, más comunicativos y sobre todo darle a saber a nuestra población que cosa es el CLAS porque muchos no sabemos
Según su criterio que debe hacer las población para mejorar la salud	Mejorar higiene, hábitos de alimentación, realizarse chequeos médicos periódicos y no automedicarse y otros que se indique su médico	Nos hemos acostumbrado a la rutina de estar viviendo pero no tenemos conciencia de lo que significa salud

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES-SULLANA

	DIRECTOR SUB.REGION DE SALUD	DIRECTOR HOSPITAL MINSA-SULLANA	JEFE DPTO. DE CIRUGIA HOSPITAL MINSA- SULLANA	GERENTE DEL CLAS 9 DE OCTUBRE
¿Cuáles usted considera son los principales problema de Salud que tiene la población?	Los problemas de salud se basa en la cuestión de conocimientos, manejo de aparición de enfermedades en ellas.	Económicos oferta bajo costo	Preventiva Promocionales Salud Infantil materno perinatal infección VIH	Los primeros y únicos problemas que tiene 9 de Octubre es el bajo presupuesto a nivel nacional, que esto trae como consecuencia la infraestructura inadecuada del establecimiento.
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Enfocando desde el punto de vista de la salud publica, oferta de los servicios de salud, en cuanto a infraestructura, recursos humanos	Educación en la población proyección a la población	Atención salud Reproductiva accidelitos	Son muchas. Las necesidades en 9 de Octubre son muchas y yo las podría reducir hasta en 2 o 3 de ellas
La atención a la salud tiene a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población Porqué	NO No sólo es sector salud, ahora todo se toma desde un nivel multisectorial, incluso con cuestiones multifactoriales de origen para una determinada enfermedad	NO No llega a todos los servicios de salud	NO En gran parte atención los problemas de salud , ya que estos van de la mano de los problemas económicos	NO Definitivamente con todo lo que te estoy diciendo, es difícil de que nosotros podamos ver la solución de todos los problemas de salud
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	Promover la participación ciudadana da buenos resultados en establecimientos de salud a nivel nacional	Higiene gestionar ingresos para urbanización Solucionar deficiencias de agua y desagüe. educación en recursos humanos	Trabajar con el Minsa en presupuesto participativo potencializar con su ayuda los hospitales de su localidad	El primero podría ser: Mayor intervención de la Municipalidad en salud.

(Continuación de: Entrevista a informantes claves-Sullana...)

	DIRECTOR SUB. REGIÓN DE SALUD	DIRECTOR HOSPITAL MINSA-SULLANA	JEFE DPTO. DE CIRUGÍA HOSPITAL MINSA- SULLANA	GERENTE DE LA CLAS 9 DE OCTUBRE
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	Mejoras en la oferta de los servicios de salud. Tomar en cuenta el equipamiento, recursos humanos	Reparto equitativo de recursos aumentar presupuesto para los centros hospitalarios, educación a la población. Mejora de la infraestructura del hospital	Apoyo económico, logística, proyectos, supervisión y técnica	Un solo elemento: Mayor presupuesto al Ministerio de Salud. Simplemente, de que el Gobierno Regional se preocupe económicamente en los Centros de Salud de la Región.
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población	Tener o mejorar el grado de participación comunitaria que hay en la población mejorar el nivel o grado de relación que tengan con los actores sociales de las jurisdicciones sanitarias a las cuales ellos definitivamente brindan sus servicios	Mejorar el trato a los usuarios externos capacitación a todo el personal	Calidad, calidez, atención oportuna, capacitación constante	Lo primero que tendríamos que hacer es sensibilizar a los trabajadores para que la atención en el establecimiento sea con mucha más calidad, a pesar de las falencias que tenemos, específicamente económicas
Según su criterio que debe hacer las población para mejorar la salud	Emitir o transmitir a través de actividades de promoción y prevención en el entorno familiar, comunal. tomar iniciativas con respecto a acciones para prevenir enfermedades, epidemias y comunicárselo a las autoridades	Aceptar la educación que se el ofrece Aplicar medidas de salubridad acudir y exigir a las instituciones mejoras en el sistema	Participar en acciones preventivas promocionales	Educarse y tratar de involucrarse más en los problemas del establecimiento de salud."

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES-SULLANA

	MEDICO ASISTENTE HOSPITAL DE ESSALUD-SULLANA	MÉDICO ENCARGADO DE LA JEFATURA DEL CS BELLAVISTA	MEDICO, JEFE DEL DPTO. DE MEDICINA HAS II 2
¿Cuáles usted considera son los principales problema de Salud que tiene la población?	Déficit de nivel cultural 2 insalubridad(agua-desagüe) Saneamiento ambiental(mal recojo y disposición final de basura) 4 Deficientes políticas de salud trabajadores de salud con escasa mística de trabajo	Falta de accesibilidad al sistema de salud publico. sistema de salud no articulado establecimientos de salud con poca capacidad resolutive falta de políticas multisectoriales y articuladas	Falta de accesibilidad al sistema de salud publico. sistema de salud no articulado establecimientos de salud con poca capacidad resolutive falta de políticas multisectoriales y articuladas
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Intervención educativa comunitaria permanente a la población específicamente en la familia, escolares, adolescentes y adulto mayor) Mejor coordinación intersectorial (salud, educación, agricultura, etc.) a fin de unificar esfuerzo y recursos.	Son. Número uno: Un psicólogo porque hay mucho problema de conflicto social. Número dos: Un programa de alimentación, de orientación sobre alimentación porque hay alimentos económicos pero no los saben utilizar. Otro problema que tiene la población: Es crear la fuente de trabajo, una fuente aunque sea...	Equipos preventivos-promocionales, multidisciplinarios establecimientos de salud que coordinen políticas de salud, saneamiento medio-ambiente limpio establecimientos de nivel intermedio y de mayor resolución
La atención a la salud tiende a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población ¿Porqué?	NO Porque los problemas y necesidad de salud de la población son diversos y solo solucionar parte de ellos.	NO Porque a veces excluye problemas fundamentales o problemas que son la base de la pirámide, por ejemplo una población mayor de 40 o 50	NO Por que actualmente sólo es curativa y recuperativa, no hay intervencionismo preventivo promocional y no se tiene en cuenta a la población sana.
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	Que haya interés real por parte del gobierno local en priorizar la problemática de salud de la población. mayor control de mercados y lugares donde se exponen alimentos Mejorar la limpieza publica y disponer del recipiente para el recojo de estos. sanciones efectivas a pobladores que infrinjan con las medidas de salubridad	"Primero integrarse o conocer al 100% su distrito. Te pongo por ejemplo Bellavista, el distrito tiene que ser encaminado por el alcalde, priorizar las necesidades de cada sector.	Coordinar con la autoridad de salud. 2 unir sus presupuestos destinados a salud en ambas instituciones el alcalde debe conocer los problemas de salud de la población Monitorizar el cumplimiento de los planes de salud de su jurisdicción. 5 contribuir con la labor preventivo-promocional

(Continuación de: Entrevista a informantes claves-Sullana...)

Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	Disponer de políticas acorde con la problemática de salud de cada provincia y los trabajadores del sector. mayor control y vigilancia del uso de los recursos disposición de recursos administrativos y financieros en forma equitativa a los gobiernos municipales de su jurisdicción	Diagnóstico de Salud, Plan, Intervención Sanitaria al año, Presupuesto, Material Logístico y Personal Humano que va a realizar estas actividades	Compromiso real con la salud. Asesoramiento en salud por personal que conozcan el tema Manejo del presupuesto en salud y sus políticas regionales y nacionales por el sector salud de la región Infraestructura adecuada y no construir por politiquería. Estructurar un plan regional de salud
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población	Instituciones de salud con vocación de servicio. Capacitación permanente a los trabajadores en cuanto a las áreas de comunicación con los usuarios y personas con que labora Disponer en forma efectiva de los recursos que maneja priorizando las áreas de promoción, prevención y recuperación	Primero: Sensibilizarnos, estar concientes de somos el contacto del paciente, los que los atendemos, que somos los que les brindamos una buena o mala atención. Segundo: La infraestructura que tenemos deficiente. Tercero: Tener los insumos y medicamentos necesarios. Cuarto: Nosotros también tener capacitación constante.	Estructurar un plan integrador de los servicios que ofrecen. Es básico que conozcan todos sus presupuestos y redistribuirlo para no duplicar funciones
Según su criterio que debe hacer las población para mejorar la salud	tomar conciencia de la importancia de la salud y cuidarla no ceder su cuidado a las autoridades del sector	Educación, es lo primero. Educación y tratar el problema antisocial que se viva en esta zona: El pandillaje, alcoholismo, drogadicción, prostitución, lo cual ocasiona abandona de los niños.	la población debe saber que es parte de la solución para mejorar la salud participando activamente en la toma de decisiones mediante sus representantes en las diferentes instituciones e instancias de gobierno

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES-SULLANA

	POBLADOR DE CS BELLAVISTA-SULLANA
¿Cuáles usted considera son los principales problema de Salud que tiene la población?	Los principales problemas en salud, son con los pacientes de TBC, que es una enfermedad infectocontagiosa, hay que estar allí, allí con los pacientes porque algunos no quieren venir, a hacerse tratar para que les den de alta, para eso nosotros estamos allí en la posta de Bellavista.
¿Cuáles son las principales necesidades de salud de la población?	Al respecto de la salud, no hay trabajo para comprar los alimentos y por eso se enferma de TBC, porque a veces la gente que tiene algunos trabajos les dan a la gente que está en buenas condiciones que pueda trabajar, nosotros aquí que estamos en este programa de TBC que andamos en la búsqueda de los pacientes, nos habían ofrecido en el consejo darle a los familiares de los que están enfermos trabajen, pero hasta ahorita fuimos y hablamos y hasta ahorita el señor alcalde de la municipalidad de Sullana,
La atención a la salud tiende a solucionar los problemas y necesidades de salud que tiene la población Porqué	Ahorita, si, porque todos ya estamos formando organizaciones, comités de base, para que unidos todos nos ayuden a solucionar los problemas.
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer los Gobiernos municipales para mejorar la salud de la población	Que deben de abrir trabajo donde se hacen obras, por ejemplo la plaza de armas ya estaba bonita no tenía ningún problema, pero vuelta la desbarataron y está a medio limpiar, si una cosa estando bien porque la vuelven a desbaratar. Y buscan a los más conocidos que son sus familiares de ellos y de allí a las verdaderas personas que lo necesitamos los que estamos sufriendo del TBC, del SIDA, estará uno de la casa pero los demás, para comprar los alimentos, los medicamentos, como va hacer esa gente para mejorar.
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer el Gobierno Regional para mejorar la salud de la población	El gobierno regional debería pues hablar con los alcaldes y decirles que ayude a la gente que es la que más necesite, no solo a la gente que tiene, y que tiene hasta dos trabajos, uno por la mañana y otro por la tarde.
Mencione 5 elementos que usted considere deba hacer las instituciones de salud para brindar una mejor atención de salud a la población	Coordinar con todas las personas que son allegadas diariamente a buscar la salud y también orientarlos, porque la gente pobre como no ha tenido calor de carpeta, no tiene, no está bien orientada, entonces el que sabe más se lo hecha al bolsillo al que no sabe; por allí lo engaña le dice vente mañana, vente pasado y así lo tiene engañando y no le soluciona el problema
Según su criterio que debe hacer las población para mejorar la salud	La población debe de seguir también así a los capacitadotes y deben escucharles lo que les hablen por que es una cosa que les sirve para el bien de salir de ese atolladero de donde están.

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN PROGRESIVA DE DATOS CUALITATIVOS DE ENTREVISTA

Diagnóstico Social Participativo de Salud Región Piura - 2007

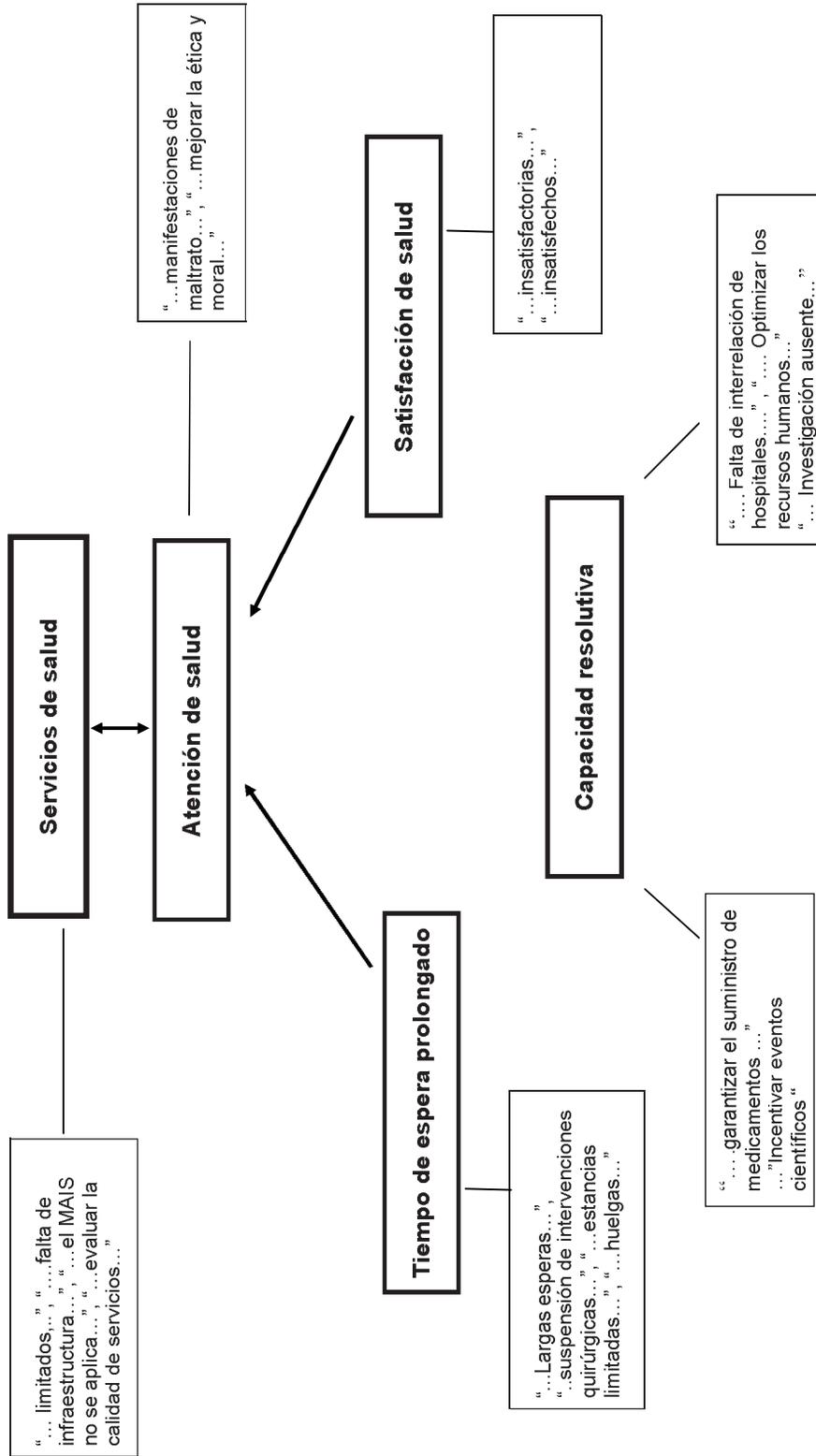
CATEGORÍAS	CONSTRUCTOS 2DO. ORDEN
1. Problemas de Salud de la población	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inadecuada atención y Falta de accesibilidad al sistema de salud público. 30% de la población excluida de servicios de salud. Cobertura insuficiente. ➤ Salud ambiental y Saneamiento básico ➤ Falta prioridad APS y de un enfoque de promoción y prevención ➤ Alta incidencia de Enfermedades transmisibles y nutricionales, (Desnutrición infantil, Anemia, Parasitosis, Enfermedades diarreicas agudas, enfermedades Respiratorias Agudas) Violencia familiar ➤ Falta Rectoría del MINSA: Integración y coordinación del sistema de Salud. ➤ Poca capacidad resolutive de la Red de Servicios de Salud. ➤ Escasez de medicamentos ➤ Pobreza y Bajo nivel socio económico, Exclusión social ➤ Pobre participación social ➤ Bajo nivel de educación salud ➤ Falta de infraestructura, tecnología y Deficiente formación de recursos humanos
2. Necesidades de Salud de la población	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mejor Eficiencia en la gestión de salud ○ Mayor acceso y cobertura a la población por los establecimientos de salud en comunidades alejadas, incrementando los hospitales y personal profesional y técnico para la atención a la salud. ○ Equipos preventivos- promocionales, multidisciplinarios ○ Comunicación social en salud sobre aspectos de prevención y promoción de la salud y mejor uso de los servicios de salud. comunicación ○ Incrementar el nivel educativo y cultural de la población. ○ Extensión de las atenciones en los servicios de salud por la tarde ○ Incrementar el acceso al agua segura por la población. ○ Tener acceso a medicinas mas baratas por la población ○ Que bajen las tarifas de Essalud ○ Reducir la exclusión social ○ Falta laboratorio de salud ambiental ○ Intervención educativa comunitaria permanente a la población específicamente en la familia, ○ Acciones de salud con intersectorialidad ○ Lucha contra la Pobreza ○ Incrementar el Empleo ○ Saneamiento medio-ambiente ○ Mayor resolutive de los Establecimientos de Salud
3. Los Servicios de Salud responden a los problemas y necesidades de salud de la población	<p>No, por que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualmente los Servicios de Salud solo son curativa y recuperativa, no hay intervencionismo preventivo promocional y no se tiene en cuenta a la población sana. ➤ La salud pública debe fomentar más salud y cuidar la vida humana. ➤ Carece de recursos de infraestructura, materiales y personal para brindar una mejor atención. ➤ El personal de salud da mala atención a los pacientes y un real maltrato. ➤ No hay presencia del MINSA en las poblaciones. ➤ Tiene falta de capacidad resolutive de los servicios de salud

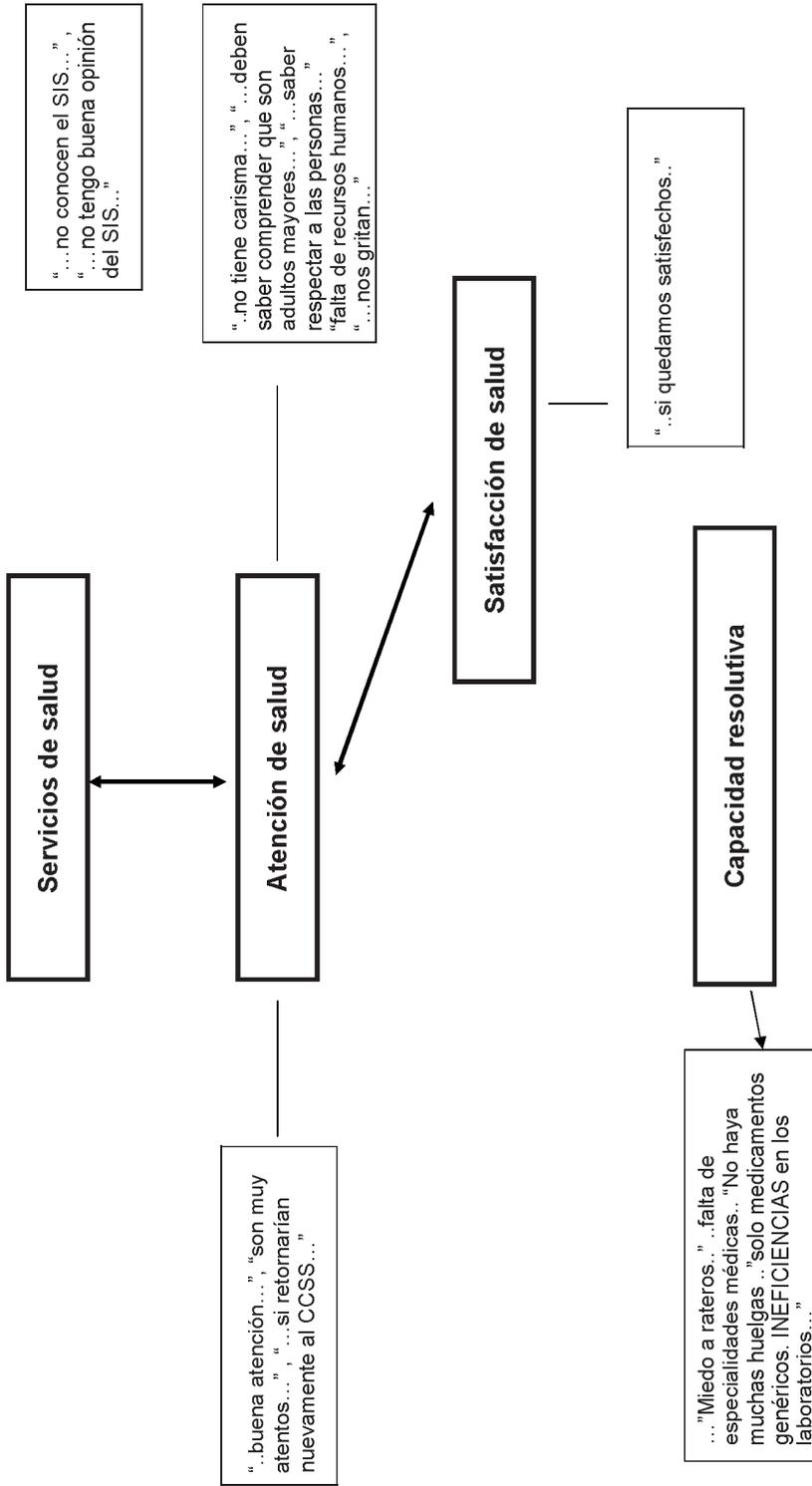
(Continuación de diagnóstico social participativo de Salud Región Piura – 2007...)

CATEGORÍAS	CONSTRUCTOS 2DO. ORDEN
<p>4. Que debe hacer el Gobierno para mejorar la salud de la población</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar y promover la inversión en salud. ➤ Desarrollar una eficiente gestión en el saneamiento básico para proteger la salud de la población. ➤ Atender a la población de caseríos alejados a través de los consultorios municipales ➤ Fortalecimiento del programa de ayuda alimentaria ➤ Crear fuentes de trabajo ➤ Coordinar con el MINSA ➤ Difundir el plan de desarrollo integral. ➤ Brindar apoyo a los Consejos de Salud como ámbito para la intersectorialidad. ➤ Mas. Descentralización ➤ Terminar inversión hospital Sta Rosa ➤ Promover la participación ciudadana en las acciones de salud de la población. ➤ Brindar mayor apoyo y prioridad al sector salud y la población. ➤ Mayor exigencia de los resultados de gestión al MINSA y Essalud.
<p>5. Que debe hacer el Sector Salud para mejorar la salud de la población</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponer de mayor competencia en los equipos de salud. ➤ Mejorar su equipamiento y control de vehículos para el transporte de pacientes de referencia a otros establecimientos de Atención médica. ➤ Brindar un trato afable a los pacientes. ➤ Incrementar las coberturas de atención en las zonas más alejadas. ➤ Desarrollar el Trabajo comunitario y la participación en las acciones de salud. ➤ Promover y desarrollar la intersectorialidad. ➤ Promoción de la salud y Educar a la población los principales problemas de salud sobretodo en salud sexual y reproductiva y enfermedades transmisibles. ➤ Mejorar la calidad de atención. ➤ Asegurar la adecuada provisión de los medicamentos ➤ Garantizar el aseguramiento universal de los servicios de salud. ➤ Mayor identificación del personal de salud con su trabajo y un mayor acercamiento y sensibilidad humana con la población. ➤ Desarrollar la salud intercultural Respetar las creencias mito mágicas religiosas. Salud intercultural. ➤ Mejorar la eficiencia en la gestión y la utilización de recursos ➤ Más integración de MINSA y Essalud. ➤ Ser menos mercantil. ➤ Reducir las interrupciones de atención por huelgas ➤ Realizar acciones de rectoría para la salud ambiental ➤ Mejorar la atención al indigente por emergencia ➤ Que realicen campañas de prevención.
<p>6. Que debe hacer la población para mejorar su propia salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabajar en bio huertos. ➤ Adoptar hábitos saludables. ➤ Participar de programas educativos en salud. ➤ Prevenir las enfermedades. ➤ Las mujeres ejercer su derecho en cuanto a Salud sexual y reproductiva. ➤ Mejorar el saneamiento del hogar ➤ Mejorar su alimentación ➤ Acudir periódicamente al establecimiento de salud. ➤ Afiliación al SIS de todos los miembros de la familia. ➤ Exigir a las autoridades un trabajo conjunto con la comunidad. Hacer una revolución cultural para la salud. ➤ Incrementar la participación activa de la población en los aspectos de salud de la población. ➤ Cuidar la higiene y el saneamiento del ambiente. ➤ Que los dirigentes organicen la población para atender su propia

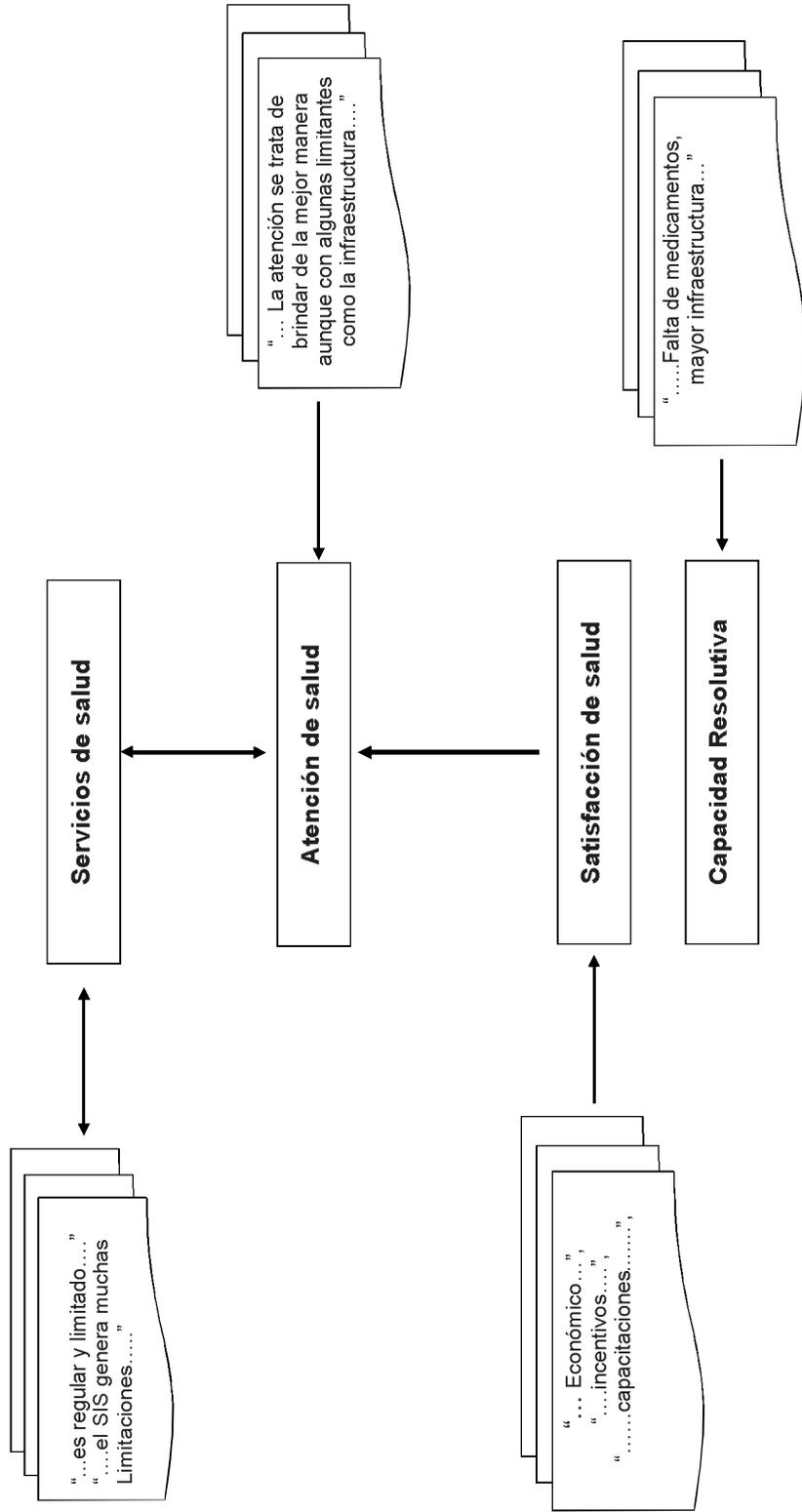
Fuente: Elaborado por el Investigador.

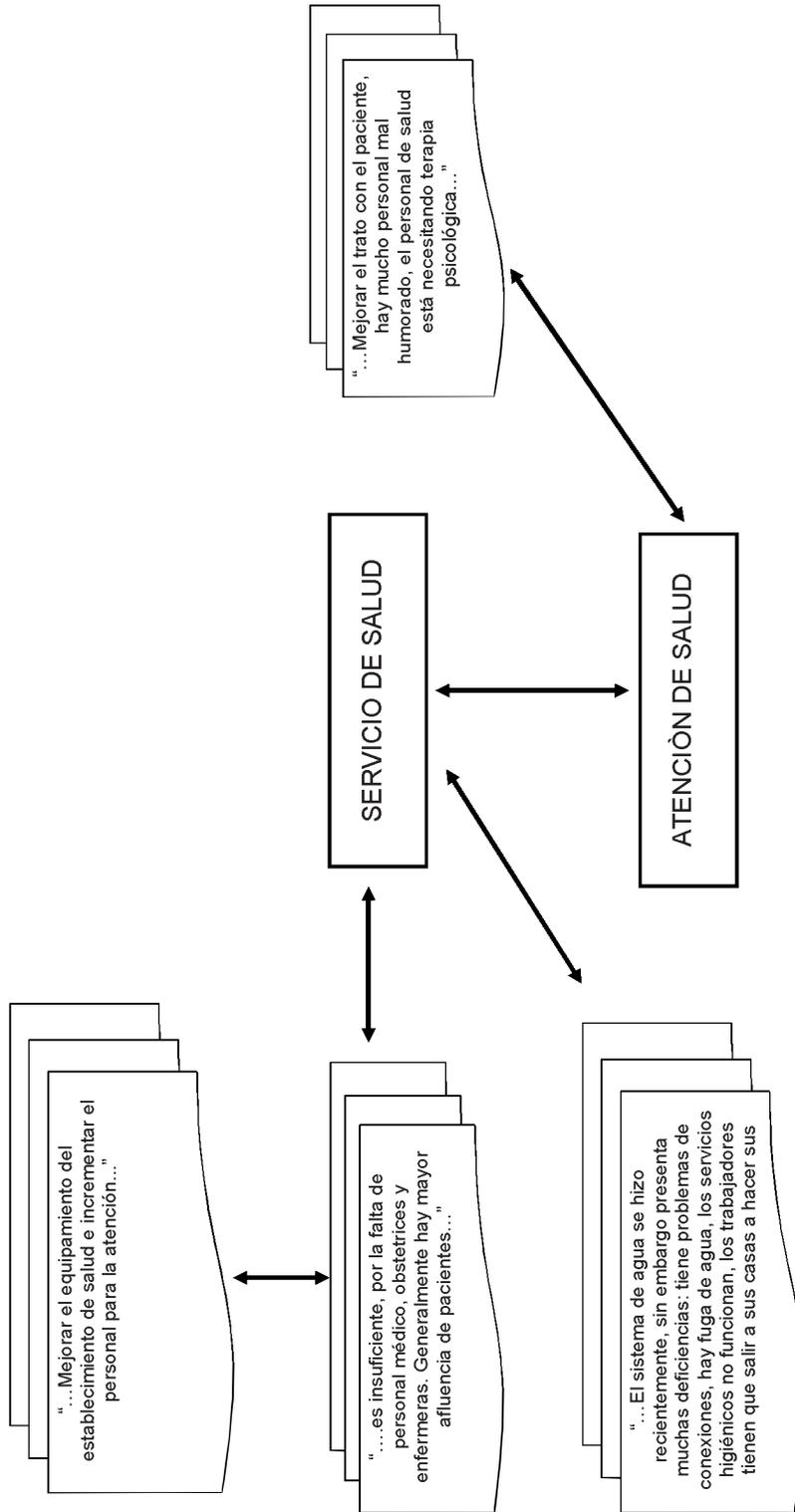
RESULTADO GRUPO FOCAL DE POBLACIÓN.





RESULTADO GRUPO FOCAL DE PRESTADORES.





CAPITULO XIV

TRAZADO ESTRATEGICO DE LINEAS DE MEJORAMIENTO DE LA SALUD EN LA REGIÓN PIURA

RESUMEN DE POBLEMAS PRIORIZADOS

DESCONOCIMIENTO DE LA DEMANDA Y LIMITADA E INADECUADA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.	INADECUADO DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO
Ausencia de un Sistema Universal e Integral de Salud.	Pobre inversión en el desarrollo del capital humano
Infraestructura Hospitalaria y de Primer Nivel de Atención, obsoleta, inadecuada e insuficiente. Marcada carencia de camas hospitalarias, salas quirúrgicas y consultorios médicos.	Limitadas capacidades del personal para el cumplimiento de los objetivos de salud. (La mayoría no especialistas).
Equipamiento Médico y no Médico insuficiente, deficiente y obsoletos, sin aseguramiento del mantenimiento, reparación y reposición de los equipos. Se desconoce el total de equipos y su estado técnico, años de explotación y necesidad de reposición de los mismos.	Marcada inequidad regional en la disponibilidad de profesionales de la salud en general y de especialistas en particular. Inadecuado distribución de personal acorde a su competencia, desempeño y nivel de complejidad en la atención.
Débil organización de las Redes de servicios de salud y su integración con los Establecimientos de mayor resolución (Hosp. II y III).	Nula integración de RR.HH especializados de MINSA, EsSALUD y otros sectores.
Servicios de salud fragmentados, segmentados, incoordinados y no funcionamiento adecuado de las Redes de servicios de salud, en su mayoría no debidamente implementadas ni científica, ni técnica, ni administrativa, ni financieramente.	Escasa cultura científica, docente e investigativa en los establecimientos de salud. Muy pocos eventos científicos y una escasa producción científica de los profesionales de la salud.
No real priorización de la APS. Sus ejes principales no se aplican consecuentemente. Crisis en el trabajo de equipo y en la atención continuada. El MAIS no se aplica y en algunos lugares con un desarrollo muy incipiente. En la educación y práctica médica no se privilegia el generalismo. Los centros de salud en su mayoría se observan distórficos y lejos de ser el laboratorio social o palacio de la salud que se necesita para la garantía de la Atención Integral a la Salud de la población.	Insuficiente capacitación en las provincias y distritos para acometer la descentralización de la función salud a los gobiernos locales en especial la gestión de la APS.
Prima la concepción hospitalocentrista, y sus paradigmas vigentes de atención son obsoletos. Ningún hospital se proyecta a la comunidad. Siguen siendo palacios de la enfermedad, pues poco se hace por la promoción de la salud.	Carencia de un sistema de capacitación y educación continuada a distancia que llegue a todos los profesionales del sector.

POBRE CULTURA DE CALIDAD E INSUFICIENTE Y DEFICIENTE CALIDAD DE LOS SERVICIOS	DEBIL CONDUCCIÓN GERENCIAL EN SALUD
Déficit considerable de especialidades básicas y especialistas en la gran mayoría de los centros de salud de casi todos los Distritos con excepción de Piura y Sullana. Déficit importante de especialistas en todas las especialidades médicas mas marcado en anestesiología, neonatología, terapia intensiva, caumatología, geriatría, psiquiatría, microbiología, radiología, anatomía patológica, genética, inmunología, medicina física y rehabilitación, cirugía Oncología, cirugía cardiovascular, transplantología, epidemiología, salud pública, maxilo facial entre otras especialidades clínico quirúrgicas y diagnosticas.	Carencia de un Movimiento Político y sistema de incentivo y estímulo para selección de profesionales incluyendo especialistas así como rotaciones de residentes que laboren en zonas de la sierra (condiciones de vida y peligrosidad). Falta de homologación salarial y beneficios a los profesionales del MINSA (Lima y Regiones del país).
Los CLAS en su mayoría no responden técnica ni administrativamente a las redes de salud y mucho menos a las autoridades locales de gobierno.	Falta de una política de estímulo para las Jefaturas hasta nivel de redes y microrredes e incluso de establecimientos.
Aun el SIS enfrenta serias barreras en lo geográfico, en lo económico, en lo administrativo y no se observa una gestión agresiva y efectiva de las redes para lograr la filiación de más del 85% de los beneficiarios como una tarea de primer orden.	Ausencia de un sistema único de registro de profesionales de la salud con actualización periódica.
Se carecen de salas especiales y servicios apropiados para la atención de las cardiopatías isquémicas, ictus, oncología, sangramiento digestivo entre otras.	Exceso de personal administrativo en la mayoría de los Hospitales.
Se carecen de suficientes capacidades y tecnología de terapia intensiva e intermedia de adultos y niños. Así como de un laboratorio de toxicología regional.	Deficiencias en la certificación de competencia de los profesionales de la salud.
El transporte sanitario para traslado de enfermos y heridos es insuficiente, no se controla adecuadamente, se utiliza indebidamente, la tripulación que los maneja no esta capacitada en RCP y están desprovistos con el soporte tecnológico para garantizar la vida en un paciente grave. No existe una ambulancia para el traslado de niños prematuros desde la periferia al servicio abierto de neonatología principal.	Incumplimiento de las normas para la evaluación periódica de los trabajadores, incluyendo los médicos y dirigentes. Existencia en diversas Instituciones de la modalidad de contratación de profesionales de la salud a los cuales no se garantiza los beneficios laborales indispensables.
Pobre cultura de calidad en los Hospitales y Establecimientos de salud.	Resquebrajamiento de la labor gerencial en general.
Nulo y/o escaso control de la prestación de servicios, gestión sanitaria y administrativa.	Limitada aplicación de proceso de planificación estratégica y operativa.
Escasa Evaluación de los procesos de la atención medica, enfermería y odontología.	Documentos e Instrumentos de Gestión: ROF,CAP,MOF,PAP, no responden a la categoría y nivel de las dependencias de salud y tampoco se aplican sistemáticamente.

(Continuación de Cuadro anterior...)

POBRE CULTURA DE CALIDAD E INSUFICIENTE Y DEFICIENTE CALIDAD DE LOS SERVICIOS	DEBIL CONDUCCIÓN GERENCIAL EN SALUD
Deficiente supervisión y Monitoreo de los procesos de la atención medica, fallecidos, intervenciones quirúrgicas, fármaco terapéutica, complicaciones e infecciones intrahospitalarias.	Insuficientes niveles de coordinación entre redes, Hospitales y DIRESA.
Inexistente trabajo para la acreditación de los Hospitales, y de establecimientos de salud. No autoevaluación de macroprocesos, componentes, estándares e indicadores.	Escaso control en la permanencia, disciplina y aprovechamiento de la jornada de trabajo en general y de los médicos en particular.
No evaluación de la calidad de la continuidad de la atención, no sostenibilidad de la auditoría médica, y prácticamente no se dispone de un programa de mejora continua de la calidad.	Pobre exigencia administrativa a todos los niveles. Escaso dominio y aplicación de las tecnologías gerenciales modernas. Se ejerce pobre control intra-sectorial al nivel de cumplimiento de las funciones esenciales de la Salud Pública.
Poco valor gerencial a la opinión y satisfacción de los usuarios y trabajadores, la cual no se monitorea periódicamente en los servicios que más inciden en la insatisfacción.	Falta de integración de las instituciones del MINSA, Essalud, Fuerzas Armadas y Servicios privados para la garantía de la urgencia y emergencia en provincias.
Prolongados tiempos de esperas en consulta externa, atención de urgencia, hospitalización, centro quirúrgicos, y medios diagnósticos. Excesiva burocracia.	Ausencia de políticas de estímulo a los mejores colectivos y profesionales en sus diferentes categorías.
Ausencia de un sistema de control de la calidad de los estudios de los medios diagnósticos.	Estructuras organizativas cargadas de eslabones intermedios.
Ausencia de una practica de círculos de calidad de los establecimientos de salud.	Pobre utilización de los consejos Regionales y Provinciales. Ausencia de funcionamiento a nivel de los distritos.
Pobre compromiso de los gerentes con la cultura de la calidad y el monitoreo, evaluación de los indicadores y estándares de estructura proceso y resultados de la gestión de la calidad.	Ausencia de estilo gerencial participativo, proactivo, predictivo, así como carencia de liderazgo, científico, técnico y administrativo.
Se desconoce los indicadores de calidad en las áreas críticas de hospitalización, urgencias y servicios externos así como de medios diagnósticos. Se desconoce la letalidad de las principales causas de muertes de los egresos hospitalarios.	Clima organizacional en los establecimientos de salud adverso para la garantía de la calidad de los servicios de salud.

LIMITADO ACCESO A MEDICAMENTOS E INADECUADO USO DE LOS MISMOS	EXISTENCIA DE UNA CULTURA CENTRALISTA NACIONAL, LENTO PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD
Limitado abastecimiento de farmacias Institucionales con productos acorde a petitorio y capacidad resolutive.	Lenta transferencia efectiva de funciones del nivel nacional al regional y local.
Alta frecuencia de automedicación y libre dispensación de productos que requieren recetas medica a nivel de farmacias de la red privada.	Lento proceso de transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a los 03 pilotos regionales.
Incremento del comercio informal y de la falsificación de medicamentos.	Débil funcionamiento del Consejo Regional de Salud Piura y casi nula implementación de los Consejos Provinciales y Locales de Salud.
Limitada fiscalización, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos y afines de los establecimientos que los comercializan.	Limitadas capacidades del personal para asumir las nuevas funciones a todo nivel. (Gestión de la APS).
Baches en el abastecimiento de medicamentos e insumos médicos.	
Falta de cultura y compromiso en la notificación de las RAM.	
SIS desprovisto de surtido de medicinas según petitorio.	
Ausencia de cultura de la Medicina natural y tradicional en los establecimientos de salud.	
Ausencia de evaluación fármaco terapéutica y desconocimiento de la correlación diagnostico tratamiento en los establecimientos de salud.	

DEFICIENTE CULTURA ECONOMICA EN LOS GERENTES Y EQUIPOS DE GESTIÓN. INADECUADO E INSUFICIENTE FINANCIAMIENTO EN SALUD	SISTEMAS DE INFORMACIÓN REGIONAL DESARTICULADO
Presupuestos responden a tendencias históricas de oferta más a que a las necesidades o demanda de la población.	Resistencia a una integración de la información entre las entidades del MINSA.
Limitados recursos para prevenir, planificar, evaluar la gestión y sus resultados.	Casi nula articulación de información con los otros efectores de salud.
Limitada política de austeridad y optimización en el uso de los recursos financieros.	Dificultad del sistema para poner a disposición información oportuna, suficiente y de calidad.
Los recursos directamente recaudados tienen alta participación para sostener la operatividad de los establecimientos.	Limitado uso de información estadística para la toma de decisiones.
Ausencia de un sistema de costo en las instituciones del MINSA y pobre utilización del mismo en Essalud.	Sub-registro de hechos vitales como nacimientos y defunciones. Desconocimiento de la mortalidad extra-hospitalaria.
Uso indiscriminado de viáticos para la función de control y evaluación a las unidades de salud.	Existencia de una cultura de información centrada en lo cuantitativo, carente de indicadores cualitativos y de síntesis que permitan medir la eficiencia en la utilización de los recursos humanos, camas, salas quirúrgicas, equipamiento medico entre otros.
Ausencia de la tecnología de evaluación económica de los establecimientos de salud.	Morosidad de entrega de información del sub sector privado y en ocasiones de las Fuerzas Armadas y Essalud al MINSA.
Ausencia de un sistema de evaluación para el control y uso final de los recursos materiales.	Personal de algunos establecimientos de salud que procesan la información médica y económica con deficiencias técnicas.
Falta de una política de transparencia en la información de la gestión económica a los trabajadores.	Existencia de feudos de la información como en las listas de esperas para consultas, hospitalización e intervenciones quirúrgicas.
Sub utilización y bajo rendimiento de los recursos humanos, camas, salas quirúrgicas, en algunos servicios de la mayoría de los Hospitales, mas marcados en los Hospitales del MINSA.	Deficiente calidad de los certificados médicos y en general de la calidad de la historia clínica. Escasez frecuente de los modelos de los registros médicos oficiales en los establecimientos de salud
Ausencia de una política de estímulos para los colectivos de trabajadores con mejores resultados	

DEFICIENTE CULTURA DE SALUD Y POBRE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	DETERMINANTES DE SALUD CON COMPORTAMIENTOS ADVERSOS PARA LA MEJORA DE LA SALUD COMO CATEGORIA SOCIAL ECONOMICA Y POLITICA. DEFICIENTE CULTURA DE SALUD AMBIENTAL Y LABORAL
Poca difusión y promoción de la participación ciudadana, pobre labor de comunicación social en los medios regionales y provinciales.	Pobre exigencia de las autoridades de gobierno en cuanto a la protección y mejora del medio ambiente. Se desconoce la APA (atención primaria ambiental) en las comunidades.
Limitados procesos participativos de planificación, evaluación y rendición de cuentas.	Deficiente saneamiento básico prácticamente en toda la Región. Insuficiente monitoreo de la contaminación del aire
Escasa convocatoria para participar en los presupuestos participativos sustentando proyectos de salud. Escasa utilización y aplicación de la labor intersectorial a nivel regional y provincial	Limitada red de vigilancia en salud ambiental y laboral. Inadecuada atención del MINSA a la salud ocupacional (enfermedades profesionales, riesgos laborales, accidentes de trabajo) Carencias de un sistema adecuado de tratamiento de los residuos líquidos en general y de los hospitalarios en particular, en todos los distritos incluyendo los hospitales de Piura y Sullana. Inadecuado tratamiento de los residuos sólidos en las principales ciudades en donde los botaderos no cuentan con los recursos necesarios para el adecuado relleno sanitario. Inoperatividad de la mayoría de los incineradores hospitalarios todos sin excepción con tecnologías obsoletas y contaminantes

DETERMINANTES DE SALUD MODO Y ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACION	BIOGENÉTICO
Elevados niveles de pobreza en provincias y distritos de la Región.	La atención integral al niño y a la mujer no ha contado con la prioridad requerida
Altos índices de desempleo y sub empleo.	Insuficiente prioridad a los servicios pediátricos y neonatología
Bajos niveles de ingresos económicos per capitas por habitantes	Insuficiente atención a los problemas del envejecimiento y la salud, a nivel de la APS. Ausencia de una cultura geriátrica y gerontológica en los servicios hospitalarios.
Alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas	Poco énfasis en la genética clínica de base comunitaria en los centros de salud
Altos niveles de desnutrición en menores de 5 años.	Carencia de equipos de salud mental en los establecimientos de salud más importantes en las capitales de provincia.
Elevado índice de prematuridad.	Insuficiente desarrollo de los pocos servicios de medicina física y rehabilitación existentes en los establecimientos de salud. Los discapacitados físicos, mentales, sordos e hipoacúsicos, ciegos y débiles visuales, entre otros, tampoco cuentan con una atención social ni adecuada en el sistema de salud.
Déficit calórico en población urbana y rural	Es precaria y preocupante la atención a la salud bucal de la población en especial en los niños que cuentan con elevados índices de caries dentales.
Elevado índice de analfabetismo y de deserción escolar en primaria	
Insuficiente prioridad histórica a la educación pública en general con marcada deficiencia gerencial y de la gestión de la calidad además de la carencia de un sistema publico de capacitación que permita la certificación y recertificación de la calidad profesoral periódicamente	
Elevados niveles de migraciones de ciudadanos jóvenes de las áreas rurales para las zonas marginales urbanas.	
Pobre niveles de inversiones económicas, de producción y servicios , en especial las zonas de la Sierra históricamente desatendidas	
Existencia de programas sociales que no han logrado impactos (cambios para los sujetos a los que beneficia)	

PROBLEMAS DE SALUD	
Existencia de políticas con una débil voluntad de aplicación sistemática y falta de acciones concretas del estado y del gobierno central y regional y por consiguiente del gobierno regional y las autoridades locales	Altas tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles relacionadas a los determinantes ambientales, socioeconómicos del modo y estilo de vida y a la pobre participación comunitaria y a la insuficiente participación y exigencia de autoridades y gobiernos locales. Insuficiente recursos financieros materiales y tecnológicos para el control de vectores.
Insuficiente atención político científico-técnico, administrativo- financiero y económico del sector de la salud.	Carencia en el MINSA de estrategias para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
Pobre nivel de inversión en el sector de la salud.	Carencia de una estrategia para prevención y control de los accidentes en general y en particular los accidentes del tránsito que generan alta mortalidad en niños y adolescentes.
Importante exclusión social para recibir los beneficios del sector de la salud con la consiguiente mortalidad precoz (AVPP), mortalidad extra-hospitalaria en una población que no recibe aún los beneficios del SIS.	Demora en las actuaciones médicas legales dada la carencia de recursos humanos calificados y de apoyo tecnológico.
Elevada tasa de mortalidad materna por causas fundamentalmente obstétricas que denotan la baja calidad del trabajo obstétrico, el insuficiente tutoreo de los especialistas de ginecología y obstetricia a las obstetras y la carencia de estos especialistas en la mayoría de las provincias	
Insuficiente exigencia monitoreo y evaluación del trabajo obstétrico Las gestantes y puérperas graves o fallecidas no son discutidas clínicas y epidemiológicamente con el rigor necesario.	
Elevada tasa de mortalidad perinatal, infantil, preescolar y escolar.	
Insuficiente desarrollo de los servicios de pediatría y neonatología así como la falta de terapias intensivas pediátricas.	
Insuficiente exigencia monitoreo y evaluación del trabajo pediátrico. Los niños graves o fallecidos no son discutidos clínicos y epidemiológicamente.	

TRAZADO ESTRATEGICO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LA REGION DE PIURA

A continuación se establecen los Objetivos Estratégicos a partir de los principales problemas y necesidades de salud que han sido detectados mediante el Diagnóstico Social Participativo, los mismos están resumidos en una matriz y pueden ser de utilidad para la elaboración de un Plan Estratégico de Salud de forma más explícitas con los Objetivos Específicos y las Líneas Estratégicas de intervención, que permitan modificar, a través de las inversiones con proyectos y programas de salud, la realidad actual e iniciar un despegue para lograr mejoras en la salud de la población fomentando una mayor calidad de vida para los habitantes de la Región Piura.

I. MATRIZ DE MACROPROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EL DIAGNOSTICO SOCIAL PARTICIPATIVO Y LOS OBJETIVOS ESTRATEGICOS PROPUESTOS

MACROPROBLEMAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Falta de Rectoría del sistema de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de la capacidad de gestión. 2. Garantizar el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública
Desconocimiento de la demanda y limitada e inadecuada oferta de servicios de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar la accesibilidad y cobertura de la Red de servicios de salud en Piura. 2. Implementar Seguro Universal de Salud. 3. Incrementar la capacidad resolutive y eficiencia en la utilización de los recursos disponibles de la capacidad instalada en la Red de Servicios de Salud.
Pobre cultura de calidad e insuficiente y deficiente calidad de los servicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acreditar los Establecimientos de I y II Nivel de Atención. 2. Vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios. 3. Incrementar el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos de salud.
Débil conducción gerencial en salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión tecnológica e investigación en los principales problemas de salud con enfoque epidemiológico.

(Continuación...)

MACROPROBLEMAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
<p>Sistema de salud basado en un pensamiento y actuación biologicista, centrado en la enfermedad, con programas verticales, medicalizado, con escasas o nulas actividades de promoción y prevención.</p> <p>En Piura existe determinantes y condicionantes sociales muy desfavorables que influyen en la situación de salud de la región.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la recuperación de la responsabilidad del sistema de Salud en el fomento de la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores sociales, en los factores determinantes de la exclusión social en salud; incrementando el acceso de la población a servicios básicos, como educación, trabajo digno o decente, seguridad, energía limpia, vivienda, saneamiento básico, nutrición y salud
<p>Altas tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles</p> <p>Elevada tasa de mortalidad materna por causas fundamentalmente obstétricas.</p> <p>Elevada tasa de mortalidad perinatal, infantil, preescolar y escolar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer las bases para transitar hacia la <i>Universalización del acceso al Sistema Único de Salud</i>, orientado a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, orientado a la prevención y promoción de salud promoviendo hábitos de vida saludables en las personas
<p>Altos niveles de desnutrición en menores de 5 años en población marginal y excluida socialmente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erradicar de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientados a eliminar la exclusión social en salud más intolerable e inserción de esos grupos a mejores niveles de vida.
<p>Inadecuado desarrollo y competencias del talento humano en salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de Capacidades del personal para el cumplimiento de los objetivos de salud. 2. Redistribución e implementación de personal acorde a su competencia, desempeño y nivel de complejidad en la atención. 3. Integración de personal de salud especializado de MINSA, ESSALUD y otros efectores favoreciendo la optimización. 4. Formación de Recurso Humano acorde al MAIS y a la realidad regional y local

(Continuación...)

MACROPROBLEMAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Limitado acceso a medicamentos e inadecuado uso de los mismos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abastecimiento oportuno de farmacias institucionales con productos acorde a petitorio y capacidad resolutive. 2. Reducir la automedicación y del comercio informal de medicamentos e incremento de dispensación de productos con receta médica. 3. Fiscalización, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos y afines de los establecimientos que los comercializan, Incrementar la exigencia y control en la notificación de las RAM.
Excesiva centralización nacional, lento proceso de descentralización del sector de la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar y de forma efectiva el proceso de transferencia de las funciones de salud del nivel nacional al regional y local. 2. Continuar el proceso de Transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a los 03 Pilotos regionales. 3. Fortalecer el funcionamiento del Consejo Regional de Salud Piura y la implementación de los Consejos Provinciales y Distritales.
Inadecuado e insuficiente financiamiento en salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la cultura económica para lograr el eficiente y adecuado Financiamiento en Salud. 2. Asignación de Presupuestos y gestión por resultados en la atención y mejoras de la salud de la población. 3. Implementar la Unidad de Costos de Actividades de Salud a nivel regional. 4. Asignar con equidad la distribución de los recursos y personal para las Redes de Servicios de Salud acorde a su realidad, priorizando zonas rurales más pobres y marginales.

(Continuación...)

MACROPROBLEMAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
<p>Los sistemas de información, vigilancia epidemiológica, vigilancia e información de hechos vitales, son ineficientes, inoportunos, particularmente en el área rural.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articular y modernizar el Sistema de Información Regional 2. Fortalecer la capacidad operativa y técnica del Sistema Estadístico Regional en la Sede y Periferia 3. Retroalimentación de la información hacia los puntos informantes. Incremento de exigencia y control de la calidad y puntualidad de la entrega de la misma. 4. Disponer la información estadística regional en el portal web regional. Rediseño sobre la base de lo cualitativo y la eficiencia económica, médica y social. Lograr la integración y compatibilidad de los diferentes subsistemas
<p>No existen estructuras sociales y comunitarias empoderadas en salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud (gestión social, movilización social y control social) creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal
<p>Deficiente cultura de salud ambiental y laboral</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover y desarrollar un enfoque de intervención acorde con la atención primaria Ambiental (APA). 2. Identificar los contaminantes del medio ambiente y promover acciones que limiten o erradiquen los mismos. 3. Establecer las coordinaciones con Gobiernos Regionales y Locales para la creación y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria Ambiental (CAPA), en las principales localidades de la Región.

**SELECCION DE FOTOS
DE UNA MUESTRA DE
HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DE PIURA**



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



HOSPITAL II JORGE REATEGUI DELGADO



HOSPITAL II JORGE REATEGUI DELGADO



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



HOSPITAL TALARA



CENTRO DE SALUD DE MANCORA



CENTRO DE SALUD LOS ORGANOS



CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE CASTILLA



CENTRO DE SALUD PAIMAS - AYABACA



UNIDAD DE ESTOMATOLOGIA DE PAIMAS



CENTRO DE SALUD I HUANCABAMBA



CENTRO DE SALUD TAMBOGRANDE - PIURA



CENTRO DE SALUD CANCHAQUE - HUANCABAMBA



CENTRO DE SALUD J. A. QUIÑONES - TALARA



CENTRO DE SALUD RURAL



AREA DE URGENCIA - HOSPITAL SANTA ROSA



ALMACEN DE FARMACIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA



TALLER DE REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



SERVICIO DE URGENCIA - HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD I HUANCABAMBA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Informe Comisión alto nivel sobre Salud Pública. Perú.2002.
2. SERMEC. Documento de trabajo del MINSA-Perú. 2002
3. SERSAC. Proyecto de Trabajo. IDREH-MINSAP. Perú. 2007
4. OPS. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington (D.C); 2005 Mayo.
5. MINSA. Exposición Ministro. Plan Nacional de Salud. Lima. Perú.2006
6. MINSA. Prioridades Nacionales. Consejo Nacional Locales de Salud. Lima. Perú 2007.
7. MINSA. Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Definiendo prioridades. Lima. Perú 2006.
8. MINSA. Estrategias para un modelo de aseguramiento universal en salud. Lima. Perú. 2006
9. MINSA. Resumen Anual del Consejo Nacional de Salud. Lima. Perú 2006.
10. MINSA. Promoción de la salud, calidad de vida y responsabilidad social compartida. Lima. Perú. 2006
11. MINSA. Informe hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio: un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión. Lima. Perú 2004.
12. MINSA. Anuario estadístico de la Dirección Regional de Piura en el período 2004-2005. Piura. 2006
13. MINSA. Descentralización de la función salud. Avances y propuestas. Dic.2006
14. Rodríguez Báster H, Betancourt Atanay R. Propuesta de Diplomado en APS y Municipalización de la Salud. UNP. Piura. Agosto 2006.
15. OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington (DC); 2005
16. OPS. Boletín Epidemiológico. 2005 Sept; 26(3)
17. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiología. Washington (DC): OPS; Publicación científica 2005 (551)
18. OPS. Llamado a la acción de Toronto. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas 2006-2015. Ontario. Canadá. 2006
19. OPS. Aprendizaje y práctica docente en el área de salud. Conceptos, paradigmas e innovaciones. Washington (DC): OPS; 2005.
20. OPS. Sistemas de Salud y Consejos Nacionales de Salud. Lima. Perú 2006.
21. OPS. Gestión de Calidad de los Postgrados en Salud Pública. Adecuación crítica en un mundo de cambio. Washington. DC. 2005
22. OPS. Proceso de descentralización de la gestión de recursos humanos en salud. Propuesta para su operacionalización. Lima. Perú. 2006
23. OPS. Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud: Experiencias. Washington. (DC): OPS; 2006.
24. OPS. Salud y seguridad de los trabajos del sector salud. Washington (DC) : OPS; 2006
25. OPS. Equidad y Salud. Washington. (DC): OPS; 2005
26. MINSA. Metodología para formulación de perfiles de competencias para trabajadores de la APS. Serie RR.HH. N° 3. Lima- Perú. 2005
27. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial de 2005. Washington (DC) BM; 2005

28. Akin J. Financing Health services in Developing Countries. An agenda for reform. Washington (DC) Word Bank, 1997.
29. Rose G. The strategy of preventive medicine. New York. Oxford University Press. 1992.
30. Restrepo H. La Promoción de la Salud en las Américas. Washington (DC) OPS/OMS; 1992
31. OMS. Renovación de la estrategia de salud para todos. Ginebra (Informe del Director General) OMS; 1994
32. Granados Toraño, Ramón; Betancourt Atanay, Rolando; Rodríguez Báster, Héctor. Salud Siglo XXI. Washington (DC). Documento de trabajo de delegación cubana a asamblea de OPS.
33. Lalonde M.A. New perspective on the health of Canadians. Ottawa. Health and Welfare. Canadá 1974.
34. OPS/OMS. Presedent Clintons Proposol for Reforming the U.S. Health Care Sistem. Washington (DC): OPS; 1993; (36)
35. López Pardo C. Inequidades económicas, sociales y de salud en América Latina y el Caribe. La Habana OPS/OMS. 1994
36. Informe sobre desarrollo humano 2004. México. Fondo de Cultura Económica, S.A de C.V
37. Rodríguez Báster H; Betancourt Atanay R. Tecnologías Gerenciales Contemporáneas. ENSAP. La Habana, 2005
38. MINSAP de Cuba. Informe a la Asamblea Mundial de la Salud. 2005
39. MINSAP de Cuba. Anuario Estadístico 2005. La Habana. MINSAP.
40. Bohigas L. Control de Gestión en el Hospital. Fundación Avedis Donabedian, 1991
41. Rodríguez Báster, H. La Sanología: Teoría y práctica. Experiencia Cubana. EPG-UNP. Piura, 2004
42. Barquin C Manuel. Dirección de Hospitales: Editorial Interamericana, México DF. 2003
43. Malagon Londoño, Gustavo. Administración Hospitalaria. Bogotá: Colombia. 2002.
44. Rodríguez Báster, H. Dirección de Hospitales. MINSAP. Cuba. 2002
45. Varo, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Edición Díaz Santos, S:A. España. 2003
46. MINSAP. Carpeta metodológica de APS y Medicina familiar. La Habana: Cuba 2001.
47. MINSAP. Organización, desarrollo y control de proceso docente educativo en la APS. La Habana: Cuba. 2003.
48. Espinoza, H. Pozo, G, et. al. Plan estratégico Institucional. Cobija – Pando Bolivia. 2005
49. INEI, Estadísticas e Indicadores socioeconómico del Departamento Piura, Perú. 2005
50. Panorama Social de América Latina 2001- 2002, CEPAL, 2002.
51. INE, PNUD. Atlas Estadístico de Municipios. Ed. Plural editores. La Paz. Bolivia. 2005.
52. Calvo, A, Hacia el logro de los objetivos del milenio en Pando. Prefectura de Pando. Bolivia. 2004.
53. INE, UDAPE. Pobreza y Desigualdad en los municipios de Bolivia. La Paz. Bolivia 2002.
54. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Lineamientos estratégicos de salud. Guía para la elaboración de Planes Estratégicos de Salud. La Paz. Bolivia. 2005.

55. OPS – CEPAL Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Capítulo V “El derecho a la salud y los ODM”. Washington DC. 2005.
56. Donabedian, A., 1990. *La Qualità dell'Assistenza Sanitaria*. Roma: NIS.
57. Horovitz, J., 1991. *La Calidad del Servicio; a la Conquista del Cliente*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
58. Locker, D. & Dunt, D., 1978. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*, 12: 283-292.
59. Manderson, L. & Aaby, P., 1992. An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. *Social Science & Medicine*, 35: 839-850.
60. Melum, M. M. & Sinioris, M. K., 1992. *Total Quality Management*. Chicago: AHA.
61. Pedersen, D., 1991. Evaluación de servicio de salud: el punto de vista de la gente. *Enfoques en Atención Primaria*, 6: 12-22.
62. Spath, P. L., 1992. *Quality Management in Ambulatory Care*, Chicago: American Hospital Association.
63. Dirección de Desarrollo Social, Servicios de Salud, Educación, Gestión Social y Fortalecimiento Municipal.
64. INE-UDAPE y Asistencia técnica del Banco Mundial, 2003. Pobreza y desigualdad en Municipios de Bolivia, Estimación de gasto de consumo combinando el Censo 2001 y las Encuestas de Hogares.
65. Betancourt, R. La Equidad un desafío para la Gestión de Salud. Conferencia Escuela de Postgrado Maestría de Gerencias en Servicios de Salud. Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Andrés. La Paz Bolivia 2004.
66. Rodríguez Báster, H., Betancourt Atanay R., Conferencia sobre caracterización del sistema hospitalario. Material de la Maestría en Salud Pública y Gerencia Hospitalaria. Piura-UNP, 2006.
67. Rodríguez Báster H, Betancourt Atanay R. Conferencia sobre caracterización de la APS en los Centros de Salud. Piura- UNP, 2006.
68. Betancourt Atanay, R., Rodríguez Báster H. Conferencia sobre Sistemas, Políticas, Planes y Programas de Salud. Piura.UNP, 2007.
69. Betancourt Atanay, R., Rodríguez Báster H. Conferencia sobre Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Piura-UNP, 2006.
70. Purizaca Benites, M. Mortalidad Materna en el Hospital Cayetano Heredia de Piura: 1974 – 1981. *Acta Médica* Vol 1-2; 1982: 43-46.
71. Purizaca Benites, M. Shock séptico: Diagnóstico y Cuadro Clínico. Memorias del Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima 1996.
72. Purizaca Benites, M. Evolución de la Eclampsia en el Hospital III EsSalud Cayetano Heredia de Piura: Experiencia en 24 años. *Gineco Obstet*, 1999 :45(4): 262-269.