GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

Resolución Regional Sectorial Nº 1316 - 2015 - GR.CAJ/DRS - OEPE

Cajamarca, 31 DIC 2015

VISTO:

El expediente N°2015303, Memorándum N° 1499-2015-GR.CAJ/DRS-OEPE de fecha 30 de noviembre del 2015;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 71.1 del artículo 71° de la Ley Nº 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, dispone que, para la elaboración de los Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales, se deberá tomar en cuenta el Plan Estratégico Institucional (PEI), el cual debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) y los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM);

Que, mediante Decreto Supremo Nº 054-2011-PCM se aprobó el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional - PEDN, denominado PLAN BICENTENARIO: El Perú hacia el 2021, asimismo se establecen treinta y tres (33) Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, siendo el Eje Estratégico 2: Oportunidades y Acceso a los Servicios, a las cuales deberán estar alineados los Planes Estratégicos Regionales del Sector Salud;

Que, el Planeamiento Estratégico es un proceso participativo que da coherencia, unidad e integridad a las decisiones de la organización, compromete a la mayoría de los miembros de la institución y permite trazar una línea de propósitos para actuar en entornos dinámicos y cambiantes, tomando las medidas y correcciones necesarias para alcanzar los objetivos trazados;

Que, el Plan Estratégico, de cada entidad, constituye un instrumento orientador de la gestión institucional que sirve de marco para priorizar objetivos y acciones, así como hacer explícito y de conocimiento público los lineamientos de política que vinculan lo económico a lo social y que permiten mejorar la calidad del gasto de los organismos integrantes del Sector durante el periodo 2015-2018, los mismos que deben expresarse en sus respectivos Planes Operativos;

Que, el artículo 6° de la Directiva Nº 001-2009-CEPLAN/PCD "Directiva para la Formulación del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional 2010-2021", aprobada con Resolución de Presidencia del Consejo Directiva Nº 009-2009-CEPLAN/PCD, dispone que los Planes Operativos constituyen el medio por el cual se ejecutan los Planes Estratégicos de Desarrollo Nacional 2010-2021 (PLADES); en función a los correspondientes Presupuestos Institucionales;

Que, de acuerdo a; Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, Capítulo III, Artículo 5° y el Reglamento de la Ley aprobado por D.S. N° 013-2002-SA, Artículo 14° y su modificatoria. La Resolución Ministerial N° 405-2005-/MINSA reconoce que las Direcciones Regionales de Salud constituyen la única autoridad de salud en cada Gobierno Regional;

Que la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual dispone que la formulación, seguimiento y evaluación, de los planes estratégicos, están a cargo de la Dirección Regional de Salud, el cual como órgano de línea de la Gerencia de Desarrollo Social, es responsable de la elaboración, implementación así como el

monitoreo y seguimiento de los mismos, debiendo garantizarse el logro de sus Objetivos Generales Institucionales para el periodo 2015-2018, en correspondencia con el marco estratégico (Lineamientos de Política en Salud 2011-2016, Plan de Desarrollo Regional Concertado 2021, Plan Estratégico Institucional Regional 2012-2015), para lo cual, es prioritario que el planeamiento de las acciones estratégicas guarden armonía y correspondencia con los requerimientos presupuestales necesarios;

Que, con la finalidad de dirigir, normar y evaluar los procedimientos, para el proceso de administración y gestión establecidas en la Formulación, Seguimiento, Evaluación del Plan Estratégico Institucional, periodo comprendido entre 2015 al 2018". La Dirección Regional de Salud (DIRESA) Cajamarca en el marco de la Directiva N° 001-2014-CEPLAN, ha elaborado el "Plan Estratégico Institucional de DIRESA CAJAMARCA, 2015-2018".

Que, en el Artículo N° 14 del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud, establece como una de las funciones de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico la de promover y difundir las normas, directivas, metodologías e instrumentos en el marco de la Reforma del Sector Salud;

Que, en tal virtud la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, como Órgano de Asesoramiento de DIRESA, ha solicitado a la Dirección General de DIRESA CAJAMARCA, la aprobación mediante Resolución Regional Sectorial el "PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA, 2015-2018";

Con conocimiento y visto bueno de las Oficinas de Planeamiento Estratégico Oficina de Administración, Asesoría Legal y las Direcciones Ejecutivas que conforman el Órgano de Línea de la Dirección Regional de Salud Cajamarca y en uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 0001-2015-GR-CAJ-CR;

Con las atribuciones conferidas mediante ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización y a la Ordenanza Regional N° 001-2015-GR.CAJ/CR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el Documento Técnico: "PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA, 2015-2018"; el mismo que forma parte integrante de la presente resolución. ----------

ARTICULO SEGUNDO.- Para el cumplimiento de los productos y acciones estratégicas programadas en el presente Documento Técnico, las diferentes instancias involucradas, son responsables de la Programación Anual y Ejecución Estratégica, el que deberá ser articulado y alineado con la Programación del Presupuesto Multianual en el marco del Presupuesto por Resultados.----------

Resolución Regional Sectorial Nº 1316 - 2015 - GR.CAJ/DRS - OEPE

Cajamarca, 31 DIC 2015

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER, que las Subregiones de Salud, Hospitales, Redes de Salud, Microrredes y Establecimientos de Salud del ámbito regional, son los responsables de la implementación y aplicación del presente Documento Técnico, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. ----------

ARTICULO CUARTO.- DESIGNAR, a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, como responsable en el desarrollo de las acciones de difusión, asistencia técnica, evaluación y supervisión del citado Documento Técnico. ----------

ARTÍCULO QUINTO.- NOTIFICAR, la presente Resolución a las instancias respectivas para su conocimiento, implementación y ejecución. ----------

Regístrese y comuníquese.

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
MC-MSP. Víctor J. Zavaleta Gavidia
DIRECTOR REGIONAL

EQUIPO DE GESTIÓN REGIONAL

Director Regional de Salud	MC-MSP. Víctor Zavaleta Gavidia
Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Lic. María Yrene Nacarino Díaz
Director Ejecutivo de Salud de las Personas	Dr. Wilson León Vilca
Director Ejecutivo de Promoción de la Salud	Lic. Jorge Ramírez Castillo
Directora Ejecutiva de Informática, Telecomunicaciones y Estadística	Ing. Raquel Malaver Silva
Director Ejecutivo de Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos	Lic. César Ricardo Rojas Saucedo
Director de Administración	Econ. José Carlos Alcántara Espino
Director Ejecutivo de Salud Ambiental	T.M. Segundo Modesto Cholán Toledo
Directora de Laboratorio de Referencia Regional	Blga. Neily Fernández Fonseca
Director de la Oficina de Epidemiología	Mv. Enrique Chilón Huamán
Directora Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas	Q.F. Roxana Vigo Pastor
Director de Asesoría Legal	Abg. Segundo Alberto Castrejón Valdez
Jefe de la Oficina de Comunicaciones	Lic. Roger Rodas Cubas
Coordinadora de la Unidad de Seguros	Lic. Elsy Rocío Vigo Monzón
Coordinador del Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres	Lic. Walter Anyaypoma Ocón

PRESENTACIÓN

El Plan Estratégico Institucional 2015-2018 presentado en el siguiente documento es fruto de la colaboración de todos los miembros de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca y de las Sub Regiones de Salud de Chota, Cutervo, Jaén y así como de los funcionarios del Hospital Regional de Cajamarca, Hospital de Jaén y Chota respectivamente, quienes intervinieron proporcionando información relacionada con el sector e indicadores que son utilizados por ellos para la consecución de los objetivos institucionales.

Para la Dirección Regional de Salud de Cajamarca – DIRESA- es fundamental contar con un instrumento que permita guiar su gestión institucional hacia la eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y en cumplimientos a su razón de ser como institución; es decir contar con un Plan Estratégico Institucional, que nos permita un trabajo articulado entre nuestras diferentes unidades ejecutoras y así como los stakeholders ligados al sector, gestionando en el marco del presupuesto por resultados a través de los programas presupuestales.

El Plan Estratégico 2015 – 2018 de DIRESA Cajamarca, se constituye en una herramienta flexible, que debe ser evaluada cada año a través de la medición y evaluación de los indicadores propuestos, y la retroalimentación del proceso, de allí su dinamismo. Es la herramienta de mayor importancia para la institución, ya que define la dirección y objetivos a seguir para fortalecer el rol como entidad responsable de organizar, regular, fiscalizar y normar para la atención integral de salud y promover el autocuidado de la salud en el ámbito de la Región Cajamarca.

El Plan Estratégico Institucional de DIRESA Cajamarca, tiene como finalidad orientar las acciones de mediano plazo de la entidad hacia el cumplimiento de las prioridades regionales alineadas a las prioridades nacionales y enlazar a ello la asignación y ejecución de los recursos financieros, lo que se traducirá en la mejora de la gestión y la calidad del gasto en beneficio de los usuarios.

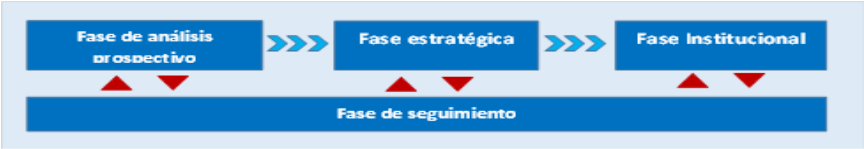
Finalmente, la ejecución del Plan Estratégico 2015-2018 es el compromiso de toda la institución en la búsqueda de la excelencia en la gestión con valor público, para el beneficio de los usuarios de los servicios de salud y por ende el desarrollo de la región Cajamarca.

MC.MG Víctor Zavaleta Gavidia
Director Regional de Salud

I. RESUMEN DE LA FASE ESTRATÉGICA

El Plan Estratégico Institucional 2015-2018 se ha desarrollado según lo establecido en la Directiva N° 001-2014-CEPLAN, para lo cual se ha partido de la prospectiva existente en los planes nacionales, sectoriales y regionales, identificando su escenario apuesta, poniendo énfasis en la Fase Estratégica con la finalidad de dar cumplimiento a la visión, objetivos estratégicos, indicadores y metas, acciones estratégicos e identificación de la ruta estratégica y en la mejora de la calidad. El proceso de Planeamiento Estratégico se desarrolla a través de cuatro fases:

Fases del Proceso de Planeamiento Estratégico



Fuente: CEPLAN

La elaboración del PEI de la DIRESA Cajamarca, se elaboró teniendo en cuenta la articulación con los objetivos nacionales, lineamientos del sector salud, políticas regionales, y con los objetivos estratégicos institucionales diseñados por el equipo de la DIRESA Cajamarca para el periodo 2015-2018 según sus competencias delegadas en el marco del proceso de descentralización del Estado.

Marco de Articulación PEI-DIRESA 2015-2018

Fuente: CEPLAN

Enfoque General del Lineamiento Nacional-Sectorial-Institucional-Regional

Fuente: CEPLAN

1.1 MARCO LEGAL

- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley 26842- Ley General de Salud.
- Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021.
- RM N°589-2007 que aprueba el Plan Concertado Nacional de Salud.
- Ley N° 29344, Ley marco de Aseguramiento en Salud.
- Ley Nº 27783 de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobada mediante DL N° 27902.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015.
- Ley 29414 – Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- RM N° 125-2013-PCM Plan de Implementación de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública 2013-2016.
- RM N° 596-2014/MINSA, que aprueba el documento "Hoja de Ruta para la Implantación de la Reforma Institucional del Ministerio de Salud".
- DS Nº 054-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley Nº 28522 del Sistema de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.
- RPCD N° 26-2014-CEPLAN/PCD, que aprueba la Directiva N°001-2014-CEPLAN, Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico - Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.
- Ley Nº28927, Ley de Presupuesto Público año 2007, capítulo IV implementación de Presupuesto por Resultados.
- Ordenanza Regional N° 016-2010 GRCAJ-CR, que aprueba el Plan de Desarrollo Regional Concertado al 2021.
- Ordenanza Regional N° 005-2015 GRCAJ-CR, que aprueba el nuevo Modelo de Desarrollo Sostenible, Políticas Públicas y Estrategias del Gobierno Regional de Cajamarca 2015-2018.
- RD.Nº027-2007-EF/76.01 “Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto de los Programas Estratégicos en el Marco del Presupuesto por Resultados”

1.2 MARCO ESTRATÉGICO

Actualmente el sector salud cuenta con un marco estratégico, concertado y bajo enfoques y principios rectores en materia de salud en el ámbito nacional y regional, que a continuación se describen:

1.2.1 OBJETIVOS DESARROLLO DEL MILENIO

Los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para 2015: 1. Erradicar la pobreza y el hambre, 2. Lograr la enseñanza primaria universal, 3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer, 4. *Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco año, 5. Mejorar la Salud Materna, 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades,* 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

1.2.2 ACUERDO NACIONAL

El acuerdo Nacional nace para establecer políticas de estado, sobre temas de interés nacional que permita construir una democracia basada en el diálogo y la justicia. Los objetivos del Acuerdo Nacional son:

- Democracia y estado de derecho.
- Equidad y justicia social, que da origen a la Décimo Tercera Política de Estado: *Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.*
- Competitividad del país.
- Estado, eficiencia, transparente y descentralizado.

1.2.3 PLAN BICENTENARIO - EL Perú hacia el 2021

El Plan Bicentenario está estructurado en seis ejes estratégicos: 1. Derechos fundamentales y dignidad de las personas; 2. *Oportunidades y Acceso a los Servicios*; 3. Estado y Gobernabilidad; 4. Economía, Competitividad y Empleo; 5. Desarrollo Regional e Infraestructura; 6. Recursos Naturales y Ambiente.

Objetivo Nacional - Plan Bicentenario: Perú Hacia El 2021

PLAN BICENTENARIO: EJE ESTRATÉGICO 2: Oportunidad y Acceso a los Servicios			
Objetivo Nacional	**Lineamiento de Política**	**Prioridad**	**Objetivo Específico**
Igualdad de oportunidades y acceso universal a servicios básicos	Garantizar el financiamiento para el aseguramiento en Salud	Reducir la Mortalidad Infantil y Materna, y erradicar la Desnutrición Infantil y de las madres gestantes.	Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad.
	Garantizar el acceso universal a la atención de salud y la seguridad social y los servicios de agua potable y saneamiento básico adoptando un enfoque de interculturalidad.		
	Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de niños entre 0 y 5 años.		Nutrición adecuada para los infantes y las madres gestantes.
	Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y de drogadicción.		

Fuente. Plan Bicentenario: Perú hacia el 2021

1.2.4 PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD

El PNCS define un horizonte de trabajo que fija los objetivos y metas de salud en el mediano y largo plazo 2007-2020, ordenando y optimizando los roles de todos los actores del sistema, enmarcado dentro de los objetivos del milenio y el Acuerdo Nacional; con un enfoque de género, derechos humanos, de interculturalidad, biodiversidad y considerando que la salud es un derecho fundamental.

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2007 – 2020	
Objetivo 1: Reducir la Mortalidad Materna	Reducir el embarazo en adolescentes.
	Reducir complicaciones del embarazo, parto, puerperio.
	Incrementar el parto institucional en zonas rurales.
	Ampliar el acceso a la planificación familiar.
Objetivo 2: Reducir la Mortalidad Infantil	Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.
Objetivo 3: Reducir la Desnutrición Infantil	Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y Anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza.
Objetivo 4: Controlar las Enfermedades Transmisibles.	Controlar la tuberculosis, la infección por el virus del HIV el SIDA y la malaria.
Objetivo 5: Controlar las Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas	Control del dengue, leishmaniosis, enfermedad de Chagas y Bartonelosis.

Objetivo 6: Mejorar la Salud Mental	Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.
Objetivo 7: Controlar las Enfermedades Crónico Degenerativas.	Prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebro vascular.
Objetivo 8: Reducir la Mortalidad Por Cáncer	Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de estómago, próstata y pulmón
Objetivo 9: Reducir la Mortalidad por Accidentes y Lesiones Intencionales.	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito mediante la prevención y educación.
Objetivo 10: Mejorar la Calidad de Vida del Discapacitado	Disminuir la discapacidad y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una Atención Integral de Salud.
Objetivo 11: Mejorar la Salud Bucal	Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.

Fuente: Plan Nacional Concertado de Salud

1.2.5 PLAN SECTORIAL MULTIANUAL DEL SECTOR SALUD 2012-2016

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SECTORIALES			OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS
OE1	Reducir la Morbimortalidad Materno Neonatal en la población más vulnerable.	**OEE1**	Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar.
		OEE2	Reducción de la morbilidad y mortalidad materna
		OEE3	Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal
OE2	Reducir la Desnutrición Crónica de menores de 5 años en la población en pobreza y extrema pobreza.	**OEE1**	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
		OEE2	Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevenibles.
		OEE3	Reducir la incidencia de bajo peso al nacer
OE3	Disminuir y controlar las Enfermedades No Trasmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.	**OEE1**	Incremento de la cobertura de atención en depresión
		OEE2	Incremento de la proporción de niños que mejoran sus habilidades sociales
		OEE3	Incremento del porcentaje de camas que son designadas para pacientes con problemas y trastornos de salud mental
		OEE4	Incremento del porcentaje de contrarreferencias de pacientes con problemas y trastornos de salud mental.
		OEE5	Reducción de la morbilidad por enfermedades no transmisibles Salud Mental, Bucal, Ocular, Metales Pesados, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.
		OEE6	Disminuir la mortalidad por cáncer en la población peruana
OE4	Disminuir y controlar las Enfermedades	**OEE1**	Población general y de alto riesgo incrementan en un 5% anual en el conocimiento de su diagnóstico y disminuyen

	Trasmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.		su conducta de riesgo en VIH- SIDA.
		OEE2	Personas sexualmente activas reducen la incidencia de ITS.
		OEE3	Disminuir a 2% la Tasa de Transmisión Vertical del VIH
		OEE4	Disminuir a menos del 0.5 por mil nacidos vivos la Tasa de Transmisión Vertical de la Sífilis Congénita
OE5	Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.	**OEE1**	Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en las regiones más pobres del país.
		OEE2	Mejorar la capacidad resolutiva en los diferentes niveles de atención.
		OEE3	Garantizar el acceso a los servicios de salud y la atención rápida y oportuna de la población que presenta una patología urgente o una emergencia.
OE6	Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los servicios de salud.	**OEE1**	Garantizar el acceso y el financiamiento del Plan de Beneficios establecido en el SIS, según estándares de calidad vigente y aplicable a todas las instituciones prestadoras del sistema de salud

Fuente: Plan Sectorial Multianual del Sector de Salud

1.2.6 LINEAMIENTO DE POLÍTICA DEL MINSA

1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención, y control de las Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles.
3. Aseguramiento Universal.
4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.
5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud.
10. Participación Ciudadana en Salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la Salud.

1.2.7 DESAFÍOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

- *Universalización de la salud como objetivo central de las políticas de salud.* Involucra el cierre de las brechas en la atención de salud, decir que toda la población tenga un seguro con cobertura de salud integral y gratuita, sin que ninguna condición limite su derecho de recibir atención de calidad.
- *Implementación y mejoramiento de más y mejores servicios de salud.*

Las personas tienen derecho a recibir una atención calificada en establecimientos de salud bien equipados, con horarios ampliados y atención eficiente, además de medicinas adecuadas.

- *La protección de derechos en salud de los ciudadanos.*

  El trabajo articulado y la corresponsabilidad son característicos de la reforma. El SIS actúa como el financiador de servicios y la nueva superintendencia de salud, vela por el derecho del ciudadano a una atención de calidad, en los ámbitos públicos y privados.

- *La rectoría y mejora de la gestión pública en salud.*

  El MINSA está modernizándose para fortalecer su rol rector a nivel nacional. Se viene consolidando la articulación con los Gobiernos Regionales, estableciendo compromisos y planes concretos.

1.2.8 PLAN DE DESARROLLO REGIONAL CONCERTADO PDRC 2021

El Plan de Desarrollo Regional Concertado tiene cinco ejes de desarrollo: Social Cultural, Económico, Ambiental, Tecnológico y Gestión del Conocimiento e Institucional. El eje que se articula con el Plan Estratégico Institucional es el eje Social Cultural.

EJE DESARROLLO	SOCIO-CULTURAL	
Objetivo Estratégico	Desarrollo Social Inclusivo y Acceso Universal a los Servicios Básicos.	
Política 1	Disminución de la Desnutrición Infantil	
Tema de intervención:	Desnutrición Infantil	
Objetivos Específicos	Mejorar la nutrición infantil en niñas y niños menores de cinco años, así como en madres gestantes y lactantes.	Incrementar el acceso a servicios integrales de salud con calidad y enfoque intercultural.

Fuente: Plan de Desarrollo Regional Concertado Cajamarca 2021

1.2.9 POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA 2015-2018

El modelo de desarrollo sostenible tiene tres ejes: 1. Desarrollo humano con servicios sociales de calidad, 2. Desarrollo solidariamente competitivo y 3. Desarrollo integral con sostenibilidad ambiental.

El primer eje, relacionado con la propuesta *atendiendo necesidades básicas y cerrando brechas sociales*, la primera intervención es *Salud Integral y Preventiva*,

para lo cual plantea: a) La valoración y organización de la participación comunitaria y social en el cuidado de la salud, b) La priorización de la promoción de salud y prevención en la propia comunidad, c) La organización de un sistema regional de prestación de servicios de salud eficiente, accesible, humano y culturalmente adecuado, con énfasis en el desarrollo infantil integral, d) La implementación de un sistema regional de desarrollo de infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y recursos humanos, e) El impulso de medidas sanitarias, con enfoque de determinantes sociales, que favorezcan la consolidación de familias, comunidades, escuelas, empresas e instituciones saludables.

EJE	**SOCIAL CULTURAL**	
Objetivo Estratégico	Garantizar el ejercicio pleno de los derechos fundamentales de los cajamarquinos.	
Política 1.2	Garantizar salud de calidad, contribuyendo al desarrollo sostenible e integral con enfoque de gestión territorial e intercultural.	
Estrategia	**Promoción de la participación social y comunitaria en salud, con enfoque de determinantes sociales.**	**Fortalecer la capacidad resolutiva bajo el enfoque del Modelo de Atención Integral en Salud basado en el enfoque de familias y comunidad.**
Indicadores	Porcentaje de familias con acceso al consumo de agua segura	Sistema de atención integral de salud con referencia y contrarreferencia funcionando adecuadamente.
	Porcentaje de familias que acceden a viviendas dignas.	Porcentaje de la reducción de las brechas de recursos humanos.
	N° de familias u organizaciones sociales que participan en promoción y vigilancia en salud, seguridad alimentaria y gestión del agua.	Porcentaje de disminución de la brecha de saneamiento, infraestructura, equipamiento e insumos.
	N° de agentes comunitarios de salud capacitados y activos.	Porcentaje de niños y madres gestantes que reciben atención integral.
		Porcentaje de Anemia en niños de 6 a 36 meses.
		Porcentaje de Desnutrición Crónica en menores de 60 meses.
		Disminución de la razón de Mortalidad Materna.

Fuente: Nuevo Modelo de Desarrollo Sostenible, Políticas Públicas y Estrategias del Gobierno Regional de Cajamarca Periodo 2015-2018.

1.3 ENFOQUES

a. Modelo de Intervención: Modelo Atención Integral Basado en Familia y Comunidad

Las intervenciones del modelo se vienen desarrollando bajo el *Enfoque de Derechos (respeto a la persona), Enfoque de Género (oportunidades hombres y mujeres), Enfoque de Interculturalidad (respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud), Enfoque de Territorialidad (como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves).*

El MAIS-BFC, concibe las atenciones de salud en función de las siguientes definiciones:

a. Los espacios-objetivo de intervención son*: la persona, familia y comunidad.*

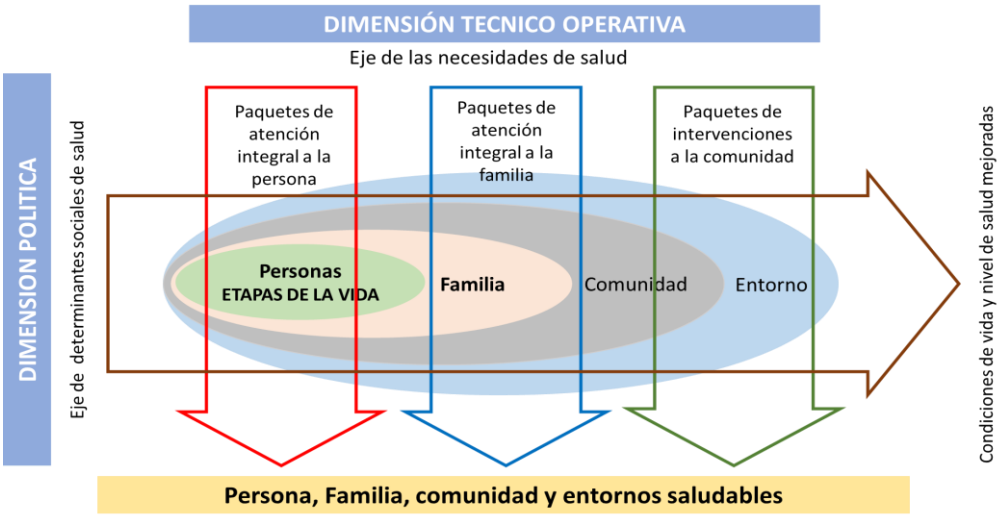
b. Las situaciones-objeto de intervención son *las necesidades de atención de salud y los determinantes de la salud.*

c. Las dimensiones del abordaje de la atención de salud *son la Dimensión Política* (gestión e implementación de políticas, programas y planes a cargo de los niveles nacional, regional y local*) y la Dimensión Técnico Operativa (representada por los establecimientos de salud, dependencias públicas y privadas, así como las organizaciones sociales).*

El MAIS-BFC, se constituye en dos ejes de atención:

- ***Eje de las necesidades*** comprende las intervenciones para responder a las necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad, está a cargo del equipo básico de salud familiar y comunitaria a través de los Paquetes de Atención Integral: *Paquetes de Atención Integral a la Persona, Paquetes de Atención Integral a la Familia e Intervenciones en la Comunidad.*

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD



Fuente: RM Nº 464-2011/MINSA. (MAIS B-FC)

- ***El eje de los determinantes sociales de la salud:*** está a cargo del gobierno nacional, regional y local a través de la articulación intergubernamental con la sociedad civil y la participación ciudadana para el diseño de Políticas de Estado sociales y económicas y sostenidas, que se implementan en planes, programas y proyectos sociales y productivos en los tres niveles de gobierno. Las intervenciones del modelo se dan sobre los determinantes sociales de la salud priorizan las acciones por nivel político y operativo.

b. Gestión por Resultado

Estrategia de gestión que orienta la acción de los actores públicos del desarrollo hacia la generación del mayor valor público posible a través del uso de instrumentos de gestión que, en forma colectiva, coordinada y complementaria, deben implementar las instituciones públicas para generar mejoras sostenibles en la calidad de vida de la población. Requiere, ante todo, transformar la cultura institucional imperante, basada en el cumplimiento de los procedimientos, y crear una nueva, orientada hacia los resultados.

"La gestión basada en resultados se centra en una clara noción de la causalidad. La teoría es que diversos insumos y actividades conducen lógicamente a órdenes mayores de resultados (productos, efectos e impacto). Estos cambios generalmente se muestran en una 'cadena de resultados' o 'marco de resultados' que ilustra claramente las relaciones de causa y efecto. Banco Mundial y OCDE (2005).

FUENTE: BANCO MUNDIAL 2005

c. Presupuesto por Resultados

El Gobierno a través de la aprobación de la Ley 28927- Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008-, Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la introducción del Presupuesto por Resultados en el Perú, estableciendo una ruta para su progresiva implementación en todas las entidades de la administración pública peruana y en todos los niveles de gobierno.

Es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles en favor de la población. En este sentido, requiere la existencia de una definición clara y objetiva de los resultados a alcanzar, el compromiso por parte de entidades para alcanzarlos, la determinación de responsables tanto para la implementación de los instrumentos del PpR como para la rendición de cuentas del gasto público, y el establecimiento de mecanismos para generar información sobre los productos, los resultados y la gestión realizada para su logro. Se implementa progresivamente a través de los Programas Presupuestales.

d. Programas Presupuestales

Un Programa Presupuestal (PP) es un instrumento del Presupuesto por Resultado y la unidad de programación de las acciones de las entidades públicas las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para el logro de un resultado especifico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política.

A nivel de salud se vienen implementando un total de 10 Programas Presupuestales, que se describen a continuación:

PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2015

PROGRAMA PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	RESULTADO ESPECÍFICO
001	Programa Articulado Nutricional	Reducir la Desnutrición Crónica de niños menores de 5 años
002	Salud Materno Neonatal	Disminuir la Mortalidad Materna y Neonatal
0016	TBC-VIH/SIDA	Disminución de incidencia y prevalencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo. Disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad por VIH.
0017	Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	Disminución de la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas mediante intervenciones sanitarias.
0018	Enfermedades No Transmisibles	Prevención de riesgos y daños para la salud por Enfermedades No Transmisibles: salud bucal, mental, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus
0024	Prevención y Control de Cáncer	Disminución de la proporción de cáncer avanzado/cáncer temprano a través de acciones preventivas y el fortalecimiento de los establecimientos de salud.
0129	Prevención y Manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	Baja proporción de personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad.
0131	Control y Prevención en Salud Mental	Población en riesgo, con problemas psicosociales y trastornos mentales que accede a la atención integral de salud mental.
0068	Reducción de las Vulnerabilidades y Atención de Emergencia por Desastre	Reducción de vulnerabilidad de la población y sus medios de vida ante la ocurrencia de peligros.
0104	Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas	Se disminuirá la tasa de mortalidad por Emergencias y urgencias en los ámbitos de intervención del SAMU.

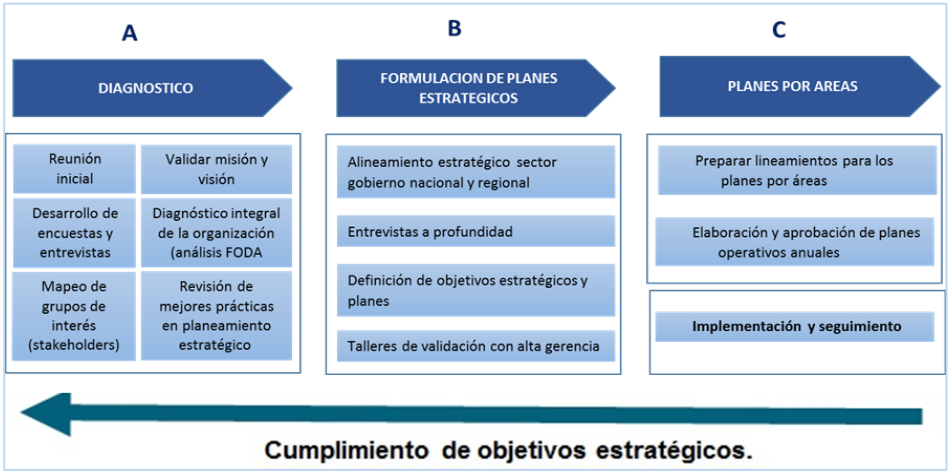
Fuente: Programas Presupuestales con Articulación Territorial 2014. PpR- MEF

1.4 MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA

PLAN BICENTENARIO			PLAN DESARROLLO REGIONAL CONCERTADO AL 2021		POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO REGIONAL	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2015-2018
Eje Estratégico 2	**Objetivo Nacional**	**Objetivo Específico**	**Objetivo Estratégico**	**Objetivos Específicos**	**Objetivo Estratégico**	**Objetivos Estratégicos**
Oportunidad y Acceso a los Servicios	Igualdad de oportunidades y acceso universal a servicios básicos.	Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad.	Desarrollo Social Inclusivo y Acceso Universal a los Servicios Básicos.	Incrementar el acceso a servicios integrales de salud con calidad y enfoque intercultural.	Garantizar el ejercicio pleno de los derechos fundamentales de los cajamarquinos.	Mejorar la situación sanitaria, promoviendo el acceso equitativo a los servicios de salud, en el marco del Aseguramiento en Salud, de la Gestión por Resultados y del Modelo de Atención Integral.
						Fortalecer el rol de la Autoridad Sanitaria Regional como órgano de Gobierno en el marco de la Descentralización en Salud.
		Nutrición adecuada para los infantes y las madres gestantes.		Mejorar la nutrición infantil en niñas y niños menores de cinco años, así como en madres gestantes y lactantes.		Fortalecer la Gestión de Recursos Humanos en Salud en el marco de la Reforma del Sector Salud y de las Políticas de Modernización del Estado Peruano.
						Mejorar el abastecimiento y disponibilidad adecuada y oportuna de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios promoviendo su uso racional y la implementación de acciones de fármaco vigilancia.
						Fortalecer el sistema de gestión de la información, para la oportuna toma de decisiones en la DIRESA CAJAMARCA.

1.5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

El enfoque metodológico usado en la formulación del Plan Estratégico Institucional de la DIRESA Cajamarca para el periodo 2015-2018, se centra en las dimensiones que abarcan las organizaciones cuando emprenden un proyecto:



Dentro de las principales actividades desarrolladas tenemos:

a. Levantamiento de información, sistematización y análisis secundario, las principales fuentes secundarias revisadas fueron:
   - Plan Participativo Regional de Salud Cajamarca 2010 – 2014.
   - Plan de Desarrollo Regional Concertado Cajamarca 2021.
   - Políticas públicas y estrategias del Gobierno Regional de Cajamarca 2015-2018
   - Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal, Convenio Capitado SIS, Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultado.
   - Reglamento de Organización y Funciones y Manual de Organización y Funciones.

b. Levantamiento, sistematización y análisis de información primaria:
   - *Encuestas (193) entre presenciales y On Line*, se aplicó un instrumento de calidad total denominado Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (Modelo EFQM), cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guías los criterios del modelo.

     Por ello la idea del modelo aplicado a DIRESA CAJAMARCA es mostrar que una organización, cualquiera sea esta, tiene excelentes resultados cuando hay un liderazgo comprometido con la calidad, que cuentan con estrategias claras y que, con una adecuada gestión del capital humano y materiales es capaz de transformar

todos los recursos en procesos eficaces y eficientes, de manera que los usuarios y la sociedad a la que sirven se beneficien con ello.

En el modelo EFQM los criterios están establecidos en dos grupos: *los agentes (1 al 5*, son aspectos del sistema de gestión de la organización, son las causas de los resultados y *Los resultados (6 al 9)* representa lo que la organización consigue para cada uno de sus actores. Los agentes son la causa de los resultados.

MODELO EFQM

1. Políticas y Estrategia: Se refiere a cómo se formula, desarrolla y revisa la política de la entidad y cómo la convierte en planes y acciones.
2. Personas: Se refiere a las políticas, valores y criterios relacionados con el manejo del personal y su relación con la organización y sus objetivos.
3. Alianzas y Recursos: Se refiere a la gestión por parte de la organización de los recursos disponibles de manera efectiva.
4. Liderazgo: Mide el comportamiento y actitudes del equipo directivo y otros líderes de la organización, así como fomentan la cultura de calidad.
5. Procesos: se refiere a que si la organización diseña, gestiona y mejora sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros.
6. Resultados en los clientes: Mide y compara los objetivos y el resultado final del trabajo ofrecido al usuario.
7. Resultados en las personas: Mide los resultados personales conseguidos en las personas como la satisfacción de los empleados.
8. Resultados en la sociedad: Mide que ha conseguido la organización en relación con su entorno externo, con los stakeholders.
9. Resultados Globales: Mide los resultados obtenidos por la organización en su conjunto y la repercusión de su trabajo en el cumplimiento de los objetivos.

La valoración de las respuestas se dio en opciones que van desde la A hasta la E.

A. El planteamiento es excelente, se aplica de forma general y constante obteniendo los resultados esperados.
B. Se realizan acciones de manera sistemática, se revisan y mejoran de forma continua, alcanzando buenos resultados, pero no se ha generalizado o no se ha aprovechado su potencial.
C. Se ha realizado algunas acciones puntuales, con resultados positivos que han significado algunas mejoras
D. Sólo ha habido algunas ideas buenas. No se ha realizado alguna acción o las que se han llevado a cabo han tenido resultados insignificantes.
E. Existe desconocimiento del tema o no se cuenta con información de ello.

Este instrumento será considerado para la construcción de la matriz FODA

- *Entrevistas (66) a Directivos* de la Dirección Regional de Salud Cajamarca y Sub Regiones Chota, Jaén, Cutervo, Red San Ignacio, Hospital Regional de Jaén y Hospital de Chota, para construir la matriz FODA.

  La herramienta usada, está enfocada en analizar la situación de DIRESA CAJAMARCA utilizando cuatro dimensiones en las cuales se desplaza la entidad, *perspectiva del usuario, perspectiva de infraestructura/tecnología, perspectiva de procesos y perspectiva organización.* Con la aplicación de las entrevistas se buscó identificar y evaluar los factores positivos y negativos del ambiente externo y ambiente interno a fin de que los directivos adopten decisiones sobre objetivos, cursos de acción y asignación de recursos sustentados en lo analizado.

  La matriz FODA se enfocó en clasificar los enunciados de acuerdo a las cuatro dimensiones de un proceso de cambio:

c. Talleres de socialización de avances y construcción del pensamiento estratégico compartido.

- Taller 1: Construcción del Mapeo de Stakeholders con el Equipo Técnico, identificándose los principales actores y su relación con la gestión, a fin de conocer la apreciación y el grado de influencia que tiene cada uno de ellos en el cumplimiento de metas y objetivos de la institución.

- Taller 2: Construcción de la Visión, Misión, Valores y Objetivos Estratégicos realizado con los Directores y funcionarios de DIRESA Cajamarca y Sub Regiones, Chota, Jaén, Cutervo.
- Taller 3: Construcción de Objetivos Estratégicos y Específicos en talleres descentralizados.

d. Formulación del Plan Estratégico

Los Objetivos Estratégicos se sustentan en las fortalezas de la organización y en la superación de sus debilidades, aprovechando las oportunidades externas y neutralizando las amenazas. Estos objetivos traducen la visión y la misión de la organización en metas concretas y medibles y facilita la capacidad de la Organización para asignar recursos de manera adecuada, alcanzar un entendimiento compartido de prioridades, delegar responsabilidades, hacer a la gente responsable de los resultados. Los objetivos estratégicos fueron definidos en base a la identificación de Perspectivas Estratégicas (Drivers), los cuales se desarrollaran en los talleres con el personal directivo y administrativo de la DIRESA.

1.6 DIAGNÓSTICO GENERAL

1.6.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA, DEMOGRÁFICA, CULTURAL Y SOCIOECONÓMICAS

1.6.1.1 Análisis Geográfico

La creación del Departamento de Cajamarca fue formalizada el 30 de septiembre de 1962, luego de un plebiscito (3 enero 1854) y un decreto de urgencia (11 febrero 1855). La provincia de Cajamarca fue creada el 12 de febrero 1821 y San Marcos fue creada en 1982. Está ubicado en la zona Nor Andina del Perú, según la división política tiene 13 provincias Cajabamba, Cajamarca, Celendín, Contumazá, Cutervo, Chota, Hualgayoc, Jaén, San Ignacio, San Miguel, San Marcos, San Pablo y Santa Cruz y 127 distritos. Capital ciudad de Cajamarca.

Su extensión geográfica es de 33,317.54

MAPA POLÍTICO – REGIÓN CAJAMARCA

Km2, representando el 2.6% del total del país, la provincia más extensa Jaén y el menos extenso San Pablo. La densidad poblacional para el departamento de Cajamarca es de 49.7 hab./km2, Hualgayoc por ser un territorio pequeño, tiene una alta densidad 108 hab./km2 y Cajamarca 96 hab./por km2 en las otras provincias el rango va de 35 a 55 hab./Km2.

Cajamarca con 1´525,064 habitantes (5,1% del total nacional), es el cuarto Departamento más poblado del país después de Lima (34.3%), Piura (6%) y la Libertad (5,9%). La población rural alcanza el 67.3%, la provincia más poblada es Cajamarca que concentra el 19% de los habitantes, seguida de Jaén con 14.1% y Chota con 13.1%.

El clima es variado, frio en las alturas andinas, templado en los valles y cálido en las quebradas y márgenes del río Marañón. Las temperaturas diurnas elevadas (más de 20°C) y bajas temperaturas nocturnas que descienden a 0°C partir de los 3 mil metros de altura, la atmósfera seca y precipitaciones abundantes en invierno.

La vías de acceso terrestres a las provincias en la región Cajamarca, se han mejorado con proyectos nacionales y regionales, pero a nivel distrital presentan deficiencias debido a que aún no están asfaltadas, y el acceso a los caseríos es por carreteras sin afirmar o por trochas carrozables. Estas deficiencias ocasionan problemas para el traslado o referencias de pacientes, generando retraso en la atención de los mismos, por lo que es de vital importancia mejorar el acceso, como la carretera longitudinal de la sierra.

El acceso a redes de información (TIC) se ha ido incrementando progresivamente, sin embargo esto aún no es suficiente para dar posibilidad a la población y personal de salud a estar comunicados y resolver consultas relacionados con la salud. Con la promulgación de la Ley N° 29904, Ley de promoción de banda ancha y construcción de la red dorsal nacional de fibra óptica, el proyecto para la región Cajamarca beneficiará a 735 localidades y 495 establecimientos de salud, el mismo que probablemente se iniciará en el mes de marzo del año 2016, lo cual facilitará el desarrollo y masificación de los servicios que se ofrecen a la población y reducir la problemática de salud, a través de la telemedicina, tele diagnóstico, tele prevención, tele gestión y tele capacitación.

1.6.1.2 Descripción y Análisis de la Dinámica Poblacional

Según ENDES 2014, la población total de la región Cajamarca es de 1´525,064 habitantes, siendo las provincias de Cajamarca (381,725), Jaén (198,877) y Chota (165,773), las provincias que concentran la mayor cantidad de población a nivel regional.

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR PROVINCIAS
REGIÓN CAJAMARCA

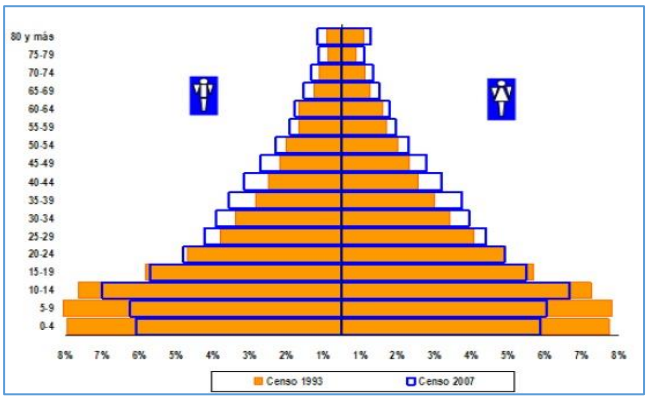
Provincia y Distrito	2011	2012	2013	2014	% Incremento
Total	1.507.486	1.513.892	1.519.764	1.525.064	0,35%
Cajamarca	361.991	368.639	375.227	381.725	1,73%
Cajabamba	79.957	80.086	80.182	80.240	0,07%
Celendín	95.275	95.433	95.550	95.624	0,08%
Chota	168.513	167.670	166.757	165.773	-0,59%
Contumazá	32.806	32.602	32.385	32.155	-0,71%
Cutervo	144.560	143.667	142.716	141.705	-0,71%
Hualgayoc	99.159	100.009	100.822	101.597	0,77%
Jaén	197.962	198.354	198.661	198.877	0,11%
San Ignacio	144.398	145.478	146.502	147.465	0,66%
San Marcos	54.609	54.622	54.602	54.565	-0,07%
San Miguel	58.033	57.492	56.931	56.349	-1,02%
San Pablo	24.062	23.885	23.698	23.503	-0,82%
Santa Cruz	46.161	45.955	45.731	45.486	-0,54%

Fuente: ENDES 2014

Como se puede apreciar en siete provincias existe una reducción en la población, siendo San Miguel la que registra un mayor porcentaje (1.02%). La provincia de Cajamarca como capital del departamento registra el mayor porcentaje de incremento (1.73%).

La pirámide poblacional del departamento de Cajamarca según el censo de 1993 al 2007, ha evolucionado hacia un menor número de nacimientos y mayor cantidad de población en edad activa y población adulta mayor, lo que indica el inicio de envejecimiento de la población. Se revela la reducción de la natalidad, así como la disminución de las poblaciones que se encuentran entre las edades de 5 a 14 años en ambos géneros. Asimismo nos indica que se incrementará la esperanza de vida al nacer. La población masculina representa el 49.9% y la población femenina es de 50.1%.

PIRÁMIDE POBLACIONAL REGIÓN CAJAMARCA, CENSOS 1993-2007



Fuente: INEI-censo nacional de población y vivienda 1993-2007

Población urbana y rural: La tendencia de la población del departamento de Cajamarca, observada en las últimas décadas, es a la expansión e intensificación del proceso de

urbanización, que se refleja en un mayor incremento de la población censada urbana (de 24,7% en 1993 a 32,7% en el año 2007) y en una disminución de la población censada rural (de 75,3% en 1993 a 67,3% en el año 2007).

POBLACIÓN PROYECTADA REGIÓN CAJAMARCA 2014-2015

Provincia	2014			2015		
	Población Total	Gestantes Esperadas	Mujeres en Edad Fértil (15-49 años)	Población Total	Gestantes Esperadas	Mujeres en Edad Fértil (15-49 años)
Cajamarca	381725	9708	109289	388140	9606	111220
Cajabamba	80240	2410	19464	80261	2348	19489
Celendín	95624	2770	23789	95652	2714	23838
Contumaza	32155	822	7825	164714	3762	43197
San Marcos	54565	1431	13681	31912	805	7762
San Miguel	56349	1320	14283	140633	3554	34640
San Pablo	23503	789	6049	102328	2408	28110
Chota	165773	3870	43442	199000	4692	52261
Hualgayoc	101597	2451	27878	148364	3812	33681
Santa Cruz	45486	1121	10770	54486	1398	13669
Cutervo	141705	3663	34837	55745	1279	14121
Jaén	198877	4800	52081	23298	765	6003
San Ignacio	147465	3884	33360	45222	1097	10721
Total	1525064	39039	396748	1529755	38240	398712

Fuente: INEI – Censo Nacional de Población y Vivienda 1993 y 2007.

1.6.1.3 Indicadores Demográficos

Como se puede observar la *Tasa Bruta de Natalidad* en el año 2010 fue de 22.01 nacidos vivos x cada 1000 habitantes y se espera que para el año 2020 sea de 18.81 x cada 1000 habitantes, en relación a la *Tasa Global de Fecundidad* (TGF) en el año 2010 fue de 2,75 y para el año 2020 se espera que la TGF sea de 2.40 hijos por mujer, este explica y analiza el comportamiento reproductivo de la población, ambos indicadores muestran una reducción continua durante el periodo proyectado (2010-2020).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS REGIÓN CAJAMARCA 2010-2015-2020

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	CAJAMACA		
	2010	2015	2020
Fecundidad			
Nacimientos anuales: B	33,409	32,116	28,914
Tasa bruta de natalidad: b (por mil)	22,01	21,2	18,81
Tasa global de fecundidad	2,75	2,67	2,40
Tasa bruta de reproducción		1,3	1,17
Mortalidad			
Muertes anuales: D	7,828	8,164	8,450
Tasa bruta de mortalidad: d (por mil)	5,21	5,94	5,5
Tasa de mortalidad infantil:			
(por mil nacidos vivos)	18,6	17,98	16,19
Esperanza de vida al nacer:			
Ambos sexos	72,41	72,94	73,94
Hombres		70,39	71,23
Mujeres		75,6	76,79

Crecimiento Natural			
Crecimiento anual: B-D		23,952	20,464
Tasa de crecimiento natural: b-d (por cien)		1,58	13,31
Migración Interna e Internacional*/			
Migración neta anual: M	-18,319	-17,816	-17,337
Tasa de migración neta: m (por mil)	-12,11	-11,76	-11,28
Crecimiento Total			
Crecimiento anual: B-D+(-)M	7,262	6,137	3,127
Tasa de crecimiento total:	4,84	0,41	2,03
b-d+(-)m (por cien)			
Fuente: INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad 1995-2025. Boletín de Análisis Demográfico 37 y boletín especial Nª 22			

La Tasa Bruta de Mortalidad en el año 2010 fue de 5.21 fallecidos por cada mil habitantes y se proyecta que se incrementara en el año 2015 (5.94) descendiendo para el 2020, pero siempre por encima de la tasa del 2010 (5.5).

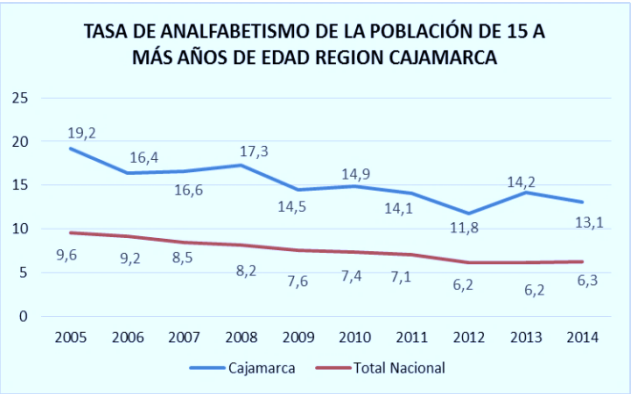
La mortalidad infantil tiene una tendencia a disminuir de 18, 6 x mil nacidos vivos en el año 2010 a 16, 19 x 1000 NV para el año proyectado (2020).

En la Región Cajamarca la edad promedio de sobrevivencia en el año 2015 es de 72.94 años, y para el año proyectado (2020) será de 73.94, ante tal contexto es preciso implementar estrategias de intervención para mejorar los estilos de vida en la población adulta.

1.6.1.4 Descripción y Análisis del Nivel Educativo

Uno de los componentes claves de la calidad de vida de las personas y el desarrollo económico y social de un país, es el nivel educativo de la población y a su vez, es uno de los factores utilizados más frecuentemente en los análisis sociodemográficos por su ascendencia sobre diferentes aspectos de la salud.

TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 A MÁS AÑOS DE EDAD, REGIÓN CAJAMARCA 2005-2014



Fuente: INEI - Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones

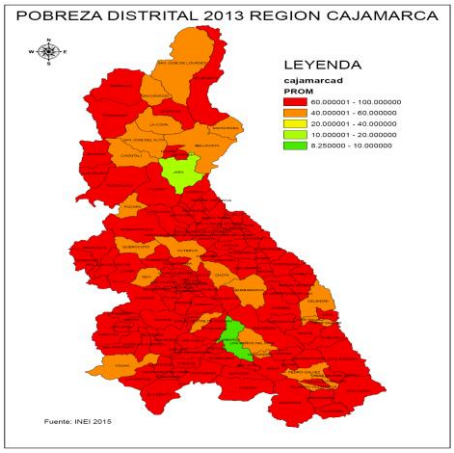
Cajamarca es una de las regiones con mayor porcentaje de analfabetismo (población de 15 a más años), encontrándose por encima del promedio nacional en 6.8%, si observamos la tendencia en 10 años (2005-2014) solo ha disminuido 6 puntos porcentuales.

En el departamento de Cajamarca, las provincias con mayores tasas son Hualgayoc, Chota, San Marcos, Cutervo, San Pablo y Cajabamba y las provincias con menor tasa son Cajamarca, Jaén y Contumazá.

1.6.1.5 Descripción y análisis del perfil social y económico

La Encuesta Nacional de Hogares de 2014 aplicada por el INEI, la *Población Económicamente Activa (PEA)* del departamento de Cajamarca ascendió a 815,1 mil personas, de las cuales, el 97,6 por ciento está ocupada (795,9 mil personas), mientras que el 2,4 por ciento, desocupada. Cajamarca es la cuarta región con la tasa de PEA informal (88%), por debajo de Huancavelica (91,4 por ciento); de Ayacucho (89,2 por ciento) y de Puno (88,8 por ciento). La región Cajamarca es una de las más pobres del Perú, con 52.9%, a pesar de encontrarse dentro de los departamentos que ha reducido su pobreza (1.3%), existen otros departamentos como Apurímac que ha disminuido en 12.7%.

MAPA DE POBREZA DISTRITAL 2013 REGIÓN CAJAMARCA



FUENTE: INEI

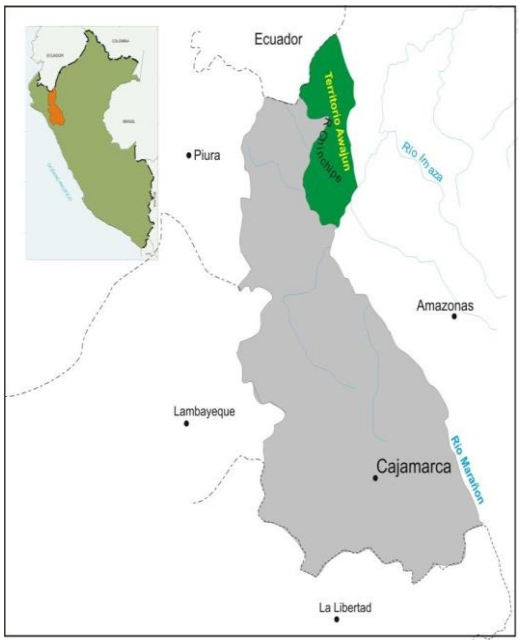
En el Departamento de Cajamarca, se puede observar que 101 distritos (80%) su nivel de pobreza se encuentra por encima de 60%, en 24 distritos (19%) el nivel de pobreza se encuentra entre 40% y menos de 60%, el distrito de Jaén con 17.7% y el distrito de Cajamarca con 8.3% de pobreza.

1.6.1.6 Acceso a Servicios Básicos: agua, desagüe, electricidad.

La disposición y acceso a servicios básicos como. Agua, electricidad y servicio de alcantarillado para eliminación de excretas se encuentra asociado con mejores condiciones de vida de la población.

En Cajamarca, el acceso a fuentes de agua de red pública dentro o fuera de la vivienda es de 81.7%, energía eléctrica alcanza un 73% y en relación al servicio sanitario con desagüe en red pública es de 35%, existe un 58.8% de viviendas con letrina y un 8.2% que no tiene este servicio.

1.6.1.7 Comunidades Nativas



FUENTE: INEI

En el departamento de Cajamarca existen dos comunidades nativas Awajún: Supayaku y naranjos. Supayaku, está ubicada en el distrito de Huarango, y Naranjos localizada en el distrito San José de Lourdes ambas en la provincia de San Ignacio. Forman parte de la Organización Regional Aguaruna San Ignacio (ORASI) y de la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana del Norte del Perú (ORPIAN); organización de base de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDESEP).

Supayaku actualmente está conformada por una comunidad matriz y 8 anexos: Supayaku, que es la sede central, Yamakey, Nuevo Kunchín, Valencia, Sawientsa, Chingozales, Suwa, Najem y Datem y Naranjos cuenta con 5 anexos: Santa Águeda, Nuevo Kucha, Tuna, Chimichimi, Chinim. Supayacu se encuentra a la margen izquierda y Naranjos a la derecha del río Chirinos.

En el mundo Awajun, la salud de una persona implica vivir en armonía con la familia y la comunidad, los espíritus y la naturaleza. Contrariamente, la enfermedad es el resultado de un desequilibrio entre los seres humanos, la naturaleza y los espíritus. Por ello, se suele explicar la enfermedad en función de causas externas (p. ej. enfermedad atribuida al arbusto, cocha, viento), o desde lo que podemos denominar, sus causas indirectas[1]. En los lugares alejados de la comunidad matriz todos se curan actualmente con plantas, puesto que muchas veces es complicado asistir al establecimiento de salud.

1.6.1.8 Establecimiento de riesgos poblacionales en función al análisis demográfico y socioeconómico.

Durante el análisis demográfico y socioeconómico se identificó que existe un incremento de la tasa de crecimiento de la población urbana, y de la población adulta y adulta mayor,

[1] Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y ciudades comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica del Perú (Capítulo II Componente antropológico). Unicef – AECID, Lima 2010.

un 20% de la población que no cuenta con servicios de agua potable, existen comunidades nativas que requieren contar con acceso a servicios de salud, con adecuación intercultural.

1.6.2 ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

1.6.2.1 Descripción y Análisis de la Morbilidad

a. Morbilidad General

Las principales causas de atención en los consultorios externos, fueron las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias (31.4%), seguido de las enfermedades del sistema osteomuscular (7.8%), y las enfermedades de la cavidad bucal glándulas salivales y de los maxilares (6.9%). Del total el 62.9% correspondió a mujeres, lo que se relaciona con el comportamiento y costumbre de la población; en la cual las mujeres tienen más oportunidades para recibir acciones preventivas promocionales.

En la *niñez (0 a 11 años),* las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyen la primera causa de morbilidad, con el 48.5%, seguido de otras enfermedades infecciosas intestinales con el 9.4%; y en tercer lugar las enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y de los maxilares, con el 8.6%. Del total de casos el 50.1% correspondieron a los hombres y el 49.9% a las mujeres.

Las primeras causas de morbilidad *en adolescentes (12 a 17 años*), fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias (32.0%), enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y de los maxilares (13.4%); y en tercer lugar las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con el 6.6%. Del total de casos el 41.5% correspondió al sexo masculino y el 58.5% al sexo femenino.

Dentro de las primeras causas de *Morbilidad en Jóvenes (18 a 29 años*) tenemos a las infecciones agudas de las vías respiratorias (23.9%), seguido de enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y de los maxilares (7.9%); y en tercer lugar las enfermedades del aparato urinario 6.9%. Del total de atendidos el 78.7% corresponde a mujeres y el 21.3% a mujeres.

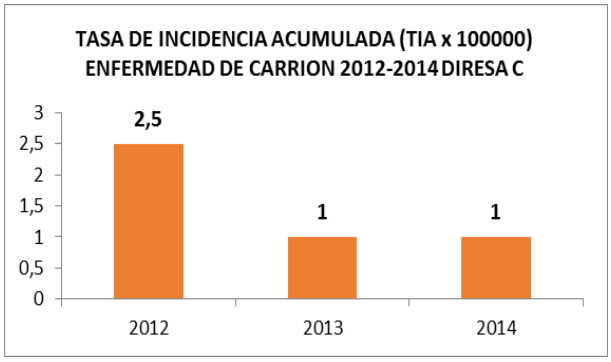
En Adultos (30 a 59 años), la primera causa de morbilidad fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias (20.9%), seguido de las enfermedades del sistema osteomuscular (13.7%) y en tercer lugar las enfermedades de otras partes de aparato digestivos (9.3%), aún no se ha observado la transición epidemiológica hacia las enfermedades crónico degenerativas. La morbilidad en mujeres fue 74.3%, y en hombres fue de 25.7%.

En Adultos Mayores (60 a más años), la primera causa fue por enfermedades del sistema osteomuscular (22.0%), seguido de infecciones respiratorias agudas (14.6%) y en tercer lugar las enfermedades de otras partes del aparato digestivo y enfermedad hipertensiva (10.4%). Del total de los casos el 41.6% en hombres y el 58.4% a las mujeres.

b. Enfermedades sujetas a Vigilancia y Control Epidemiológico

Casos nuevos de Tuberculosis: Los casos nuevos de TBC en la región en el año 2013 fueron 168 y para el 2014 los casos fueron 176, el incremento fue de 8 casos, en el presente año las provincias con más casos son Jaén (78) y Cajamarca (51).

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA (TIA x 100000)
ENFERMEDAD DE CARRIÓN, 2012-2014 DIRESA CAJAMARCA

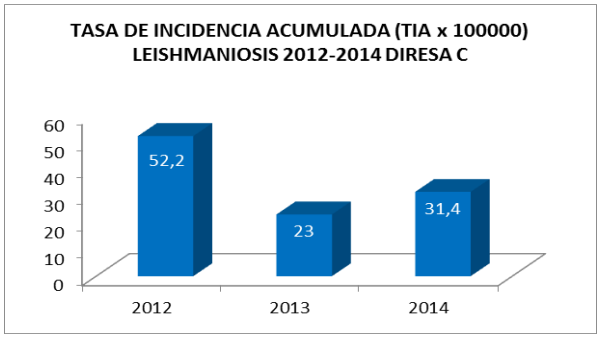


Fuente: Oficina Epidemiología DIRESA CAJAMARCA 2014

La Tasa de incidencia Acumulada (TIA x 100 000 hab.) en relación al año 2012 ha disminuido de 2.5 (38 casos) a 1 (15 casos) en el 2013 y 2014, las provincias afectadas son Cajabamba, Cutervo, Jaén y San Ignacio.

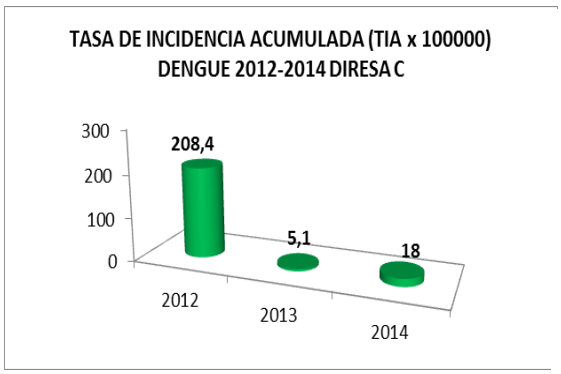
TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA (TIA x 100000) LEISHMANIOSIS 2012-2014 DIRESA CAJAMARCA

La TIA de Leishmaniosis cutánea (casos confirmados) ha disminuido en los dos últimos años de 52.2 en 2012 (382 casos) a 23 En el año 2013 (349 casos), pero en el año 2014 se vuelve a incrementar a 31.4 x 100000 hab. (479 casos).



Fuente: Oficina Epidemiología DIRESA C 2014

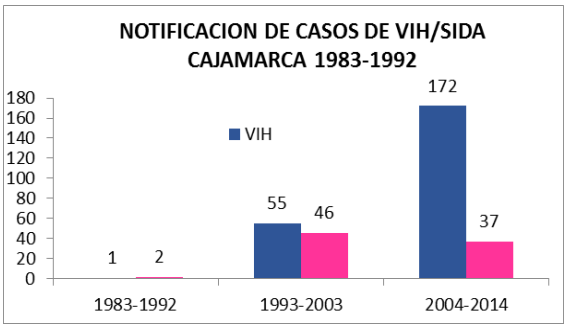
TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA (TIA x 100000) DENGUE 2012-2014 DIRESA CAJAMARCA



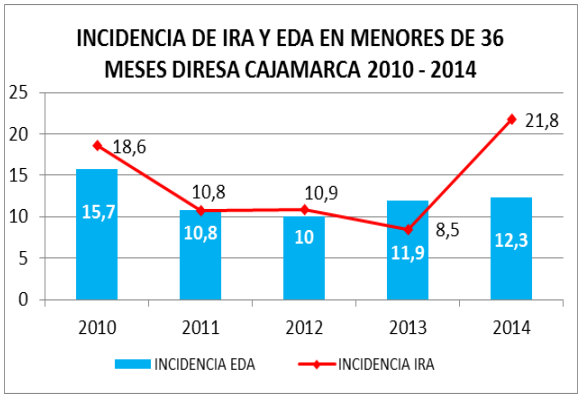
Fuente: Oficina Epidemiología DIRESA CAJAMARCA 2014

En los tres últimos años, fue el año 2012, que presento una TIA más alta 208.4 x 100000 hab. (3155 casos), luego disminuye; sin embargo se evidencia un ligero incremento para el año 2014. La provincia de Jaén (225 casos) ha sido la más afectada seguida de San Ignacio (49 casos) año 2014.

Cajamarca es una de las regiones con menor incidencia de VIH –SIDA. La notificación de casos se ha incrementado en los últimos 10 años en relación al decenio anterior.



Fuente: Red Nacional de Epidemiología DGE-MINSA. 2014



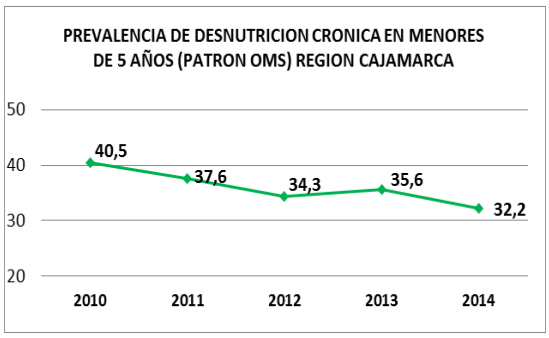
Fuente: ENDES 2014

La tendencia de las IRAs, disminuyo considerablemente entre el 2010 y 2013, pero en el año 2014 se incrementó a 21.8%, debido a inadecuadas condiciones de la vivienda (carencia de cocinas mejoradas, hacinamiento) y el entorno ambiental.

La incidencia de Enfermedad diarreica aguda entre los años 2010 y el 2012 es a disminuir, sin embargo en los dos últimos años se nota un incremento de 11.9% (2013) a 12.3% (2014).

c. Prioridades Sanitarias en niños menores de 5 años.

Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años

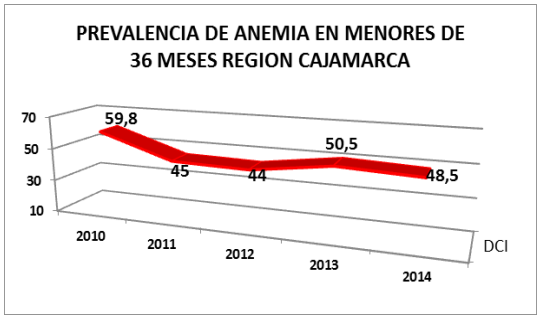


Fuente ENDES 2014

Según el Patrón de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Cajamarca es uno de los Departamentos con mayor proporción de desnutrición crónica infantil (32.2%). Sin embargo, este indicador se ha venido reduciendo considerablemente pasando de 40.5% en el 2010 a 32.2% en el año 2014.

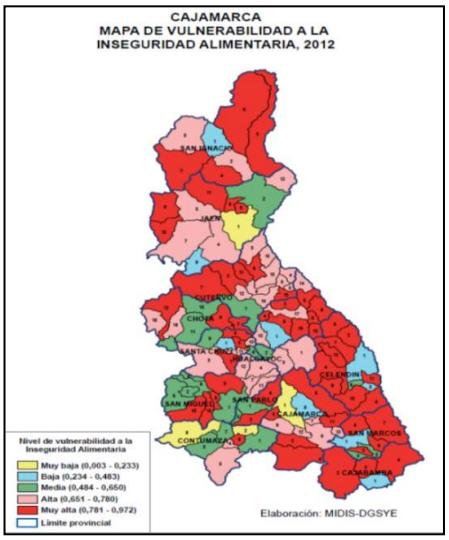
Anemia en niños menores de 36 meses:

Anemia: Se mantienen por encima de 40%, si bien es un indicador que ha mostrado leve descenso, se considera una importante tarea para la DIRESA reducir este indicador ya que su incidencia afectaría el desempeño del niño.



Fuente ENDES 2014

d. Análisis de la vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria:



El Mapa de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria muestra el nivel de exposición a factores de riesgo (probabilidad de ocurrencia), que ocasionan un impacto negativo en la seguridad alimentaria y la nutrición infantil. Como podemos observar el departamento de Cajamarca tiene mayor nivel de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, sobre todo en las zonas rurales.

1.6.2.2 Descripción y Análisis de la Mortalidad

En el año 2014, entre las primeras causas de *Mortalidad General* tenemos: Infecciones respiratorias agudas (15.4%); enfermedades hipertensivas (9.2%); otras enfermedades del

sistema respiratorio (7.7%); septicemia (7%), insuficiencia cardiaca y enfermedades del sistema digestivo (4.6%). El 54.9% de las defunciones en hombres y el 45.1% en mujeres.

En la Niñez (0 a 11 años) la principal causa de *Mortalidad* son las infecciones respiratorias agudas, con el 19% defunciones registradas.

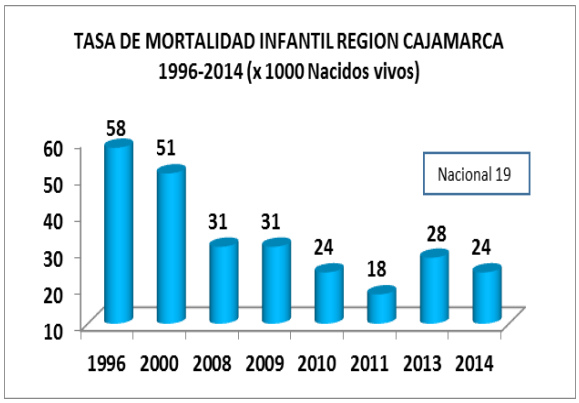
En adolescentes (12 a 17 años) la principal causa fue por otras enfermedades del sistema respiratorio (19.4%); seguido de las infecciones respiratorias agudas (13,9%); en tercer lugar las lesiones autoinflingidas (11.1%). Del total de los casos registrados el 52.8% son de sexo masculino y el 47.2% son del sexo femenino.

En Jóvenes (18 a 29 años), la principal causa fueron los accidentes de transporte terrestre (16.4%). El 70.5% correspondió a jóvenes de sexo masculino y el 29.5% femeninos.

En Adultos (30 a 59 años), el 8.4% de los fallecimientos fue por infecciones respiratorias agudas. El 54.7% fueron hombres y el 45.3% mujeres. En este grupo aparece como una causa importante los tumores malignos (7.4%).
En Adultos mayores (60 años a más), el 17.5% fallecieron por infecciones agudas de las vías respiratorias, seguido por Enfermedades Hipertensivas (12.2%), y en tercer lugar fue por Septicemia excepto neonatal (7.6%). De las muertes registradas el 53.4% fue en hombres y el 46.6% en mujeres.

a. Prioridades Sanitarias en Salud Materna Infantil

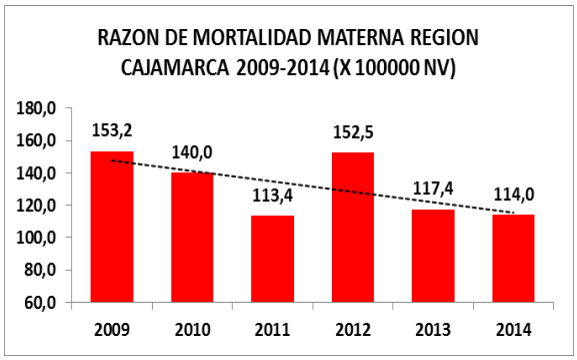
La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es un indicador de calidad de vida, pero a la vez evalúa la calidad de las estrategias y de las intervenciones de los servicios de salud en relación a su efectividad y oportunidad.



Fuente: Oficina de Epidemiologia Región Cajamarca

La MI ha disminuido de 58 por mil NV (1996) a 24 por 1000 nacidos vivos (2014), mientras que a nivel nacional se estima en 19 por mil NV. Dentro de las causas tenemos a las Infecciones Respiratorias Agudas (neumonías), trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.

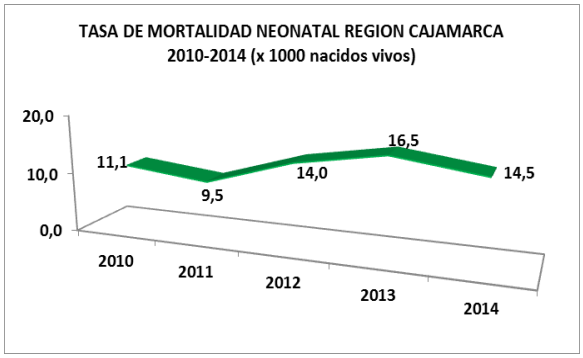
La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es un indicador de impacto, afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, siendo más elevado en la población de bajos recursos económicos y limitado acceso a los servicios de salud. A través de RMM se mide el riesgo de morir de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio y evalúa la calidad en la prestación de servicios de salud en forma integral.



Fuente: Oficina de Epidemiologia Región Cajamarca 2014

La RMM en la Región Cajamarca disminuyo de 153,2 por 100 000 NV (2009), a 114 por 100 000 NV. (2014). De las 30 muertes ocurridas en el presente año, 24 son directas (hemorragias, hipertensión e infecciones) y 6 Indirectas. Se observa una tendencia sostenida de reducción en los últimos años.

Mortalidad Neonatal: es un indicador que refleja el estado socioeconómico y cultural de la mujer, así como la oportunidad y calidad de servicios de salud desde, para la detección y manejo de pacientes con factores de riesgo de muerte fetal y prematuridad y sus condiciones durante el embarazo.



Fuente: ENDES 2014

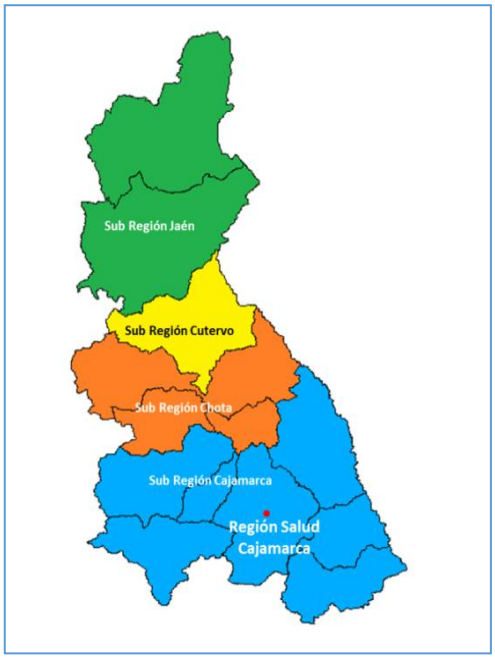
La tendencia de la mortalidad neonatal se mantiene durante los últimos tres años, con un ligero incremento en el año 2013. Entre las principales causas tenemos: asfixia, prematuridad, infecciones, malformaciones congénitas, complicaciones maternas y aspiración.

1.6.2.3 Establecimiento de Prioridades Sanitarias:

- Desnutrición Crónica infantil.
- Anemia en menores de 36 meses.
- Infecciones Respiratorias Agudas.
- Incidencia de Enfermedades Hipertensivas.
- Enfermedades Trasmisibles: Dengue.
- Mortalidad Materna y Neonatal.
- Mortalidad Infantil.

1.6.3 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

MAPA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA



Administrativamente la DIRESA Cajamarca, está dividida en cuatro subregiones de salud: Sub Región de Salud Jaén tiene dos provincias: Jaén y San Ignacio; Sub Región Cutervo, Sub Región de Salud Chota tiene bajo su jurisdicción las provincias de Chota, Santa Cruz y Huagayoc; y Sub Región de Salud Cajamarca que tiene bajo su responsabilidad las provincias de Celendín, Cajabamba, Cajamarca, San Marcos, San Miguel, San Pablo y Contumazá; cada una de las provincias del departamento conforma una Red de Salud (13 redes).

En Cajamarca el sector salud está integrado por el subsector público y privado; en el público tenemos a los establecimientos de salud, que prestan servicios al 85% de la población, a Essalud cuya población objetivo son los trabajadores dependientes, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional que atiende a personal y familiares directos de estas dependencias y el privado que está conformado por clínicas particulares, consultorios privados y entidades prestadoras de salud financiadas por los mismos usuarios.

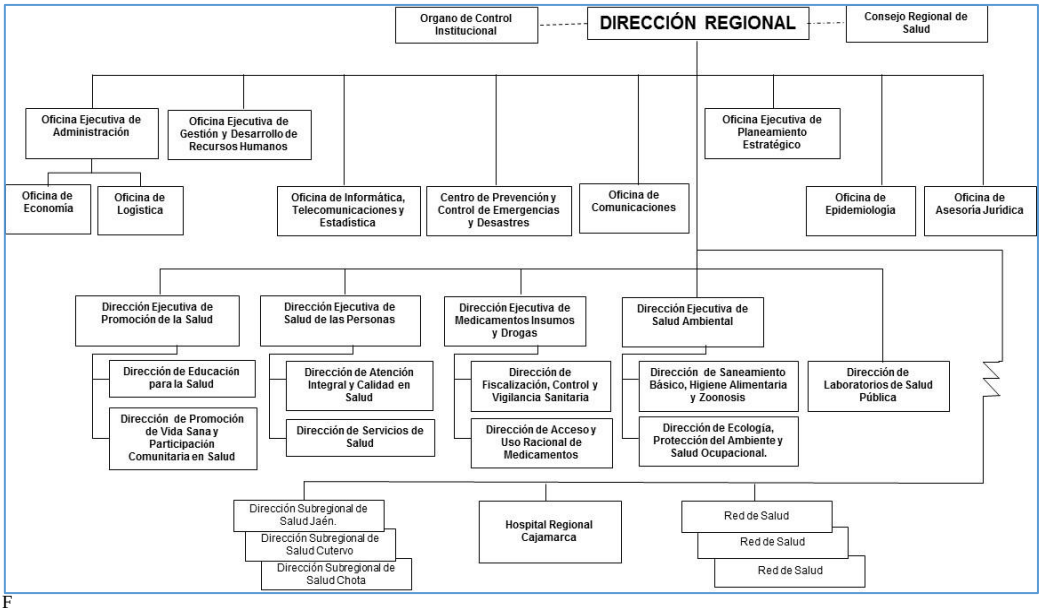
La DIRESA Cajamarca es un órgano de línea de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional Cajamarca (ROF del GRC), responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; así como dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales y regionales de desarrollo. Ejerce autoridad en salud, en el ámbito del Departamento de Cajamarca y sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud o cuyas actividades afecten directa o indirectamente la salud de la población, en el marco de las normas legales vigentes.

Para dar respuesta a las necesidades en salud de la población, está organizada en trece Redes de Salud: Contumazá, Cajamarca, Celendín, Cajabamba, San Marcos, San Miguel, San Pablo, Chota, Bambamarca, Santa Cruz, Cutervo, Jaén y San Ignacio, con un total de

830 Establecimientos de Salud, además cuenta con hospitales II-1: Celendín, Cajabamba, José Soto Cadenillas de Chota, Santa María de Cutervo y Hospital de Jaén y un Hospital de mayor complejidad que es el Hospital Regional de Cajamarca.

1.6.3.1 Estructura Orgánica

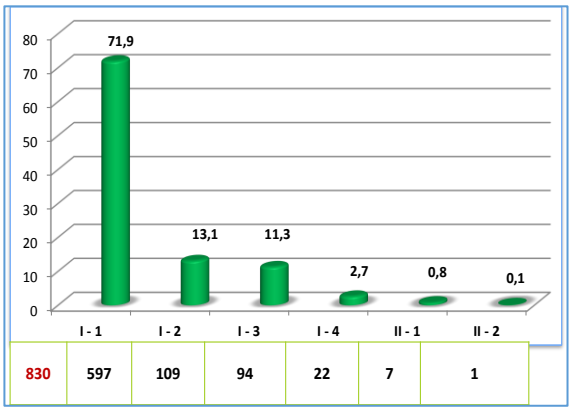
ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL - DIRESA CAJAMARCA, 2015



F
UENTE: ROF 2015-DIRESA CAJAMARCA

1.6.3.2 Descripción de la Oferta de los Servicios:

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORIA
DIRESA CAJAMARCA – 2014



FUENTE: RENAES 2014

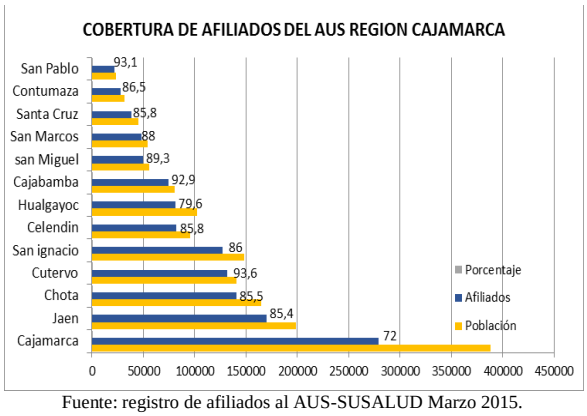
La región cuenta con 830 EESS, de los cuales el 71.9% son PS (I-1) con personal profesional no médico, el 13.1% EESS (I-2) con disponibilidad de médico, el 11.3% son CS sin internamiento (I-3) y solo el 3.6% son CS (I-4) que atienden durante 24 horas continuas y disponen de un equipo de profesionales y técnicos para la atención de salud.

Asimismo para complementar la oferta de servicios (apoyo al diagnóstico) se cuenta con una Red de Laboratorios ubicados en cada una de las Redes: Jaén (22), San Ignacio(22),

Chota (21), Cutervo (15), Cajamarca (12), Hualgayoc (7), San Miguel (6), Santa Cruz (5) y Cajabamba, Celendín (4), San Marcos (3), Contumazá (3), y 1 en San Pablo, los mismos que reciben la supervisión y asistencia técnica del personal del Laboratorio de Referencia Regional, los que realizan control de calidad de los laboratorios intermedios y confirmación diagnóstica. La complementación de los servicios se a través del flujo de referencias y contrarreferencias. Según el INFORHUS – MINSA (2013), la densidad de Recursos Humanos en Salud para Cajamarca fue de 13.2 por 10 000 hab., por debajo del mínimo señalado por OPS (25 por 10 000 habitantes) los que no son suficientes para garantizar la cobertura de servicios de salud. Las provincias con una densidad más baja son Celendín, Hualgayoc y San Ignacio.

1.6.3.3 Aseguramiento en Salud:

REGISTRO DE AFILIADOS AL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD CAJAMARCA MARZO 2015



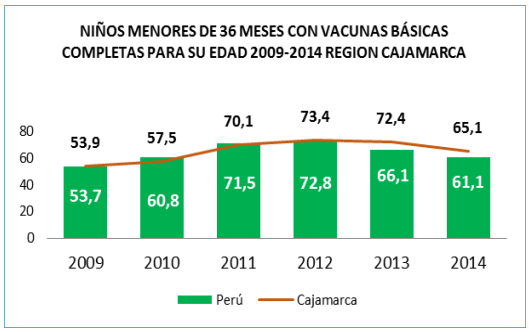
Fuente: registro de afiliados al AUS-SUSALUD Marzo 2015.

En la Región Cajamarca existe 1’273,309 afiliados, lo que representa el 83.24% de cobertura de aseguramiento en salud. (Marzo 2015). Las provincias que han superado el 90% son San Pablo, Cajabamba y Cutervo y por debajo de 80% las provincias de Cajamarca y Hualgayoc. Población Total 1529755 (Proyectada)

1.6.3.4 Evaluación de la Oferta de Servicios:

Indicadores Trazadores

a. Niños con Vacuna completa para su edad

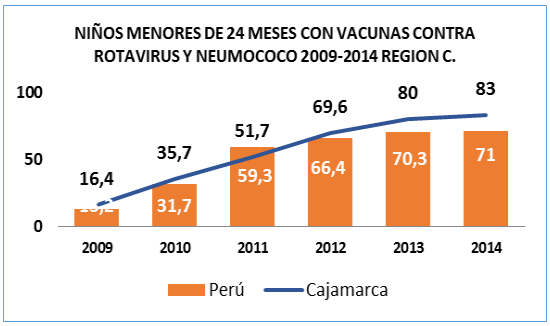


Fuente: ENDES 2014

La proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad, entre los años 2011 y 2013, superaban el 70%; sin embargo para el año 2014 disminuye en 7 puntos, probablemente una de las causas sea cambio y socialización tardía del esquema de vacunación.

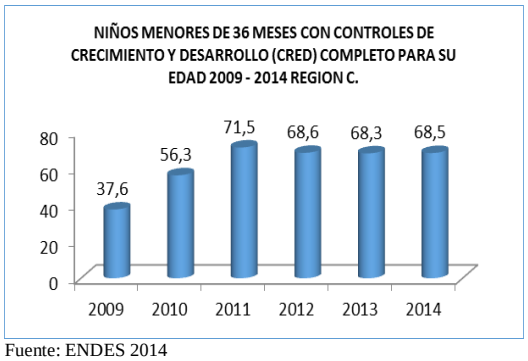
b. Niños vacunados contra el neumococo y rotavirus

La *proporción de niños menores de 24 meses con vacunas contra el neumococo y rotavirus* se ha incrementado considerablemente de 35.7% (2010) a 83% (2014), lo que cual contribuye a la disminución de las infecciones respiratorias agudas.



Fuente: ENDES 2014

c. Control de crecimiento y Desarrollo

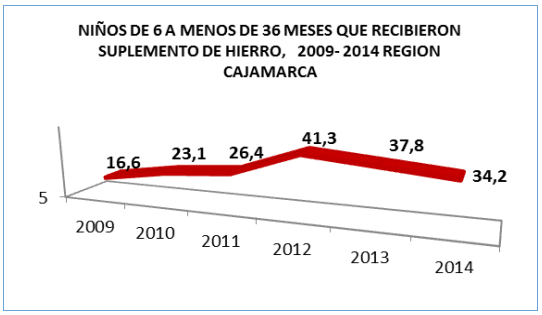


Fuente: ENDES 2014

La proporción de *niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad,* en los últimos tres años se mantiene alrededor de 68%, debido a que aún no hemos logrado sensibilizar a la madre sobre la importancia del cuidado y la detección temprana de riesgo en los niños.

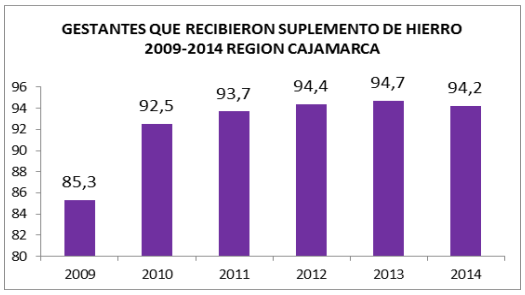
d. *Suplemento de Hierro a niños de 6 a menos de 36 meses*

La proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, aún no supera el 40%, existe un escaso control y seguimiento para que el niño pueda recibir el suplemento de hierro.



Fuente: ENDES 2014

e. Gestante con Suplemento de Hierro

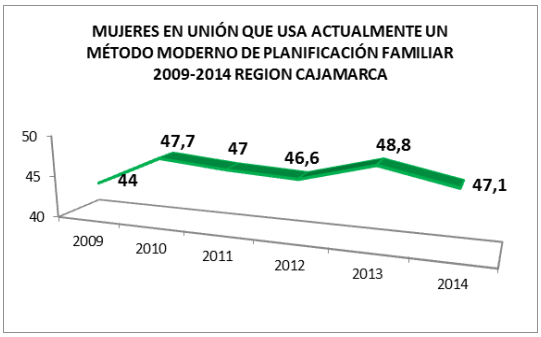


Fuente: ENDES 2014

La *proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro*, desde el año 2010 se mantiene por encima del 90%, esto debido al énfasis que viene dando el personal de salud a la entrega del suplemento de hierro, para disminuir la anemia en la gestante.

f. Mujeres en unión que usa actualmente un método moderno de Planificación Familiar

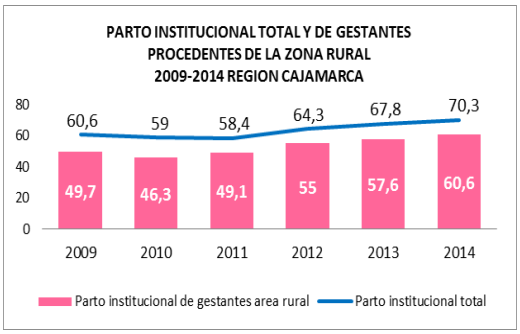
La proporción de mujeres en unión que usa actualmente un método moderno de PPFF, se mantiene alrededor del 47%, se viene impulsando la consejería para el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo no ha sido suficiente para incrementar las coberturas.



Fuente: ENDES 2014

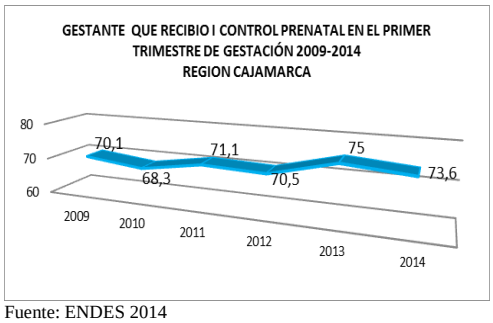
g. Proporción de Parto Institucional

La proporción de parto institucional, se ha incrementado alcanzando 70%, además existe una mayor proporción de partos atendidos de gestantes de la zona rural, debido a la orientación y consejería que se brinda a gestante y familiares y la aplicación del plan de parto.



Fuente: ENDES 2014

h. *Gestante con Control Prenatal en I trimestre Gestación*

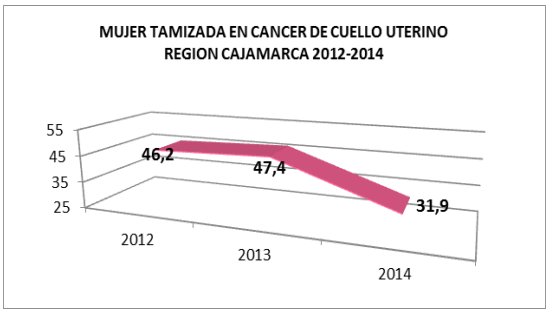


Fuente: ENDES 2014

La proporción de gestantes que recibieron primer control en I trimestre de gestación, se mantiene sobre el 70%, esta actividad debe incrementarse para la identificación temprana de riesgos en la gestante.

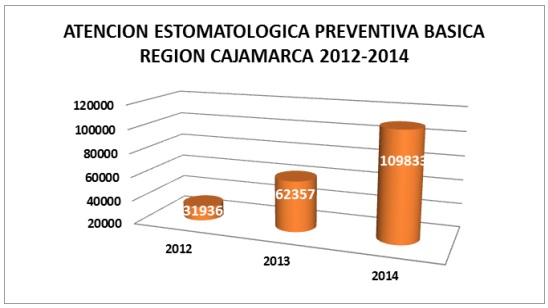
i. *Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino*

El porcentaje de Tamizaje de cáncer de cuello uterino se encuentra por debajo de 50%, se debe dar énfasis a la consejería para que las mujeres hagan uso de este servicio y detectar oportunamente el cáncer de cuello uterino.



Fuente: Oficina de Estadística DIRESA 2014

j. Atención Estomatológica Preventiva Básica a niños y gestantes



Fuente: Oficina de Estadística DIRESA 2014

La atención estomatológica preventiva básica a niños y gestantes se ha incrementado, debido a la contratación de personal de odontología en los establecimientos con categoría I-3.

1.6.3.5 Identificación de la Problemática Institucional

Las conclusiones de la autoevaluación aplicado a la DIRESA Cajamarca, según el modelo EFQM son las siguientes:

a. La Alta Dirección/equipo directivo tienen un débil liderazgo, realizan acciones puntuales para fomentar los valores institucionales, y los trabajadores conozcan los valores institucionales y criterios de calidad, que no se reconoce su esfuerzo, lo que conlleva a una carencia de compromiso propiciada por la rutina y la desmotivación, lo cual contribuye al retraso en el cumplimiento de metas.

b. La aplicación de políticas orientadas a la mejora del capital humano, como procesos de selección, análisis de competencias, desarrollo, promoción o reconocimiento, entre otros no se realiza en la mayoría de los casos, lo cual genera impacto negativo en la motivación y mejora de la productividad, incremento de los niveles de insatisfacción, escaso compromiso, inadecuado clima laboral, y no se ha logrado establecer un buen nivel de comunicación.

c. La misión y visión se reflejan en las políticas y estrategias de la institución, pero no es asimilada como parte de la cultura de la organización, debido a que no se ha socializado en forma adecuada en toda la Dirección Regional.

d. La institución viene mejorando sistemáticamente la asignación y utilización de los recursos económicos, información que se recopila suficiente, fiable y de forma sistemática para la toma de decisiones, aún no se gestiona en forma óptima los materiales, tecnologías, laboratorios y recurso humanos.

e. No se realiza un aprovechamiento óptimo de las alianzas o convenios que tiene con entidades u organismos nacionales o internacionales cooperantes o no se han establecido estrategias claras que permitan fortalecer este aspecto.

f. Existe una débil organización de los procesos tomando en cuenta las necesidades, expectativas y satisfacción de los ciudadanos, no se aplica el manual de procedimientos.

g. Se mide periódicamente el grado de satisfacción de los usuarios, se cuenta con indicadores, pero los resultados no han sido socializado.

h. Existe un sistema de quejas y sugerencias, aún no es conocido por todos los usuarios de los servicios.

i. Se mide la percepción de los trabajadores, pero no se ven mejoras después de su aplicación.

j. Se cuenta con un programa activo y organizado de relaciones con los agentes sociales (medios de comunicación, instituciones, asociaciones) y ciudadanos para conseguir presencia clara y decisiva en la sociedad.

Cuando se analizó la situación de la DIRESA en las dimensiones:

1.- Perspectivas del usuario, se identificó que se debe analizar los productos y servicios que se brindan al usuario, que deben enfocarse a una mejora contínua según sus necesidades para lograr satisfacerlas y que la infraestructura no se ajusta a sus expectativas*;*

Reunión con Actores sociales

Reunión con equipos informáticos

2.- Perspectiva de los procesos, existe la necesidad urgente de reordenar el proceso de atención al usuario, efectuar cambios en los procesos administrativos–financieros sobre todo lo relacionado a la adquisición de bienes y servicios y su entrega en el punto de atención; en relación a los

procesos de auditoria interna estos no se realizan adecuada y oportunamente;

3. Perspectiva financiera del equipamiento y tecnología, en este aspecto se puede decir que la infraestructura médica y tecnológica no es la adecuada para brindar atención integral de calidad;

Reunión con los coordinadores regionales de PP

4. Perspectiva de la organización, la estructura orgánica actual no facilita el desarrollo de una gestión por resultados, aún no se han implementado los procesos en la gestión de recursos humanos.

1.6.3.6 Prioridades Sanitarias Regionales

- Desnutrición Crónica Infantil en niños y niñas menores de 5 años.
- Mortalidad Materno Neonatal
- Incremento de la Enfermedades No Trasmisibles
- Presencia de Enfermedades Transmisibles y Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas en zonas endémicas.

1.6.3.7 Prioridades de Gestión

- Débil ejercicio de la Rectoría.
- Escasa implementación de procesos de Gestión.
- Sistema de información gerencial.
- Débil implementación de los procesos de gestión de recursos humanos.

1.6.3.8 Matriz FODA

La Matriz FODA fue construida teniendo en cuenta el análisis de la situación actual bajo cuatro dimensiones: Procesos, Organización, Infraestructura y Equipos, Recursos Financieros y Humanos.

MATRIZ FODA INTERNO SEGÚN PERSPECTIVAS

ESTRATEGIA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
PERSPECTIVA DEL USUARIO	✓ Recursos Humanos capacitados para afrontar situaciones relacionadas con la mejora de la salud de la población. ✓ Recursos Humanos profesionales y técnicos capacitados y con experiencia en gestión sanitaria y administrativa. ✓ Incremento de la afiliación al Seguro Integral de Salud de la población de quintiles I y II. ✓ Capacitación permanente al personal de salud en guías y protocolos.	✓ No se mide la percepción de los trabajadores (clima laboral), ocasionando baja identificación y compromiso con los objetivos de la entidad. ✓ Personal profesional de la salud capacitado migra al sector privado. ✓ Escaso trabajo en equipo. ✓ Los usuarios no perciben la mejora en los procesos de atención. ✓ Recurso Humano insuficiente, elevada rotación y baja remuneración laboral. ✓ Escaso uso de la información y opinión de ciudadanos y trabajadores en la planificación estratégica y operativa. ✓ Los resultados de la medición del grado de satisfacción de los usuarios, y del trabajo desarrollado no se han socializado.
PERSPECTIVA FINANCIERA/INFRA ESTRUCTURA/ TECNOLOGÍA	✓ Mejora en la asignación y utilización del presupuesto. ✓ Se ha mejora la implementación con equipos de alta tecnología: biomédicos e informáticos. ✓ Plan de reposición de equipos biomédicos. ✓ Plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos. ✓ Hospitales con infraestructura moderna.	✓ Infraestructura física, médica y tecnológica actual no permite una atención integral personalizada a los usuarios ✓ Software informático no cuentan con licencia. ✓ Conectividad a internet lenta.
PERSPECTIVA DE PROCESOS	✓ Se ha mejorado la recopilación, procesamiento y reporte de la información para la toma de decisiones. ✓ Adecuado proceso de vigilancia epidemiológica de enfermedades. ✓ Existe una tendencia favorable en la implementación de mejoras en los procesos de adquisiciones.	✓ Deficientes condiciones de almacenaje de insumos y medicamentos. ✓ Procesos de atención a los usuarios no adecuados y no se enfocan a una mejora continua. ✓ El control de riesgo existente no responde adecuadamente a la reducción de peligros y mitigación de daños a la salud. ✓ Procesos administrativos y financieros existentes no permiten la entrega oportuna de insumos, medicamentos en EESS. ✓ No se aplican los procesos de auditoria interna. ✓ Escasa evaluación del impacto de los procesos de mejora y de las metas o compromisos de gestión asumidos.
PERSPECTIVA ORGANIZACIÓN	✓ Seguimiento y control a la aplicación de normas, guías y protocolos en la atención a usuarios. ✓ Operatividad de las intervenciones de productos de los programas presupuestales. ✓ Adecuada definición de la Red de referencia y contrarreferencia.	✓ Estructura organizacional no acorde a la modernización del sector. ✓ Documentos de Gestión aún no socializados. ✓ Carencia de control y supervisión de establecimientos de salud alejados. ✓ Dificultades en los procesos de dirección, gestión y control. ✓ No se cuenta con un estudio de la oferta y escasa difusión de los servicios de salud. ✓ Los procesos de Gestión de recursos Humanos aún no se han implementado.

MATRIZ FODA ESTRATEGIAS

OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS F.O	ESTRATEGIAS D.O
- Convenios con entidades nacionales e internacionales. - Gobiernos. - Apoyo a la gestión por parte del Gobierno Regional.	1F.O: Socialización de los Convenios con todo el personal de DIRESA y beneficios de estos con la sociedad civil. 2F.O: Propiciar nuevos convenios interinstitucionales con Gobiernos Locales, universidades e institutos para fortalecer su participación en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Muertes Maternas. 3F.O: Impulsar la modernización de los servicios de salud a nivel regional. 4F.O: Fortalecer la capacidad de organización y gestión de las organizaciones comunitarias. 5F.O: Empoderamiento del personal.	1D.O: Reordenamiento del personal basado en la modernización del Sector Salud. 2D.O: Mejora de la infraestructura y equipamiento a través de los Convenios con Gobiernos Locales y Regional. 3D.O: Implementación de la interconectividad de toda la red de salud a través de fibra óptica. 4D.O: Desarrollar la mejora de los procesos claves de toda la entidad. 5D.O: Implementación del plan de mejora de clima organizacional. 6D.O: Implementación del coaching a nivel institucional. 7D.O: Implementación, actualización y socialización de los documentos de Gestión.
AMENAZAS	**ESTRATEGIAS F.A**	**ESTRATEGIAS D.A**
- Recorte Presupuestal. - Fenómenos climáticos. - Costumbres arraigadas de comunidad interfieren con el trabajo de DIRESA. - Limitado número de profesionales de la salud disponibles en la Región. - Brotes epidémicos (enfermedades emergentes).	1F.A: Organización de los Establecimientos de Salud para afrontar eventos climáticos adversos. 2F.A: Campañas de sensibilización en Salud Pública.	1D.A: Ordenamiento del gasto del Sector Salud conforme a las necesidades. 2D.A: Capacitación al personal para alcanzar bonificaciones especiales del MINSA. 3D.A: Implementación de sistemas educativos en salud enfocada a comunidades de diversas culturas. 4D.A: Fortalecer capacidades de redes y micro redes y estar preparados ante emergencias por desastres. 5D.A: Concertar con el sector privado para el desarrollo de APPs enfocado a mejora de infraestructura y programas de Salud.

II. MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

2.1 VISIÓN Y MISIÓN INSTITUCIONAL

La Dirección Regional de Salud Cajamarca cuenta con una visión y misión institucional para el periodo 2015-2018, las que orientarán el accionar del trabajo del personal en el cumplimiento de las metas y objetivos trazados, buscando el bienestar de los ciudadanos, prestando servicios integrales enfocados al autocuidado de la salud.

VISIÓN

"Alcanzar el bienestar biopsicosocial de las personas, familia y comunidad en un entorno saludable, con la prestación de servicios integrales de salud y el fomento del autocuidado"

MISIÓN

"Garantizar adecuados procesos de gestión para la atención integral de salud a favor de las comunidades de diversas culturas y creencias, proporcionándoles los medios necesarios para salvaguardar su salud, ejerciendo mayor control sobre ella y propiciando la participación activa de la sociedad civil en la región Cajamarca"

2.2 VALORES

- ***Profesionalismo:*** Compromiso de obtener conocimientos y destrezas, y utilizarlos para proveer la más alta calidad del servicio al ciudadano.
- ***Trabajo en Equipo:*** Capacidad de las personas para realizar funciones propias de su cargo con el aporte y colaboración de los demás integrantes de la entidad, con armonía y buena relación humana.
- ***Compromiso:*** Cumplimiento de objetivos institucionales.
- ***Solidaridad:*** Colaboración mutua entre el personal para servir al ciudadano, es también la toma de conciencia de las necesidades de los demás y el deseo de contribuir y de colaborar para su satisfacción.
- ***Equidad:*** Implica justicia e igualdad de oportunidades, brindando servicios sin hacer diferencias en las personas, por su cultura, o creencia religiosa.
- ***Probidad:*** Orientados a realizar un trabajo honrado, usando una conducta acorde con el juramento de cuidar y preservar la vida de la persona.
- ***Empatía:*** Capacidad de sentir lo que otra persona puede estar sintiendo ante determinada situación, se vincula con la capacidad de escuchar y comprender.

2.2.1 Estrategias para el fomento de Valores

VALORES	ESTRATEGIA
Profesionalismo	- Capacitación permanente a personal asistencial y administrativo. - Evaluación de Desempeño.
Trabajo en Equipo	- Formación de focus group para compartir experiencias y conocimientos, por medio de talleres y sesiones de trabajo. - Organización del trabajo por equipos.
Compromiso	- Implementación de mecanismos de reconocimiento al buen desempeño del personal y de los equipos de trabajo. - Socialización de la Visión, Misión y de las normas de la institución. - Organización basada en la participación del personal. - Instalación de mecanismos de comunicación, asistencia técnica y apoyo.
Solidaridad	- Propiciar la comunicación, fomento de actividades conjuntas entre Unidades Orgánicas.
Equidad	- Fomentar el sentido humanista en la atención de las necesidades de salud de la población.
Probidad	- Incorporación de la ética pública a la cultura organizacional (desarrollo organizacional) e implementación de técnicas de control de la gestión. - Promover la participación de la sociedad civil. - Difundir los principios de la administración moderna.
Empatía	- Desarrollar conductas sociales positivas: asertividad, consideración, autocontrol y liderazgo. - Mantener relaciones saludables en el centro laboral y con los usuarios. - Aumentar la autoestima.

2.3 PRINCIPIOS

Universalidad: Principio por el cual se garantiza el ejercicio del derecho a la salud, el acceso a los servicios de salud y la protección de los riesgos asociados a eventos de enfermedad a la población de la región Cajamarca.

Inclusión Social: Todo habitante tendrá acceso a los servicios de salud sin distinción en razón a sexo, raza, religión, condición social o económica, buscando eliminar o reducir las barreras geográficas, económicas y culturales.

Integralidad: A través de la atención integral se reconocerá las necesidades de salud de las personas, familia, y comunidad. Entendiéndose que la salud de la persona es consecuencia de su carácter multicausal, multidimensional y biopsicosocial; por tanto, requiere un abordaje integral.

Complementariedad: La salud tiene diversas dimensiones o factores que la afectan, por tanto, requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de recursos de las diferentes

entidades públicas y privadas para lograr eficacia, eficiencia e impacto en las intervenciones.

Eficiencia: Se propicia el uso adecuado de recursos para obtener los resultados esperados en la salud de la población.

Calidad de atención: Se brindan servicios de salud basados en protocolos, guías y procedimientos debidamente regulados y en estándares reconocidos, entregados con calidez, respeto y trato digno, en un entorno saludable para el usuario.

Sostenibilidad: Se garantizará la continuidad de los servicios de salud, con la implementación de las políticas aprobadas por el Gobierno Regional de Cajamarca, las mismas que están alineadas a los objetivos nacionales.

Innovación: Promover que las personas conviertan los problemas en ideas para innovar, para lo cual es necesario que las personas interactúen entre si compartiendo ideas**,** preocupaciones y deseos los cuales forman parte del proceso innovador y aplicarlas en el área de trabajo.

Participación Social: Se amplía la participación en las acciones, a favor de la salud de la población definiendo prioridades, generando compromisos y vigilancia su cumplimiento.

2.4 ROL ESTRATÉGICO (RECTOR) INSTITUCIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

Según RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 405-2005/MINSA de fecha 30 de Mayo del 2005, a letra dice: "RECONOCEN QUE LAS DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD CONSTITUYEN LA ÚNICA AUTORIDAD DE SALUD EN CADA GOBIERNO REGIONAL"

La Dirección Regional de Salud, según lo establece el Reglamento de Organización y Funciones cumple las siguientes funciones:

a. Formular, aprobar, ejecutar, evaluar y cumplir las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.

b. Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.

c. Formular y ejecutar concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.

d. Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito Regional.

e. Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.

f. Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la Región, en coordinación con los Gobiernos Locales.

g. Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación, y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.

h. Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.

i. Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.

j. Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.

k. Promover y preservar la salud ambiental de la Región.

l. Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito Regional.

m. Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud.

n. Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.

o. Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.

p. Ejecutar en coordinación con los gobiernos locales de la Región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la Región.

PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

El accionar de los principales actores del sistema de salud en la región Cajamarca se encuentran en la capacidad de brindar un servicio de calidad y de forma integral a toda la población contando para ello con personal debidamente capacitado, infraestructura y equipamiento adecuado.

Por lo cual los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud han establecido acciones para mejorar la salud de la población, fortaleciendo el primer nivel de atención y los mecanismos de aseguramiento de las personas principalmente de los quintiles I y II.

La Dirección Regional de Salud ha formulado sus objetivos estratégicos institucionales del Plan Estratégico Institucional 2015 al 2018, tomando en cuenta la realidad sanitaria actual en la Región, debidamente alineados con los objetivos del Milenio, el Acuerdo Nacional, el segundo Eje Estratégico del Plan Bicentenario al 2021: Oportunidad y Acceso a los Servicios, lineamientos del Sector y Políticas Públicas y Estrategias del Gobierno Regional de Cajamarca.

III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas Anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Perspectiva del usuarios/producto / servicio	Mejorar la situación sanitaria, promoviendo el acceso equitativo a los servicios de salud, en el marco del Aseguramiento en Salud, de la Gestión por Resultados y del Modelo de Atención Integral.	Reducir la Desnutrición Cronica de niños menores de 5 años	- Promoción de estilos de vida y prácticas saludables en alimentación y nutrición en la gestante y niño. - Promover la alimentación saludable en la población, enfocado en productos andinos propios de la zona. - Atención integral a niños < de 5 años.	Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 05 años (patrón OMS).	Porcentaje	34.2	23.9	20.9	17.9	14.9
				Prevalencia de Anemia en niños y niñas menores de 36 meses.	Porcentaje	45	35.5	32.5	29.5	26.5
		Disminuir la Mortalidad Materno Neonatal	- Promoción y comunicación masiva con enfoque de Derechos, Género e Interculturalidad en Salud Sexual y Reproductiva. - Trabajo intersectorial con Salud y Educación en Salud Sexual y Reproductiva. - Atención Integral a Gestantes. - Atención Integral Adolescentes.	Razon de Mortalidad Materna por 100,000 NV	Razon	114	108	104	100	97
				Tasa de Mortalidad Neonatal x 1000	Porcentaje	16	13.45	10.45	7.45	5.45

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Perspectiva del usuarios/producto / servicio	Mejorar la situación sanitaria, promoviendo el acceso equitativo a los servicios de salud, en el marco del Aseguramiento en Salud, de la Gestión por Resultados y del Modelo de Atención Integral.	Disminución de la incidencia y prevalencia de TBC frotis positivo. Disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad por VIH.	- Promoción de estilos de vida y entornos saludables para prevención y control de TBC y VIH-SIDA. - Atención Integral oportuna a personas con TBC y VIH SIDA.	Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (x100,000)	Porcentaje	7.4	7.4	6.8	6.2	5.6
		Disminuir la morbilimortalidad por Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas mediante intervenciones sanitarias según escenario de riesgo.	- Promoción de estilos de vida y entornos saludables para prevención y control de las Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas. - Trabajo articulado, intersectorial e intergubernamental y sociedad civil relacionada con el saneamiento básico y entorno de vivienda.	Índice Parasitario Anual de Malaria (IPA).	Porcentaje	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
				Tasa de Letalidad de Dengue.	Porcentaje	18	12.4	10.4	8.6	6.5
				% de Población de 12 a más años que reconoce la triada preventiva de la Rabia.	Porcentaje	4.82	4.82	7.03	8	8.9

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Perspectiva del usuarios/producto / servicio	Mejorar la situación sanitaria, promoviendo el acceso equitativo a los servicios de salud, en el marco del Aseguramiento en Salud, de la Gestión por Resultados y del Modelo de Atención Integral.	Prevención de riesgos y daños para la salud por Enfermedades No Trasmisibles: Salud bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus	- Promoción de estilos de vida y entornos saludables para prevención y control de las Enfermedades No Trasmisibles. - Atención Integral oportuna a personas con Enfermedades No Trasmisibles. - Atención Integral a la población que reciden en zonas de actividad minera.	Porcentaje de personas de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de salud.	Porcentaje	8.19	8,19	10.19	12.2	14.2
				Porcentaje de personas que consumen almenos 5 porciones de fruta y/o verduras al día en los últimos 7 días.	Porcentaje	--	3.7	5.7	6.7	7.7
				Porcentaje de personas de 01 a 11 años con prácticas adecuadas de higiene bucal.	Porcentaje	--	25	26	27	28

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Perspectiva del usuarios/producto/ servicio	Mejorar la situación sanitaria, promoviendo el acceso equitativo a los servicios de salud, en el marco del Aseguramiento en Salud, de la Gestión por Resultados y del Modelo de Atención Integral.	Disminuir la proporción de cáncer avanzado/ temprano a travez de acciones preventivas y el fortalecimiento de los EESS en todos los niveles de atención.	- Promoción de estilos de vida y entornos saludables para prevención y control del cáncer. - Atención Integral oportuna en EESS para prevención del cáncer.	Tasa de Mortalidad de Cáncer de Mama.	Porcentaje	--	7.06	6.78	6.5	6.22
				Mortalidad por Cáncer de Estómago.	Porcentaje	--	22.62	22.26	21.9	21.5
				Tasa de Mortalidad de Cáncer de Cérvix.	Porcentaje	--	15.8	15.6	15.3	15.1
		Promoción, prevención y atención de personas con Trastornos Mentales y Problemas Psicosociales.	- Promover en la comunidad autoestima, impulsar prácticas de autovaloración, autoreconocimiento y autoexpresión. - Atención Integral oportuna a persona con transtornos mentales y problemas psicosociales dtectados. - Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de salud en actividades preventivo promocionales en Salud Mental.	Porcentaje de personas detectadas con Transtornos Mentales.	Porcentaje	--	19	21	23	25
				Porcentaje de personas detectadas con Transtornos Afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad que tienen diagnóstico y tratamiento.	Porcentaje	--	31	45	59	72.9

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Perspectiva del usuarios/producto/ servicio	Fortalecer el rol de la Autoridad Sanitaria Regional como órgano de Gobierno en el marco de la Descentralización en Salud.	Fortalecer y conducir los procesos de rectoría en el marco de la descentralización y modernización del estado. Fortalecer las acciones de promoción de la salud, con participación multisectorial teniendo en cuenta las determinantes sociales de la salud y la conservación del medio ambiente.	- Formulación e implementación de politicas públicas para la organización, regulación sanitaria y fiscalización de los EESS públicos y privados. - Mejoramiento de los procesos de Planeamiento, Administración y Gestión Institucional. - Acceso y transparencia a la información y rendición de cuentas. - Articulación intergubernamental y operatividad del Consejo Regional de Salud. - Promover la articulación multisectorial para el abordaje integral de las determinantes sociales.	N° de políticas elaboradas e implementadas por nivel de atención en la región Cajamarca.	Número	00	01	02	02	02
				N° de acuerdos cumplidos elaborados con el Consejo Regional de Salud	Número	00	04	06	06	06
				N° de Documentos de Gestión institucional actualizados.	Número	04	06	06	06	06
				% de cumplimiento de compromisos de gestión cumplidos.	Porcentaje	60%	85%	85%	90%	90%
				% de convenios firmados e implementados.	Porcentaje	100	100	100	100	100

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Perspectiva de Organización	Fortalecer la Gestión de Recursos Humanos en Salud en el marco de la Reforma del Sector Salud y de las Políticas de Modernización del Estado Peruano.	Contribuir al fortalecimiento del desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud, en el marco de la Modernización Institucional.	- Desarrollo de competencias y capacidades del capital humano en gestión y atención de servicios de salud según perfil profesional. - Desarrollo de mecanismos para la dotación justa y equitativa de recursos humanos. - Medición de la satisfacción del personal administrativo y asistencial. - Formulación e implementación el Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) quinquenal y anualizados.	% de EESS que cuentan con equipo básico de salud según categoría.	Porcentaje	30	40	50	60	70
				% de cumplimiento de Plan de Desarrollo de Capacidades	Porcentaje	---	25	35	50	70
				% de personal administrativo y aistencial satisfecho con el trabajo que realiza.	Porcentaje	--	20	30	50	65
				% de personal de salud con evaluación de desempeño.	Porcentaje	--	40	50	75	85
				% Microrredes que mantienen actualizado el sistema informatico del INFORUHs.	Porcentaje	60%	85	90	95	95

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Perspectivas de Procesos	Mejorar el abastecimiento y disponibilidad adecuada y oportuna de productos farmaceúticos, dispositivos médicos y productos sanitarios promoviendo su uso racional y la implementación de acciones de farmaco vigilancia.	- Asegurar la disponibilidad y la distribución oportuna de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en EESS según la normatividad del SISMED. - Promover el uso racional de medicamentos en EESS del primer y segundo nivel de atención. - Mejorar el sistema de farmacovigilancia de medicamentos.	- Implementación de almacenes especializados de medicamentos. - Mejorar la cadena de abastecimientos de productos farmaceúticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. - Mejorar la cadena de distribución hasta el EESS. - Implementación de acciones de vigilancia para el uso racional y de comercio informal de medicamentos y falsificación de productos farmacéuticos.	% de EESS con disponibilidad aceptable de productos farmaceúticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	Porcentaje	80	82	85	90	95
				% de órdenes de compra enviadas oportunamente al proveedor.	Porcentaje	75	85	100	100	100
				% de EE que expenden productos farmaceúticos supervisados.	Porcentaje	50	50	60	65	70

Procesos Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Objetivos Específicos	Acciones Estratégicas	Indicador	Unidad Medida	Metas anuales				
						Linea base	2015	2016	2017	2018
Tecnologia	Fortalecer el sistema de gestión de la información, para la oportuna toma de decisiones en la DIRESA CAJAMARCA.	- Garantizar el flujo permanente y oportuno de la transmisión de los sistemas de información. - Garantizar la calidad del dato del sistema de información	- Formulación e implementación de Plan de Fortalecimiento del Sistema de Información, que incluye renovación de plataforma informática. - Fortalecimiento de capacidades para el manejo de bases analíticas. - Desarrollo de sistema de telecomunicaciones a nivel de redes y microrredes. - Desarrollo de normativas para regular el sistema de información. - Estandarizar registro de vigilancia comunal y seguimiento de la atención integral del niño, mujer en edad fértil (MEF) y gestantes.	% de Oportunidad de entrega y retroalimentación de la información entre diferentes niveles.	Porcentaje	80	85	90	95	95
				% de EESS (punto de digitación) con un sistema informático operativo.	Porcentaje	60	65	70	75	80
				N° de directivas emitias e implementadas sobre el sistema de información.	Número	01	01	01	01	01

IV. ORGANIZACIÓN

La Dirección Regional de Salud, en el marco de la Reforma del Sector Salud viene realizando acciones para fortalecer la organización de la oferta de servicos de salud, tomando en cuenta que se tiene capacidad instalada míinima, en algunos casos suficiente para implementar el Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad a nivel regional. Asimismo la DIRESA viene fortaleciendo y orientando sus esfuerzo para brindar más y mejores servicios de salud en la Región. En el marco del Modelo se propone que se intensifiquen las acciones de promoción de la salud, fomentando estilos de vida y entornos saludables; para lo cual es importante el trabajo articulado en el marco del Presupuesto por Resultado de los Programas Presupuestales, optimizando el uso de los recursos, con una adecuada calidad de gasto.

A pesar de los esfuerzo que se viene realizando aún no se ha logrado cerrar la brecha de recursos humanos, para lo cual la DIRESA se encuentra trabajando en coordinación con Gobierno Regional y la Oficina de Gestión de Recursos Humanos para lograr una mayor asignación de recursos financieros que permitan ir disminuyendo la brecha, e incrementar la dotación de personal SERUMS para la zona rural. En este sentido también es necesario revalorar la función que cumple el personal de salud, para lo cual se ha planteado mejorar las condiciones en la que vienen prestando sus servicios en el marco de una Política Integral de Recursos Humanos.

Es preciso indicar que nos encontramos en proceso de mejorar el diseño organizacional, para lo cual se esta trabajando para la elaboración del Manual de Operaciones, que facilite o este acorde con la Política de Modernización de la Gestión Pública, sobre todo tratándose de una institución que brinda servicios de salud.

V. ANEXOS

Priorización de Actores Claves

En colaboración y participación total con el Equipo Técnico de la DIRESA Cajamarca, se procedió a **priorizar** a los principales stakeholders alrededor de las actividades de la organización quedando una lista depurada de los mismos detallada a continuación:

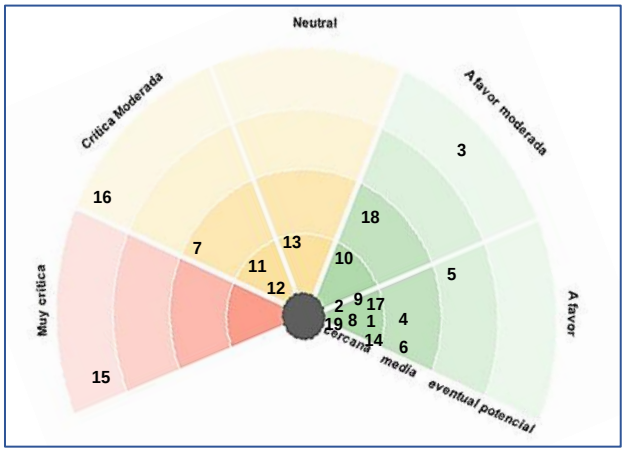
Nº	Actores (Instituciones, Organizaciones, Empresas, redes)
1	Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
2	Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental
3	Consejo Regional de Salud
4	Dirección General
5	Oficina de Prevención y Control de Emergencias y Desastres
6	Oficina de Comunicaciones
7	Órgano de Control Institucional
8	Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas
9	Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud
10	Dirección de Laboratorios de Salud Pública
11	Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
12	Oficina Ejecutiva de Administración
13	Oficina de Epidemiología
14	Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística
15	Oficina de Asesoría Jurídica
16	Sindicatos organizados
17	Sub Regiones de Salud
18	Hospitales
19	Redes de Salud
20	Sistema Integral de Salud
21	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
22	Gobierno Regional de Cajamarca
23	Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial
24	Sub Gerencia de Desarrollo Institucional
25	OPI
26	Consejeros Regionales y Provinciales
27	Gerencia Regional de Desarrollo Social
28	Sub Gerencia de Asuntos Poblacionales
29	RENAMA
30	Prensa Radial y Escrita
31	Fiscalía

32	SUNAFIL
33	Gerencia Regional de Desarrollo Social
34	Universidades
35	Institutos Superiores Tecnológicos
36	Superintendencia Nacional de Administración Tributaria
37	Juntos
38	Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza
39	Municipios Provinciales y Distritales
40	Organismos No Gubernamentales
41	Empresas Mineras de la zona
42	Ministerio de Educación
43	Defensoría del Pueblo
44	Ministerio de Salud
45	Ministerio de Economía y Finanzas
46	Ministerio de Agricultura
47	Ministerio de Transportes y Comunicaciones
48	Iglesias
49	Rondas Campesinas
50	Qalliwarma
51	Ministerio de Inclusión Social
52	Sanidad de las FF.PP
53	EE.SS Privadas (Clínicas, Centros Médicos, etc)
54	ESSALUD
55	EPS Varias
56	Proveedores
57	RENIEC
58	JUNTOS
59	INPE
60	BANCA PRIVADA
61	Ministerio de Vivienda
62	Ministerio del Ambiente
63	PROREGION
64	CUNAMAS
65	PENSIÒN 65
66	INEI
67	Unidad Desconcentrada Regional de Seguros
68	Usuarios

Representación Gráfica de la Distribución Actual de Actores Claves o Stakeholders

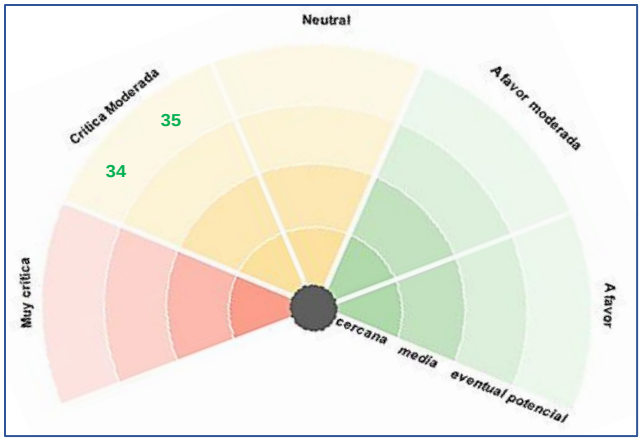
A continuación se muestra los actores más importantes relevados en el taller de trabajo y que han sido evaluados en forma conjunta y/o participativa con los funcionarios miembros del Equipo Técnico:

Gráfico Nº 1 – Mapeo Stakeholders: Clientes Internos



Según el mapeo de Stakeholders los clientes internos, conformados por las dependencias que componen la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, (en adelante DIRESA CAJAMARCA) cuentan con un grado de influencia "A favor moderada". Así mismo, en la validación llevada a cabo en taller de trabajo, los miembros del equipo técnico consideraron que algunas de las dependencias internas de la organización tienen un grado de influencia "Crítico moderado", debido a que en muchos de los casos han enfocado su trabajo excesivamente al ámbito procedimental, ocasionando una desvinculación con los objetivos que tienes la institución frente a la población, generando insatisfacción y bajos resultados.

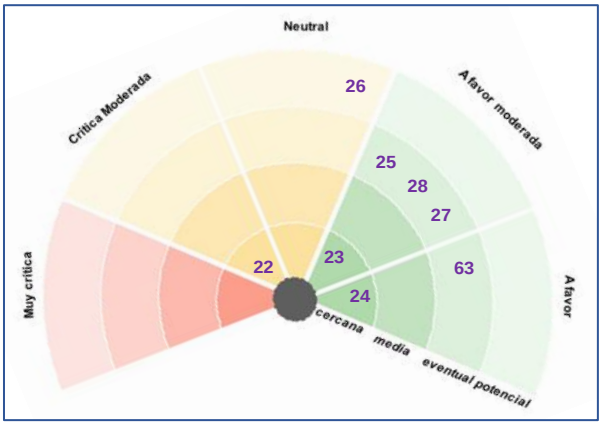
Gráfico Nº 2: Centros de Estudios Superiores



Según el mapeo de Stakeholders los Centros de Estudios, representados por las Universidades e Institutos Superiores de la Región Cajamarca, muestran un grado de influencia "Crítica Potencial".

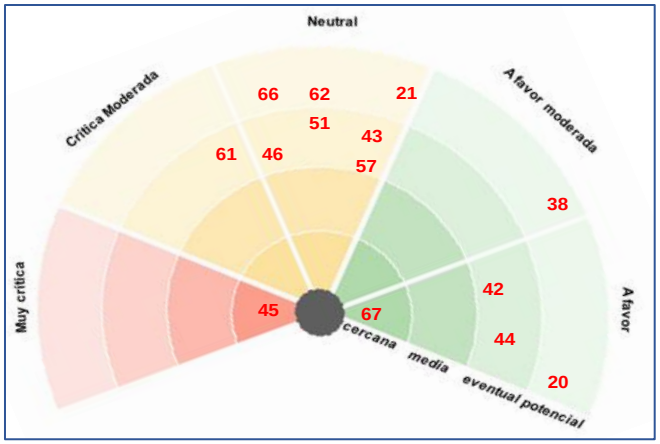
Durante el taller de trabajo, los participantes consideraron que las Universidades e Institutos Superiores deben de enfatizar en el plan curricular el perfil del profesional en salud de acuerdo a las prioridades sanitarias de la Región.

Gráfico Nº 3: Gobierno Regional



Según el mapeo de Stakeholders el Gobierno Regional de Cajamarca y sus órganos que lo componen muestran, en mayor proporción, un grado de influencia en promedio al clasificador "A favor moderada". Aún resulta indispensable tener un mayor involucramiento con dependencias como la Oficina de Proyectos de Inversión, y PROREGION, además de generar mayor espacio de involucramiento con los Consejeros Regionales y Provinciales con la finalidad de que puedan articular esfuerzos para gestionar apoyo presupuestal para el logro de los objetivos planteados.

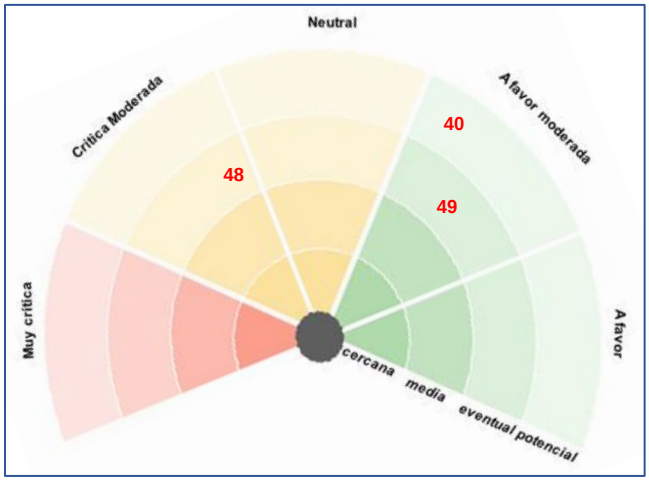
Gráfico Nº 4: Gobierno Nacional



Según el mapeo de Stakeholders las entidades pertenecientes al Gobierno Nacional o Central que interactúan con la DIRESA CAJAMARCA muestran un grado de influencia "Neutral eventual y potencial", lo que indicaría que su vinculación con DIRESA es apenas normativa y esporádica, a pesar de ser responsabilidad de estas entidades el mejorar las relaciones de colaboración.

Por otro lado, existen un grupo de entidades como son: La Unidad Desconcentrada Regional de Seguros, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, el SIS y la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza quienes mantienen una tendencia a favor del trabajo realizado, de las cuales se obtiene avances y cierto grado de beneficios.

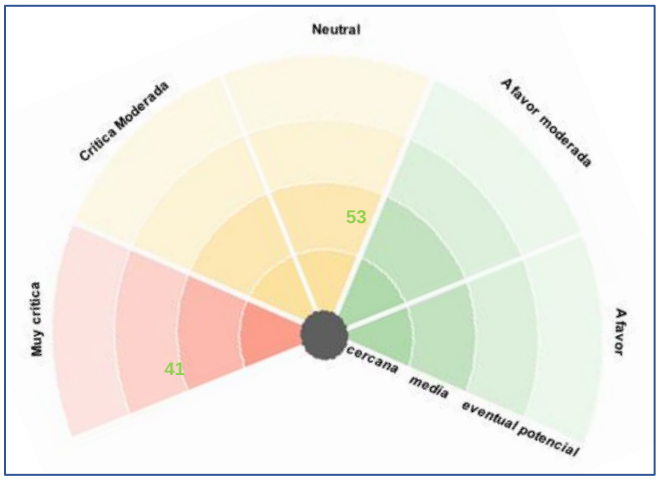
Gráfico Nº 5: Organizaciones Sociales y Eclesiásticas



Según el mapeo de Stakeholders las Organizaciones Sociales y Eclesiásticas cuentan con un grado de influencia "Eventual crítica moderada" con la DIRESA CAJAMARCA, posiblemente ligado a algunas políticas públicas de salud y control de la natalidad que van en contra de los preceptos y creencias de las iglesias.

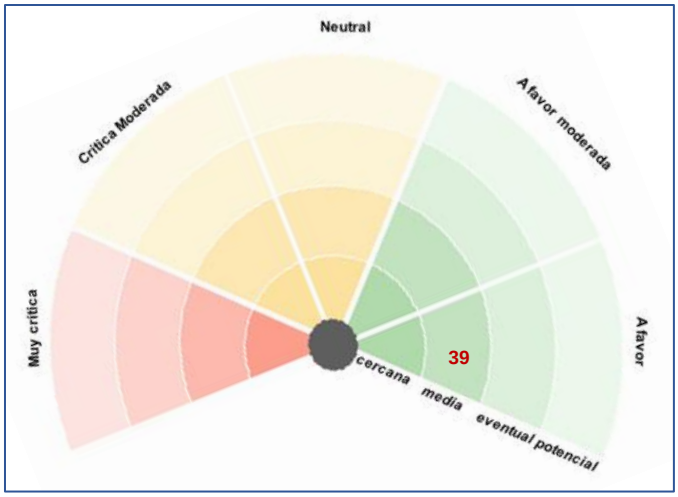
En relación a las Rondas Campesinas como las ONG`s cuentan con un grado de influencia "A favor moderado", considerando importante mejorar las relaciones con temas de salud a fin de convertirlos en aliados para el desarrollo de cualquier actividad vinculada al logro de los objetivos de la institución.

Gráfico Nº 6: Sector Privado



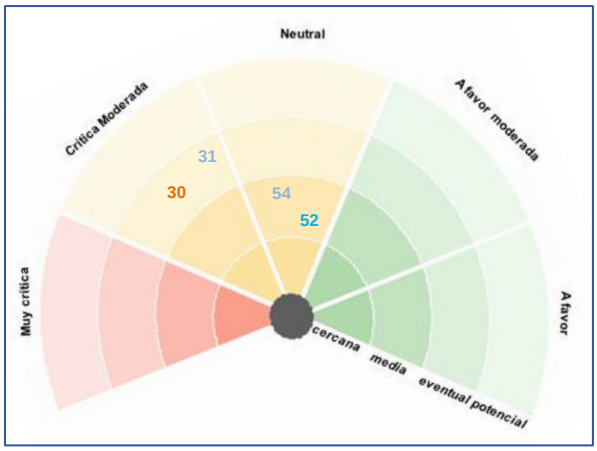
Según el mapeo de Stakeholders las empresas mineras, mantienen un grado de influencia "Eventual muy Crítica", mientras que las empresas privadas de salud muestran un grado de influencia "Neutral media", situación que ha desmejorado la cooperación del sector privado en la lucha contra la disminución de flagelos sociales y de salud que afligen a la Región.

Gráfico Nº 7: Municipalidades



Según el mapeo de Stakeholders las municipalidades tienen un grado de influencia "Media a favor", considerando que existe un mayor grado de influencia y colaboración por parte de los Municipios Distritales, quienes tiene un rol más activo con la DIRESA CAJAMARCA en la realización de campañas médicas en sus zonas, estando más enfocados en ayudar en la mejora de los niveles de salud de sus pobladores.

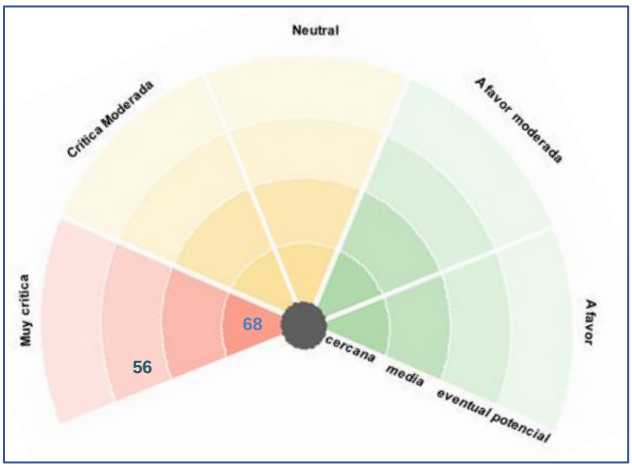
Gráfico Nº 8: Medios de Comunicación, Organismo de Justicia, Fuerzas Policiales y Seguro Social



Según el mapeo de Stakeholders, los Medios de Comunicación como prensa radial y escrita, al igual que la Fiscalía cuentan con un grado de influencia "Eventual y de crítica moderada", mientras que la Sanidad de las Fuerzas Policiales y ESSALUD cuentan con una influencia "Media neutral", el

cual disminuye el alcance del trabajo realizado por la DIRESA, y contribuye a generar desarticulación con los planes del gobierno en lo que respecta a la reducción de la mortalidad en niños y madres gestantes.

Gráfico Nº 9: Cliente Externos



Según el mapeo de Stakeholders, en lo que respecta a clientes externos los Proveedores tienen un grado de influencia "Eventual muy crítico", mientras que los usuarios, quienes son la razón de ser de la DIRESA CAJAMARCA, mantienen un grado de influencia "Muy crítico y cercano". Por lo que es necesario mejorar la forma de pago y atenciones hacia los proveedores, a fin de no enfrentar problemas o una posible reducción de ofrecimiento de servicios.

Por otro lado, la percepción negativa de los Usuarios sobre los servicios de salud que reciben ocasiona ser objeto de críticas, posiblemente por errores de comunicación o falta de adecuada información sobre el trabajo que realiza esta entidad en favor de las personas; siendo necesario establecer estrategias que faciliten información relacionada con la labor de DIRESA a nivel regional, situación que contribuirá gradualmente a cambiar los conceptos que tienen los usuarios al respecto.

Cuadro N° 01: Criterio *Liderazgo* DIRESA CAJAMARCA 2015

LIDERAZGO	Se aprecia el compromiso de alta Dirección para definir las líneas estratégicas y cultura de calidad	Alta Dirección asegura el funcionamiento de una estructura organizativa y de un sistema de gestión de procesos	Alta dirección demuestra con su ejemplo que defiende y apoya los valores de la DIRESA	Las relaciones de la alta dirección con los trabajadores son positivas	Alta Dirección se preocupa por las relaciones externas
A: Planteamiento excelente	9%	5%	5%	7%	7%
B: Realizan acciones sistemáticamente	24%	22%	23%	20%	23%
C: Se realizan acciones puntuales	33%	30%	31%	27%	33%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	22%	32%	27%	29%	22%
E: Existe desconocimiento del tema	12%	12%	15%	18%	16%

Cuadro N° 02: Criterio *Personas* DIRESA CAJAMARCA 2015

PERSONAS	La política de personal es la correcta para lograr los objetivos	Se hace lo posible para que los trabajadores acepten los valores y criterios de calidad	Los trabajadores encuentran canales para sugerir mejoras y tomar decisiones que les corresponden	Se ha conseguido establecer buen nivel de comunicación en todos los sentidos	Se reconocen, valoran y recompensan el esfuerzo de los trabajadores
A: Planteamiento excelente	4%	5%	6%	4%	2%
B: Realizan acciones sistemáticamente	23%	16%	15%	13%	13%
C: Se realizan acciones puntuales	24%	27%	32%	28%	28%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	29%	34%	26%	30%	28%
E: Existe desconocimiento del tema	20%	17%	20%	25%	29%

Cuadro N°03: Criterio *Política y Estrategia* DIRESA CAJAMARCA 2015

POLÍTICAS Y ESTRATEGIA	Visión y misión se reflejan en la política y estrategia	Se planifica utilizando la opinión de ciudadanos y trabajadores	Se revisa y se cambia la política y estrategia en relación al servicio que se ofrece	Líneas estratégicas se despliegan en planes operativos consistentes y viables
A: Planteamiento excelente	9.3%	4%	5%	3%
B: Realizan acciones sistemáticamente	26.9%	23%	21%	23%
C: Se realizan acciones puntuales	32.6%	32%	30%	34%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	14.5%	26%	31%	24%
E: Existe desconocimiento del tema	16.6%	14%	14%	15%

Cuadro N°04: Criterio *Alianzas y Recursos* DIRESA CAJAMARCA 2015

RECURSOS Y ALIANZAS	Existe enfoque sistemático para garantizar la asignación y utilización de recursos económicos	Se recopila información suficiente, fiable y de forma sistemática para la toma de decisiones	Se gestiona en forma óptima los materiales, nuevas tecnologías, y recursos humanos en mejora de los servicios	Las relaciones exteriores se derivan en alianzas con otras organizaciones para mejorar el servicio
A: Planteamiento excelente	4%	6%	2%	4%
B: Realizan acciones sistemáticamente	24%	24%	27%	23%
C: Se realizan acciones puntuales	36%	40%	32%	39%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	23%	21%	26%	21%
E: Existe desconocimiento del tema	12%	9%	12%	12%

Cuadro N°05: Criterio *Procesos* DIRESA Cajamarca 2015

PROCESOS	Existe un sistema que garantiza que las actividades están organizadas y controladas de acuerdo a normatividad	En la organización de los procesos se tiene en cuenta las necesidades, expectativas y la satisfacción de los ciudadanos	Existe hábito de documentar los procesos, mantenerlos actualizados para facilitar el control y mejora continua	Existe compromiso de mejora continua de procesos a partir del análisis de la información de los ciudadanos	Se controla el grado de aplicación de las normas y tiene método para valorar el grado de eficacia de las actividades	Los resultados se utilizan para mejorar el sistema y solucionar la causa de los problemas	Los procesos de soporte se organizan , documenta n, controla y mejoran
A: Planteamiento excelente	3%	5%	8%	6%	4%	3%	3%
B: Realizan acciones sistemáticamente	25%	25%	22%	21%	21%	22%	22%
C: Se realizan acciones puntuales	38%	32%	36%	38%	38%	38%	38%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	23%	24%	22%	22%	23%	24%	24%
E: Existe desconocimiento del tema	10%	14%	11%	13%	14%	13%	13%

CRITERIOS DE RESULTADO

Cuadro N°06: Criterio *Resultados en los Ciudadanos* DIRESA CAJAMARCA 2015

RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS	Se mide periódicame nte el grado de satisfacción de los usuarios	Los resultados de la medición presenta tendencia positiva en tres años	Se comparan los resultados de la medición con otras entidades	Se dispone de un sistema de indicadores que orientan al ciudadano respecto al servicio que recibe	Se fijan estándares de referencia para determinar los objetivos alcanzar	Existe un sistema de quejas y sugerencias que utilizan los ciudadanos
A: Planteamiento excelente	4%	3%	2%	3%	4%	6%
B: Realizan acciones sistemáticamente	11%	11%	11%	16%	16%	12%
C: Se realizan acciones puntuales	26%	24%	21%	31%	31%	32%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	38%	36%	33%	25%	27%	23%
E: Existe desconocimiento del tema	21%	27%	33%	25%	23%	27%

Cuadro N°07: Criterio *Resultados en los trabajadores* DIRESA CAJAMARCA 2015

RESULTADOS EN LOS TRABAJADORES	Se mide la percepción de los trabajadores	Se dispone de un sistema de indicadores para medir la satisfacción y motivación de los trabajadores	Los resultados de las encuestas y de los indicadores presentan una tendencia positiva 3 años	Se compara los resultados de las mediciones con otras entidades	Resultados son conocidos por los trabajadores
A: Planteamiento excelente	4%	5%	4%	3%	3%
B: Realizan acciones sistemáticamente	13%	15%	13%	12%	15%
C: Se realizan acciones puntuales	27%	29%	30%	22%	21%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	28%	25%	20%	30%	28%
E: Existe desconocimiento del tema	28%	26%	34%	33%	33%

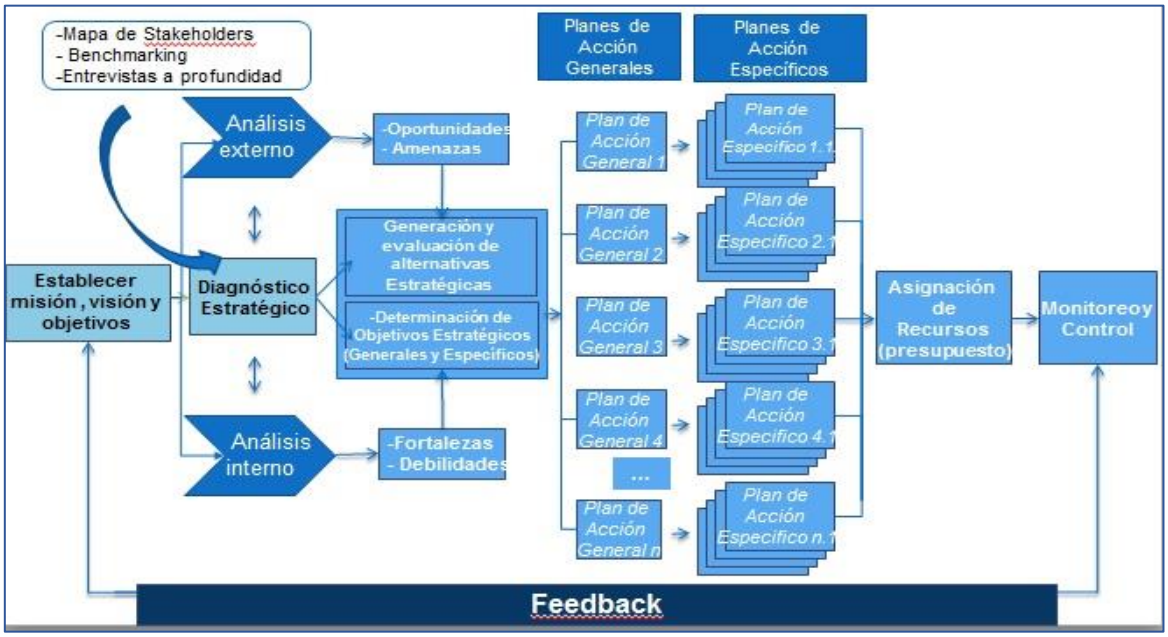
Cuadro N°8: Criterio *Resultados en la Sociedad* DIRESA CAJAMARCA 2015

RESULTADOS EN SOCIEDAD	Se cuenta con programa de relaciones con agentes sociales y ciudadanos	se conocen los resultados mediante encuestas y un sistema de indicadores	Los resultados de la medición presentan una tendencia favorable
A: Planteamiento excelente	5%	4%	3%
B: Realizan acciones sistemáticamente	27%	20%	16%
C: Se realizan acciones puntuales	32%	22%	27%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	22%	28%	27%
E: Existe desconocimiento del tema	13%	26%	27%

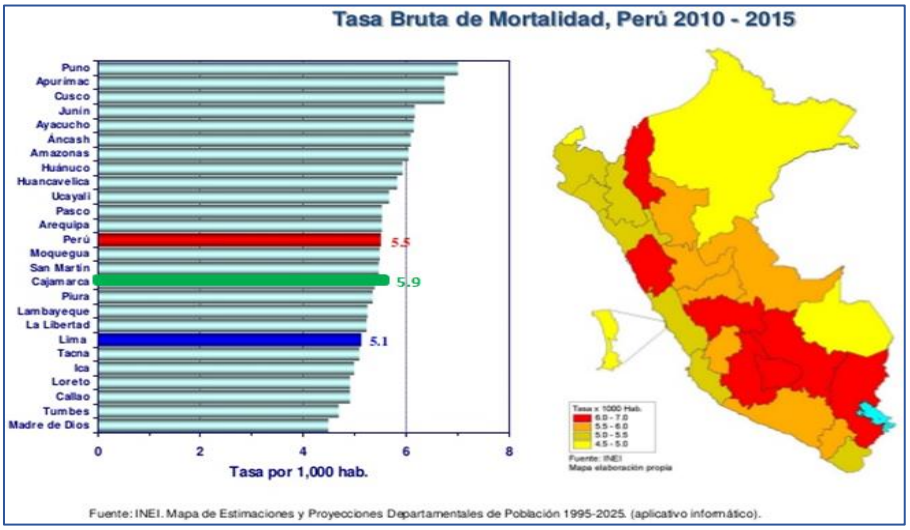
Cuadro N°09: Criterio *Resultados Clave* - DIRESA CAJAMARCA 2015

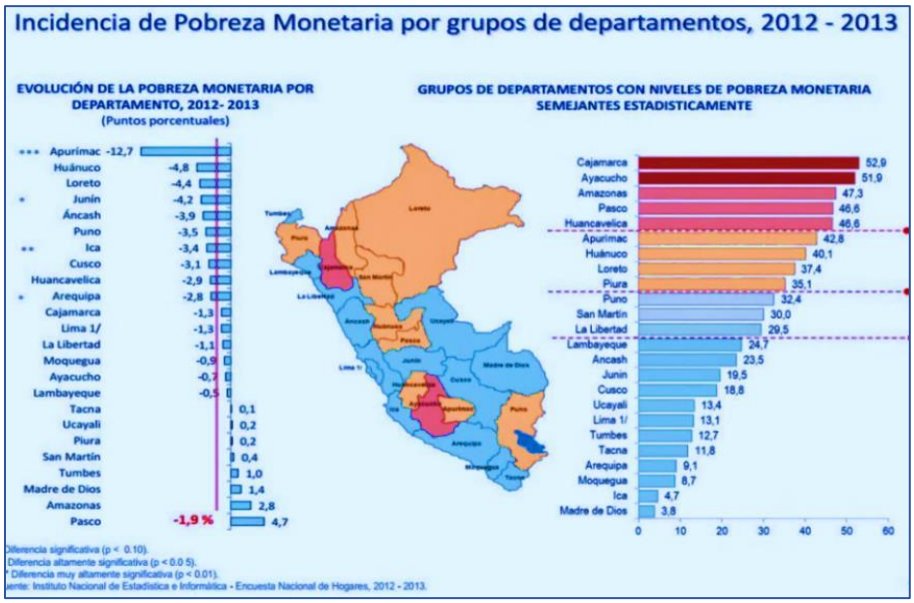
Resultados claves	Se mide con regularidad la eficacia de los procesos claves	Los resultados presentan una tendencia favorable desde hace tres años	Se compara los resultados con otras DIRESAS	Se ha establecido indicadores que determina la eficacia de los procesos claves	Se ha establecido indicadores que determina la eficacia y eficiencia de los procesos de soporte administrativo
A: Planteamiento excelente	6%	3%	5%	5%	3%
B: Realizan acciones sistemáticamente	27%	21%	21%	19%	19%
C: Se realizan acciones puntuales	39%	38%	37%	40%	35%
D: Solo ha habido algunas ideas buenas	17%	22%	20%	22%	28%
E: Existe desconocimiento del tema	10%	17%	17%	14%	15%

ESQUEMA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO



INDICADORES CON FUENTE INEI





PERÚ: SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014
(Porcentaje)

Ámbito geográfico	Electri-cidad	Fuente de agua de red pública				Servicio sanitario con desagüe en					Número de hogares
						Red pública			Letrina 1/	No tiene	
		Total	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda	Pilón de uso público	Total	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda			
Área de residencia											
Urbana	98,1	86,5	80,7	4,1	1,7	84,8	80,0	4,8	11,7	3,0	20 343
Rural	74,2	69,0	62,5	3,3	3,2	17,7	16,3	1,4	60,0	21,3	7 842
Cajamarca	73,4	81,7	76,6	2,9	2,2	35,0	31,4	3,6	56,8	8,2	1 350
Total 2014	**91,4**	**81,7**	**75,7**	**3,9**	**2,1**	**66,1**	**62,3**	**3,8**	**25,1**	**8,1**	**28 185**
Total 2009	82,4	77,2	68,0	5,7	3,5	55,6	51,6	4,1	27,7	15,4	26 834

/ Incluye letrina exclusiva y letrina común.
/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.
/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.
uente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.