



REGION
JUNÍN

"Integrando El Cambio"

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN



Plan Estratégico Institucional 2011 - 2014

Huancayo - 2011

Dr. Edgar ARANDA HUINCHO

Director General de la Dirección Regional de Salud Junín

Dr. Fernando ORIHUELA ROJAS

Director Adjunto de la Dirección Regional de Salud Junín

Equipo de Gestión de la DIRESA Junín

Dr. Luis ZÚÑIGA V. GUTIERREZ

Director de la Oficina de Epidemiología

Lic. Sandro ROJAS CONTRERAS

Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

Sr. Roger HINOSTROZA ARROYO

Director de la Oficina de Informática,
Telecomunicaciones y Estadística

CPC. Raúl SOTOMAYOR BASTIDAS

Director Ejecutivo de la Oficina de Administración

Abog. Rubén UGARTE DECADA

Director de la Oficina Ejecutiva de Gestión y
Desarrollo de Recursos Humanos

Med. Yaquelina, BAZAN CAPCHA

Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Salud
de las Personas

Lic.. Enf. Fredmi SEDANO CHAVEZ

Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de
Promoción de la Salud

Med. Yoe GARCIA ALIAGA

Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de
Saneamiento Ambiental

Q. F. Milagros ROMAN BALDEON

Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de
Medicamentos, Insumos y Drogas

CS. Luis ROSALES POMA

Responsable de la Oficina de Comunicaciones

Blgo. Omar ORELLANA DIAZ

Director Laboratorio de Salud Pública

Lic. Máximo A. GUERRERO NOROÑA

Responsable del Centro de Prevención y Control
de Emergencias y Desastres

**Equipo Técnico de la Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico:**

Lic. Sandro ROJAS CONTRERAS
Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

Mg. Rosario Elena LINARES VIVANCO
Responsable de la Unidad de Planeamiento y Gestión
Institucional

Eco. Yolanda MARTÍNEZ MATOS
Responsable de la Unidad de Presupuesto

Arq. Víctor ROMERO MALLQUI
Responsable de la Unidad de Inversiones y
Cooperación Externa

Lic. Víctor CARDENAS COSSER
Responsable de la Unidad de Organización

Miembros

- Lic. Honorata Virginia POMA OROYA
- Eco. Enrique PORRAS ORELLANA
- CPC. Cesar Augusto SORIANO PEREA
- Lic. Víctor CARDENAS COSSER
- Sra. Maruja PACHECO DE ZANABRIA

**CONTENIDOS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL (PEI)
2011 – 2014 DE LA DIRESA JUNIN**

PRESENTACIÓN

INTRODUCCION

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| MARCO LEGAL..... | 6 |
| ANTECEDENTES..... | 10 |
| 1. ROL ESTRATEGICO..... | 10 |
| 1.1. Rol estratégico Institucional | 10 |
| 1.2. Funciones | 11 |
| 2. LINEAMIENTOS DE POLITICA INSTITUCIONAL PARA EL PERIODO 2011-2014..... | 12 |
| 3. DIAGNOSTICO GENERAL..... | 16 |
| 3.1. Identificación y análisis de problemas y potencialidades | |
| 4. PRIORIDADES | 110 |
| 5. FILOSOFIA INSTITUCIONAL..... | 111 |
| 5.1. MISION | |
| 5.2. VISION | |
| 5.3. VALORES | |
| 6. ANALISIS INSTITUCIONAL..... | 112 |
| 6.1. Matriz FODA | |
| 7. ESTRATEGIAS..... | 113 |
| 8. OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES(POR FUNCION)..... | 113 |
| 9. OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 113 |
| 10. PRODUCTOS (ACTIVIDADES) | 115 |
| 10.1. Acciones permanentes - Actividades | |
| 11. RECURSOS PROYECTADOS PARA CADA AÑO DEL PLAN..... | 117 |
| 12. INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION | 118 |
| -RESULTADOS -PRODUCTOS | |
| 13. FORMATOS..... | 118 |

INTRODUCCION

El presente Plan Estratégico Institucional (PEÍ) 2011-2014 de la Dirección Regional de Salud Junín, constituye un instrumento de gestión para el mediano plazo, el mismo que propone una gestión basada en un enfoque por resultados, en un contexto en el cual el Estado Peruano, entre ellos el Ministerio de Salud viene dando los lineamientos de política en el sector en un horizonte de mediano y largo plazo, el que exige un compromiso de trabajo que pueda orientar el esfuerzo de todos los actores institucionales comprometidos hacia una meta común “ Proteger la dignidad personal de la población del departamento de Junín, la prevención de la enfermedad y atención a toda la población especialmente a los segmentos de menor acceso y mayormente vulnerables a los riesgos de enfermar y morir”.

De modo particular, en su contenido mantiene la estructura de un Plan Estratégico Institucional liderado por el Gobierno Regional Junín, de manera que como Unidad Ejecutora, la Dirección Regional de Salud Junín, está abordando los diferentes compromisos establecidos con la sociedad y población, con el enfoque de Descentralización y Modernización del Estado, a través de la implementación de las políticas y estrategias nacionales y regionales, plasmadas en los diferentes documentos de gestión por niveles; todo ello dirigido a promover el mejoramiento del desempeño institucional más allá del cumplimiento de las metas programáticas.

Es responsabilidad de los órganos competentes de la Dirección Regional de Salud en sus diferentes instancias (Redes, Microrredes y Establecimientos de Salud) implementar las estrategias planteadas a las necesidades identificadas. Técnicamente, este Plan constituye una herramienta para la planificación y el diseño de las intervenciones sanitarias que respondan a las necesidades y problemas relevantes de salud de la población, como orientar la ejecución de los recursos económicos y financieros al cumplimiento de las acciones del Estado en aspectos de la salud.

MARCO LEGAL

1. La Constitución Política del Perú – 1993- en su Artículo 9°. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.
2. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3. Ley N° 28522; Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
4. Decreto Supremo N° 054-2011-PCM Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021.
5. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
6. Ley N° 28927, Ley de Presupuesto Público año 2007, capítulo IV Implementación de Presupuesto por Resultados.
7. Ley N° 29142, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2008, capítulo IV Presupuesto por Resultados.
8. Ley del Ministerio de Salud N° 27657
9. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria mediante el Decreto Supremo N° 007-2006-SA, Artículos 3°, 4°, 17° y 18°.
10. Ley General de Salud: Ley 26842, Capítulo IV: (Artículo 76. Artículo 77. Artículo 78.) Capítulo VIII: (Artículo 17°).
11. Decreto Supremo N° 036-2007/PCM. Aprueba el “Plan de transferencia de competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y locales del año 2007”.
12. Resolución Ministerial N°771-2004 Establecimiento de las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.
13. Reglamento sanitario internacional.
14. Decreto Supremo N° 163-2004/EF, establecen disposiciones para la mejora de la calidad del gasto público y crea el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público.
15. Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, aprueba “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
16. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprueba “Plan Nacional Concertado en Salud”.
17. Resolución Directoral N° 027-2007-EF/76.01, aprueba “Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto de los Programas Estratégicos en el Marco del Presupuesto por Resultados”.
18. Marco Macroeconómico Multianual 2008 – 2010, Aprobado en Sesión de Consejo de Ministros del 30 de mayo de 2007.
19. Plan de Desarrollo Regional Concertado Junín 2008-2015“, Lineamientos generales de política Regional del acuerdo Regional para el desarrollo y la gobernabilidad”.
20. Plan Regional Concertado de Salud –Región Junín 2005-2012
21. Resolución Ministerial N° 425-2008/MINSA, Establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Atención a Personas Afectadas por Contaminación con Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas.

22. Resolución Ministerial N° 511-2007/MINSA, Aprueban la Guía Técnica “Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Intoxicación por Plomo”.
23. Resolución Ministerial N°187-2007/MINSA Aprueba el plan de transferencia Sectorial 2007 del Ministerio de Salud a los Gobiernos Regionales.
24. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: “La Salud Integral Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)”
25. Resolución Ministerial 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
26. Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NT N° 063-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición infantil y salud materno neonatal”.
27. Resolución Ministerial N° 862 – 2008 – Norma Técnica N° 074 que establece el conjunto de intervenciones articulados para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud
28. Resolución Ministerial N° 990- 2010 que aprueba la norma técnica N° 087 del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años.
29. Resolución Suprema N° 009-2006- SA, que aprueba el reglamento de alimentación infantil
30. Resolución Ministerial N°453-95-SA/DM , que aprueba las Normas de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación
31. Resolución Ministerial N°292-2006/ MINSA, que aprueba la NTS N° 040- MINSA/DGSP- V.01, “Norma técnica de salud para la Atención Integral de Salud de las Niña y el Niño”.
32. Resolución Ministerial N°626-2006/ MINSA, que aprueba la NTS N° 046- MINSA/DGSP- V.01, “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en las Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón”.
33. Resolución Ministerial N 529 -2006/ MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP- V.01, “Norma técnica de Salud para la Atención Integral de salud den las personas adultas mayores.
34. Resolución Ministerial N°600-2008/ MINSA, que aprueba la NTS Nª 058-MINSA/DGSP- V.01, “Norma Tecnica de Salud para el Manejo de Cadena de Frio en las inmunizaciones”
35. Resolución Ministerial N°579-2008/ MINSA, que establece como servicios y actividades públicos esenciales en los establecimiento de salud en el ámbito Nacional, a las inmunizaciones.
36. Resolución Ministerial N°614-2010/ MINSA, que aprueba la directiva Sanitaria N° 0034- MINSA/DGSP- V.01, “Directiva Sanitaria que establece el sistema de información integrado de Inmunizaciones”.

37. Resolución Ministerial N°070-2011/ MINSA, que aprueba la NTS N° 080-MINSA/DGSP- V.02, “Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema nacional de Vacunación”
38. Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú R.M. N°235-96-SA/DM.
39. Resolución Ministerial N° 336-2008/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 064-MINSA/DGSP- V.01 “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita”
40. Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA, aprueba la Directiva Sanitaria N° 020 MINSA/DGSP V.01 “Implementación del Tamizaje de Prueba Rápida para VIH en Mujeres en Edad Fértil.
41. Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA, aprueba la Norma Técnica N° 077-MINSA/DGSP V. 01 “Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú”
42. Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA.
43. Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA “Lineamientos para la acción en salud mental”.
44. Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA “Plan Nacional de la Salud Mental”
45. Manual de Normas de Bioseguridad R.J. N° 213-96-J-IPD/INS.
46. Resolución Ministerial N° 076-2007/MINSA, aprueba el Documento Técnico de salud para la Atención de la Malaria en el Perú.
47. Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
48. Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA/DGSP, que aprobó la Norma Técnica de Planificación Familiar.
49. Decreto Supremo N° 003-2008-PCM, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.
50. Estrategia Sanitaria Nacional Salud Bucal R M N° 649 - 2007/MINSA.
51. Decreto Supremo N° 005-88-SGMD, aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Defensa Civil.
52. Decreto Supremo N° 001-A-2004-DE/SG, aprueba el Plan Nacional de Prevención y Control de Desastres,
53. Decreto Supremo N° 098-2007-PCM, aprueba el Plan Nacional de Operaciones de Emergencia.
54. Resolución Suprema N° 009-2004-SA, aprueba el Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud.
55. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
56. Ley N° 29459 - Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del 26 de noviembre del 2009.

57. Decreto Supremo N° 010-97-SA del 24 de diciembre de 1997. Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines; y sus modificatorias.

58. Decreto Supremo N° 021-2001-SA del 16 de julio del 2001. Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.

Reseña Histórica

La Dirección Regional de Salud Junín fue creada mediante Decreto Ley 27033 el año 1974, siendo Presidente de la República el General de División E.P. Juan Velasco Alvarado y Ministro de Salud el teniente General FAP, Fernando Miroquesada Bahamonde.

El 23 de mayo de 1975 el Director General de Administración del Ministerio de Salud Coronel FAP V. Luano otorga la partida de nacimiento de la Dirección de Salud Junín.

| DENOMINACION | | DIRECTOR | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| 1949 | Unidad Sanitaria Departamental | 1949 | Dr. Lizardo Lizárraga O. |
| 1960 | 1960 Area de Salud Junín | 1960 | Dr. Daniel Zevallos Vargas |
| D.L. 17583 (26-03-69) D.L. 18822 (01-04-71) | Zona de Salud Centro Medio (Abarca: Departamento de Junín, Pasco, Huancavelica y Ayacucho. | 1970 | Dr. Edgar Velarde Ponce |
| | | 1973 | Dr. Augusto Loayza Ovando |
| 23-05-1975 | Creación de la Dirección General de Salud Junín | 1974-1981 | Dr. Carlos Mendoza Reynoso |
| | | 1981-1983 | Dr. Juan Alvarez Ordoñez |
| 1983 | XIII Región de Salud Junín- Huancavelica | 1983-1985 | Dr. Eduardo Gonzáles Maldonado |
| 1985-1986 (marzo) | Area de Salud | 1985-1986 | Dr. José Portocarrero |
| 1986 | Area de Salud (Reorganizada) | 1986 | Dr. José Agurto Tello |
| 1987 (julio) | Unidad Departamental de Salud Junín | | Dr. Rigoberto Zúñiga Mera |
| | | | Dr. Amador Meza Adarmes |
| | | | Dr. Germán García Velarde |
| 1990 (setiembre) | Sub Región de Salud Junín | 1990-1991 | Dr. Raúl Córdova Morán |
| | | 1991 | Dr. Luis Zúñiga Villacresis Gutiérrez |
| | | 1992 | Dr. Fortunato Gaspar Carhuamaca |
| | | 1993 | Dr. Eduardo Gonzáles Maldonado |
| | | 1994 | Dr. Alfredo Vargas Córdova |
| 1998-2007 | Dirección Regional de Salud Junín | 1995-1999 | Dr. Pablo E. Gutiérrez Maraví |
| | | 1999-2001 | Dr. José Mercedes Aldave Pita |
| | | 2001-2002 | Dr. Luis Zúñiga Villacresis Gutiérrez |
| | | 2002-2003 | Dr. Edson O. Poma Lagos. |
| | | 2003-2007 | Dr. Luis A. Huamaní Palomino |
| | 2008-2009 | Dr. Daniel Zarate Domínguez | |
| | Dirección Regional de Salud Junín | 2009 | Dr. Carlos Eduardo Cabrera Navarro |

| | | | |
|-----------|-----------------------------------|-----------|-------------------------------|
| 2008-2010 | Gerencia Regional de Salud Junín | 2009-2010 | Dr. Edson O. Poma Lagos. |
| | Gerencia Regional de Salud Junín | 2010 | Dr. Prospero Najarro Torre |
| | Gerencia Regional de Salud Junín | 2010 | Dr. Cesar Augusto Reyes Lujan |
| 2011 | Dirección Regional de Salud Junín | 2011 | Dr. Edgar Aranda Huincho |

ANTECEDENTES

En el ámbito regional vivimos momentos de acentuación del proceso de regionalización, donde se percibe una mayor transferencia de poderes, principalmente económicos del gobierno central hacia los gobiernos regionales y municipales, los mismos que se fortalecen más. La participación ciudadana cobra mayor presencia en las decisiones de su desarrollo Regional y local.

Así mismo es responsabilidad sentar las bases para construir el progreso y desarrollo de nuestra región, como una meta suprema que aspiramos alcanzar, con una organización y participación de todos los agentes económicos y sociales, con una vocación de servicio a la población, en el marco de la consolidación de los procesos de concertación y participación ciudadana a fin de lograr y garantizar mejores condiciones de vida.

1. ROL ESTRATEGICO

1.1. Rol Estratégico :

Como marco básico de la política de salud, se establece proteger la dignidad de la persona humana, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los Lineamientos de Políticas Sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y actores sociales.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) sintetizan las metas cuantitativas y los objetivos del monitoreo del desarrollo humano a ser alcanzados y constituyen programas acordados por todos los países y principales instituciones del mundo dedicadas al desarrollo; es decir, un conjunto de objetivos sencillos pero de gran envergadura que cualquier persona puede comprender y apoyar sin dificultad.

Siendo de competencia del Sector Salud las siguientes:

- Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social (13º Política de Estado). Tiene como compromiso, asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables, y promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

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

En el ámbito de la Dirección Regional de Salud Junín se establece:

Rol Promotor:

- La protección y defensa de la vida y la salud de la persona humana, desde su concepción hasta su muerte natural
- El desarrollo físico - mental y social de la persona humana, en un medio ambiente que fomente la salud
- La recuperación de la salud de la población en casos de emergencias y desastres
- La promoción de la salud y prevención de la enfermedad en forma continua, oportuna y de calidad
- La vigencia de las funciones esenciales de la salud pública en la Región Junín

Rol Subsidiario:

- Dar cumplimiento con el rol de subsidiaridad del Estado
- Aseguramiento previsional.

1.2. Funciones

Según Ordenanza Regional N° 035-GRJ/CR del 20 de marzo del 2006 en su artículo 9º se estipula las funciones generales de la Dirección regional de Salud Junín como:

- Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.
- Formular y ejecutar, concertadamente, el plan de Desarrollo Regional de Salud.
- Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional
- Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente
- Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.
- 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.
- 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.
- Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.
- Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.

- Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.
- Promover y preservar la salud ambiental de la región.
- Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.
- Poner a disposición de la población información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud.
- 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.
- Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la Región en materia sanitaria.
- 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.
- Proponer procedimientos para mejorar la gestión de los servicios que presta a la sociedad
- Proponer procedimientos para modernizar la gestión
- Promover políticas de salud, respetando la interculturalidad

2. LINEAMIENTOS DE POLITICA INSTITUCIONAL PARA EL PERIODO 2011– 2014

2.1. MARCO ESTRATEGICO NACIONAL

ACUERDO NACIONAL¹

- **Política de Estado 13:** Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social
- **Política de Estado 15:** Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO²

Sintetiza los objetivos y metas que deben ser alcanzados en el periodo 1990-2015, por todos los países e instituciones del mundo.

- **ODM 4:** Reducir la mortalidad en la infancia

¹ El Acuerdo Nacional surge para acordar políticas de Estado que otorguen la estabilidad que el país requiere para alcanzar un desarrollo sostenido. La Suscripción Solemne del Acuerdo Nacional se realizó el lunes 22 de julio de 2002 en Palacio de Gobierno. Contó con la participación del Presidente Constitucional de la República y de los líderes tanto de los partidos políticos como de las organizaciones de la sociedad civil que lo conforman, todo ello en presencia de nuestras principales autoridades e invitados nacionales e internacionales

² En septiembre de 2000, representantes oficiales de 180 países, entre ellos el Perú, se reunieron en la Cumbre del Milenio convocada por las Naciones Unidas en Nueva York y adoptaron la Declaración que dio base a la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Meta 5: Reducir en 2/3 partes la mortalidad de los niños menores de 5 años

- **ODM 5:** Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes

- **ODM 6:** Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves

PLAN NACIONAL DE SALUD³

- **Objetivos sanitarios nacionales**

Reducir la mortalidad materna

Reducir la mortalidad infantil

Reducir la desnutrición infantil

Controlar las enfermedades transmisibles

Controlar las enfermedades transmisibles regionales

Mejorar la salud mental

Controlar las enfermedades crónico degenerativas

Reducir la mortalidad por cáncer

Reducir la mortalidad por accidentes y lesiones intencionales

Mejorar la calidad de vida del discapacitado

Mejorar la salud bucal

PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD 2005-2012

- Integración en un Sistema Regional de Salud, bajo la rectoría de la Dirección Regional de Salud.
- Implementación de un Sistema Regional de Gestión de la Calidad, con énfasis en las prioridades sanitarias regionales
- Implementación de un Sistema Regional de Acreditación de Establecimientos de Salud
-

³ Aprobado con Resolución Ministerial No 589-2007-MINSA.

- Fortalecimiento de la implementación de la Atención Integral de Salud
- Incorporación en el currículo educativo de todos los niveles (inicial, primaria, secundaria y superior no universitaria), contenidos relacionados con las prioridades sanitarias regionales
- Promoción de la difusión de mensajes educativos en los medios de comunicación, para controlar los problemas de salud prioritarios en la región.
- Implementación de la estrategia de Municipio Saludable
- Mejoramiento del saneamiento básico.
- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer
- Promueva de los derechos a una vida sin violencia y sin ningún tipo de maltrato dentro de un marco de promoción de la salud mental
- Promoción la Seguridad Alimentaria
- Desarrollo de Recursos Humanos en Salud basados en competencias.
- Desarrollo de un Sistema de Información Regional en Salud,
- Impulsar programas y proyectos en el marco de convenios interinstitucionales de cooperación nacional e internacional, orientados a vulnerar las prioridades sanitarias regionales.

2.1. LINEAMIENTOS DE POLITICA REGIONAL 2011-2014

- Mayor acceso de la población a la salud y a los sistemas de saneamiento básico (Médico de la familia y un Odontólogo por Institución Educativa).
- Impulso y mejoramiento de la gestión y desarrollo institucional regional

2.2. LINEAMIENTOS DE POLITICA SECTORIAL 2007-2020

- Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención
-

- Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Aseguramiento universal
- Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad
- Desarrollo de las Recursos Humanos
- Medicamentos de calidad para todos
- Financiamiento en función de resultados
- Desarrollo de la rectoría del sistema de salud
- Participación ciudadana en salud
- Mejora de los otros determinantes de la salud

2.3. LINEAMIENTOS GENERALES PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD – REGION JUNIN 2005-2012

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención Integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (Sistema Integral de Salud SIS, otros).
- Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos
- Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.
- Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Impulsar un nuevo modelo de Atención Integral de Salud.
- Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial.
- Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.
- Democratización de la salud.

3. DIAGNOSTICO GENERAL

3.1. IDENTIFICACION Y ANALISIS DE PROBLEMAS Y POTENCIALIDADES

a. UBICACIÓN, CARACTERISTICAS GENERALES

La Región Junín se encuentra ubicada en la parte central del territorio peruano, abarca dos regiones naturales: sierra y selva. La extensión aproximada es de 44,197 km², el 46% de la superficie corresponde a la región sierra y el 54% a la región selva. Políticamente la región Junín está conformada por 9 provincias: Huancayo, Chanchamayo, Chupaca, Concepción, Jauja, Junín, Satipo, Tarma y Yauli; cuenta con 123 distritos, 389 comunidades campesinas, 174 comunidades nativas (150 comunidades nativas tituladas) y 3,745 centros poblados.

Mapa político del Departamento de Junín



Fuente: ASIS 2006-Oficina de Epidemiología-DIRESAJ

La población en el Departamento de Junín se estima en 1'274,781 habitantes. En las zona urbanas el 100% de la población habla castellano, en la zona rural el 86% habla castellano y el 14% es quechua hablante. Un 2.5% habla ashaninka y matzisenga en la zona de Selva Central (Río Ene, Río Tambo, algunas zonas del Valle del Perené).

b. POBLACION

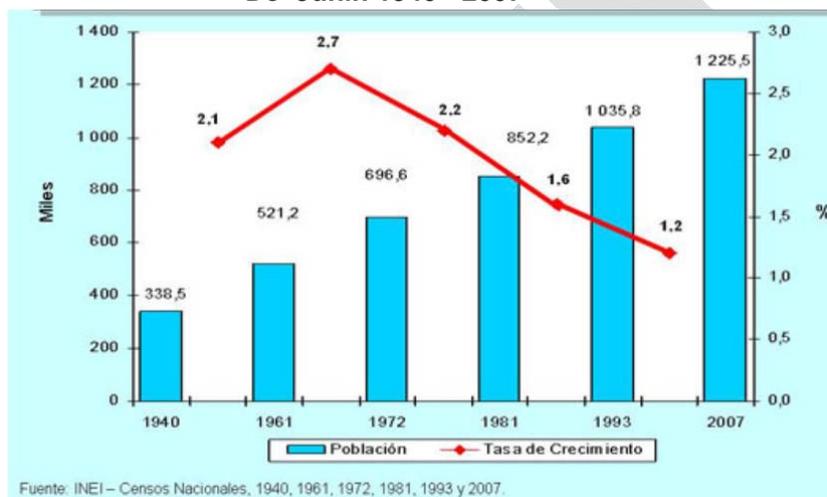
La población del Departamento de Junín se caracteriza por haber crecido en forma gradual sobre todo la provincia de Huancayo que es la que representa el mayor porcentaje de la población a nivel del departamento.

En el año 1981 la población de la región Junín ha sido 251,767 y para el censo del año 1993 después de 12 años esta población se cuadruplicó llegando a una cifra de 1'035,841 habitantes, luego de 14 años la población ha seguido incrementándose llegando a una cifra de 1'225,474 habitantes .

A nivel nacional en los censos de 1981 y 1993 el crecimiento poblacional fue de 2% cada año y entre los censos del 1972 y 1981 el incremento fue de 2.6% anual.

Observando la curva de la tasa de crecimiento, la población en la región Junín está decreciendo, actualmente la tasa de crecimiento es de 1.2 por año.

Gráfico 01
Evolución de la población (en miles)
De Junín 1940 - 2007



Fuente: INEI.

La densidad poblacional del Departamento de Junín en el año 2008 era de 26.8 Hab por Km², cifra que se ha incrementado en cada periodo inter censal.

La provincia más densamente poblada es Huancayo con una densidad poblacional de 98.78 Hab por kilómetro², seguido de la Provincia de Tarma con una densidad poblacional de 37.1 Hab por Km², aunque en el último año ha descendido en 6.7 Hab por km².

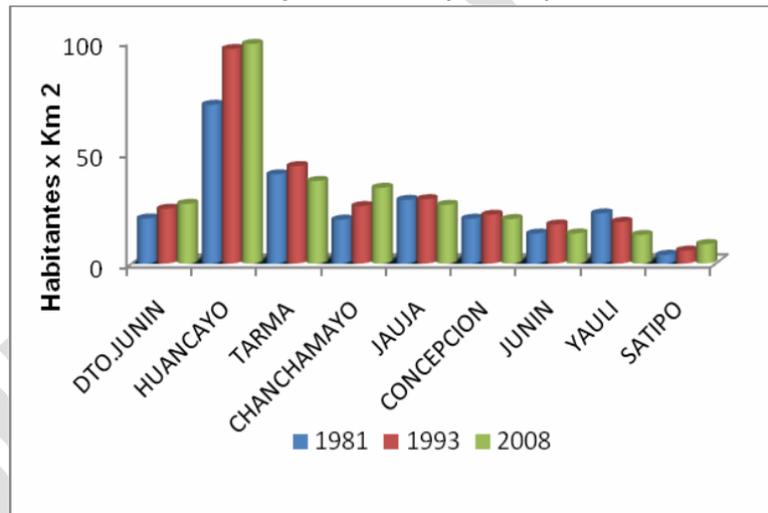
En la Provincia de Chanchamayo la densidad poblacional ha crecido en 6 puntos porcentuales entre cada censo poblacional. En Jauja ha descendido en dos puntos en relación al censo anterior. Similar situación ocurre en la provincia de Concepción. La Provincia de Satipo tiene la menor densidad poblacional de la Región, con una ligera tendencia a incrementarse, lo que posibilita un difícil acceso geográfico a los establecimientos de salud.

Tabla 01
Evolución de la densidad poblacional (en Km²) de Junín 1940 - 2007

| PROVINCIA | SUPERFICIE TERRITORIAL | | DENSIDAD POBLACIONAL | | |
|------------------|------------------------|------------|----------------------|-------------|-------------|
| | (Km ²) | % | Hab/Km ² | | |
| | | | 1981 | 1993 | 2008 |
| DTO.JUNIN | 44409,7 | 100 | 20 | 24,6 | 26,8 |
| HUANCAYO | 4711,15 | 10,6 | 71,4 | 96,5 | 98,78 |
| TARMA | 2749,16 | 6,2 | 40,1 | 43,8 | 37,1 |
| CHANCHAMAYO | 4723,4 | 10,6 | 19,7 | 25,8 | 34,05 |
| JAUJA | 3749,1 | 8,4 | 28,6 | 28,9 | 26,33 |
| CONCEPCION | 3067,52 | 6,9 | 20,1 | 21,9 | 19,95 |
| JUNIN | 2360,07 | 5,3 | 13,4 | 17,5 | 13,45 |
| YAULI | 3617,35 | 8,2 | 22,5 | 18,7 | 12,8 |
| SATIPO | 19431,92 | 43,8 | 3,9 | 5,8 | 8,7 |

Fuente: INEI.

Gráfico 02
Evolución de la densidad poblacional (en Km²) de Junín 1981 - 2008



Fuente: INEI.

El 20.3 % de la población está conformada por el grupo de edad de 0 - 9 años. El 21.2% por el grupo de 10 a 19 años.

La Provincia de Huancayo tiene el 39% de la población del departamento, seguido de la Provincia de Satipo con el 14.2% del total de la población de departamento.

La Provincia con menor población corresponde a Junín, que sólo tiene el 2.6% del total de la población del departamento de Junín.

Tabla 02

**Población total por grupos de edad y provincias
DIRESA - Junín 2008**

| PROVINCIAS | GRUPOS DE EDAD | | | | |
|-------------|----------------|---------|---------|---------|---------|
| | TOTAL | 0 - 9 | 10 - 19 | 20 - 59 | 60 a+ |
| DTO. JUNIN | 1.188.427 | 241.515 | 252.775 | 589.316 | 104.821 |
| HUANCAYO | 465.398 | 94.578 | 98.989 | 230.782 | 41.049 |
| CONCEPCION | 61.226 | 12.443 | 13.022 | 30.361 | 5.400 |
| CHANCHAMAYO | 160.837 | 32.687 | 34.210 | 79.755 | 14.185 |
| JAUJA | 98.731 | 20.065 | 21.000 | 48.958 | 8.708 |
| JUNIN | 31.733 | 6.449 | 6.749 | 15.736 | 2.799 |
| SATIPO | 169.626 | 34.470 | 36.080 | 84.114 | 14.962 |
| TARMA | 102.071 | 20.743 | 21.711 | 50.614 | 9.003 |
| YAULI | 46.283 | 9.406 | 9.844 | 22.951 | 4.082 |
| CHUPACA | 52.522 | 10.674 | 11.170 | 26.045 | 4.633 |

Fuente: INEI.

Razón de Dependencia

La Razón de Dependencia es el indicador de la carga económica que ha de soportar la población productiva, aun cuando algunas personas calificadas como “dependientes” sean productoras y otras calificadas en edades productivas no trabajen.

La Razón de Dependencia en la Región Junín fue de 64.2%, cifra superior al del nivel nacional que fue de 58.5%, según el Censo del 2007.

La provincia con mayor dependencia fue Concepción con 75.1 % seguido de la provincia Jauja con 73.5%. La provincia con la más baja Razón de Dependencia fue la provincia de Yauli con 53.5%.

Tabla 03
Razón de dependencia, ancianidad y puerilidad
DIRESA-Junín 1993 y 2007.

| PROVINCIA | Total de población | Grupo de edad 00-14 | Grupo de edad 15-64 | Grupo de Edad 65 y más | Razón dependencia demográfica | Índice de envejecimiento |
|----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| PERÚ | 27,412,157 | 8,357,533 | 17,289,937 | 58.5 | 58.5 | 29.9 |
| Dpto. de JUNIN | 1,225,474 | 404,363 | 746,243 | 64.2 | 64.2 | 26.0 |
| CHANCHAMAYO | 60,736 | 101,506 | 6,707 | 66.4 | 66.4 | 16.4 |
| JUNIN | 9,493 | 17,872 | 2,822 | 68.9 | 68.9 | 39.4 |
| TARMA | 33,7 | 69,399 | 9,131 | 61.7 | 61.7 | 37.1 |
| JAUJA | 29,901 | 53,058 | 9,094 | 73.5 | 73.5 | 40.2 |
| YAULI | 15,28 | 32,462 | 2,096 | 53.5 | 53.5 | 20.8 |
| CONCEPCION | 20,646 | 34,336 | 5,139 | 75.1 | 75.1 | 33.6 |
| HUANCAYO | 141,866 | 294,209 | 30,271 | 58.5 | 58.5 | 30.1 |
| SATIPO | 193,872 | 76,555 | 112,362 | 4,955 | 72.5 | 10.2 |
| CHUPACA | 51,878 | 16,186 | 31,039 | 4,653 | 67.1 | 38.7 |

Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

Migración

La migración en la Población de la región Junín tiene un comportamiento muy dinámico. Los principales flujos de inmigrantes hacia Junín provienen de los departamentos de Lima y Huancavelica con volúmenes de 21,503 (34.5%) y 16,925 (27.2%) personas respectivamente, seguidos de Pasco, Huánuco, Ayacucho, Ucayali, Apurímac, Amazonas, Callao e Ica.

c. ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD TERRITORIAL Y EL ESTADO DE SALUD

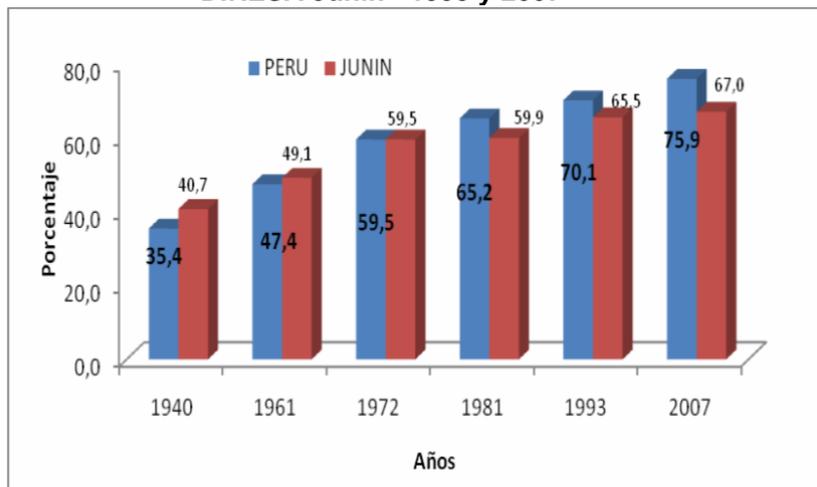
➤ Determinantes sociales y de saneamiento ambiental población urbana

En el año 2007, Junín tiene una población urbana de 67.5% y a nivel nacional, esta cifra era de 75.9%; es decir, el nivel nacional tiene 8.4 puntos porcentuales más que el departamento de Junín en relación a población urbana.

En 1993 la población urbana fue de 65.5%, lo que se infiere que hubo un pequeño incremento de 1.5 puntos porcentuales para el año 2007.

Al interior del departamento observamos grandes diferencias, por ejemplo: el distrito de Huancayo tiene un 96% de población urbana, mientras que el distrito de Río Tambo sólo el 21% es urbano.

Gráfico 03
Brecha de población urbana a nivel nacional, departamental y distrital
DIRESA Junín - 1993 y 2007



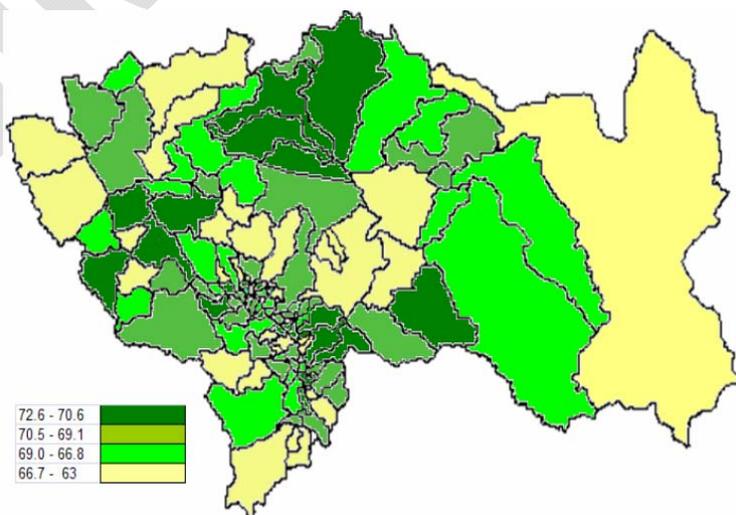
Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer que tiene Perú en el periodo de 2005 - 2010 es de 66.9 años. El sexo femenino con 69.4 años y el masculino con 64.4 años. En la zona rural la esperanza de vida es de 66.9 mientras que en la zona urbana es de 73.3 años.

En la región Junín tenemos que la esperanza de vida es de 70.2 años, mayor que nivel nacional; siendo las mujeres quienes tiene una mayor esperanza de vida al nacer (72.9 años) con respecto a los varones (67.7 años).

Figura 02
Estratificación de la esperanza de vida al nacer según distritos
DIRESA - Junín 2007



Fuente: FONCODES-2007

Hijos por mujer

Según el censo 2007 el promedio de hijos por mujer a nivel de Perú es de 1.7 hijos por mujer mientras que en el departamento de Junín es de 1.9.

En el año 1993, el promedio de hijos por mujer era de 2.5, habiendo disminuido para el año 2007.

En la zona rural del departamento de Junín, el promedio de hijos es 2.4 hijos/mujer, mientras que en la zona rural es de 1.7.

Al interior del departamento, observamos que la provincia con mayor índice de hijos por mujer es Satipo (2.4), mientras que la provincia con menor índice es Huancayo (1.6)

Tabla 04
Brecha de hijos por mujer a nivel nacional, departamental y distrital
DIRESA - Junín 1993 y 2007

| PROVINCIAS | Promedio de hijos por mujer 1993 | Promedio de hijos por mujer 2007 | Urbana | Rural |
|-------------|----------------------------------|----------------------------------|--------|-------|
| PERU | 2.4 | 1,7 | 1,5 | 2,5 |
| DTO. JUNIN | 2.5 | 1,9 | 1,7 | 2,4 |
| CHANCHAMAYO | 2.8 | 2,2 | 1,9 | 2,6 |
| JUNIN | 2.5 | 1,9 | 1,8 | 2,3 |
| CONCEPCION | 2.6 | 2,1 | 1,8 | 2,5 |
| TARMA | 2.5 | 1,8 | 1,6 | 2,1 |
| JAUJA | 2.6 | 2 | 1,8 | 2,5 |
| HUANCAYO | 2.2 | 1,6 | 1,5 | 2,3 |
| YAULI | 2.5 | 1,9 | 1,8 | 2,1 |
| CHUAPACA | 0 | 1,9 | 1,7 | 2,1 |
| SATIPO | 3 | 2,4 | 1,9 | 2,6 |

Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

Madres adolescentes al primer hijo

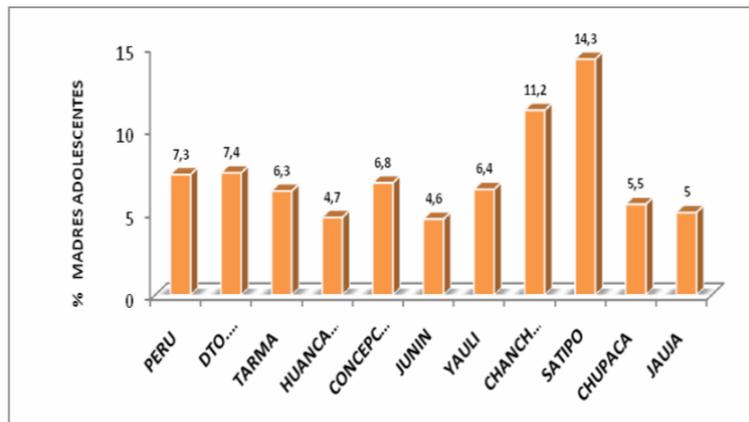
En el año 2007, en el Perú el 7.3% de las gestantes eran adolescentes, mientras que en el departamento de Junín el 7.4%.

El mayor porcentaje de madres adolescentes se encuentra en la Provincia de Satipo con 14.3% seguido de la provincia de Chanchamayo con el 11.2 %.

La provincia con el menor porcentaje es Junín con el 4.6% seguido de la provincia de Huancayo con 4.7%; cifras por debajo del promedio nacional.

Este indicador representa un riesgo para la muerte materna porque estas adolescentes no tiene la madurez física para traer hijos al mundo y menos la madurez emocional para poder criarlos en forma adecuada.

Gráfico 04
Porcentaje de madres adolescentes en el departamento de Junín
DIRESA - Junín 2007



Fuente: Censo Nacional 2007

➤ **Determinantes Socioeconómicos**

Acceso a agua

La población con acceso a agua en la Región Junín en el último censo realizado el 2007 era de 50.9%; a nivel nacional era de 71.6%, es decir 1.4 veces más que la Región Junín.

En el año 1993, el acceso a agua era de 41.6 a nivel regional, lo que comparado con el 2007, observamos que se ha incrementado en 9.3 puntos porcentuales.

Existen grandes brechas al interior del departamento, tal es así que en el 2007 a nivel de distritos, se observan los extremos y encontramos al distritos de Huaripampa con un acceso a agua de 95.8%, mientras que otros distritos como San Juan de Iscos, Sta. Bárbara de Carhuacallanga, Parco, MasmaChicche, Leonor Ordoñez, Janjaillo, Mariscal Castilla, Heroínas Toledo Chambara, Ulcumayo, LLaylla, Paccha, Canchayllo, Tunanmarca y El Mantaro, no cuentan con este servicio básico. En 64 distritos de la Región Junín el acceso a agua está por debajo del 50%.

La cobertura de abastecimiento de agua en todas las provincias del departamento se han incrementado a través de los años, siendo Huancayo la provincia que ha logrado la mayor cobertura (74.6%), seguido de la provincia Yauli con 53.8% y Tarma con 51.9%. La provincia con menor cobertura es Satipo con 19%.

Al analizar las brechas que existe en cada año observamos que en algunas provincias como: Concepción, Chanchamayo y Yauli están en tendencia a disminuir, mientras que las provincias de Junín, Satipo, Tarma y Chupaca tienen brechas con tendencia a incrementarse, lo que significa un riesgo para la población ya que sin el servicio de agua potable en los domicilios, las enfermedades intestinales y de la piel se incrementarían.

Tabla 05

Población con acceso a agua en el Departamento de Junín. 1981 - 2007

| PROVINCIAS | AÑO 1981 | BRECHA | AÑO 1993 | BRECHA | AÑO 2007 | BRECHA |
|-------------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | % | RT | % | RT | % | RT |
| HUANCAYO | 40,89 | 0 | 54,4 | 0,0 | 74,6 | 0 |
| CONCEPCION | 21,39 | 1,9 | 32,2 | 1,7 | 47,9 | 1,55 |
| CHANCHAMAYO | 13,74 | 2,9 | 22,8 | 2,4 | 35,2 | 2,1 |
| JAUJA | 38,71 | 1,1 | 48,8 | 1,1 | 45,5 | 1,6 |
| JUNIN | 33,97 | 1,2 | 34,2 | 1,6 | 2,2 | 6,4 |
| SATIPO | 11,53 | 3,5 | 14,5 | 3,8 | 19,4 | 3,9 |
| TARMA | 32,3 | 1,3 | 41,3 | 1,3 | 51,8 | 1,4 |
| YAULI | 33,54 | 1,2 | 35 | 1,6 | 53,9 | 1,38 |
| CHUPACA | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 50,8 | 1,5 |

Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

Desagüe

En Junín, para el año 2007 el 71.5% de la población tenía acceso a desagüe, mientras que a nivel nacional era de 80.9%, con una diferencia de tasas de 9.4 puntos porcentuales. En el año 1993, el acceso a este servicio fue de 34.8%, con un avance de 36.7 puntos porcentuales al año 2007.

Al interior del departamento, La población de los distritos de Carhuacallanga, Cullhuas, Huasicancha, Chambará, San José de Quero, Janjaillo, MasmaChicche, Pomacancha, Ricran, Tunan Marca, Yauli, Suitucancha, San Juan de Jarpa, Yanacancha, Acolla, Ulcumayo, Río Tambo, Chacapampa y Chiche no cuentan con servicio de desagüe, mientras que la población de Huancayo tiene una cobertura de 75.24% .

En relación a las provincias el acceso a desagüe dentro de su hogar, en el último censo poblacional, la provincia Huancayo alcanzó una cobertura de 57.6%, seguido de la provincia de Yauli con 49.7% y Tarma con 36.8%. Las provincias con menor cobertura son: Chanchamayo (30.4%), Jauja (26.1%), Concepción (20.54%), Junín (17.93) y por último Satipo(12.41%). Al hallar las brechas en cada año tenemos una tendencia a disminuir en las provincias de Concepción, Chanchamayo, Yauli, pero las provincias de Jauja, Junín, Satipo Tarma y Chupaca tienen tendencia a incrementarse.

Tabla 6

**Población con acceso a desagüe en el departamento de Junín
DIRESA - Junín 1981 – 2007**

| PROVINCIAS | AÑO 1981 | BRECHA | AÑO 1993 | BRECHA | AÑO 2007 | BRECHA |
|-------------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | % | RT | % | RT | % | RT |
| HUANCAYO | 26,13 | 1,01 | 36,23 | 0,0 | 57,57 | 0 |
| CONCEPCION | 7,76 | 3,6 | 11 | 3,3 | 20,54 | 2,8 |
| CHANCHAMAYO | 8,72 | 3,2 | 18,65 | 1,9 | 30,4 | 1,9 |
| JAUJA | 13,12 | 2,1 | 17,79 | 2,0 | 26,1 | 2,2 |
| JUNIN | 11,12 | 2,5 | 15,23 | 2,4 | 17,93 | 3,2 |
| SATIPO | 4,06 | 1,69 | 9,51 | 3,8 | 12,41 | 4,6 |
| TARMA | 20,14 | 1,4 | 25,59 | 1,4 | 36,8 | 1,6 |
| YAULI | 27,94 | 0 | 30,95 | 1,2 | 49,7 | 1,2 |
| CHUPACA | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 15,09 | 3,8 |

FUENTE: INEI CENSO 1981.1993.2007

Acceso a Luz

El acceso a luz eléctrica en el departamento de Junín para el año 2007 fue de 73.4% existiendo una diferencia de 0.99 veces menos que el promedio nacional (74.1%). Para el año 1993, el acceso a este indicador era de 57.9%, observándose un incremento entre censos de 15.5 puntos porcentuales.

Al análisis detallado por distritos se puede evidenciar la brecha existe, donde el Distrito de El Tambo el 96.07% de su población accede a luz eléctrica, mientras que en el distrito de Río Tambo tienen acceso a luz eléctrica solo el 4,98% de su población. De los 123 distritos existentes en 22 (18%) de ellos menos del 50% de su población tiene acceso a este servicio.

La cobertura de energía eléctrica en las provincias del departamento Junín han sido incrementados en mayor porcentaje que los de servicio de agua, es así que la provincia de Huancayo para el año censal 2007 tiene una cobertura de 87.4% siendo la mayor del departamento, seguido de la provincia de Yauli (85.46%), Tarma (83.68%), Jauja (83.51%), como Junín(74.58%), Concepción (73.41%) y Chupaca (72.31%).

La provincia con menor porcentaje de cobertura es Satipo con (38.8%). El análisis de las brechas halladas en función a la provincia de Huancayo quien tiene la mayor cobertura de este servicio tenemos en todas las provincias una tendencia a disminuir, es decir, que se puede lograr la misma cobertura de la provincia de Huancayo.

Tabla 7
Porcentaje de población con acceso a luz en el departamento de Junín. 2007

| PROVINCIAS | AÑO 1981 | BRECHA | AÑO 1993 | BRECHA | AÑO 2007 | BRECHA |
|-------------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | % | RT | % | RT | % | RT |
| HUANCAYO | 46,83 | 1,84 | 73,88 | 1,2 | 87,4 | 0 |
| CONCEPCION | 31,81 | 2,72 | 48,55 | 1,8 | 73,41 | 1,2 |
| CHANCHAMAYO | 26,25 | 3,3 | 26,16 | 3,3 | 56,07 | 1,6 |
| JAUJA | 26,6 | 3,3 | 66,42 | 1,3 | 83,51 | 1,0 |
| JUNIN | 34,58 | 2,5 | 41,85 | 2,0 | 74,58 | 1,2 |
| SATIPO | 7,17 | 12,1 | 12,72 | 6,7 | 38,8 | 2,3 |
| TARMA | 27,64 | 3,1 | 53,47 | 1,6 | 83,68 | 1,0 |
| YAULI | 86,55 | 0 | 85,27 | 0,0 | 85,46 | 1,0 |
| CHUPACA | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 72,31 | 1,2 |

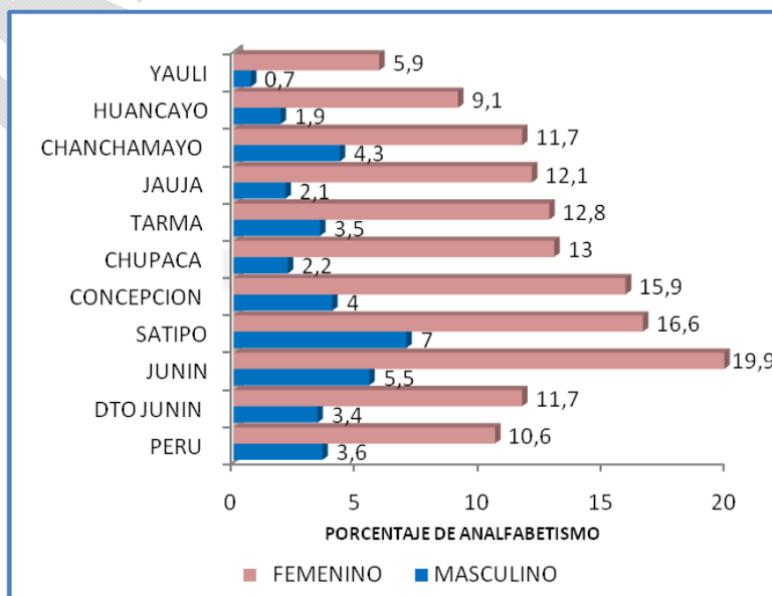
Fuente: Censo Nacional 2007.

Tasa de analfabetismo

En el último censo 2007 la tasa de analfabetismo en Perú fue de 7.5% mientras que el departamento de Junín presenta una tasa similar de 7.6%, pero al interior del departamento la provincia de Junín presenta la más alta tasa de analfabetismo (13.1%), seguido de la provincia de Satipo (11.8%) y la provincia de Concepción (10%). Las provincias con menor tasa de analfabetismo son Yauli (2.9%) y la provincia de Huancayo (5.5%).

Según género, el 3.4 % de analfabetismo pertenece al sexo masculino y el 11.7% al sexo femenino.

Gráfico 05
Porcentaje de población según Analfabetismo por sexo en el departamento de Junín.2007



Fuente: Censo Nacional 2007.

Tasa de analfabetismo en las mujeres

La tasa de analfabetismo en las mujeres en el departamento de Junín en el año 2007 fue de 26.1%, lo cual fue 1.8 veces más que el promedio nacional (14.7%). En el año 1993 fue de 33.9%, lo cual indica que para el año 2007 hubo una reducción de 7.8%.

Al interior del departamento observamos que el 66.9% de los distritos tiene menos del 20% de analfabetismo en mujeres y un 33.1% tienen más del 20% de mujeres analfabetas: Los distritos de Ingenio, Huasicancha, Río Negro, Marco, Coviriali, Tunanmarca, Huaricolca, Pucará, Paca, Aco, Pampa Hermosa, San Pedro de Cajas, Chupuro, Canchayllo, Masma Chicche, Quichuay, Carhuacallanga, Chambara, Cochabamba, Yanacancha, Pangoa, Pomacancha, Llaylla, Huacrapuquio, Mariscal Castilla, Ricran, San Juan de Jarpa, Sta. Bárbara de Carhuacayan, Tapo, Chongos Alto, Chicche, Río Tambo, Janjaillo, Sto. Domingo de Acobamba, Comas, Pariahuanca, Ulcumayo, Cullhuas, Chacapampa.

Al comparar las provincias, tenemos que la provincia de Junín tiene la más alta tasa de analfabetismo (19.9%) seguido de la provincia de Satipo (16.6%) y Concepción (15.9%). Las provincias con menor tasa de analfabetismo femenino son Yauli (5.9%) y Tarma (9.1%). Este indicador es importante ya que las mujeres están siempre al cuidado del hogar y de los niños y con el grado de educación que estas tengan la familia puede tener una calidad de vida óptima.

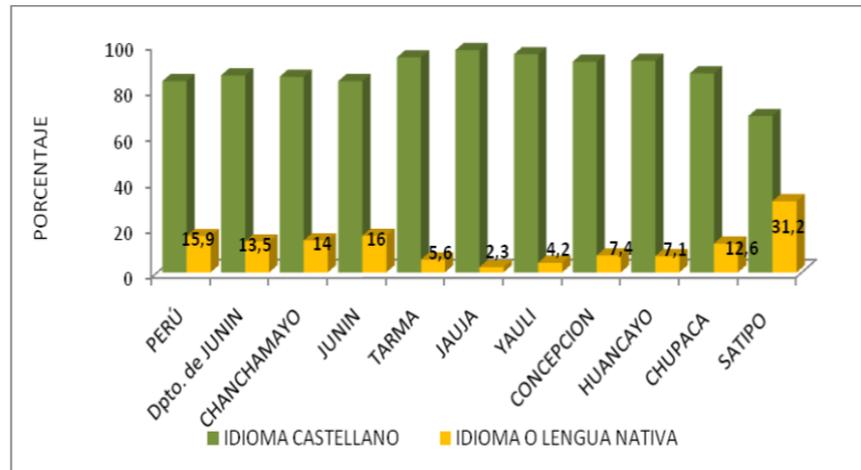
Idioma Castellano

El 86.6% de la población de la Región Junín tiene por lengua materna el castellano. A nivel nacional esta cifra es de 84.1%. En el año 1993, el porcentaje de la población con lengua materna castellano era de 84.1, lo que significó un incremento en 2.5%.

El 99.85% de la población del distrito de Heroínas Toledo tiene como lengua materna el castellano, mientras que en el distrito de Santo Domingo de Acobamba sólo el 27.47%, existiendo una brecha de 72.38; lo que evidencia la diversidad cultural de nuestra región.

Como se ve en el gráfico la provincia con mayor porcentaje de idioma castellano materno es Tarma (97.7%), seguido de Yauli (95.8%) y Jauja (94.4%). Las provincias de Satipo, Junín, Concepción y Chupaca tienen las tasas más bajas de leguaje castellano, conservando en mayor proporción su idioma nativo.

Gráfico 06
Porcentaje de población con acceso a luz en el departamento de Junín DIRESA - Junín 2007



Fuente: Censo Nacional 2007.

Índice de desarrollo humano

El índice de desarrollo humano incluye varios aspectos de la interacción humana como la participación, la equidad de género, la seguridad, la sostenibilidad, las garantías de los derechos humanos y otros que son reconocidos por la gente como necesarias para ser creativos y vivir en paz. Los tres aspectos más importantes que se consideran son: Una vida longeva y sana, medida por las esperanzas de vida al nacer. El conocimiento, medido por la tasa de analfabetismo adulto (con una ponderación de dos tercios) y la tasa de matrícula total combinada de primaria, secundaria y superior (con una ponderación de un tercio). Un nivel de vida decente, medido por el Producto Interior Bruto per cápita.

Tabla 7
Índice de desarrollo humano en el departamento de Junín.
1993 – 2005

| País / grupo centro / departamento | Provincia | IDH 1993 | IDH 2000 | IDH 2003 | IDH 2005 |
|------------------------------------|-------------|----------|----------|----------|----------|
| PERÚ | - | 0,5938 | 0,6199 | 0,5901 | 0,5976 |
| Centro | - | 0,5203 | 0,5642 | 0,5620 | 0,5755 |
| Junín | Huancayo | 0,5882 | 0,6029 | 0,6070 | 0,6120 |
| Junín | Concepción | 0,4909 | 0,5522 | 0,5709 | 0,5724 |
| Junín | Chanchamayo | 0,5166 | 0,5710 | 0,5872 | 0,5773 |
| Junín | Jauja | 0,5484 | 0,5844 | 0,6035 | 0,5940 |
| Junín | Junín | 0,4911 | 0,5327 | 0,5477 | 0,5697 |
| Junín | Satipo | 0,4429 | 0,5146 | 0,5266 | 0,5451 |
| Junín | Tarma | 0,5284 | 0,5698 | 0,5749 | 0,5865 |
| Junín | Yauli | 0,6007 | 0,5969 | 0,5868 | 0,6185 |
| Junín | Chupaca | 0,5226 | 0,5667 | 0,5726 | 0,5885 |

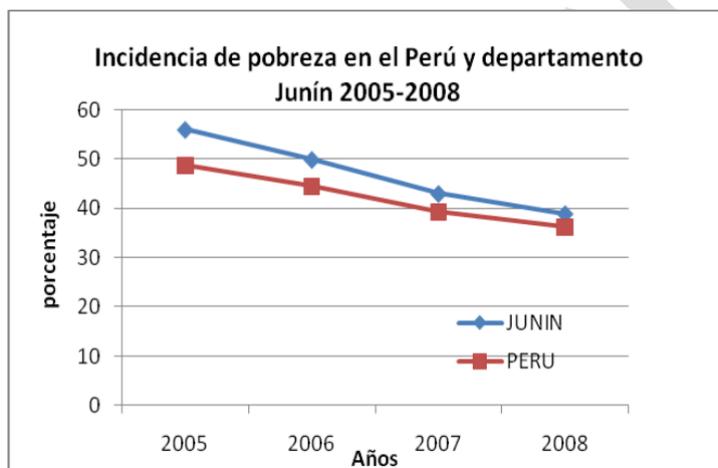
Fuente: PNUD / IDH 2006

Pobreza

La incidencia de pobreza a nivel del departamento de Junín, para el 2008 fue de 38.9%, presentando una reducción en 17.1 puntos porcentuales desde el 2005. La mayor pobreza se concentra en los distritos de Cullhuas (81.7%) y San Juan de Jarpa (81.6%).

Gráfico 07

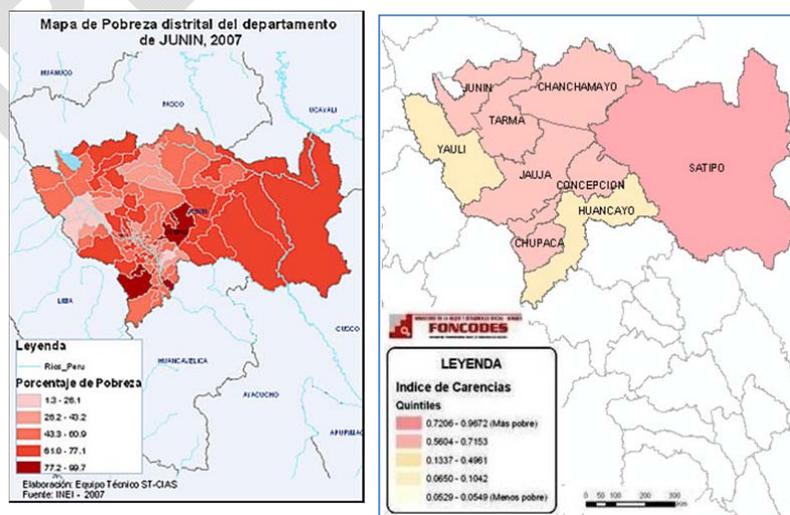
Incidencia de pobreza extrema en el departamento de Junín 2005- 2008



Fuente: INEI Mapa de pobreza 2007.

Figura 3

Mapa de Pobreza a nivel de distrito en la Región Junín. 2007



Fuente:FONCODES, Mapa de pobreza 2007

➤ **Determinantes del Sistema de Salud**

Disponibilidad de establecimientos de salud

En el ámbito de la región de Salud Junín existen 7 hospitales, 46 Centros de Salud y 342 Puestos de Salud.

La disponibilidad de Hospitales en Junín es de 2 por 500,000 hab. El nivel nacional es 4 por 500,000 hab., es decir, el nivel nacional tiene una disponibilidad de Hospitales 2 veces más que Junín.

Tabla 8
Establecimientos de Salud por provincias – Región Junín 2008

| PROVINCIA | HOSPITALES | P.SALUD | C.SALUD | ESTABLECIMIENTOS CERRADOS | TOTAL |
|-------------|------------|---------|---------|---------------------------|-------|
| HUANCAYO | 2 | 73 | 16 | 1 | 92 |
| CONCEPCION | 0 | 31 | 7 | 2 | 40 |
| CHUPACA | 0 | 13 | 4 | 0 | 17 |
| CHANCHAMAYO | 1 | 47 | 4 | 2 | 54 |
| SATIPO | 1 | 88 | 3 | 1 | 93 |
| JUNIN | 1 | 17 | 3 | 1 | 22 |
| TARMA | 1 | 51 | 5 | 2 | 59 |
| YAULI | 0 | 9 | 3 | 1 | 13 |
| JAUIJA | 1 | 51 | 5 | 6 | 63 |
| CHUPACA | 0 | 13 | 4 | 0 | 17 |
| PERU | 224 | 1271 | 5651 | 0 | 7146 |
| DTO. JUNIN | 7 | 393 | 54 | 16 | 470 |

Fuente: DGSP-Servicios de Salud.

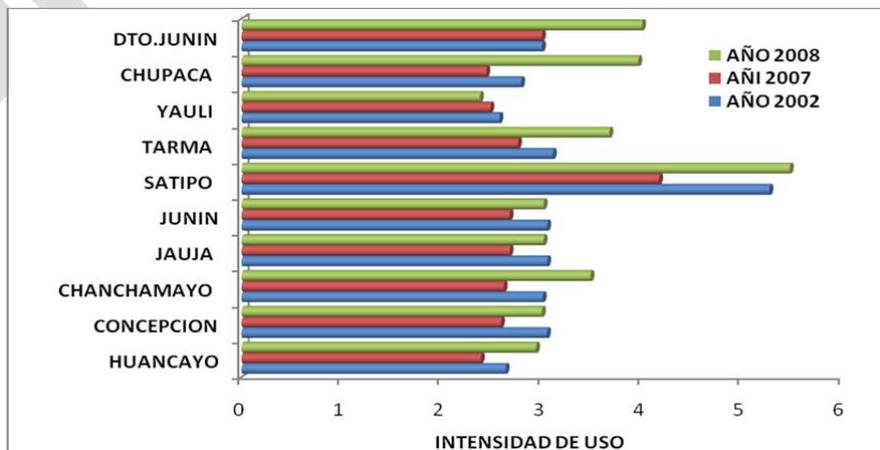
Intensidad de Uso de servicios de Salud

Para el año 2009 la intensidad de uso en el departamento de Junín fue de 8.8 atenciones por cada paciente atendido.

En el año 2006 fue de 3.2, es decir que en el último año se atendieron 2.7 veces más que el año 2006.

En el distrito de El Mantaro la intensidad de uso 15.7 y en el distrito de San Lorenzo y Junín (1.4), es decir que en el Mantaro se atendió 14.3 veces más que en los distritos de San Lorenzo y Junín.

Grafico 8
Intensidad de uso de los servicios de salud en la región Junín 2008



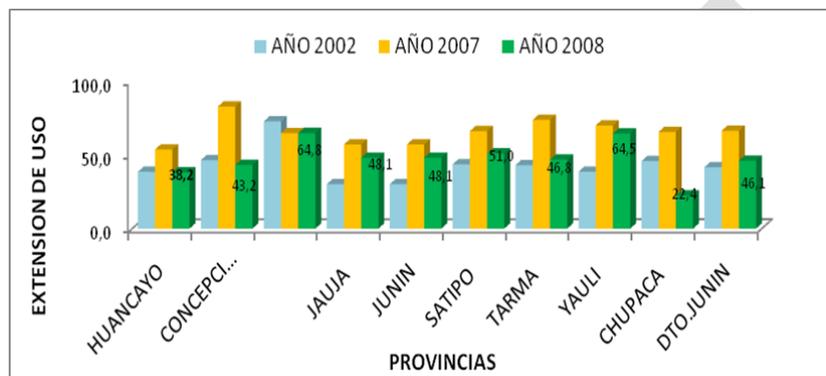
Fuente: INEI CPV -2007

Extensión de uso de los servicios de Salud

Para el año 2009 en el departamento de Junín se atendió al 46.97% de la población de la jurisdicción, cifra menor en 2.5% que el año 2007 (43.5%).

En el distrito de Junín se atendió a más del 100% de la población (106%) y en el distrito de El Mantaro solo se logra el 4.1% lo que significa que en el Mantaro se atiende Unión se atiende 37.7 más veces a la población que en Choras.

Grafico 9
Extensión de uso en la región Junín -2008

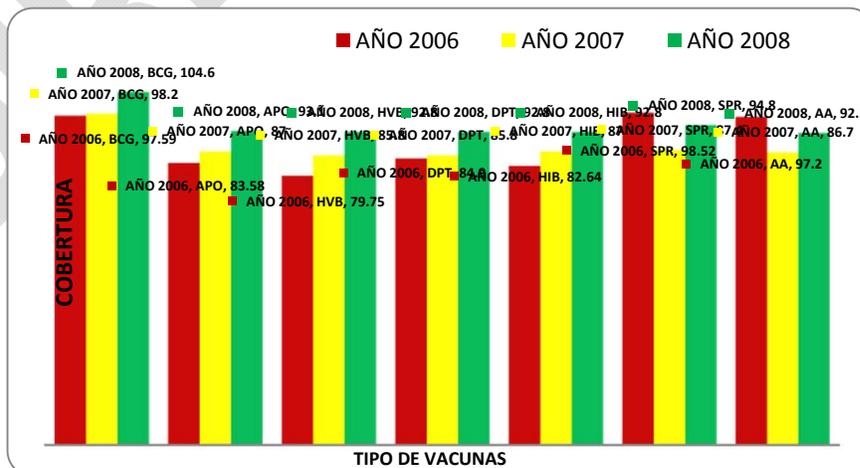


FUENTE: INEI CPV-2007

Cobertura de inmunizaciones en niños menores de 5 años

En la Región Junín el avance de coberturas es diferenciado lográndose solo en BCG adecuadas coberturas, mientras que en las otras no se llega al estándar nacional que nos aseguren el no reingreso de enfermedades inmunoprevenibles, como se muestra en el gráfico 36.

Grafico 10
Cobertura de Inmunizaciones 2008 en la Región Junín



Fuente: OEI DIRESA Junín

Cobertura de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños < de 01 año

El control de crecimiento y desarrollo en el menor de un año consta de 7 controles, en el año 2008 se han realizado a nivel regional 112,813 atenciones de control a niños menores de un año logrando solo 7,979 niños controlados, a nivel de provincias tenemos a Satipo que ha realizado el mayor porcentaje de controlados 48.8% seguido de la provincia Yauli con 43.9%, La provincia con la más baja cobertura de control en menores de un años es Junín logrando solo el 24.3%.

Tabla 9
Cobertura de CRED en menor de 1 años Región Junín 2008

| PROVINCIA | Nº CONTROLADO | POBLACION | % |
|-------------------|---------------|--------------|-------------|
| SATIPO | 1639 | 3360 | 48,8 |
| YAULI | 403 | 917 | 43,9 |
| TARMA | 707 | 2022 | 35,0 |
| CHANCHAMAYO | 1081 | 3186 | 33,9 |
| CONCEPCION | 401 | 1213 | 33,1 |
| JAUJA | 600 | 1956 | 30,7 |
| HUANCAYO | 2678 | 9218 | 29,1 |
| CHUPACA | 279 | 1040 | 26,8 |
| JUNIN | 153 | 629 | 24,3 |
| DTO. JUNIN | 7979 | 23541 | 33,9 |

Fuente: OEI. Elaborado por Epidemiología DIRESA Junín

Cobertura de lactancia materna exclusiva

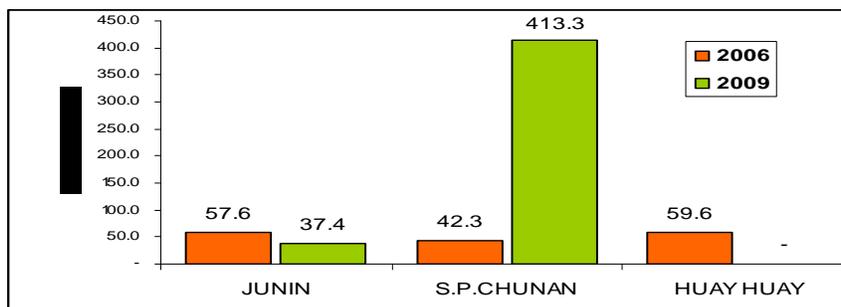
El indicador de lactancia materna se ha trabajado con la población menor de 1 año; la cobertura de la lactancia materna exclusiva para el año 2009 en el departamento de Junín tiene una disminución de 20.17 puntos porcentuales en relación a la del año 2006 que fue del 57.57%.

El distrito de mayor cobertura en este indicador en el año 2009 es San Pedro de Chunan de la provincia de Jauja con 100%, le sigue el distrito de Quichuay y Palca con 178.6% y 110.7% respectivamente; por otro lado los distritos con más bajas coberturas son Huay-Huay de la provincia Yauli con 0% y le sigue el distrito Carhuacallanga con el 9.1%.

El 23.4% de los distritos tienen menos del 50% de cobertura en lactancia materna exclusiva

Gráfico 10

**Cobertura de lactancia materna exclusiva en el departamento de Junín
DIRESA - Junín 2006 y 2009**



Fuente: OITE – DIRESA Junín 2009.

Tasa de incidencia de bajo peso al nacer

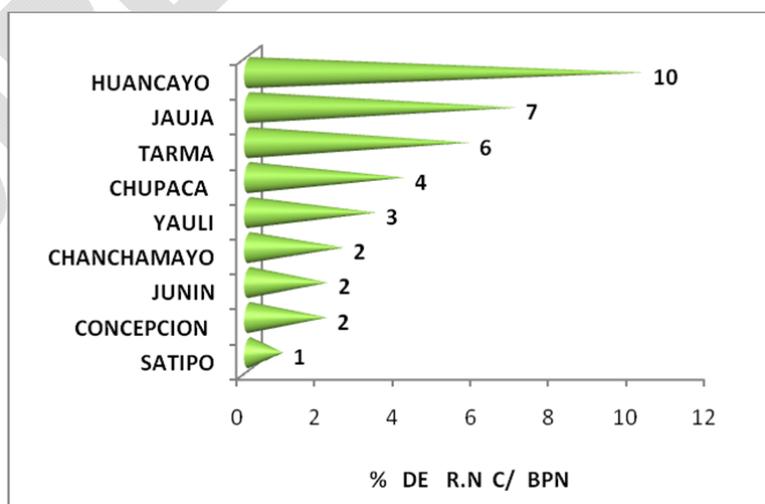
En Junín para el año 2009 presenta una tasa de bajo peso al nacer de 2.5%, lo cual es 0.6% más que en el año 2006 (1.6%)

Los distritos con más del 10% de RN con bajo peso al nacer son 26 que corresponde al un 21%, y el 78.2% de los distritos cuenta con una cobertura de RN con bajo peso al nacer de menor a 10%.

Los distritos con mas porcentaje de RN de bajo peso son: Jauja(20.6%), Chanchamayo(23.1%), Ataura(25%) , Paccha(33.3%), Llocllapampa(40 %), San Lorenzo(40%), Janjaillo(50%) ,Marco(57.14%), Canchayllo(58.8%), Chacapampa (100 %), Huertas (200 %) Muqui(235 %)

Gráfico 11

Tasa de incidencia de bajo peso al nacer- Región Junín 2009



Fuente: OEI DIRESA Junín

Tabla 10
Tasa de incidencia de bajo peso al nacer- Región Junín 2009

| PROVINCIA | Nº RN | RN C/BPN | % |
|--------------|-------|----------|----|
| SATIPO | 4664 | 41 | 1 |
| CONCEPCION | 947 | 19 | 2 |
| JUNIN | 493 | 10 | 2 |
| CHANCHAMAYO | 1808 | 44 | 2 |
| YAULI | 1255 | 41 | 3 |
| CHUPACA | 680 | 4 | 4 |
| TARMA | 2839 | 161 | 6 |
| JAUIJA | 1486 | 102 | 7 |
| HUANCAYO | 1144 | 116 | 10 |
| REGION JUNIN | 15316 | 538 | 4 |

Fuente: OEI DIRESA Junín

Cobertura de control prenatal

Para las coberturas de control pre natal se tomó en cuenta la población de gestantes del INEI por distritos y las gestantes controladas.

La cobertura de control prenatal en el 2009 fue de 51,6%, comparado con el 2006, se incrementó en 6.2%.

El distrito con mayor cobertura de control prenatal fue con 124.2% en Río Negro, y el distrito con menor control de gestantes Santa Bárbara de Carhuacayan; lo que al ser comparados, se obtiene una razón de tasas de 124 veces más gestantes controladas en Río Negro en relación al distrito de Carhuacallanga.

Cuando analizamos la Brecha existente entre gestantes captadas y controladas, observamos que el promedio regional es de 36.4, es decir 8964 gestantes que se dejaron de controlar la mayor brecha se encuentra en la Provincia de Concepción y la menor en Huancayo.

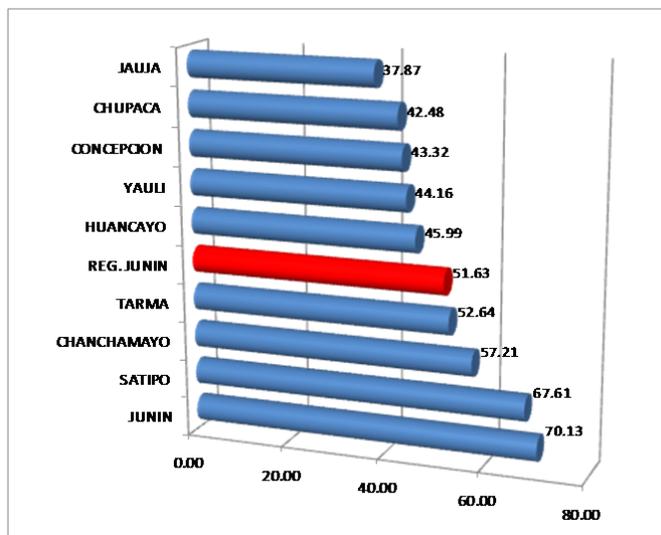
Tabla 11
Brecha de control Prenatal por Provincias DIRESA Junín -2009

| PROVINCIA | GESTANTES CAPTADAS | GESTANTES CONTROLADAS | BRECHA % | BRECHA EN Nros ABSOLUTOS |
|--------------|--------------------|-----------------------|-------------|--------------------------|
| CONCEPCION | 1162 | 681 | 41.4 | 481 |
| CHUPACA | 969 | 576 | 40.6 | 393 |
| JAUIJA | 1558 | 954 | 38.8 | 604 |
| CHANCHAMAYO | 3663 | 2242 | 38.8 | 1421 |
| SATIPO | 4718 | 2885 | 38.9 | 1833 |
| JUNIN | 561 | 355 | 36.7 | 206 |
| JUNIN | 24648 | 15684 | 36.4 | 8964 |
| YAULI | 726 | 495 | 31.8 | 231 |
| TARMA | 1975 | 1367 | 30.8 | 608 |
| HUANCAYO | 8066 | 5631 | 30.2 | 2435 |

Fuente: OEI-DIRESA Junín- 2008

Grafico 12

Cobertura de control prenatal por Provincias en la DIRESA Junín. 2009



Fuente: OEI-DIRESA Junín- 2009

Cobertura de parto institucional

La cobertura de parto institucional en Junín, para el año 2009 fue de 75.2% y para el año 2006 fue de 61.6%, con un avance de 13.6 puntos porcentuales.

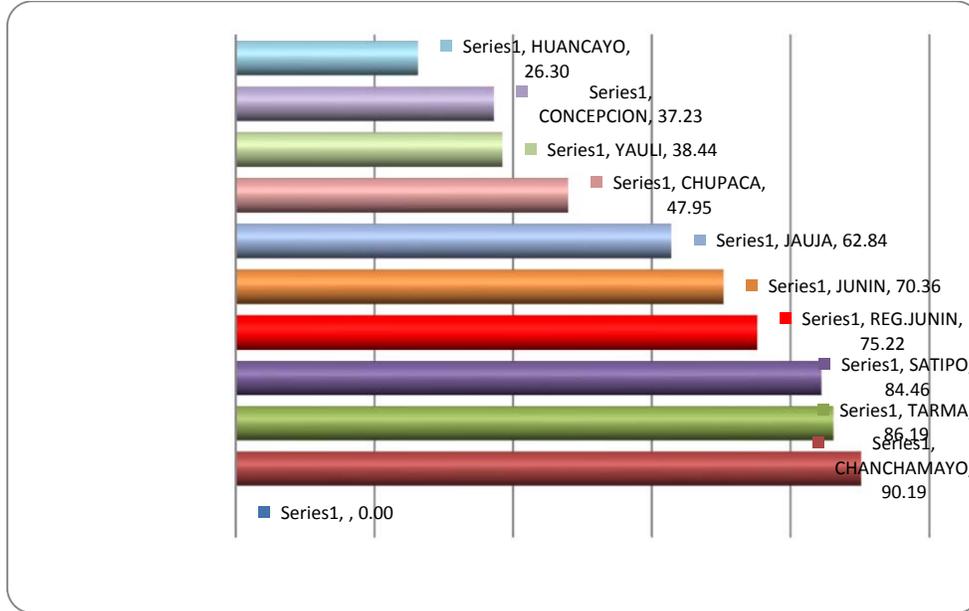
El distrito de Jauja tiene una cobertura de parto en establecimientos de salud de 344.8%, lo cual puede estar en relación al acceso a contar con un centro de salud con funciones obstétricas básicas. Los distritos de Carhuacallanga, Cullhuas, Huacrapuquio, Hualhuas, Huasicancha, Quilcas, Viques, Aco,Chambara, Heroínas Toledo, Mito, Nueve de Julio, Orcotuna, Santa Rosa de Ocopa, Curicaca, Huaripampa, Huertas, Janjaillo, Marco, Muqui,Paca, Parco, San Pedro de Chunan,Tunanmarca, HuamancacaChico y Tres de Diciembre tienen un 0.0% de cobertura de partos institucionales. El 86.9%(107) de los distritos de Junín tienen una cobertura menor del 50%.

Las coberturas bajas de parto institucional no significan que las gestantes de esos distritos no recibieron atención sino que fueron atendidos en EESS de mayor capacidad resolutive.

La brecha existente es muy marcada (ver gráfico N° 41) de un promedio de 29%, es decir 5663 partos no se produjeron en los establecimientos de salud de las que se captaron, con una máxima de 70% y una mínima de 14.7%, cinco provincias superan el promedio regional.

Grafico 13

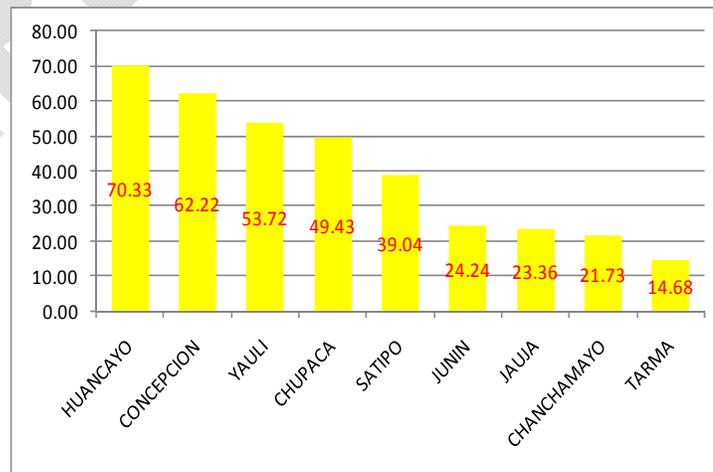
Cobertura de Parto Institucional por Provincias en la DIRESA Junín. 2009



Fuente: OEI-DIRESA Junín- 2009

Grafico 14

Brecha de Parto Institucional por Provincias en la DIRESA Junín. 2009



Fuente: OEI-DIRESA Junín- 2008

Uso de anticonceptivos parejas protegidas

Para medir este indicador se hace uso de la razón entre las MEF y parejas protegidas, a nivel regional se tiene una razón de 3 es decir por cada 3 MEF hay una pareja protegida, la mayor brecha en relación a la población MEF es la Provincia de Huancayo y la menor brecha es en Satipo.

El Uso de métodos anticonceptivos en la Región Junín ha tenido una disminución de usuarios para el año 2009 en 26.6 puntos porcentuales en comparación al 2006, en el 2009 el mínimo de razón de parejas protegidas es en Distrito de Vitoc con 1 por 2 MEF y el máximo de razón de PP es en Huancayo y Carhuacallanga con 1 por 16 MEF.

El 70.2% de los usuario prefieren el inyectable, teniendo para el 2009, 13 embarazos por falla de método. El 14.4% prefirió el Lo-femenal, preservativo 12.9 teniendo 1 embarazo por falla de método, el DIU con 1.95% y 0 embarazos como falla de método, y lo métodos definitivos como la vasectomía y la ligadura de trompas tiene una baja preferencia con porcentajes que no llegan ni al 1%,teniendo un embarazo por falla de método.

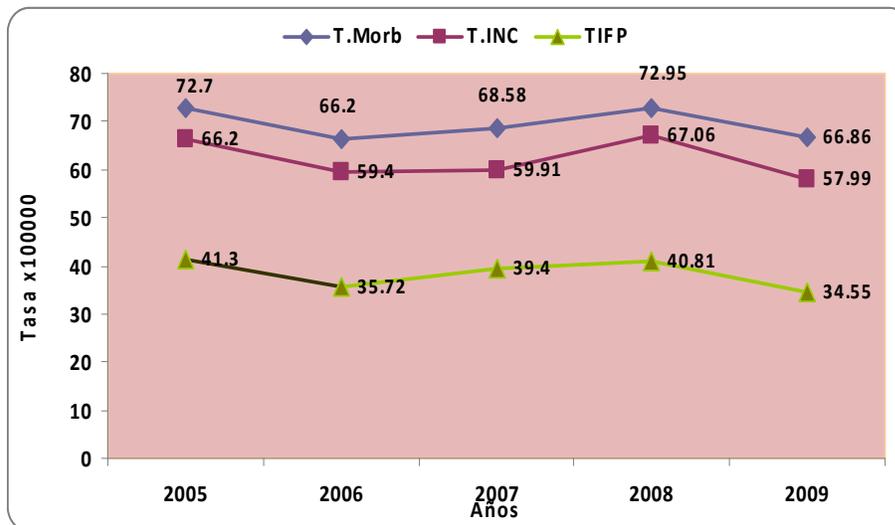
Tuberculosis

La tuberculosis una enfermedad social muy presente en nuestra Región Junín, la tasa de incidencia ha tenido un comportamiento variado a través de los años con incrementos y descensos para el año 2009 la tasa de incidencia es 57.99 por cien mil habitantes existiendo un descenso en relación al año anterior en que la tasa fue de 67.06 por cien mil habitantes.

En el 30.6% de los distritos la tasa de incidencia de tuberculosis se ha incrementado, los distritos son:

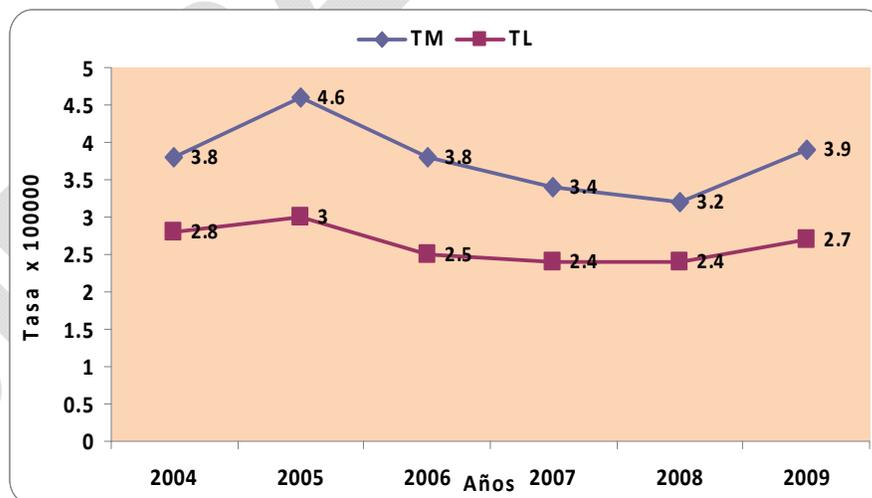
Huancayo(52.6), Carhuacallanga(174.5), Chongos alto(59.5) Chupuro(39.8), Huacrapuquio(63.5); Hualhuas(105.7); Huancan(104.7), Pucara(49.8), San Pedro de Saño(46.8), Santo Domingo de Acobamba (12.4), Andamarca (16.9)Cochas (41.1); Heroínas Toledo(70.6), San Ramón(135.3), Vitoc (115.5), Jauja(50.7), Acolla (20.3), Molinos (45.7), Paca(61.3), Pomacancha (91.0), Yauyos(41.4), Junín(15.1), Carhuamayo(52.), Ondores (128.6), Ulcumayo(58.5), Coviriali(145.8), Mazamari(61.6),Rio negro (109.9), Tarma (52.9), Acobamba(59.9), Palca(52), Palcamayo(59.7), Tapo(38.2), La Oroya (17.4), Huamancaca Chico(84.3); San Juan de Iscos (37.5),Tres de Diciembre(95.7), y Yanacancha(85.1).

Grafico 15
Tasa de Morbilidad e Incidencia de la tuberculosis en la Región Junín. 2009



Fuente: ESNTB.DIRESA Junín

Grafico 16
Tasa de Mortalidad y letalidad de Tuberculosis en la DIRESA Junín 2004-2009



Fuente: ESNTBC- DIRESA Junín

La tendencia de la mortalidad por Tuberculosis en la región Junín es a disminuir comenzando en el año 2005 cuando la tasa es de 4.6 x 100 mil habitantes, llegando al 2009 a una tasa de 3.9 por cien mil habitantes. Del mismo modo la tasa de letalidad tiene un incremento de 20.4 en el 2008 a 2.7 en el año 2009...sobre todo la mortalidad se da en los distritos que tienen mayor cantidad de casos.

a. Análisis del Estado de Salud

Análisis de la mortalidad

Tasa de mortalidad general

La Tasa de Mortalidad General en el año 2005, en el departamento de Junín, fue de 6.3 defunciones por mil habitantes, mientras que las estimaciones a nivel de país para ese año fueron de 5.46; es decir que Junín tiene 0.8 veces más mortalidad que el nivel Nacional.

En el año 2005, la mortalidad general era de 6.3 observándose entonces que la mortalidad en el 2009 fue 0.03 menos veces que el año 2005.

Si observamos al interior del departamento, encontramos que Yauli-Jauja tiene una tasa de mortalidad general de 24.6 por mil habitantes y es 24 veces más que la tasa de mortalidad general del distrito Rio Tambo (0.6 defunciones por 1000 hab.), Pero cabe resaltar que en este distrito de difícil acceso geográfico existe un 20% de subregistro en las defunciones.

Tasa de mortalidad perinatal

En Junín en el 2009, la tasa de mortalidad neonatal fue de 16.15 muertes neonatales por 1000 nacidos vivos. En el año 2006, esta tasa fue de 19.71 observándose un descenso de tres puntos porcentuales en relación al año 2006.

El distrito de mayor mortalidad neonatal fue SuitucanCHA (210.53 muertes neonatales x 1000 NV), lo cual es 52 veces más que el distrito de Pilcomayo que tiene una tasa de mortalidad neonatal de 3.68 x 1000 NV.

45 distritos no notificaron muertes neonatales en el año 2009.

Mortalidad infantil

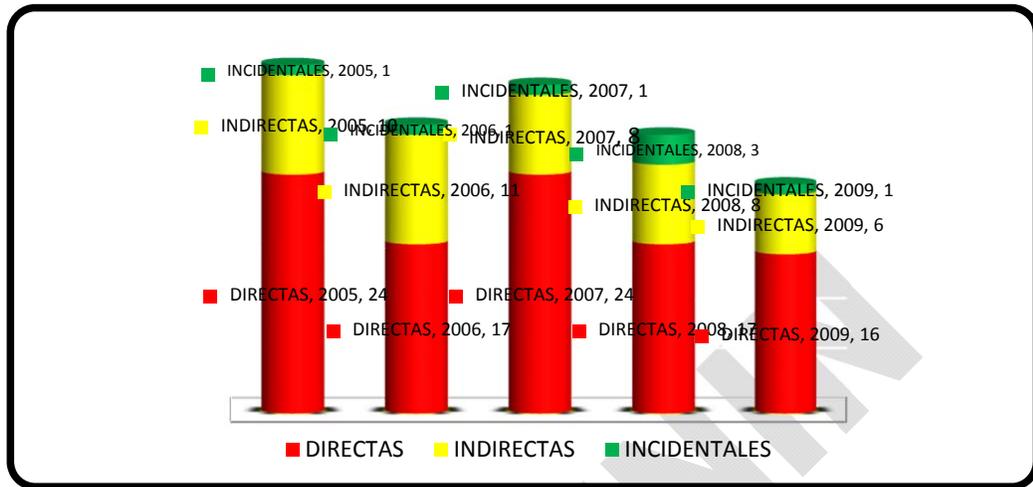
En el 2009, la tasa de mortalidad infantil en el departamento de Junín fue de 22.7 muertes en niños menores de 01 año por 1000 nacidos vivos; en ese mismo año, a nivel nacional la tasa fue de 18.5; lo cual indica que Junín tiene 4.2 veces más mortalidad infantil que el nivel nacional.

La reducción de la tasa de mortalidad infantil ha sido uno de los logros más importantes en materia de salud pública en la Región Junín, pues en el año Pero todavía persisten grandes inequidades al interior del departamento de Junín, pues, mientras en el distrito de Junín, la tasa de mortalidad infantil es de 31.8, en el distrito de Santa Bárbara de Carhuacayan es de 17 es decir, Junín tiene una tasa de muertes infantiles 14.8 veces más que Santa Bárbara de Carhuacayan.

Mortalidad materna

En 5 años de análisis de la ocurrencia de muertes maternas se mantiene la tendencia observa que en los años hay descensos e incrementos, siendo las causas directas las que tienen mayor aporte para la mortalidad materna.

Gráfico Nº 17
Tendencia de la mortalidad materna en Junín
DIRESA - Junín 2005 – 2009



Las 5 primeras causas genéricas de MM materna en la Región Junín para los últimos 5 años, son las hemorragias las que ocupan el primer lugar con un 27% (6 MM), teniendo como causa básica las retención placentaria y la atonía uterina, seguido de las toxemias con un 22.7% (5 MM), las que tuvieron como causa básica las Eclampsia.

Las principales intervenciones implementadas en el ámbito regional son el mejoramiento de las coberturas de parto institucional, implementación del sistema de referencia y contra referencia, disponibilidad de medicamentos, sangre segura, incremento de recursos humanos capacitados, promover los cuidados de la gestante en la familia y la comunidad, vigilancia epidemiológica de riesgos maternos, investigación clínica – epidemiológica de las defunciones maternas con la finalidad de adoptar estrategias que reduzcan el riesgo de ocurrencia de muertes maternas en el contexto similar.

Principales causas de mortalidad en población general

En el año 2005, en el departamento de Junín, las primeras causas de mortalidad en la población en general fueron: Infecciones respiratorias agudas (14.8%), Eventos de infección no determinada (9.2%), Accidentes que obstruyen la respiración (5.7%), tumor maligno de estómago (3.6%) y enfermedades del sistema urinario (3.2%), notándose en el 2009 incremento de las enfermedades no transmisibles, evidenciando una transición epidemiológica en nuestra región que orienta el desarrollo de intervenciones sanitarias.

En el año 2009, en el departamento de Junín, las primeras causas de mortalidad en la población en general tenemos: Infecciones respiratorias agudas (15.7%), tumores in situ benignos y los de comportamiento incierto (5.9%), cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (4.4%), enfermedades del sistema urinario (4.1%) y eventos de

infección no determinada (3.6%), como las 5 primeras causas de mortalidad general.

Tabla 12
Primeras causas de mortalidad general en El departamento de Junín. 2005

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 1163 | 14.8 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 725 | 9.2 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 449 | 5.7 |
| 4 | Tumor maligno de estómago | 285 | 3.6 |
| 5 | Enfermedades del sistema urinario | 252 | 3.2 |
| 6 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 237 | 3.0 |
| 7 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 208 | 2.6 |
| 8 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 202 | 2.6 |
| 9 | Enfermedades cerebrovasculares | 200 | 2.5 |
| 10 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 181 | 2.3 |
| | Las demás causas de muerte | 3977 | 50.5 |
| | Total | 7879 | 100.0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE.DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Tabla 13
Primeras causas de mortalidad general en el departamento de Junín. 2009

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 1270 | 15.7 |
| 2 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 475 | 5.9 |
| 3 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 353 | 4.4 |
| 4 | Enfermedades del sistema urinario | 330 | 4.1 |
| 5 | Eventos de intención no determinada | 292 | 3.6 |
| 6 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 271 | 3.4 |
| 7 | Accidentes que obstruyen la respiración | 243 | 3.0 |
| 8 | Septicemia, excepto neonatal | 241 | 3.0 |
| 9 | Tumor maligno de estómago | 228 | 2.8 |
| 10 | Enfermedades cerebrovasculares | 214 | 2.7 |
| | Las demás causas de muerte | 4155 | 51.5 |
| | Total | 8072 | 100.0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE.DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Principales causas de mortalidad por regiones naturales

Sierra

En la región natural de la sierra, para el año 2009, las principales causas de mortalidad fueron: infecciones respiratorias agudas (16.2%), tumores in situ benignos y de los comportamientos inciertos o desconocidos(6.7%); cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado(4.3%);enfermedades del sistema urinario(3.9%),enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis(3.5%) constituyen las 5 primeras causas de mortalidad en la región natural sierra.

El año 2005 se tiene como causas diferentes al del año 2009 La cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado y, los Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal.

La mortalidad en la región sierra de Junín para el año 2009 ha tenido un incremento de 4.6% en relación al año 2005.

Tabla 14

Primeras causas de mortalidad en la región de la sierra de Junín. 2005

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 973 | 15,0 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 632 | 9,7 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 405 | 6,2 |
| 4 | Tumor maligno de estómago | 272 | 4,2 |
| 5 | Enfermedades del sistema urinario | 217 | 3,3 |
| 6 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 194 | 3,0 |
| 7 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 192 | 3,0 |
| 8 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 168 | 2,6 |
| 9 | Enfermedades cerebrovasculares | 166 | 2,6 |
| 10 | Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal | 145 | 2,2 |
| | Las demás causas de muerte | 3122 | 48,1 |
| | Total | 6486 | 100,0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Tabla 15

Primeras causas de mortalidad en la región de la sierra de Junín. 2009

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 1104 | 16,2 |
| 2 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 455 | 6,7 |
| 3 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 294 | 4,3 |
| 4 | Enfermedades del sistema urinario | 263 | 3,9 |
| 5 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 235 | 3,5 |
| 6 | Eventos de intención no determinada | 229 | 3,4 |
| 7 | Septicemia, excepto neonatal | 216 | 3,2 |
| 8 | Accidentes que obstruyen la respiración | 206 | 3,0 |
| 9 | Tumor maligno de estómago | 186 | 2,7 |
| 10 | Enfermedades cerebrovasculares | 174 | 2,6 |
| | Las demás causas de muerte | 3438 | 50,6 |
| | Total | 6800 | 100,0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Selva

En la Región Natural de la Selva de Junín, en el año 2009, las principales causas de defunción fueron: Infecciones respiratorias agudas (13.1%), enfermedades del sistema urinario (5.3%), eventos de intención no determinada (5.0%), cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (4.6%) Tuberculosis (4.2%) y el tumor maligno de estómago (3.3%) constituyen las primeras causas de mortalidad en la selva.

La mortalidad en el año 2005, considera la septicemia excepto neonatal, insuficiencia cardiaca, y los accidentes de transporte terrestre, causa que no están en las diez primeras del año 2009.

La mortalidad en la región selva ha disminuido para el año 2009 en un 8.7% en relación al año 2005.

Tabla 16

Primeras causas de mortalidad en la región de la selva de Junín. 2005

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 190 | 13,6 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 93 | 6,7 |
| 3 | Tuberculosis | 72 | 5,2 |
| 4 | Septicemia, excepto neonatal | 56 | 4,0 |
| 5 | Insuficiencia cardíaca | 45 | 3,2 |
| 6 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 44 | 3,2 |
| 7 | Accidentes que obstruyen la respiración | 44 | 3,2 |
| 8 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 43 | 3,1 |
| 9 | Accidentes de transporte terrestre | 36 | 2,6 |
| 10 | Enfermedades del sistema urinario | 35 | 2,5 |
| | Las demás causas de muerte | 735 | 52,8 |
| | Total | 1393 | 100,0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Tabla 17

Primeras causas de mortalidad en la región de la selva de Junín. 2009

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 166 | 13,1 |
| 2 | Enfermedades del sistema urinario | 67 | 5,3 |
| 3 | Eventos de intención no determinada | 63 | 5,0 |
| 4 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 59 | 4,6 |
| 5 | Tuberculosis | 53 | 4,2 |
| 6 | Tumor maligno de estómago | 42 | 3,3 |
| 7 | Enfermedades cerebro vasculares | 40 | 3,1 |
| 8 | Accidentes que obstruyen la respiración | 37 | 2,9 |
| 9 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 36 | 2,8 |
| 10 | Los demás accidentes de transporte y los no especificados | 36 | 2,8 |
| | Las demás causas de muerte | 673 | 52,9 |
| | Total | 1272 | 100,0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

También observamos algunas diferencias entre las causas de mortalidad entre la Sierra y la Selva de Junín en el año 2009. En la Sierra, las infecciones respiratorias agudas(16.2%),Tumores in situ benignos y los de comportamiento incierto o desconocido(6.7%) cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado(4.3%) son las tres primeras causas de mortalidad, mientras que en la selva son las infecciones respiratorias agudas(13.1%);enfermedades del sistema urinario(5.3%); eventos de intención no determinada(5.0%) cirrosis y ciertas otras enfermedades del hígado(4.6%) y además la tuberculosis(4.2%) son las primeras causa de mortalidad en la selva.

Principales causas de mortalidad por nivel de pobreza

En los pobres de la Región Junín, las primeras causas de mortalidad en el año 2009 fueron: Infecciones respiratorias agudas (14.9%), tumor in situ benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (5%); enfermedades del sistema urinario (4.3%); cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (4.2%) accidentes que obstruyen la respiración (3.6%)

En el año 2005, a diferencia del 2009, se registraron causas como la Tuberculosis y Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. La mortalidad en los pobres para el año 2009 se ha incrementado en un 56.2% en relación al año 2005.

Tabla 18
Primeras causas de mortalidad en los pobres de la Región Junín. Año 2005

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 415 | 15.8 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 246 | 9.4 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 155 | 5.9 |
| 4 | Enfermedades del sistema urinario | 106 | 4.0 |
| 5 | Tumor maligno de estómago | 99 | 3.8 |
| 6 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 74 | 2.8 |
| 7 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 73 | 2.8 |
| 8 | Tuberculosis | 64 | 2.4 |
| 9 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 61 | 2.3 |
| 10 | Septicemia, excepto neonatal | 54 | 2.1 |
| | Las demás causas de muerte | 1282 | 48.8 |
| | Total | 2629 | 100.0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Tabla 19
Primeras causas de mortalidad en los pobres de la Región Junín. Año 2009

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 893 | 14.9 |
| 2 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 303 | 5.0 |
| 3 | Enfermedades del sistema urinario | 260 | 4.3 |
| 4 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 252 | 4.2 |
| 5 | Accidentes que obstruyen la respiración | 218 | 3.6 |
| 6 | Eventos de intención no determinada | 201 | 3.3 |
| 7 | Tumor maligno de estómago | 197 | 3.3 |
| 8 | Septicemia, excepto neonatal | 183 | 3.0 |
| 9 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 182 | 3.0 |
| 10 | Enfermedades cerebrovasculares | 168 | 2.8 |
| | Las demás causas de muerte | 3148 | 52.4 |
| | Total | 6005 | 100.0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

No Pobres

En los no pobres en el 2009, las causas de mortalidad fueron: Infecciones respiratorias agudas (18.2%), tumor in situ benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (8.3%); cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (4.9%); eventos de intención no determinada (4.4%) y enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (4.3%).

A diferencia del 2009 en el año 2005 se tiene las causas diferentes como las enfermedades cerebro vascular y la insuficiencia cardíaca. La mortalidad en los no pobres para el año 2009 se ha incrementado en un 56.2% en relación al año 2005.

Tabla 20
Primeras causas de mortalidad en los pobres de la Región Junín. Año 2005

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 748 | 14,2 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 479 | 9,1 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 294 | 5,6 |
| 4 | Tumor maligno de estómago | 186 | 3,5 |
| 5 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 164 | 3,1 |
| 6 | Enfermedades cerebrovasculares | 154 | 2,9 |
| 7 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 149 | 2,8 |
| 8 | Enfermedades del sistema urinario | 146 | 2,8 |
| 9 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 134 | 2,6 |
| 10 | Insuficiencia cardíaca | 132 | 2,5 |
| | Las demás causas de muerte | 2664 | 50,7 |
| | Total | 5250 | 100,0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Tabla 21
Primeras causas de mortalidad en los pobres de la Región Junín. Año 2009

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 377 | 18,2 |
| 2 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 172 | 8,3 |
| 3 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 101 | 4,9 |
| 4 | Eventos de intención no determinada | 91 | 4,4 |
| 5 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 89 | 4,3 |
| 6 | Enfermedades del sistema urinario | 70 | 3,4 |
| 7 | Septicemia, excepto neonatal | 58 | 2,8 |
| 8 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 51 | 2,5 |
| 9 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 49 | 2,4 |
| 10 | Diabetes mellitus | 47 | 2,3 |
| | Las demás causas de muerte | 962 | 46,5 |
| | Total | 2067 | 100,0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Existe poca diferencia en el perfil epidemiológico de la mortalidad entre pobres y no pobres de la Región Junín en el año 2009. En los pobres dentro de las diez primeras causas de mortalidad están la infecciones respiratorias agudas(14.9%), Tumores in situ benigno y los de comportamiento incierto o desconocido(5.0%); enfermedades del sistema urinario(4.3%),cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado(4.2%);Accidentes que obstruyen la respiración(3.6%);eventos de intención no determinado (3.3%);Tumor maligno de estómago(3.3%); septicemia excepto neonatal(3.0%); Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis(3.0%) y enfermedad cerebrovasculares (2.8%).

La diferencia con los no pobres es mínima ya que presentan lo mismo que los pobres y dos causas diferentes que son; tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (2.4%) y la diabetes mellitus (2.3%).

Los tumores benignos y malignos son causas de mortalidad que se van incrementando en los pobres y los no pobres por lo que se debe establecer medidas de prevención de estas causas de mortalidad para tener mejor calidad de vida en la población del departamento de Junín.

Principales causas de mortalidad por provincias

Provincia de Huancayo

En el 2009, en la provincia de Huancayo se registró como primeras causas de mortalidad; las infecciones respiratorias agudas (18.5%) Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (9.5%); Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (5.3%); Eventos de intención no determinada (4.2%);Enfermedades del sistema urinario (3.7%) constituyen las cinco primeras causas de mortalidad de la provincia de Huancayo.

En el año 2005 se ubican como primeras causas: las infecciones respiratorias agudas (18.5%); eventos de intención no determinada (10.7%); accidentes que obstruyen la respiración (7.2%); Tumor maligno de estómago (3.8%), Enfermedades del sistema urinario ((3.3%).

En el año 2005, las infecciones respiratorias agudas (14. %); los eventos de intención no determinada (10.7%); accidentes que obstruyen la respiración (7.2%); tumor maligno de estómago (3.8%) y las enfermedades del sistema urinario constituyen las cinco primeras causas de mortalidad en la provincia de Huancayo en el año 2005.

Tabla 22

Primeras causas de mortalidad en la Provincia Huancayo de la Región Junín. Año 2005

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 372 | 14.0 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 283 | 10.7 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 191 | 7.2 |
| 4 | Tumor maligno de estómago | 101 | 3.8 |
| 5 | Enfermedades del sistema urinario | 87 | 3.3 |
| 6 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 76 | 2.9 |
| 7 | Insuficiencia cardíaca | 73 | 2.8 |
| 8 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 67 | 2.5 |
| 9 | Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal | 62 | 2.3 |
| 10 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 54 | 2.0 |
| | Las demás causas de muerte | 1288 | 48.5 |
| | Total | 2654 | 100.0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Tabla 23

Primeras causas de mortalidad en la Provincia Huancayo de la Región Junín. Año 2009

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 669 | 18.5 |
| 2 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 344 | 9.5 |
| 3 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 191 | 5.3 |
| 4 | Eventos de intención no determinada | 152 | 4.2 |
| 5 | Enfermedades del sistema urinario | 134 | 3.7 |
| 6 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 133 | 3.7 |
| 7 | Septicemia, excepto neonatal | 104 | 2.9 |
| 8 | Los demás accidentes de transporte y los no especificados | 87 | 2.4 |
| 9 | Enfermedades cerebrovasculares | 83 | 2.3 |
| 10 | Accidentes que obstruyen la respiración | 83 | 2.3 |
| | Las demás causas de muerte | 1630 | 45.2 |
| | Total | 3610 | 100.0 |

Fuente: sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Provincia Chupaca

En el año 2009, las primeras causas de mortalidad fueron: Infecciones respiratorias agudas (17.7%), Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (10.6%); y accidentes que obstruyen la respiración (6.1%); Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (4.0%); eventos de intención no determinada (3.8%)

Los demás accidentes de transporte y los no especificados, Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas se encuentran entre las diez primeras causas del 2009 mas no aparece en las del año 2005.

Tabla 24
Primeras causas de mortalidad
en la provincia Chupaca Junín, 2005

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 119 | 22,1 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 46 | 8,6 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 41 | 7,6 |
| 4 | Tumor maligno de estómago | 36 | 6,7 |
| 5 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 25 | 4,6 |
| 6 | Enfermedades del sistema urinario | 22 | 4,1 |
| 7 | Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón | 15 | 2,8 |
| 8 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 14 | 2,6 |
| 9 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 13 | 2,4 |
| 10 | Enfermedades cerebrovasculares | 11 | 2,0 |
| | Las demás causas de muerte | 196 | 36,4 |
| | Total | 538 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Tabla 25
Primeras causas de mortalidad en la
provincia de Chupaca Junín, 2009

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 75 | 17,7 |
| 2 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 45 | 10,6 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 26 | 6,1 |
| 4 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 17 | 4,0 |
| 5 | Eventos de intención no determinada | 16 | 3,8 |
| 6 | Septicemia, excepto neonatal | 15 | 3,5 |
| 7 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 15 | 3,5 |
| 8 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 14 | 3,3 |
| 9 | Enfermedades cerebrovasculares | 13 | 3,1 |
| 10 | Los demás accidentes de transporte y los no especificados | 12 | 2,8 |
| | Las demás causas de muerte | 175 | 41,4 |
| | Total | 423 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Provincia de Concepción

En la provincia de Concepción, las primeras causas de morir fueron: Infecciones respiratorias agudas (19.9%); Accidentes que obstruyen la respiración (9.5%); Tumores in situ benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (9.3%); enfermedades hipertensivas (5.4%); Los demás accidentes de transporte y los no especificados (3.5%).

Para el año 2005 las primeras causas de mortalidad en esta Provincia son similares a las del 2009 excepto en las enfermedades isquémicas del corazón y las insuficiencia cardiaca congestiva los cuales no aparecen en las diez primeras causas de mortalidad del 2009.

Tabla 26

Primeras causas de mortalidad en la provincia Concepción. Junín, 2005

| N.º | CAUSAS | Frecuencia | % |
|-----|--------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 88 | 16,1 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 43 | 7,9 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 40 | 7,3 |
| 4 | Enfermedades del sistema urinario | 28 | 5,1 |
| 5 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 26 | 4,8 |
| 6 | Paro cardíaco | 25 | 4,6 |
| 7 | Enfermedades cerebrovasculares | 19 | 3,5 |
| 8 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 14 | 2,6 |
| 9 | Enfermedades isquémicas del corazón | 13 | 2,4 |
| 10 | Insuficiencia cardíaca | 13 | 2,4 |
| | Las demás causas de muerte | 236 | 43,3 |
| | Total | 545 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín

Tabla 27

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Concepción. Junín, 2009

| N.º | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 93 | 19,3 |
| 2 | Accidentes que obstruyen la respiración | 46 | 9,5 |
| 3 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 45 | 9,3 |
| 4 | Enfermedades hipertensivas | 26 | 5,4 |
| 5 | Los demás accidentes de transporte y los no especificados | 22 | 4,6 |
| 6 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 17 | 3,5 |
| 7 | Eventos de intención no determinada | 14 | 2,9 |
| 8 | Enfermedades del sistema urinario | 14 | 2,9 |
| 9 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 10 | 2,1 |
| 10 | Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) | 9 | 1,9 |
| | Las demás causas de muerte | 187 | 38,7 |
| | Total | 483 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín
Elabora por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Provincia de Jauja

En el año 2009, en la provincia de Jauja, las principales causas de morir fueron: Infecciones respiratorias agudas (13.4%), Enfermedades del sistema urinario (7.2%); Lesiones infringidas intencionalmente (suicidios) 5.6%Accidente de transporte terrestre (4.4%) y septicemia excepto neonatal (4.3%) constituyen las cinco primeras causas de mortalidad en esta Provincia

Al comparar los años 2009 y 2005, observamos que las causas de mortalidad son similares con la diferencia que los causa van en incremento para el año 2009 sobre todo las de intento de suicidio y los accidentes de tránsito terrestre y los tumores malignos.

Tabla 28

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Jauja. Junín, 2005

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 151 | 14,4 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 92 | 8,8 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 84 | 8,0 |
| 4 | Tumor maligno de estómago | 45 | 4,3 |
| 5 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 37 | 3,5 |
| 6 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 30 | 2,9 |
| 7 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 29 | 2,8 |
| 8 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 28 | 2,7 |
| 9 | Septicemia, excepto neonatal | 27 | 2,6 |
| 10 | Enfermedades del sistema urinario | 27 | 2,6 |
| | Las demás causas de muerte | 498 | 47,5 |
| | Total | 1048 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. ITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Tabla 29

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Jauja. Junín, 2009

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 128 | 13,4 |
| 2 | Enfermedades del sistema urinario | 69 | 7,2 |
| 3 | Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) | 54 | 5,6 |
| 4 | Accidentes de transporte terrestre | 42 | 4,4 |
| 5 | Septicemia, excepto neonatal | 41 | 4,3 |
| 6 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 40 | 4,2 |
| 7 | Insuficiencia cardíaca | 35 | 3,7 |
| 8 | Tumor maligno de estómago | 32 | 3,3 |
| 9 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 32 | 3,3 |
| 10 | Enfermedades cerebrovasculares | 29 | 3,0 |
| | Las demás causas de muerte | 454 | 47,5 |
| | Total | 956 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Provincia de Junín

En la provincia de Junín en el año 2009, las principales causas de consulta externa fueron: Infecciones respiratorias agudas (8.7%), tumor maligno de estómago (8.7%) y accidentes de transporte terrestre (6.1%); septicemia excepto neonatal (5.2%) y los eventos de intención no determinada (5.2%) son las cinco primeras causa de mortalidad en esta provincia.

Comparando las causas de mortalidad del año 2005 y 2009 se observa un incremento en el número de casos sobre todo en tumor maligno de estómago y los accidentes de transporte terrestre, la otra diferencia es que la tuberculosis no aparece en las diez primeras causas de mortalidad del año 2009.

Tabla 30

Primeras causas de mortalidad en la Provincia de Junín. Junín, 2005

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 40 | 13,4 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 27 | 9,1 |
| 3 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 23 | 7,7 |
| 4 | Enfermedades del sistema urinario | 19 | 6,4 |
| 5 | Accidentes de transporte terrestre | 15 | 5,0 |
| 6 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 14 | 4,7 |
| 7 | Tumor maligno de estómago | 13 | 4,4 |
| 8 | Enfermedades cerebro vasculares | 9 | 3,0 |
| 9 | Tuberculosis | 8 | 2,7 |
| 10 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 8 | 2,7 |
| | Las demás causas de muerte | 122 | 40,9 |
| | Total | 298 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Tabla 31

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Junín. Junín, 2009

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 20 | 8,7 |
| 2 | Tumor maligno de estómago | 20 | 8,7 |
| 3 | Accidentes de transporte terrestre | 14 | 6,1 |
| 4 | Septicemia, excepto neonatal | 12 | 5,2 |
| 5 | Eventos de intención no determinada | 12 | 5,2 |
| 6 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 9 | 3,9 |
| 7 | Enfermedades cerebro vasculares | 7 | 3,1 |
| 8 | Accidentes que obstruyen la respiración | 7 | 3,1 |
| 9 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 7 | 3,1 |
| 10 | Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón | 6 | 2,6 |
| | Las demás causas de muerte | 115 | 50,2 |
| | Total | 229 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Provincia de Satipo

En el año 2009, en la provincia de Satipo, las primeras causas de mortalidad: Infecciones respiratorias agudas (15.1%), Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (5.4%); Accidentes que obstruyen la respiración (4.8%); Eventos de intención no determinada (4.6%); septicemia y excepto neonatal (4.0%).

A diferencia del 2005 para el 2009 encontramos nuevas causas como los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas; y los demás accidentes de transporte y los no especificados.

Tabla 32

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Satipo. Junín, 2005

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 67 | 13,2 |
| 2 | Septicemia, excepto neonatal | 43 | 8,5 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 37 | 7,3 |
| 4 | Eventos de intención no determinada | 32 | 6,3 |
| 5 | Tuberculosis | 24 | 4,7 |
| 6 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 20 | 3,9 |
| 7 | Insuficiencia cardíaca | 13 | 2,6 |
| 8 | Enfermedades cerebrovasculares | 13 | 2,6 |
| 9 | Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales | 12 | 2,4 |
| 10 | Enfermedades del sistema urinario | 9 | 1,8 |
| | Las demás causas de muerte | 238 | 46,9 |
| | Total | 508 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Tabla 33

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Satipo. Junín, 2009

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 76 | 15,1 |
| 2 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 27 | 5,4 |
| 3 | Accidentes que obstruyen la respiración | 24 | 4,8 |
| 4 | Eventos de intención no determinada | 23 | 4,6 |
| 5 | Septicemia, excepto neonatal | 20 | 4,0 |
| 6 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 20 | 4,0 |
| 7 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 17 | 3,4 |
| 8 | Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 16 | 3,2 |
| 9 | Los demás accidentes de transporte y los no especificados | 16 | 3,2 |
| 10 | Enfermedades isquémicas del corazón | 14 | 2,8 |
| | Las demás causas de muerte | 251 | 49,8 |
| | Total | 504 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Provincia de Tarma

En la provincia de Tarma, el perfil de la mortalidad en el año 2009 se define como sigue; Tumor maligno de estómago (8.5%) Infecciones respiratorias agudas (8.3%), septicemia excepto neonatal (4.8%); Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon (4.0%); Enfermedades isquémicas del corazón (3.9%) constituyendo las cinco primeras causa de mortalidad de esta provincia.

La mortalidad en el año 2005 tiene un perfil similar al del 2009 con la diferencia que el tumor maligno de estómago pasó a ser la primera causa de mortalidad, las enfermedades isquémicas del corazón y los demás accidentes de transporte y los no especificados. Los cuales no aparecen en el año 2005

Tabla 34

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Tarma. 2005

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 127 | 12,2 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 116 | 11,1 |
| 3 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 57 | 5,5 |
| 4 | Tumor maligno de estómago | 51 | 4,9 |
| 5 | Enfermedades cerebrovasculares | 51 | 4,9 |
| 6 | Enfermedades isquémicas del corazón | 42 | 4,0 |
| 7 | Insuficiencia cardíaca | 34 | 3,3 |
| 8 | Enfermedades del sistema urinario | 34 | 3,3 |
| 9 | Accidentes que obstruyen la respiración | 29 | 2,8 |
| 10 | Tuberculosis | 27 | 2,6 |
| | Las demás causas de muerte | 473 | 45,4 |
| | Total | 1041 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín

Tabla 35

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Tarma. 2007

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Tumor maligno de estómago | 68 | 8,5 |
| 2 | Infecciones respiratorias agudas | 66 | 8,3 |
| 3 | Septicemia, excepto neonatal | 38 | 4,8 |
| 4 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 32 | 4,0 |
| 5 | Enfermedades isquémicas del corazón | 31 | 3,9 |
| 6 | Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) | 31 | 3,9 |
| 7 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 26 | 3,3 |
| 8 | Enfermedades cerebrovasculares | 26 | 3,3 |
| 9 | Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal | 25 | 3,1 |
| 10 | Los demás accidentes de transporte y los no especificados | 24 | 3,0 |
| | Las demás causas de muerte | 431 | 54,0 |
| | Total | 798 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín

Provincia del Yauli

En el año 2009, se registraron como primeras causas las infecciones respiratorias agudas (17.7%); enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (10.7%); cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (4.7%). Enfermedades cerebro vasculares (4.3%) y el tumor maligno del estómago (4.0%).

Mientras que las causa en el año 2005 han sido Infecciones respiratorias agudas, eventos de intención no determinada, tumor maligno de estómago; accidentes que obstruyen la respiración y las enfermedades excepto meningitis constituyen las cinco primeras causas de mortalidad en la provincia de Yauli cuyo característica la diferencia de las demás porque en la capital de la Provincia funciona la planta metalúrgica más grande a de América del sur y la población tiene el impacto de las emisiones de esta planta el cual perjudica la salud los pobladores .

Tabla 36

Primeras causas de mortalidad en la provincia del Yauli. Junín, 2005

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|--------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 76 | 21,1 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 25 | 6,9 |
| 3 | Tumor maligno de estómago | 20 | 5,5 |
| 4 | Accidentes que obstruyen la respiración | 20 | 5,5 |
| 5 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 18 | 5,0 |
| 6 | Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal | 17 | 4,7 |
| 7 | Tuberculosis | 11 | 3,0 |
| 8 | Enfermedades hipertensivas | 11 | 3,0 |
| 9 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 10 | 2,8 |
| 10 | Tumor maligno del cuello del útero | 9 | 2,5 |
| | Las demás causas de muerte | 144 | 39,9 |
| | Total | 361 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín

Tabla 37

Primeras causas de mortalidad en la provincia Yauli. Junín, 2009

| N° | CAUSAS | Frecuencia | % |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 53 | 17,7 |
| 2 | Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 32 | 10,7 |
| 3 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 14 | 4,7 |
| 4 | Enfermedades cerebrovasculares | 13 | 4,3 |
| 5 | Tumor maligno de estómago | 12 | 4,0 |
| 6 | Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón | 12 | 4,0 |
| 7 | Accidentes de transporte terrestre | 12 | 4,0 |
| 8 | Eventos de intención no determinada | 11 | 3,7 |
| 9 | Enfermedades del sistema urinario | 10 | 3,3 |
| 10 | Insuficiencia cardíaca | 9 | 3,0 |
| | Las demás causas de muerte | 122 | 40,7 |
| | Total | 300 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín

Provincia de Chanchamayo

En el 2009 las principales causas de mortalidad en son las Infecciones respiratorias agudas (11.7%); enfermedades del sistema urinario (7.1%) Eventos de intención no determinada (5.6%); Tuberculosis (5.5%); y cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (5.5%) la que constituyen las 5 primeras causas de mortalidad en esta provincia.

En el año 2005 a diferencia del 2009 se tiene que en las diez primeras causas aparecen la insuficiencia cardiaca y las enfermedades isquémicas del corazón.

Tabla 38

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Chanchamayo. Junín, 2005

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 123 | 13,9 |
| 2 | Eventos de intención no determinada | 61 | 6,9 |
| 3 | Tuberculosis | 48 | 5,4 |
| 4 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 37 | 4,2 |
| 5 | Accidentes de transporte terrestre | 36 | 4,1 |
| 6 | Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 32 | 3,6 |
| 7 | Insuficiencia cardíaca | 32 | 3,6 |
| 8 | Enfermedades del sistema urinario | 26 | 2,9 |
| 9 | Enfermedades isquémicas del corazón | 25 | 2,8 |
| 10 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 23 | 2,6 |
| | Las demás causas de muerte | 397 | 44,8 |
| | Total | 886 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.

Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín

Tabla 39

Primeras causas de mortalidad en la provincia de Chanchamayo. Junín, 2009

| N° | Lista Detallada de Mortalidad 6/67 | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 90 | 11,7 |
| 2 | Enfermedades del sistema urinario | 55 | 7,2 |
| 3 | Eventos de intención no determinada | 43 | 5,6 |
| 4 | Tuberculosis | 42 | 5,5 |
| 5 | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 42 | 5,5 |
| 6 | Tumor maligno de estómago | 35 | 4,6 |
| 7 | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 33 | 4,3 |
| 8 | Enfermedades cerebrovasculares | 29 | 3,8 |
| 9 | Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 23 | 3,0 |
| 10 | Los demás accidentes de transporte y los no especificados | 20 | 2,6 |
| | Las demás causas de muerte | 298 | 38,8 |
| | Total | 769 | 100,0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.

Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRES Junín.

Análisis de la morbilidad

Tasa de morbilidad general

En el año 2009, la tasa de morbilidad general en el departamento de Junín fue de 7016.9 x 10000 habitantes. En el 2005 fue de 5756.1, lo cual indica que en el 2009 la tasa de morbilidad fue 1.2 veces más que en el 2005.

Infecciones respiratorias agudas (IRAs) en menores de 05 años

En el año 2009, la tasa de infecciones respiratorias agudas fueron de 1157.5 casos por 10000 habitantes; en el año 2005 fue de 873.9, es decir, que en el año 2009 existe una tasa de 1.3 veces más que en el 2005.

El distrito de Santa Rosa de Ocopa en el 2009 tuvo la mayor tasa de morbilidad de infecciones respiratorias agudas en Junín (4772.7 x 10000 hab.), a su vez El Mantaro tuvo sólo 173.6. Al comparar ambos distritos, vemos que Santa Rosa de Ocopa tiene una tasa de IRAS de 27 veces más que El Mantaro en IRAS en niños y niñas menores de 5 años.

Enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 05 años

En el departamento de Junín, en el 2009, la tasa de EDAS en niños menores de 05 años fue de 308.3 casos por 10000 habitantes. En el año 2005 fue de 243.5, es decir, que en el 2009 hubo 1.2 veces más que en el 2005.

El distrito con mayor tasa de morbilidad por EDAS, en el 2009 fue Suitucancha, con una tasa de 898.0, mientras que el distrito con menor tasa fue: Monobamba con 12.5; lo que significa que Suitucancha tiene 72 veces más morbilidad por EDAS que Monobamba.

Desnutrición

En el año 2006 la tasa de desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años es de 4.7% mientras que el promedio nacional fue de 21.7%, es decir que Junín tiene 17 puntos porcentuales menos de desnutrición crónica que el promedio nacional.

El distrito con mayor desnutrición crónica en niños de 06 a 09 años en el año 2006 fue Huay-Huay (42.9%), mientras que el distrito con menor tasa de desnutrición son los distritos de Chupaca, Huamancaca chico, San Juan de Iscos, San Juan de Jarpa. Tres de diciembre y Yanacancha tiene 0% de desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años.

El año 2009 la tasa de desnutrición es de 3.9% habiendo disminuido en 0.8% comparado con el 2006. Los distritos con mayor tasa de desnutridos en estas edades son San Jerónimo de Tunan 58.52%, seguido de Cullhuas 36.48% y colca 32.31% y los distritos con la más baja tasa son Santa Bárbara de Carhuacayan, Chongos bajo y Huamancaca chico con 0%

Discapacidad

En Junín, según el censo nacional 2007 el 9.94 % de la población tiene algún tipo de discapacidad, a nivel nacional esta cifra es de 10.9%. Es decir que Junín tiene 0.96% menos hogares con algún miembro con discapacidad. Es decir 22.59 % más que el distrito de santa rosa de Sacco.

Al interior del departamento el distrito Marco en la provincia de Jauja tiene el 24.68% de hogares con un miembro en la familia que padece de discapacidad.

El 48.3%(60) de los distritos de Junín tienen más de 10% de los hogares con algún miembro que padece de una discapacidad.

Principales causas de consulta externa a nivel general

En el año 2009, en el departamento de Junín, las primeras causas de consulta externa en la población en general fueron: Infecciones agudas de las vías respiratorias (29.9%), Afecciones dentales y periodontales (8.5%), Enfermedades infecciosas intestinales (7.4%), Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo (4.0%) y enfermedades de del aparato digestivo (3.9%).

En el año 2005 tenemos: Infecciones agudas de las vías respiratorias (30.1%), Afecciones dentales y periodontales (12.6%), Enfermedades

infecciosas intestinales (7.5%), Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo (4.7%) y enfermedades de los órganos genitales femeninos (3.6%).

Las IRAS, las Afecciones dentales y periodontales, las Enfermedades infecciosas intestinales, la Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo y las Enfermedades del aparato urinario siguen siendo la principal causa de consulta externa en la población general en los años 2005 y 2009, pero los trastornos endocrinos y la Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo, aparecen en los primeros lugares para el año 2009 y no en el 2005.

Del mismo modo, la desnutrición, Enfermedades de los órganos genitales femeninos y los Trastornos del ojo y sus anexos, sólo aparecen en el año 2005 y no en el 2009.

Tabla 40
Primeras causas de consulta externa en el departamento de Junín. 2005

| N° | Lista Detallada de Morbilidad | Frecuencia | % |
|----|----------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1 | Infecciones de vías respiratorias agudas | 217079 | 30.1 |
| 2 | Afecciones dentales y periodontales | 91161 | 12.6 |
| 3 | Enfermedades infecciosas intestinales | 53941 | 7.5 |
| 4 | Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo | 33839 | 4.7 |
| 5 | Enfermedades de los órganos genitales femeninos | 25989 | 3.6 |
| 6 | Deficiencias de la nutrición | 24119 | 3.3 |
| 7 | Enfermedades de otras partes del aparato digestivo | 22889 | 3.2 |
| 8 | Trastornos del ojo y sus anexos | 19868 | 2.8 |
| 9 | Enfermedades del aparato urinario | 19443 | 2.7 |
| 10 | Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo | 17242 | 2.4 |
| | Las demás causas | 196248 | 27.2 |
| | Total | 721818 | 100.0 |

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE.DIRESA. Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA. Junín

Tabla 41
Primeras causas de consulta externa en el departamento de Junín. 2009

| N° | Lista Detallada de Morbilidad | Frecuencia | % |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1 | Infecciones de vías respiratorias agudas | 271254 | 29.9 |
| 2 | Afecciones dentales y periodontales | 76662 | 8.5 |
| 3 | Enfermedades infecciosas intestinales | 67341 | 7.4 |
| 4 | Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo | 35822 | 4.0 |
| 5 | Enfermedades de otras partes del aparato digestivo | 35267 | 3.9 |
| 6 | Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas | 32208 | 3.6 |
| 7 | Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo | 31401 | 3.5 |
| 8 | Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo | 29891 | 3.3 |
| 9 | Enfermedades del aparato urinario | 29371 | 3.2 |
| 10 | Infecciones de transmisión sexual | 26072 | 2.9 |
| | Las demás causas | 271520 | 29.9 |
| | Total | 906809 | 100.0 |

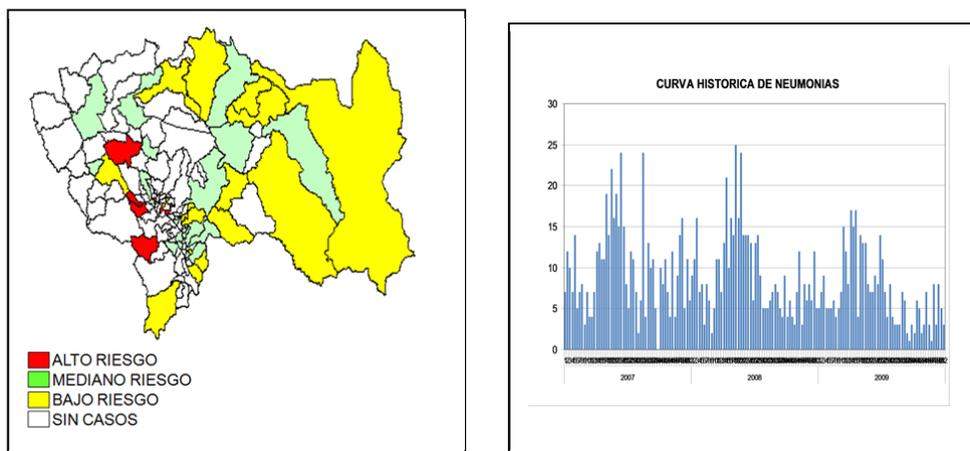
Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA. Junín

Enfermedades y eventos de vigilancia epidemiológica más prevalentes

De acuerdo a los datos de la vigilancia epidemiológica de la región Junín, los distritos que concentran el mayor número de casos de neumonías en menores de 5 años se ubican en los distritos de Tarma con 113 casos, pero por Incidencia acumulada la mayor incidencia de casos se encuentra en el Distrito de Viquez con 38.46 por mil habitantes y la menor tasa de incidencia en el distrito de Pilcomayo, así también hay 53 distritos que no reportaron casos. De acuerdo a la tasa de incidencia de casos los distritos en mayor riesgo son Viquez, Jauja, Pampa Hermosa y Tarma.

Las defunciones por Neumonía en el 2009 se reportaron un total de 37 de las cuales 17 son intrahospitalarias y 20 extra hospitalarias incrementándose en 6 puntos en relación al 2006 que se reportaron un total de 23 defunciones, dentro de su clasificación

Figura N°4: Distribución geográfica y tendencia de las Neumonías DIRESA Junín – Año 2009.

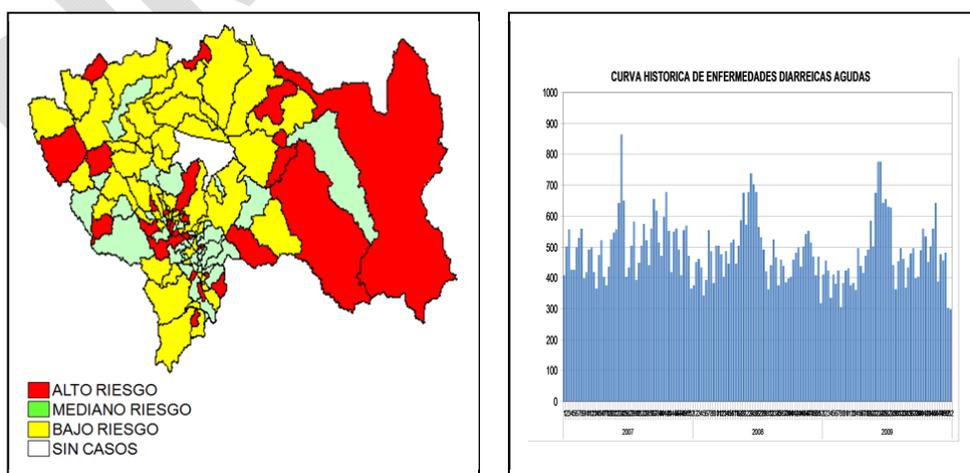


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

Las enfermedades diarreicas en la región Junín se reportaron en total 55,296 casos con una TIA de 483 casos por mil menores de 1 año y TIA 262 casos por mil niños de 1 a 4 años y en mayores de 5 años 17.88 x mil mayores de 5 años; el distrito que mayor incidencia tiene es Suitucancha TIA 2,368 x mil menores de 1 año y Huancan y con la menor tasa de incidencia tenemos a Manzanares con 62 x mil menores de 1 año

Las defunciones por EDAs en el año 2009 se reportaron un total de 12 defunciones ubicadas en la Provincia de Huancayo, Satipo y Junín

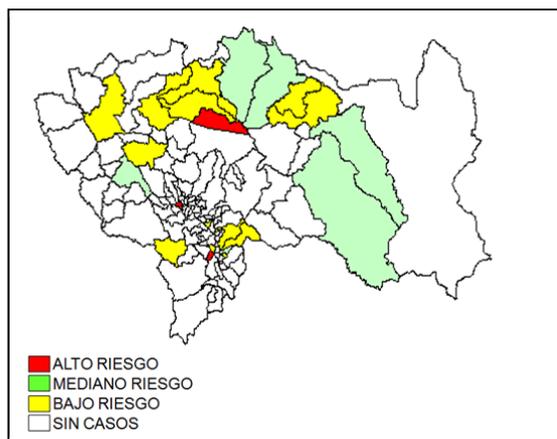
Figura N° 5: Distribución geográfica y tendencia de las EDAs DIRESA Junín – Año 2009



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

La tendencia de casos de VIH – SIDA va en incremento en la Región el 2009 se reportaron 116 casos de VIH con una TIA=14.41 x mil hab. Incrementándose en 3.9 en relación al 2006 TIA=10.5 x mil hab. El distrito con mayor incidencia es Marcapomacocha (TIA=217 x mil hab. y con menor incidencia Pangoa (TIA=2.52 x mil hab.)

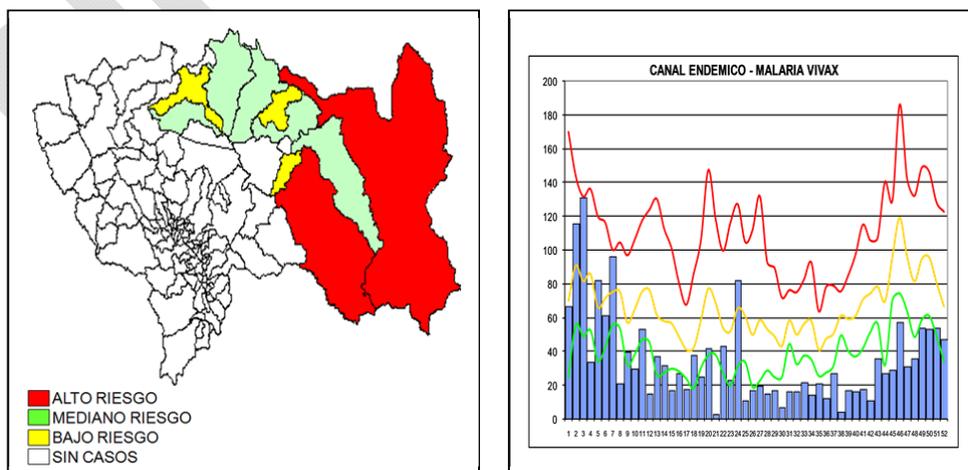
Figura N° 10: Distribución geográfica y tendencia de las VIH - SIDA DIRESA Junín – Año 2009



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

La Región Junín es endémico a malaria en las Provincias de Chanchamayo y Satipo en el año 2009 se reportaron un total de 1,838 casos con un IPA de 5.53 por mil habitantes. Se ha disminuido el IPA en un punto en relación al 2006 donde se reportó un total de 2,802 con un IPA de 6.5. El 87% de los casos son reportados por la Provincia de Satipo y de estos el 59% corresponden al Distrito de Río Tambo y el 33% a Pangoa. Los distritos con mayor IPA es Río Tambo y con menor IPA el distrito de Pampa Hermosa y San Luis de Shuaro.

Figura N° 6: Distribución geográfica y tendencia de las Malaria DIRESA Junín – Año 2009.

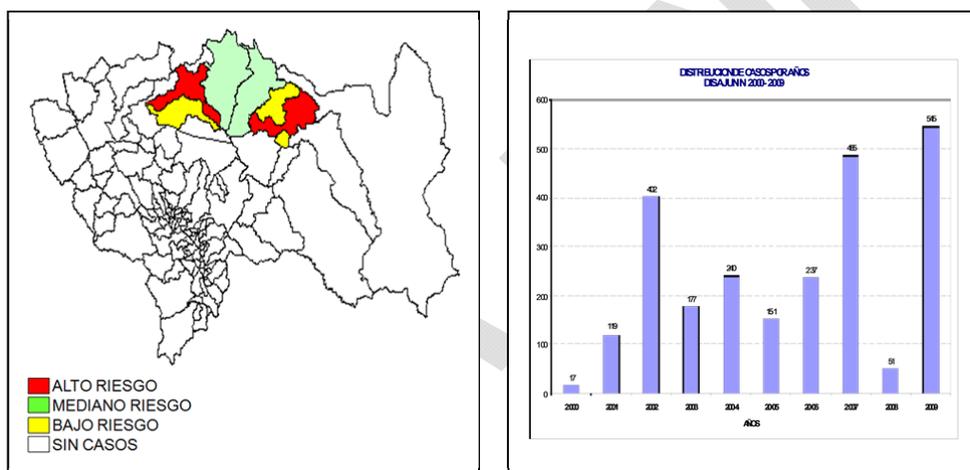


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

Dengue es un daño endémico en la región Junín el año 2009 se reportaron 240 casos con una tasa de incidencia de 89.24 x mil habitantes, concentradas en las provincias de Satipo y Chanchamayo con un incremento de 6 puntos en la incidencia en relación al año 2006.

La mayor Tasa de incidencia se observa en el distrito de Satipo (TIA=439 x mil hab.) y el distrito con menor incidencia es San Ramón (TIA=3.98 x mil hab.)

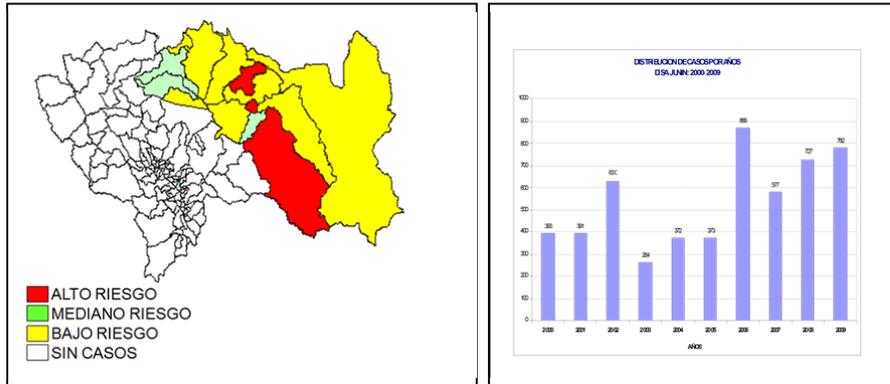
Figura Nº 7: Distribución geográfica y tendencia de las Dengue DIRESA Junín – Año 2009



La incidencia de Leishmaniosis cutánea en Junín el año 2009 se reportaron 759 casos con TIA=258.5 x mil hab, ha disminuido en 1.25 puntos en la incidencia en relación al 2006 (TIA=259.75 x mil hab.), el Distrito con mayor incidencia es Pangoa (TIA=696 x mil hab,) y con menor incidencia es Chanchamayo (TIA=60.44 x mil hab.).

Otro de los daños ligados a estos son la leishmaniosis mucocutanea la forma grave o deformante ya que mutila al humano en el 2009 se han reportado 30 casos con TIA=11.07 x mil hab. Incrementándose en 1.5 puntos en la incidencia en relación al 2006 TIA= 9.57 x mil hab. El distrito con mayor incidencia es Coviriali (TIA=48.5 x mil hab) y el distrito con menor incidencia es Perene (TIA=3.47 x mil hab.)

Figura N° 11: Distribución geográfica y tendencia de las Leishmaniosis Cutánea DIRESA Junín – Año 2009

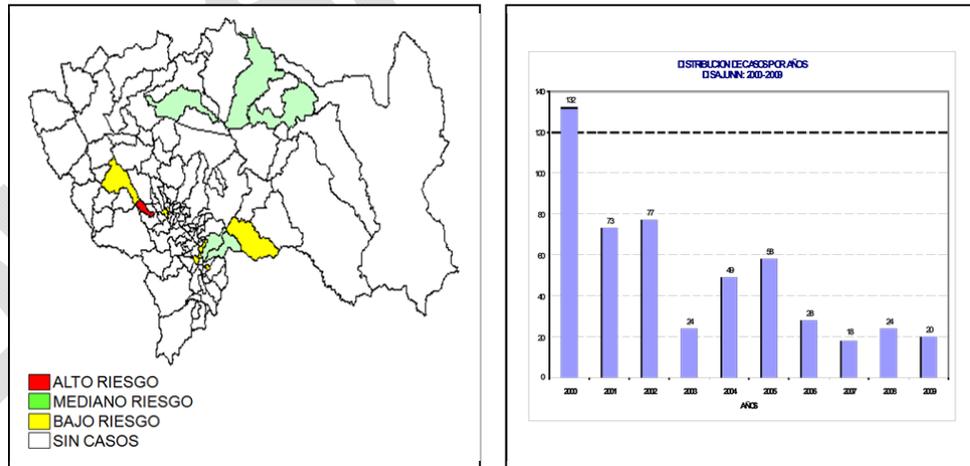


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

Hepatitis B se ha reportado un total de 18 casos con una TIA=2.34 x mil habitantes disminuyendo en 0.34 en la incidencia en relación al 2006.

La mayor tasa de incidencia se da el distrito de Huancan (TIA=17.42 x mil hab.) y la menor incidencia es en Huancayo (TIA=0.93 x mil hab.) Aun se reportan casos en niños menores de 9 años en ambos sexos.

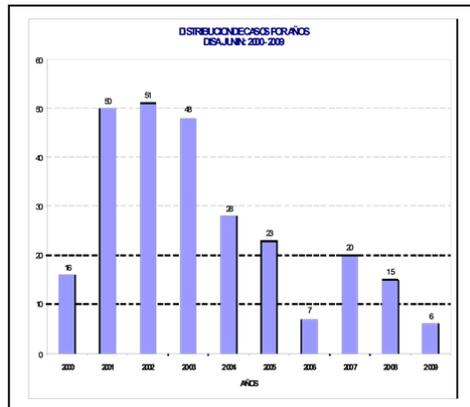
Figura N° 8: Distribución geográfica y tendencia de las Hepatitis B DIRESA Junín – Año 2009.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

Hidatidosis es un enfermedad que presenta un subregistro en la información en el año 2009 se reportaron 5 casos con un TIA=1.42 disminuyendo en 0.26 puntos en la incidencia en relación al año 2006

Figura N° 9: Distribución geográfica y tendencia de las Hidatidosis DIRESA Junín – Año 2009.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

Violencia Intrafamiliar

El registro de casos de violencia intrafamiliar por provincias en el año 2006 tenemos a la provincia de Jauja que tiene mayor casos (1047) de violencia intrafamiliar, siendo el distrito de Jauja la que reporta el 34% de los casos de esta provincia. Le sigue la provincia de Satipo con 1153 casos y el distrito que más casos aporta el distrito Satipo con 488 casos.

Para el año 2009 los casos en todas las provincias se han incrementado en grandes cifras, uno razón de este fenómeno es que los establecimientos en este año están captando los casos y por otro lado si existe un incremento de la violencia intrafamiliar, comparando a nivel departamental existe un incremento de 129 puntos porcentuales en relación a la del año 2006.

Infecciones intrahospitalarias.

A partir de 1970 se reconoce la importancia real de la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias (IIH), en nuestra región los establecimientos que conforman la red de vigilancia de IIH son Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Hospital el Carmen ambos en la Provincia de Huancayo con nivel de categorización II-2, el Hospital Feliz Mayorca Soto de Tarma, Hospital de la Merced en Chanchamayo, Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.

En un análisis en el tiempo se tiene que desde el 2006 al 2009 se reportaron un total de 25 infecciones intrahospitalarias en el torrente sanguíneo en la región Junín en el servicio de neonatología por el factor de riesgo de catéter venoso periférico con una densidad de incidencia de 1.57 por mil días de exposición.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, en las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central se tiene una densidad de incidencia de 0.45 por mil días de exposición y por catéter urinario permanente la densidad de incidencia es de 0.67 por mil días de exposición y neumonía por ventilación mecánica (13.46 x 1000 pacientes vigilados), en el 2009 se incrementó los casos de ITU asociados a CUP y las neumonías asociado a ventilador mecánico; en el servicio de medicina y cirugía en relación a los años anteriores se ha reducido las infecciones intrahospitalarias y en el servicio de obstetricia se mantiene la tasa de IHO pos cesárea.

Tabla Nº 40

Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias por servicios Según Categorical de Hospital DIRESA Junín 2006 – 2009

| SERVICIO | TIPO DE INFECCIÓN VIGILADA | Dispositivo Invasivo | N ° IIH | Tiempo de exposición (días) | Densidad de Incidencia promedio | Percentiles | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------|-----------------------------|---------------------------------|-------------|----|----|----|-------|
| | | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 |
| Neonatología | Infección del Torrente Sanguíneo | Catéter Venoso Central | 0 | 4 | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Infección del Torrente Sanguíneo | Catéter Venoso Periférico | 25 | 15935 | 1.57 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Neumonía | Ventilación Mecánica | 0 | 89 | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Cuidados Intensivos | Infección del Torrente Sanguíneo | Catéter Venoso Central | 1 | 2228 | 0.45 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Infección del Tracto Urinario | Catéter Urinario Permanente | 7 | 10393 | 0.67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Neumonía | Ventilación Mecánica | 28 | 2081 | 13.46 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34.76 |
| Medicina | Infección del Tracto Urinario | Catéter Urinario Permanente | 7 | 6451 | 1.09 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cirugía | Infección del Tracto Urinario | Catéter Urinario Permanente | 4 | 8393 | 0.48 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SERVICIO | TIPO DE INFECCIÓN VIGILADA | Procedimiento | N ° IIH | Número de procedimientos | Incidencia acumulada promedio | Percentiles | | | | |
|-------------|--------------------------------|------------------------|---------|--------------------------|-------------------------------|-------------|----|----|------|------|
| | | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 |
| Obstetricia | Endometritis puerperal | Parto Vaginal | 97 | 27318 | 0.36 | 0 | 0 | 0 | 0.56 | 1.10 |
| | Endometritis puerperal | Parto Cesárea | 42 | 8347 | 0.50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.03 |
| | Infección de Herida Operatoria | Parto Cesárea | 86 | 8347 | 1.03 | 0 | 0 | 0 | 0.63 | 4.03 |
| Cirugía | Infección de Herida Operatoria | Colecistectomía | 15 | 1954 | 0.77 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Infección de Herida Operatoria | Hernioplastia Inguinal | 6 | 645 | 0.93 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SERVICIO | TIPO DE INFECCIÓN VIGILADA | Dispositivo Invasivo | II - 1 | | | II - 2 | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------|-----------------------|---------------------------------|---------|-----------------------|---------------------------------|
| | | | N ° IIH | Tiempo exposición (d) | Densidad de Incidencia promedio | N ° IIH | Tiempo exposición (d) | Densidad de Incidencia promedio |
| Neonatología | Infección del Torrente Sanguíneo | Catéter Venoso Central | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | No determinado |
| | Infección del Torrente Sanguíneo | Catéter Venoso Periférico | 2 | 7033 | 0.28 | 23 | 8902 | 2.58 |
| | Neumonía | Ventilación Mecánica | 0 | 0 | No determinado | 0 | 89 | 0 |
| Unidad de Cuidados Intensivos | Infección del Torrente Sanguíneo | Catéter Venoso Central | 0 | 1327 | 0 | 1 | 901 | 1.11 |
| | Infección del Tracto Urinario | Catéter Urinario Permanente | 1 | 3964 | 0.25 | 6 | 6429 | 0.93 |
| | Neumonía | Ventilación Mecánica | 0 | 395 | 0 | 28 | 1686 | 16.61 |
| Medicina | Infección del Tracto Urinario | Catéter Urinario Permanente | 0 | 2141 | 0 | 7 | 4310 | 1.62 |
| Cirugía | Infección del Tracto Urinario | Catéter Urinario Permanente | 3 | 2441 | 1.23 | 1 | 5952 | 0.17 |

DIRESA JUNÍN

INDICADORES TRAZADORES

001. PROGRAMA ESTRATEGICO ARTICULADO NUTRICIONAL

DESNUTRICIÓN CRÓNICA

DESCRIPCION: El estado nutricional del menor de 5 años es el resultado de múltiples factores derivados por causas relacionadas a la acción del estado en múltiples esferas a cargo del sector salud y de los determinantes de la salud.

Las determinantes de la desnutrición crónica, están organizadas en causadas o determinantes inmediatas, que influyen directamente sobre las condiciones nutricionales del individuo, las causas subyacentes, que se manifiestan a través de las características relacionadas a la familia, cuidadores y hogar y por último, las causas básicas, que fundamentalmente están asociadas con los sistemas políticos, económicos, culturales y sociales en la que se enmarca, la vida de la familia y los individuos dela sociedad.

Las causas inmediatas que condicionan la desnutrición y el desarrollo infantil inadecuado son: la inadecuada ingesta de alimentos y las enfermedades infecciosas, estas son favorecidas por causas subyacentes: la inseguridad alimentaria en el hogar, inadecuadas prácticas de alimentación y cuidado, así como insuficiente agua, saneamiento y servicios de salud.

INDICADOR: Proporción de menores de cinco años con desnutrición crónica

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños } < 5 \text{ años con desnutrición crónica}}{\text{N}^\circ \text{ Total de niños } < 5 \text{ años}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| Región Junín | Encuesta ENDES | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|----------------|------|------|------|------|
| | Según OMS | 31.9 | 31.9 | 33.7 | 30.4 |

FUENTE: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2005, 2007, 2008, 2009 y 2010.

ANALISIS: Durante el 2007 la región Junín tiene una Proporción Regional de (31.9 %) de casos de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad, mostrando una tendencia de incremento progresivo al año 2009 (33.7%) y disminuyendo al 2010 (30.4%). INEI - ENDES, según el patrón de crecimiento de la OMS.

Para contar con la Línea de base, se ha tomado la mediana de los datos históricos de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad, de los años 2007, 2009 y 2010, teniendo una línea de base de 31.9 % y teniendo como meta al 2014 de 27 %, teniendo como resultado la reducción de 05 puntos.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 30.6 | 29.3 | 28 | 27 |

LACTANCIA MATERNA

DESCRIPCIÓN: Las guías internacionales recomiendan lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses basado en la evidencia científica de los beneficios que tiene en la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo.

La leche materna provee toda la energía y los nutrientes que necesita el bebé durante sus primeros seis meses de vida, así como también reduce el índice de mortalidad infantil causado por enfermedades comunes en la infancia, tales como diarrea y neumonía; apresura la recuperación durante una enfermedad y ayuda a espaciar los embarazos.

INDICADOR: Proporción de menores de 6 meses con Lactancia Exclusiva

FORMULA

$$\frac{\text{Niños < 6 meses con lactancia materna exclusiva}}{\text{Población total de niños < 6 meses}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 64.9 | 71.1 | 80.4 | 91.5 |

FUENTE DE DATOS: ENDES 2010

ANÁLISIS: Como se puede observar el comportamiento de la data en estos últimos 4 años sugiere una tendencia al incremento de la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses los mismos que indica, que de continuar así el estado de salud de los niños viendo expresado esto en la reducción de la mortalidad infantil entre otros.

Nuestras intervenciones están sujetas a la decisión política para dar la sostenibilidad a las acciones en pro de la salud del niño.

TENDENCIA: Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana de los últimos cuatro años, estableciéndose en 75.7 y para la tendencia el promedio de incremento de estos años.

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 91.5 | 93.4 | 96.3 | 98.7 |

ANEMIA EN MENORES DE 36 MESES

DESCRIPCION: La anemia se asocia a la baja ingesta de hierro en la dieta alimentaria y /o por pérdidas por presentar alta incidencia de parasitosis intestinal. Las consecuencias repercuten en el desarrollo normal del niño y a posterior en sus capacidades. Garantizar un suministro adecuado de micronutrientes mediante acciones de comunicación, promoción de adecuadas prácticas alimentarias y los suplementos prevendremos la anemia en la población.

INDICADOR: Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.

FORMULA:

$$\frac{\text{N° de < 36 meses de edad con anemia (nuevos más continuadores)}}{\text{N° Total de niños < 36 meses}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|
| Región Junín | 58.2 | 58.2 | 60.5 | 44.1 |

FUENTE: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2005, 2007, 2008, 2009 y 2010.

ANALISIS: Durante el 2007 la región Junín tiene una Proporción Regional de (58.2 %) de casos de Anemia en Niños menores de 36 meses de edad, mostrando una tendencia de incremento progresivo al año 2009 (60.5%) y disminuyendo al 2010 (44.1%).

Para contar con la Línea de base, se ha tomado la mediana de los datos históricos de la prevalencia de anemia de los niños menores de 36 meses de los años 2007, 2009 y 2010, teniendo una línea de base de 58.2 % y teniendo como meta al 2014 de 53 %, teniendo como resultado la reducción de 05 puntos.

TENDENCIA:

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| Región Junín | 57 | 55 | 54 | 53 |

CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

DESCRIPCIÓN: El control del crecimiento y desarrollo del niño es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

INDICADOR: Porcentaje de niños < de 36 meses con CRED completo

FORMULA

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Niños} < 6 \text{ meses con CRED completo}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños} < 6 \text{ meses}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|-----------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 10.7 | Sin datos | 14.5 | 37.4 |

FUENTE DE DATOS: ENDES 2010

ANÁLISIS: Al analizar los porcentajes alcanzados en los años 2007, 2009 se observa que estos difieren significativamente a lo alcanzado el año 2010, por lo que es necesario explicar que en los años 2007 al primer trimestre del 2009 se utilizó un esquema diferente al que actualmente se viene aplicando, por tanto el porcentaje servirá como dato basal y a partir de ello se construirá las tendencias.

Nuestras intervenciones están sujetas a la decisión política para dar la sostenibilidad a las acciones en pro de la salud del niño.

TENDENCIA:

Para establecer la línea de base se tomó en cuenta el porcentaje del año 2010 siendo 37.4%.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 42.4 | 47.4 | 52.4 | 57.4 |

INMUNIZACIÓN

DESCRIPCION: La inmunización es la actividad de Salud Pública que ha demostrado ser la de mayor beneficio y costo efectividad en los dos años siglos, constituyendo las intervenciones más seguras en Salud Pública.

El compromiso de recursos económicos Públicos con la inmunización o vacunación se ha realizado típicamente sobre la base de la ética y derechos humanos; en estos últimos años se ha evidenciado y emergido una justificación aún más poderosa como teoría donde indican que la buena salud en una población condiciona el crecimiento económico, por lo que sugiere invertir en inmunizaciones entre el 12% al 18% del presupuesto, poniéndose a la par la educación básica como instrumento económico y desarrollo; al incrementar el acceso a la inmunización y/o vacunación se tendrá como resultado la mejora de la calidad de Salud de la Población.

INDICADOR: Porcentaje de niños < de 60 meses con vacuna completa

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Niños} < 60 \text{ meses con vacuna completa}}{\text{Poblacion total de niños} < 60 \text{ meses}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 88.8 | 93.2 | 88.2 | 84.2 |

FUENTE: DIRESA-DESP

Encuesta demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2007, 2008, 2009 y 2010
Nivel Local, Redes y DIRESA: Formatos de información analítica de inmunizaciones

ANALISIS: Vista la información histórica con los porcentajes obtenidos a través de los años en los indicadores, se tiene una media del 88.2%, este porcentaje es obtenido con el aporte de la Encuesta demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2007, 2008, 2009 Y 2010.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| DIRESA JUNIN | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 88.5% | 89.0% | 90.0% | 92.0% |

RECIÉN NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER

DESCRIPCION: Los RN de bajo peso constituyen un problema de salud pública debido que presenta mayores tasas de morbimortalidad infantil , además del riesgo de desarrollo posteriormente de deficiencia físicas, neurológicas y mentales, constituyéndose así en un indicador que nos permite medir el impacto de las actividades que se realiza en la madre durante la etapa pre natal.

INDICADOR: Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Niños con bajo peso al nacer}}{\text{Total de RNV}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 2.6% | 2.4% | 3.6% | 6.9% |

FUENTE: DIRESA-Estadística e Informática

ANALISIS: Los porcentajes alcanzados de bajo peso al nacer en la región Junín expresan que aún tenemos debilidades en las acciones de salud durante la etapa pre natal, los mismos que deben de ser intervenidos a fin que en los años siguientes los porcentajes sean aun menores a los alcanzados hasta el 2010. Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo de 3.6%.

TENDENCIA: de los últimos cuatro años y para la tendencia el promedio de estos años. Nuestras intervenciones están sujetas a la decisión política para dar la sostenibilidad a las acciones en pro de la salud del niño.

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNIN | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 3.5% | 3.4% | 3.3% | 3.2% |

RESPIRATORIAS AGUDAS "IRAS"

DESCRIPCIÓN:

Las infecciones Respiratorias Agudas "IRAs", son un conjunto de enfermedades que afectan las vías respiratorias, los mismos que son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de consulta en los servicios de salud y la que causa más muertes, especialmente en niñas y niños menores de 36 meses, así mismo son las que influyen en la desnutrición infantil del menor de cinco años constituyéndose una preocupación constante en el Sector Salud.

INDICADOR: Tasa de incidencia de IRAS en niños < de 5 años

FORMULA

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Niños } < 5 \text{ años con Dx. IRA}}{\text{Total población } < 5 \text{ años}} \times 1000$$

DATOS HISTÓRICOS:

| | | | | |
|--------------|--------|--------|--------|-------|
| DIRESA JUNIN | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 1059.1 | 1048.8 | 1116.9 | 895.5 |

FUENTE DE DATOS: OFICINA DE ESTADISTICA DIRESA JUNIN 2010

ANÁLISIS: En el periodo 2007-2010 la tasa de incidencia de las IRAS en niños menores de cinco años en la región Junín, ha disminuido progresivamente, el periodo en el cual se redujo considerablemente fue entre los años 2009 al 2010, si estos datos los cruzamos con otros indicadores como el porcentaje de lactancia materna exclusiva, el porcentaje del control de crecimiento y desarrollo, así como la inclusión en estos años de las nuevas vacunas como influenza y neumococo podemos inferir que el descenso de la incidencia de las IRAS se debe a las acciones antes mencionadas, por tanto influirá en la disminución de la desnutrición crónica infantil.

Nuestras intervenciones están sujetas a la decisión política para dar la sostenibilidad a las acciones en pro de la salud del niño.

TENDENCIA: Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana de los últimos cuatro años siendo 1053.9 y para la tendencia el promedio de descenso de estos años.

| | | | | |
|--------------|------|-------|-------|-------|
| DIRESA JUNIN | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 954 | 854.1 | 754.2 | 654.3 |

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DIARREICA

DESCRIPCIÓN:

La diarrea es la tercera causa de muerte en el Perú y el mundo, principalmente en niños de zonas rurales y urbano-marginales, menores de 05 años. Las bacterias, microbios y otros agentes que la originan provienen principalmente de las heces humanas, que por diversos mecanismos llegan a la boca, cerrando de esta manera la cadena fecal-oral.

Esta transmisión tiene como factores a la mala calidad del agua, falta de servicios básicos (agua y desagüe), condiciones de hacinamiento, inadecuadas prácticas de alimentación, higiene y saneamiento.

INDICADOR: Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda en < de 5 años

FORMULA

$$\frac{\text{Nº de Niños < 5 años con Dx de EDA}}{\text{Total población < 5 años}} \times 1000$$

DATOS HISTÓRICOS:

| DIRESA JUNIN | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| | 313.6 | 302.2 | 310.2 | 221.1 |

FUENTE DE DATOS: OFICINA DE ESTADISTICA DIRESA JUNIN 2010

ANÁLISIS: En el periodo 2007-2010 la tasa de incidencia de las EDAS en niños menores de cinco años en la región Junín, ha disminuido progresivamente, este comportamiento está ligado al incremento de la lactancia materna exclusiva al incremento del control de crecimiento y desarrollo, así como la inclusión en estos años de las nuevas vacunas como rotavirus, por tanto influirá en la disminución de la desnutrición crónica infantil.

TENDENCIA: Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana de los últimos cuatro años siendo de 310.2 y para la tendencia el promedio de descenso de estos años.

| Junín | Línea de base | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------|---------------|-------|-------|-------|-------|
| | 310.2 | 274.2 | 238.2 | 202.2 | 166.2 |

002. PROGRAMA ESTRATEGICO MATERNO NEONATAL

MORTALIDAD MATERNA

DESCRIPCIÓN: La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública y también de derechos humanos por su repercusión en la familia y sociedad.

La mortalidad materna expresa, además, la iniquidad de género para la toma de decisiones, para los derechos fundamentales y los servicios sociales.

La mortalidad Materna además de ser un evento multifactorial incluyendo entre otros, aspectos económicos, sociales, culturales y de la calidad de la atención de salud, es necesario una intervención desde una perspectiva de salud pública. Existiendo factores diversos que condicionan la mortalidad como podemos observar en la siguiente figura:

INDICADOR: Razón de muerte materna

FORMULA

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes Maternas (directas e indirectas)}}{\text{N}^\circ \text{ Recién Nacidos Vivos (Esperados)}} \times 100 \text{ 000 NV}$$

DATOS HISTÓRICOS

| FORMULA DEL INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|-----------------------------|------------------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Nº MUERTES MATERNAS | 32 | 28 | 22 | 23 |
| Nº RN ESPERADOS X 100000 | 23284 | 24806 | 24466 | 27287 |
| RAZON DE MORTALIDAD MATERNA | 137.4 | 112.9 | 89.9 | 84.3 |

FUENTE: DIRESA-Oficina de Estadística e Informática
DIRESA-Oficina de Epidemiología

ANÁLISIS:

Como podemos observar el comportamiento de la data en estos últimos 4 años sugiere una tendencia a la disminución, pero la existencia de la multifactorialidad y multicausalidad no permite ser optimistas en nuestros logros ya que epidemiológicamente se podría experimentar ondulaciones que están sujetas al compromiso político de las autoridades a todo nivel, al recurso humano, la capacidad de respuesta de los establecimientos, el comportamiento de la demanda.

Es importante la oportunidad, la capacidad de toma de decisiones, grado de instrucción, cultura de nuestras mujeres vinculados al acceso a nuestros servicios de salud, el sistema económico; la eficiencia y eficacia de las intervenciones, la capacidad resolutoria de los establecimientos, el sistema de referencia y contrareferencia.

Para el periodo comprendido entre el 2011 y 2014 se tomara como base la Razón de Muerte Materna de 101.4 x 100 000 Nacidos Vivos

Se determinan la línea de base tomando la Mediana en función a los datos históricos, se establece en 101.4.

TENDENCIA:

| INDICADOR | TENDENCIA | | | | |
|--------------------------|---------------|------|------|------|------|
| | LINEA DE BASE | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| RAZON MORTALIDAD MATERNA | 101.4 | 84.3 | 82.2 | 80.1 | 78.0 |

MORTALIDAD PERINATAL

DESCRIPCIÓN: La Mortalidad Perinatal es un indicador de impacto importante que refleja directamente la atención prenatal, intra parto y neonatal y por lo tanto sirve como marcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios.

INDICADOR: Tasa de mortalidad perinatal

FORMULA

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes Perinatales}}{\text{N}^\circ \text{ Recién Nacidos Vivos (Esperados)}} \times 1000 \text{ NV}$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|------------------------------|------------------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Nº MUERTES PERINATALES | 417 | 480 | 419 | 391 |
| Nº RN VIVOS ESPERADOS X 1000 | 23284 | 24806 | 24466 | 27287 |
| TASA DE MORTALIDAD PERINATAL | 17.9 | 19.4 | 17.1 | 14.3 |

ANÁLISIS: Nuestras intervenciones están sujetas a la decisión política para dar la sostenibilidad a las acciones en pro de la salud de la mujer y por ende en la salud del niño por nacer y el recién nacido.

Para el periodo comprendido entre el 2011 y 2014 se tomara como base la Tasa de Mortalidad Perinatal de 17.5 x 1000 Nacidos Vivos

TENDENCIA:

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana

| INDICADOR | TENDENCIA | | | | |
|------------------------------|---------------|------|------|------|------|
| | LINEA DE BASE | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| TASA DE MORTALIDAD PERINATAL | 17.5 | 14.1 | 13 | 12 | 11 |

PAREJAS PROTEGIDAS

DESCRIPCIÓN: La atención a la salud sexual y reproductiva considera el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyan a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con las necesidades cambiantes en cada una de las etapas de la vida.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad y la reproducción, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida y garantizar la salud de las personas.

INDICADOR: N° de parejas protegidas

FORMULA: N° de parejas protegidas por todos los métodos

DATOS HISTÓRICOS:

| FORMULA DEL INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| N° PAREJAS PROTEGIDAS POR TODOS LOS METODOS EN EL PERIODO | 47128 | 53394 | 53848 | 53161 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP-ES SSR
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS:

La tendencia sobre el uso de anticonceptivos nos muestra que ha habido una disminución del uso de métodos modernos, con un incremento importante del uso de métodos tradicionales, es preciso contrastar estas cifras con la situación de pobreza, la falta de accesibilidad a servicios de calidad y los altos índices de morbilidad y mortalidad materna que aun ostentan las mujeres de las poblaciones rurales.

Esto nos permite establecer mecanismos para un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud contribuyendo en forma directa a que la población de nuestra región alcance sus ideales reproductivos, basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida del usuario(a), así como de su familia y la comunidad y el país.

Cabe señalar que el logro de este indicador está sujeto a las compras de medicamentos a nivel nacional

Para el periodo comprendido entre el 2011 y 2014 se tomara como base el N° de Parejas protegidas: 53277.5

TENDENCIA:

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana, siendo de 53 277.5 y se establece la tendencia basada en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| FORMULA DEL INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------|---------|---------|---------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| N° PAREJAS PROTEGIDAS POR TODOS LOS METODOS EN EL PERIODO | 53731.5 | 54185.5 | 54639.5 | 55093.5 |

PARTOS INSTITUCIONALES

DESCRIPCIÓN: Se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre a donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario.

INDICADOR: Porcentaje de partos institucionales

FORMULA:

$$\frac{\text{N° Institucionales}}{\text{N° gestantes atendidas}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| FORMULA DEL INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|------------------------------|------------------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| N° PARTOS INSTITUCIONALES | 16153 | 18080 | 17464 | 16570 |
| N° GESTANTES ATENDIDAS X 100 | 25302 | 25857 | 24648 | 23325 |
| PROPORCION | 63.8 | 69.9 | 70.9 | 71.0 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP-ES SSR
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: Como podemos observar el comportamiento de la data en estos últimos 4 años sugiere una tendencia a incremento del acceso de nuestras mujeres al parto institucional.

Nuestras intervenciones están sujetas a la decisión política para dar la sostenibilidad a las acciones en pro de la salud de la mujer y por ende en la salud del niño por nacer y el recién nacido.

TENDENCIA: Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana , se establece la Proporción de Partos Institucionales en 70.4

| FORMULA DEL INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|--------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| PROPORCION DE PARTOS INSTITUCIONALES | 71.4 | 72.4 | 73.4 | 75.4 |

0016. PROGRAMA ESTRATEGICO TBC VIH-SIDA

INCIDENCIA DE TBC PULMONAR BK(+)

DESCRIPCIÓN: La Tuberculosis en uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país y la lucha de esta enfermedad es uno de los compromisos más importantes del Estado, y durante los últimos años los casos de Tuberculosis pulmonar con Frotis positivo han puesto en situación de peligro a la población en general, debido a que al ser afectado principalmente la población joven y adulta quienes representan la población económicamente activa de nuestra sociedad se detiene tanto el crecimiento como el desarrollo de nuestra Región.

INDICADOR: Tasa de incidencia de TBC pulmonar BK(+)

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos nuevos TBP FP}}{\text{Población Total}} \times 100\,000$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|----------------------------------|------------------|---------|---------|---------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Nº CASOS NUEVOS TBP FP EN EL AÑO | 463 | 485 | 401 | 449 |
| POBLACION TOTAL X 100, 000 | 1185573 | 1188427 | 1160617 | 1301844 |
| TASA DE INCIDENCIA DE TBP FP | 39.0 | 40.8 | 34.6 | 34.5 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP- ESNPCT.
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: Realizando el análisis de la información histórica con los porcentajes obtenidos a través de los años el indicador de la Tasa de Incidencia en los años 2007 y 2008 tiene la misma tendencia, mientras que en los años 2009 y 2010 la tendencia es a disminuir, para el control de la Tuberculosis es necesario que las acciones de intervención estén dirigidas a la población en general, basada en el fomento de comportamientos saludables y generación de entornos saludables, donde la persona, familia y comunidad desempeñan un rol protagónico.

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo 36.8.

TENDENCIA:

Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

Cabe señalar que el logro de este indicador está sujeto a las compras de medicamentos a nivel nacional.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| TASA DE INCIDENCIA DE TBP FP | 36.3 | 35.8 | 35.3 | 34.8 |

INCIDENCIA EN INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

DESCRIPCIÓN: La epidemia de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha planteado desde su aparición un desafío muy grande para la humanidad, dado su alta diseminación y el mayor número de personas afectadas se explica porque la principal vía de transmisión involucra a la conducta más primitiva y difícil de modificar a corto o mediano plazo, la conducta sexual. La intervención para poder controlarla involucra a todos los sectores sociales.

El SIDA afecta mayoritariamente a hombres y mujeres jóvenes de estratos socioeconómicos medios y bajos que adquirieron la infección a través de relaciones sexuales, habiéndose incrementado la transmisión heterosexual. Una evidencia del incremento en la importancia de la transmisión heterosexual puede verse en la disminución progresiva de la relación hombre/mujer entre los casos de SIDA reportados para cada año calendario.

Esta relación cae desde 14 a 1 en 1990 hasta 2 a 1 en el 2010, es decir, en el último año se evidencian 2 a 3 casos de SIDA en hombres por cada caso de SIDA en mujeres.

Las estadísticas señalan también que la vía más frecuente de transmisión del VIH entre los casos de SIDA reportados fue la vía sexual con un 96% de los casos. Debemos resaltar que el 1% de transmisión sanguínea del VIH entre los casos de SIDA reportados, es uno de los valores más bajos del mundo y es consecuencia de la oportuna decisión de obligar al tamizaje de todas las bolsas de sangre usadas para transfusiones.

INDICADOR: Tasa de incidencia de sida

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos nuevos de SIDA}}{\text{Población Total}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| FORMULA DEL INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|-----------------------------------|------------------|---------|---------|---------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Nº CASOS NUEVOS DE SIDA EN EL AÑO | 85 | 114 | 121 | 103 |
| POBLACION TOTAL X 100 000 | 1185573 | 1188427 | 1191620 | 1301844 |
| TASA DE INCIDENCIA DE SIDA | 7.2 | 9.6 | 10.2 | 7.9 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP-ES SSR
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: En nuestra región podemos observar que en los últimos cuatro años la presentación de casos nuevos de SIDA es bastante fluctuante, señalándose que la probabilidad a que se mantenga del mismo modo radica en que se está trabajando fuertemente campañas de comunicación para lograr que los habitantes de nuestra región reconozcan la importancia de las conductas sexuales responsables y el ejercicio del derecho de salud realizándose tamizajes VIH y Sífilis 2 veces al año.
Para el periodo comprendido entre el 2011 y 2014, se ha utilizado la mediana Se señala como línea de bases 7.6

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|----------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| TASA DE INCIDENCIA DE SIDA | 8 | 8.1 | 8.5 | 8.6 |

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CON MANEJO SINDROMICO

DESCRIPCIÓN: Las ITS constituyen un importante problema de salud pública, ya que un número elevado de personas adquiere y sufre la complicación de una de ellas que puede ser tratada de manera inoportuna e inadecuada, o que se infectan del Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) causante el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida como consecuencia de la presencia de una ITS.

Se reconoce en toda ITS un rol facilitador en la transmisión del VIH, es decir es un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de transmitir o adquirir el VIH.

INDICADOR: Porcentaje de casos de ITS con manejo sindromico

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ITS tratados con manejo sindromico}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de ITS diagnosticado}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|--------------------------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| PROPORCIÓN DE CASOS DE ITS CON MANEJO SINDROMICO | 36.8 | 53.1 | 84.9 | 75.9 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP-ES SSR
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: La proporción de casos de Infecciones de Transmisión Sexual al ser tratados a través del manejo síndrome contribuye a reducir la transmisibilidad de las mismas y facilita la oportunidad del tratamiento y obviamente la curación del paciente.

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo 64.5.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|--------------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| PROPORCION DE CASOS DE ITS CON MANEJO SINDROMICO | 75.9 | 80.9 | 85.9 | 90 |

GESTANTES VIH+ CON MANEJO DE ACUERDO A LA NORMA

DESCRIPCIÓN: Las evidencias apuntan a la relación entre la carga viral de la madre, el estado inmunológico de la misma (estos casos se presentan cuando la persona se infecta recientemente o cuando se encuentra en un estado avanzado de la enfermedad) o si el bebe es expuesto a los fluidos infectados durante el parto (presencia de lesiones en la membrana amniótica, el tipo de parto) y la lactancia materna, que puede contribuir hasta en un tercio en la transmisión vertical del virus.

INDICADOR: Porcentaje de gestantes VIH+ con manejo de acuerdo a la norma

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con VIH+ manejo de acuerdo a la norma}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes VIH atendidas}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------|----------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| PORCENTAJE DE GESTANTES VIH+ CON MANEJO DE ACUERDO A LA NORMA | SIN DATO | SIN DATO | 91.7 | 70.6 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP-ES SSR
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: La norma técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre – niño del VIH y la Sífilis Congénita es aprobada el año 2008, iniciándose su implementación, en esta norma se indica como parte del manejo además del uso de los ARV y la alimentación del recién nacido con sucedáneos de la leche materna, se indica como terminación del embarazo por vía abdominal: cesárea.

Por ello es que nuestra data inicia el 2009, la tendencia en el tiempo debiera ser la de incrementarse, pero debido a problemas con el financiador SIS y el compromiso de los directores de los hospitales este indicador nos muestra una tendencia fluctuante.

Se toma como línea base la Proporción de Gestantes con Tamizaje para VIH, usando la mediana siendo 83.8.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| PORCENTAJE DE GESTANTES VIH+ CON MANEJO DE ACUERDO A LA NORMA | 95 | 98 | 100 | 100 |

SINTOMATICO RESPIRATORIO IDENTIFICADOS ENTRE LAS ATENCIONES > DE 15 AÑOS

DESCRIPCIÓN: La Tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país, los casos de Tuberculosis pulmonar con Frotis positivo han puesto en situación de peligro a la población en general, por lo cual una de las actividades para la prevención de la Tuberculosis es la captación de sintomático respiratorio para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y así evitar el contagio y eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad.

INDICADOR: Proporción de sintomático respiratorio identificados entre las atenciones > de 15 años

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de sintomático respiratorio identificados entre las atenciones > de 15 años}}{\text{Total de atenciones}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Proporción de sintomáticos respiratorio identificados entre las atenciones > de 15 años | 4.4 | 3.9 | 3.7 | 4.0 |

T
E: DIRESA JUNIN -DESP-ES NPCT
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: Realizando el análisis de la información histórica con los porcentajes obtenidos a través de los años la captación de sintomáticos respiratorios en los años 2008 y 2009 ha disminuido en relación al año 2007 y para el año 2010 del total de atenciones en mayores de 15 años se han identificado a 45,363 S.R.

Alcanzando un 4% del indicador, lo cual indica que debemos fortalecer más la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en todos los servicios de salud para el Diagnóstico y Tratamiento oportuno.

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana estableciéndose en 3.9.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Proporción de sintomáticos respiratorio identificados entre las atenciones > de 15 años. | 4.0 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |

TAMIZAJE PARA SIFILIS EN GESTANTES

DESCRIPCIÓN: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo. En el caso de la sífilis, ésta puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto. Se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

INDICADOR: Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con tamizaje para sífilis}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes atendidas}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|---------------------------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| PROPORCION DE GESTANTES CON TAMIZAJE PARA SIFILIS | 65.6 | 87.1 | 85.6 | 89.1 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP-ES SSR
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: En estos últimos años para lograr la detección temprana y dar el tratamiento oportuno a nuestras gestantes ha ido incrementándose en los siguientes años, para ello será sostenible a través del PpR que nos permitirá garantizar estos tamizajes y lograr las metas regionales y nacionales. Para el periodo comprendido entre el 2011 y 2014. La línea de base se ha utilizado la mediana de la Proporción de Gestantes con Tamizaje para Sífilis siendo de 86.3.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|---------------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| PROPORCION DE GESTANTES CON TAMIZAJE PARA SIFILIS | 92.3 | 94 | 96 | 98 |

+

TAMIZAJE A GESTANTES CON TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

DESCRIPCIÓN: La transmisión vertical del VIH ha sido considerada como la principal vía de contagio de los niños. Lo cierto es que las evidencias apuntan a la relación entre la carga viral de la madre, el estado inmunológico de la misma (estos casos se presentan cuando la persona se infecta recientemente o cuando se encuentra en un estado avanzado de la enfermedad) o si él bebe es expuesto a los fluidos infectados durante el parto (presencia de lesiones en la membrana amniótica, el tipo de parto) y la lactancia materna, que puede contribuir hasta en un tercio en la transmisión vertical del virus.

Sabemos que una de las estrategias para prevenir la transmisión vertical consiste en la consejería y el test VIH voluntario, y una vez hecho el diagnostico, la provisión de drogas antiretrovirales en las gestantes seropositivas y su bebé.

INDICADOR: Proporción de gestantes con tamizaje para VIH

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con tamizaje para VIH}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes atendidas}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|----------------------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| PROPORCION DE GESTNTES CON TAMIZAJE PARA VIH | 43.8 | 83.1 | 84.5 | 98.0 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP-ES SSR
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: Las tendencias demostradas en los últimos años nos muestran un aumento significativo de la cobertura de tamizajes de en gestantes, estos logros se tienen gracias al apoyo del FONDO MUNDIAL, la sostenibilidad será dada a través del SIS y del PpR.

Para el periodo comprendido entre el 2011 y 2014 se tomara como línea base la Proporción de Gestantes con Tamizaje para VIH tomando la mediana, siendo 83.8

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|-----------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| PROPORCION DE GESTANTES CON TAMIZAJE PARA VIH | 97.9 | 98.5 | 99 | 99.5 |

BACILOSCOPIAS DE DIAGNÓSTICO EN SINTOMATICO RESPIRATORIO EXAMINADO

DESCRIPCIÓN: La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de Tuberculosis es la Bacteriología (Baciloscopías y Cultivos) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. El diagnostico de tuberculosis pulmonar se realiza fundamentalmente por el examen baciloscópico de dos muestras de esputo en el sintomático respiratorio para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

INDICADOR: Promedio de baciloscopias de diagnóstico en sintomáticos respiratorio examinado

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de baciloscopias de diagnóstico en sintomáticos respiratorio examinado}}{\text{N}^\circ \text{ DE sintomáticos respiratorio esperados}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Promedio de baciloscopias de diagnóstico entre los S.R. examinados | 1.95 | 1.99 | 1.97 | 1.93 |

ANÁLISIS: En los últimos años el promedio de baciloscopías por sintomático respiratorios es de 1.96 y para diagnosticar tuberculosis pulmonar es primordial realizar el examen baciloscópico de dos muestras de esputo para el diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo cual es primordial que las unidades ejecutoras incorporen estrategias de intervención para que todo sintomático respiratorio identificado cumpla con las dos muestras de esputo y se han examinados ambas muestras.

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo 1.96.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Promedio de baciloscopias de diagnóstico entre los S.R. examinados | 1.96 | 1.97 | 1.98 | 2 |

PROPORCION DE SINTOMATICO RESPIRATORIO

DESCRIPCIÓN: La Tuberculosis en uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país y la lucha de esta enfermedad es uno de los compromisos más importantes del Estado, y durante los últimos años los casos de Tuberculosis pulmonar con Frotis positivo han puesto en situación de peligro a la población en general, por lo cual una de las actividades para la prevención de la Tuberculosis es la captación de sintomático respiratorio para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y así evitar el contagio y eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad.

INDICADOR: Proporción Sintomáticos respiratorio examinado

FORMULA:

$$\frac{\text{Sintomáticos respiratorio examinado}}{\text{Nº de sintomáticos respiratorio identificados}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|----------------------------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| PROPORCION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIO EXAMINADOS | 87.0 | 80.0 | 73.0 | 79.0 |

ANÁLISIS: Realizando el análisis de la información histórica con los porcentajes obtenidos a través de los años Los sintomáticos respiratorios examinados en los años 2008 al 2010 ha disminuido en relación al año 2007 lo cual indica que debemos buscar estrategias para que todo sintomático respiratorio captado sea examinado para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana, se establece la línea de base en 79.0.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector. Cabe señalar que el logro de este indicador está sujeto a las compras de medicamentos a nivel nacional y regional.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|----------------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| PROPORCION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIO EXAMINADOS | 80.0 | 80.1 | 80.2 | 80.3 |

0017. PROGRAMA ESTRATEGICO METAXENICAS Y ZONOSIS

INCIDENCIA DE MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX

DESCRIPCIÓN: En la Región Junín las enfermedades metaxenicas en las últimas décadas sobre todo la Malaria constituyen uno de los principales problemas de salud que afectan a las poblaciones más pobres de menos acceso y están catalogadas entre las reemergentes, afectando grandes proporciones de población con gran impacto sobre la salud pública nacional.

La Malaria es abordado desde la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la Enfermedades metaxenicas cuyo incremento de casos se debe básicamente a un problema de saneamiento, lo cual es necesario fortalecer las actividades preventivo promocionales para que se controle esta enfermedad y así disminuir la incidencia de casos, además de ello es necesario que todo el personal de salud cumpla con el manejo adecuado de la Norma Técnica.

INDICADOR: Tasa de incidencia de malaria por plasmodium vivax.

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos confirmados de malaria p.p. vivax}}{\text{Población Total en riesgo}} \times 100\,000$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| TASA DE INCIDENCIA DE MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX. | 285.0 | 202.0 | 159.0 | 510.0 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP- ES N de Metaxenicas y OTV.
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: En la Curva Histórica de casos de la malaria vivax en las provincias de Chanchamayo y Satipo comparando los casos con los años anteriores se tiene un claro incremento de la tasa de incidencia en el año 2010, esto por el brote epidémico que se tuvo en los distritos de Rio Tambo y Pangoa por cual urge la necesidad de fortalecer las actividades preventivo promocionales y la participación de todas las autoridades locales y comunidad en general para su prevención y control.

Cabe señalar que el logro de este indicador está sujeto a las compras de medicamentos por cada unidad ejecutora a través del financiamiento SIS Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo 510 x 100,000.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------|-------|-------|-------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| TASA DE INCIDENCIA DE MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX. | 460.0 | 410.0 | 360.0 | 310.0 |

PARASITARIO ANUAL

DESCRIPCIÓN: El índice parasitario Anual es el número de casos confirmados de malaria por cada 1,000 habitantes en el periodo de un año. Este indicador mide las acciones de prevención y control dirigidas a reducir la transmisión de malaria en la Región Junín. Se encuentra comprendido en el Quinto Lineamiento de Política Sectorial (2002 -2012).

INDICADOR: Índice parasitario anual

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos confirmados de malaria}}{\text{Población Total}} \times 1000$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|--------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| INDICE PARASITARIO ANUAL | 2.85 | 2.02 | 1.59 | 5.10 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP- ES N de Metaxenicis y OTV.
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: Según tendencia el IPA en los años 2007 al 2009 se ha mantenido pero para el año 2010 se ha incrementado esto se debe al brote epidémico que se tuvo en los distritos de Rio Tambo y Pangoa de la Provincia de Satipo y cabe indicar que su prevención y control urge la necesidad de la participación de todas las autoridades locales y comunidad en general. Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo 5.10 x 1000.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|--------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| INDICE PARASITARIO ANUAL | 4.6 | 4.1 | 3.6 | 3.1 |

INDICE DE POBLACION EXPLORADA

DESCRIPCIÓN: Este indicador nos permite medir el número de febriles captados y examinados en las zonas de riesgo para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la malaria y así cortar la cadena de transmisión.

INDICADOR: Índice de población explorada

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos confirmados de malaria}}{\text{Población Total}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|-------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Índice de población explorada | 39.8 | 34.3 | 33.3 | 36.6 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP- ES N de Metaxenicis y OTV.
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: Según tendencia el IPE en el año 2007 hubo mayor captación de febriles los cuales fueron examinados pero para los años 2008 al 2010 esta tendencias se mantiene lo cual es necesario fortalecer la captación de casos para diagnosticas precozmente la mayor cantidad de casos de malaria y ser tratados oportunamente.

Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo 35.4.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|-------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Índice de población explorada | 36.6 | 36.8 | 37.0 | 37.2 |

EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO POR PLASMODIUM VIVAX.

DESCRIPCIÓN: El indicador nos permite que todo paciente que ha recibido tratamiento antimalárico debe ser evaluado clínicamente y controlado mediante exámenes de laboratorio con la finalidad de confirmar que el caso ha sido curado. Para los casos de malaria por P.V. el seguimiento parasitológico se efectuara el día siete de iniciado el tratamiento.

INDICADOR: Eficiencia del tratamiento por plasmodium vivax.

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de malaria por P.V. curados}}{\text{N}^\circ \text{ total de casos de malaria por P:V: ingresados a la cohorte}} \times 100$$

DATOS HISTÓRICOS:

| INDICADOR | DATOS HISTORICOS | | | |
|--------------------------------------------------|------------------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Eficiencia del tratamiento por plasmodium vivax. | 97.8 | 98.3 | 98.9 | 99.3 |

FUENTE: DIRESA JUNIN -DESP- ES N de Metaxenicis y OTV.
DIRESA JUNIN -Oficina de Estadística e Informática

ANÁLISIS: El indicador de eficiencia se mantiene superior al 97% en los últimos años, sin embargo es necesario que todo paciente que ingrese al estudio de cohorte de tratamiento termine curado por lo que el personal de salud debe realizar la visita domiciliaria a fin de tomar la gota gruesa de control y de esta manera tener la condición de egreso del paciente. Para establecer la línea de base se ha utilizado la mediana siendo 98.8.

Cabe señalar que el logro de este indicador está sujeto a las compras de medicamentos por cada unidad ejecutora a través del financiamiento SIS.

TENDENCIA: Para establecer la tendencia nos basamos en el comportamiento de la data y de la respuesta del sector.

| INDICADOR | TENDENCIA | | | |
|--------------------------------------------------|-----------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Eficiencia del tratamiento por plasmodium vivax. | 98.9 | 99.2 | 99.4 | 99.6 |

PERSONAS ATENDIDAS ANTE EL RIESGO DE RABIA URBANA

DESCRIPCION: La captación de personas mordidas por can, gato u otro animal que completan vacunación antirrábica con esquema reducido se realiza en los establecimientos de salud como parte de la vigilancia epidemiológica en salud pública, es un conjunto de acciones de salud integral en la cual la persona después de recibir la atención a la herida , bajo prescripción médica se le indica vacunación antirrábica ante el riesgo de transmisión de la rabia por animales infectados, se adopta este criterio cuando la persona es mordida por animal desconocido sin ubicación y cuando la mordedura es considerada como Grave.

INDICADOR: Porcentaje de personas atendidas ante el riesgo de rabia urbana

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de personas mordidas por can, gato u otro animal que completan vacunación con esquema reducido}}{\text{Nº total de personas mordidas por can, gato u otro animal que iniciaron vacunación esquema reducido.}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 20% | 20% | 21% | 22% |

FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

ANALISIS: Vista la información histórica de las personas protegidas que terminan esquema reducido va en ascenso porque las notificaciones van siendo oportunas para la protección y evitar la transmisión de la rabia.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 22% | 23% | 24% | 25% |

PERSONAS MORDIDAS POR OFIDIOS

DESCRIPCION: La captación de personas mordidas por ofidios que recibieron tratamiento con suero específico se realiza en los establecimientos de salud de preferencia en los hospitales como parte de la vigilancia epidemiológica en salud pública, es un conjunto de acciones de salud integral en la cual la persona después de recibir la atención en el establecimiento de captación bajo prescripción y vigilancia médica se le indica el uso del suero antiofídico ante el riesgo de muerte, se adopta este criterio cuando la persona es mordida por serpiente venenosa.

INDICADOR: Porcentaje de personas atendidas por accidentes ofídicos.

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de personas que recibieron tratamiento con suero específico}}{\text{Nº total de personas con accidentes por animales ofídicos}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 42% | 43% | 45% | 48% |

FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica de las personas que reciben tratamientos con suero antiofídico y son protegidas, va en ascenso porque las notificaciones van siendo oportunas y evitar casos de mortalidad. Estos datos son obtenidos a través de los años con el aporte de las Redes de la Región Junín. La oportunidad dentro de los indicadores de monitoreo,

permite que los accidentes por ofidios venenosos sujetas vigilancia sean captadas en el momento de ocurrencia y notificadas dentro del tiempo establecido (inmediata y/o semanal) y controladas y tratados inmediatamente.

TENDENCIA:

| | | | | |
|------------------------------|------|------|------|------|
| Ttos. Con suero Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 50% | 52% | 54% | 56% |

0018. PROGRAMA ESTRATEGICO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

EE.SS QUE CUENTAN CON CIRUJANO-DENTISTA

DESCRIPCION: Entre los niveles de efectividad del Estado en la mejora del bienestar de la población, razón por la cual se prioriza en primera instancia que los establecimientos de salud cuenten con un profesional cirujano dentista.

INDICADOR: Proporción de EE.SS que cuentan con Cirujano-Dentista

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de EE.SS. que cuenta con Cirujano Dentistas}}{\text{Total de EE. SS}} \times 1000$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNÍN | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 15% | 16% | 18% | 20% |

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA JUNÍN | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 25% | 30% | 35% | 40% |

EE.SS CON SERVICIO ODONTOLÓGICA EQUIPADO

DESCRIPCION: La Proporción de Establecimiento de Salud del primer nivel de atención debe contar con un servicio odontológico que estén equipados según norma de equipamiento y mobiliario para brindar atención estomatológica a la población, e manera que a nivel de DIRESA Junín es una prioridad por implementar y resolver los problemas en salud bucal.

INDICADOR: Proporción de EE.SS con servicio Odontológica equipado

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de EE.SS. con servicio odontológico equipado}}{\text{Total de EE. SS con servicio Odontológico}} \times 1000$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Diresa Junín | 15% | 16% | 18% | 20% |

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Diresa Junín | 25% | 30% | 35% | 40% |

ENFERMEDAD DE LA CEGUERA

DESCRIPCION: La Enfermedad de la Ceguera es un problema de salud, que hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de ceguera y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo imprescindible contar con un sistema organizado, normado y validado para disminuir la prevalencia de este daño y mejorar la Calidad de vida e integración socio económica de las personas afectadas.

Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: Tasa de prevalencia en ceguera

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de casos con ceguera}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 1000$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 820 | 980 | 1020 | 1150 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica observamos el incremento de casos de ceguera año a año, por lo tanto debemos implementar desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención las actividades de tamizar y detectar mediante la evaluación de agudeza visual, probables casos de ceguera.

Se determinan la línea de base tomando la Mediana en función a los datos históricos, se establece en 3.4.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 3.3 | 3.2 | 3.1 | 3.0 |

LA ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DESCRIPCION: La enfermedad de la Hipertensión Arterial es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica y es un problema de salud, que hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de HTA y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo imprescindible contar con un sistema organizado, normado y validado para reducir la morbilidad cardiovascular secundaria a la enfermedad hipertensiva. Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: Tasa de prevalencia de hipertensión arterial

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de casos con HTA}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 1000$$

DATOS HISTORICOS:

| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 2542 | 3042 | 3616 | 4333 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica observamos el incremento de casos de HTA año a año. Por lo tanto, debemos implementar desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención las actividades de tamizaje de hipertensión arterial, promover estilos de vida saludables para disminuir la PA y reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular en cada visita, con intervenciones para reducir la ingesta de sodio, suspender el consumo de tabaco, reducir la obesidad abdominal, promover un peso saludable, incrementar la actividad física y manejar la dislipidemia y disglucemia.

Buscar una PA < 140/90 mmHg en la mayoría de personas y < 130/80 mmHg en aquellos con diabetes o enfermedad renal crónica a través de una

combinación de fármacos y modificación de estilos de vida, por ultimo abogar por políticas públicas saludables para prevenir la HTA y mejorar la salud de los pacientes y la población de nuestra Región Junín.

Se determinan la línea de base tomando la Mediana en función a los datos históricos, se establece en 11.2.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 11.1 | 11 | 10.9 | 10.8 |

LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES

DESCRIPCION: La Diabetes es una Enfermedad Crónica que incapacita al organismo a utilizar los alimentos adecuadamente y un problema de salud, que hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de Diabetes y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo imprescindible contar con un sistema organizado, normado y validado para disminuir la prevalencia de este daño.

Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: Tasa de prevalencia de diabetes

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de casos con Diabetes}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 1000$$

DATOS HISTORICOS:

| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 587 | 897 | 1322 | 1637 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica se observa el incremento de los casos de diabetes mellitus año a año. Por lo tanto, debemos implementar desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención las actividades de tamizaje de Diabetes, optimizar el control Glucemico, prevenir complicaciones crónicas y mortales, motivando a la población al cambio de prácticas y hábitos saludables.

Se determinan la línea de base tomando la Mediana en función a los datos históricos, se establece en 4.4.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 4.0 |

VIOLENCIA FAMILIAR

DESCRIPCION: La conducción de la gestión y gobierno en salud requiere del análisis profundo de la realidad sanitaria de sus condicionantes, de la respuesta del sector y la sociedad para efectuar los cambios que mejoren las condiciones de vida y salud de la población.

El Ministerio de Salud ha creído necesario elevar el tema de Salud Mental y Cultura de Paz como una Estrategia Sanitaria Nacional, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud e incorporando sus componentes en las actividades de la atención de las personas, de la familia y de la comunidad, en los aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Es por eso que se ve en la necesidad de elaborar una estrategia sanitaria nacional en salud mental.

INDICADOR: Porcentaje de Personas Atendidas que sufren de violencia Familiar.

FORMULA:

$$\frac{\text{N° de Personas Atendidas que sufren de violencia Familiar}}{\text{Total de atenciones en el Establecimiento de Salud}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| | 86.07 | 84.43 | 95.46 | 85.25 |

Oficina de Estadística DIRESA – JUNIN.

ANALISIS:

Realizando el Análisis de los datos históricos de los años 2007, 2008, 2009, 2010 se puede observar algunas variaciones considerables en algunos años, estos datos consignados son recolectados por nuestro personal de las diferentes redes de salud, y procesados en los en la oficina estadística, se obtuvo una línea basal de 85.66%

TENDENCIA: Esta proyección tiene referencia la línea basal y la prevalencia de la violencia familiar tendiendo a una disminución de acuerdo a los datos históricos.

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|
| | 83.61% | 81.97% | 80.33% | 78.69% |

PREVALENCIA DE CÁNCER

DESCRIPCION: El Cáncer es un grupo de muchas enfermedades que tienen que ver con las células y un problema de salud, que hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de Cáncer y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo imprescindible contar con un sistema organizado, normado y validado para disminuir la prevalencia de este daño.

Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: Tasa de prevalencia de Cáncer

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de casos con Cáncer}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 1000$$

DATOS HISTORICOS:

| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|
| | - | 471 | 507 | 712 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica se observa el incremento de los casos de Cáncer año a año por lo tanto debemos implementar desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención las actividades de tamizaje de Cáncer e implementar un padrón nominal y realizar un estricto seguimiento a los casos brindando consejería. Se determinan la línea de base tomando la Mediana en función a los datos históricos, se establece en 1.6.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 |

TAMIZAJE EN CEGUERA

DESCRIPCION: La ceguera por catarata es un problema de salud, que hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de ceguera y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo

imprescindible contar con un sistema organizado, normado y validado para disminuir la prevalencia de este daño y mejorar la Calidad de vida e integración socio económica de las personas afectadas.

Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: N° de personas Tamizadas para ceguera

FORMULA:

$$\frac{\text{N° de Personas tamizadas para ceguera}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 2020 | 2500 | 2800 | 3150 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica observamos el incremento de personas tamizadas de casos de ceguera, por lo tanto debemos continuar con el tamizaje en los diferentes grupos etareo mediante la evaluación de agudeza visual y continuar detectando probables casos de ceguera. Se determina la línea de base en función a la Mediana de los Datos Históricos siendo 6.2.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 6.1 | 7.6 | 8.5 | 9.6 |

TAMIZAJE EN ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DESCRIPCION: La enfermedad de la Hipertensión Arterial es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica y es un problema de salud, que hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de HTA y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo imprescindible contar con un sistema organizado, normado y validado para reducir la morbimortalidad cardiovascular secundaria a la enfermedad hipertensiva.

Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: N° de Personas para Hipertensión Arterial

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de personas tamizadas para HTA}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Diresa Junín | 3432 | 4032 | 4506 | 5123 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica observamos el incremento de casos de Tamizaje de HTA por lo tanto debemos continuar con las actividades de tamizaje de hipertensión arterial así mismo Promover estilos de vida saludables para disminuir la PA y reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular en cada visita con intervenciones para reducir la ingesta de sodio, suspender el consumo de tabaco, reducir la obesidad abdominal, promover un peso saludable, incrementar la actividad física y manejar la dislipidemia y disglucemia.

La línea de base se determina en Base a la Mediana de los Datos Históricos siendo 10.5.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 10.4 | 12.2 | 13.7 | 15.6 |

TAMIZAJE EN ENFERMEDAD DE LA DIABETES

DESCRIPCION: La Enfermedad de la Diabetes hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de Diabetes y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo imprescindible contar con un sistema organizado, normado y validado para disminuir la prevalencia de este daño.

Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz priorizando la actividad de tamizaje y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: Nº de Personas Tamizadas para diabetes

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de personas Tamizadas para Diabetes}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 1587 | 1897 | 2222 | 2537 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica se observa el incremento de Tamizaje de diabetes mellitus debemos continuar con las actividades de tamizaje de Diabetes. Optimizar el control Glucemico y Prevenir complicaciones crónicas y Mortales así mismo motivar a la población al cambio de prácticas y hábitos saludables.

La línea de base se determina en Base a la Mediana de los Datos Históricos siendo 4.9.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 4.8 | 5.7 | 6.7 | 7.7 |

TAMIZAJE EN LA ENFERMEDAD DE CÁNCER

DESCRIPCION: La Enfermedad de Cáncer es un problema de salud, que hoy constituye las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país, el crecimiento ascendente de Cáncer y sus consecuencias que de ella deriva incrementa la discapacidad en el Perú así como el gasto en salud haciendo imprescindible contar con un sistema organizado e incrementar los casos de personas tamizadas para confirmar casos de Cáncer.

Para lo cual debemos unir esfuerzos que estarán encaminados hacia la promoción de estilos de vida saludable, prevención, detección precoz y control de la enfermedad brindando una atención integral diferenciada en cada una de las etapas de vida de las personas.

INDICADOR: N° de personas tamizadas para Cáncer

FORMULA:

$$\frac{\text{N° de personas tamizadas para Cáncer}}{2.5\% \text{ Población Total}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | - | 881 | 1208 | 1611 |

FUENTE : DIRESA Junín -Oficina de epidemiología.

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica se observa el incremento de actividades de tamizaje de Cáncer y debemos continuar con el tamizaje de Cáncer e implementar el padrón Nominal y realizar un estricto seguimiento a los casos brindando consejería relacionado al cáncer

La línea de base se determina en Base a la Mediana de los Datos Históricos siendo 2.7.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | - | 2.6 | 3.6 | 4.9 |

PREVALENCIA DE PLOMO EN SANGRE

DESCRIPCION: La provincia de Yauli Oroya y en especial las zonas de la Oroya Antigua y nueva, Huari, Paccha y Santa Rosa de Saco constituyen la cuenca atmosférica urbana presentan un impacto ambiental producido por las emisiones de la fundición de la Oroya fuente más importante y por los pasivos ambientales que tiene más de 80 años de operaciones metalúrgicas a esto se suma lo estratos de pobreza que se han focalizado con la consecuente problemática de Salud.

El convenio de Cooperación 008-2003MINSA, firmado entre el Ministerio de Salud y la Empresa DOE RUN Perú estableció bases sólidas de diagnóstico situacional.

De los niveles de plomo en sangre en niños menores de 06 años

Se realizó a través de censos Hemáticos los análisis fueron realizados por CENSOPAS. INS. Entidad autorizada para los análisis respectivos. Durante los años 2009 y 2010 no se realizaron Hemáticos, solo se tomaron a grupos Centinelas.

INDICADOR: % de la población < 6 años de la provincia Yauli - La Oroya, tamizados para plomo y otros contaminantes

FORMULA:

$$\frac{\text{Niños} < 6 \text{ años con Pb} > 10 \text{ ug x dl}}{(\text{Pob.} < 6 \text{ años Prov. Yauli})} \times 100$$

DATOS HISTORICOS

Prevalencia de plomo en sangre mayor a 10 ug/dl. En niños menores de 06 años.

| 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------|-------|------|------|------|------|------|
| 97.9% | 98.3% | 97.1 | 92.7 | 92.7 | - | - |

FUENTE : DIRESA JUNIN -DESA

ANALISIS:

Analizando el los datos históricos de los años año 2004, 2005, 2006 y 2008, podemos ver la prevalencia de Plomo en sangre mayor a 10 ug/dl en niños menores de 06 años disminuye en un promedio anual de 1 Punto. Por lo tanto la Prevalencia promedio basal es de 97.4 %, asumiendo que a futuro se lograra una disminución promedio de un punto por año.

| 2011 | 20012 | 2013 | 2014 |
|--------|-------|-------|-------|
| 97.4 % | 96.4% | 95.4% | 94.4% |

DIRESA JUNIN

ACCESO A AGUA SEGURA

DESCRIPCION: En Octubre del año 2010, la Gerencia Regional de Recursos Naturales y Gestión del Medio Ambiente del Gobierno Regional de Junín, a través del Proyecto “Fortalecimiento de la Gestión Ambiental en el Gobierno Regional y Municipios de la Región Junín”, presenta el Boletín de indicadores ambientales de la Región Junín 2010, en la que se dan a conocer 02 indicadores relacionados al servicio de agua potable.

INDICADOR: % de población con acceso de agua segura

FORMULA:

$$\frac{\text{Población vigilada con a agua segura}}{\text{Población Total del Dpto.}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------|------|------|------|
| 40 | 41 | 43 | 44 |

FUENTE : DIRESA JUNIN DESA

ANALISIS: La población de la región Junín el año 2010, fue de 1'301,844 habitantes, el año 2011 de 1'311,792 habitantes, lo que demuestra un índice de crecimiento del 1.008 y según el INEI este índice aumentará una milésima año a año.

TENDENCIA:

| 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------|------|------|------|
| 45% | 47% | 49% | 50% |

MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS SÓLIDOS

DESCRIPCION: En Octubre del año 2010, la Gerencia Regional de Recursos Naturales y Gestión del Medio Ambiente del Gobierno Regional de Junín, a través del Proyecto “Fortalecimiento de la Gestión Ambiental en el Gobierno Regional y Municipios de la Región Junín”.

INDICADOR: % de distritos con manejo adecuado de residuos solidos

FORMULA:

$$\frac{\text{Distritos vigilados con manejo adecuado de riesgo en residuo sólido}}{\text{Total de distritos vigilados}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------|------|------|------|
| 4 | 6 | 7 | 8 |

FUENTE : DIRESA JUNIN DESA

ANALISIS: En estos momentos, solamente 02 distritos de la región cuentan con todas las autorizaciones correspondientes de la Dirección General de Saneamiento Ambiental (DIGESA), estos son Concepción y Tarma. Esta situación nos ha obligado a potenciar nuestra atención a incluir a más distritos;

situación nada fácil, ya que las autorizaciones legales para la operación y puesta en marcha de una Infraestructura de Disposición Final de Residuos Sólidos se realizan en Lima, ante la DIGESA, situación que hasta cierto punto nos ata de manos para poner en regla a los gobiernos locales. Al respecto, ya se ha comunicado a la Presidencia de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales para que el MINSA y DIGESA transfieran efectiva y realmente las competencias a las Direcciones Regionales de Salud, en este caso a la nuestra.

TENDENCIA:

| 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------|------|------|------|
| 12% | 15% | 17% | 18% |

DIRESA JUNÍN

0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

SISTEMA REGIONAL DE DERECHOS Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

DESCRIPCION: La Dirección de Regulación y Protección de Derechos en Salud, tiene su antecedente próximo en el “Centro de Prevención y Resolución de Conflictos” instalado en la sede administrativa de la Dirección Regional de Salud Junín, (periodo de duración 2005-2006), con Asistencia de Técnica de la Asociación Peruana de Derecho Sanitario (ADDS) y el Proyecto POLICY de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), El “CEPRECS” fue un espacio donde interactuaron prestadores de salud, representantes de organizaciones de la sociedad civil espacio con la finalidad de ejercer el derecho a la salud.

A lo largo de este proceso, la experiencia ha demostrado que es posible construir estrategias de mejora de la calidad en la atención de los servicios de salud a partir del ejercicio de los derechos ciudadanos en la relación entre personas usuarias y profesionales de las ciencias de la salud, entre éstos y las instituciones de salud, por ende entre la sociedad civil y el Estado.

INDICADOR: Porcentaje de normas o directivas en protección de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

La línea de base se determina en Base al promedio de normas y directivas aprobadas siendo 2.

FORMULA:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de normas implementadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de normas elaboradas}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 3 | 0 | 1 | 0 |

FUENTE : DIRESA JUNIN Dirección de Regulación y Protección de Derechos en Salud

ANALISIS: El análisis de la información histórica con las normas aprobadas a través de los años en los indicadores de monitoreo, ha permitido ir implementarse en los Establecimientos de salud la existencia de las Oficinas de Defensoría, indicadores que se traducen en las quejas, reclamos y denuncias de los usuarios contra los prestadores de salud.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 2 | 1 | 1 | 2 |

0115 PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO

CENTRO DE PREVENCION Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

DESCRIPCION: El CEPCED tiene como finalidad trabajar todo el proceso de la gestión de riesgos ante Emergencias y Desastres con la finalidad de identificar y reducir los riesgos asociados a peligros o minimizar sus efectos, así como evitar la generación de nuevos riesgos y preparación y atención ante situaciones de Desastres mediante el establecimiento de principios, lineamientos de política, componentes, procesos e instrumentos de la Gestión de Riesgos de Desastres

INDICADOR: Porcentaje de planes aplicados en el monitoreo y respuesta en salud ante emergencias y desastres.

FORMULA:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de planes aplicados}}{\text{Total de emergencias}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| DIRESA Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| | 07 | 07 | 07 | 07 |

FUENTE : DIRESA JUNIN - Oficina de Defensa Nacional CEPCED

ANALISIS: Realizado el análisis de la información histórica en el CEPCED de la DIRESA Junín, se tiene planteado la elaboración de 07 planes de Gestión de Riesgos para enfrentar las Emergencias y los Desastres, con los porcentajes obtenidos a través de los años en los indicadores de monitoreo, en oportunidad se tiene una media del 100%, este porcentaje es obtenido con el aporte de toda la Red Regional de Coordinadores de Emergencias y Desastres de las Redes de Salud que conforman la DIRESA Junín, siendo nuestra lineal basal de 7.

TENDENCIA:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| | 07 | 07 | 07 | 07 |

0098 SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

DESCRIPCIÓN: Los productos farmacéuticos y afines decomisados en los establecimientos farmacéuticos, con observaciones sanitarias como: productos con fecha de expiración vencida, sin registro sanitario, provenientes de instituciones públicas, con rotulado borrado adulterado, falsificados, en mal estado de conservación y otras, transgreden las normas sanitarias, por tanto, no se garantiza la conservación de sus características y propiedades terapéuticas para su uso y/o consumo humano, representando un riesgo y exposición al peligro en la salud de la población.

INDICADOR: Porcentaje de establecimientos farmacéuticos con productos farmacéuticos decomisados por observaciones sanitarias

FORMULA:

$$\frac{\text{Nº de establecimientos farmacéuticos privados donde se decomisaron productos farmacéuticos con observaciones sanitarias}}{\text{Total de establecimientos farmacéuticos inspeccionados}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| DIRESA Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| | 41.31 | 26.98 | 51.81 | 36.68 |

FUENTE : DIRESA JUNIN –DEMID-Actas de Inspección

ANÁLISIS: Según el período analizado, encontramos que existe una disminución del porcentaje de establecimientos con productos farmacéuticos y afines observados para los años 2007, 2008 y 2010, mientras que en el año 2009 se observa una gran alza, que indica la gran cantidad de establecimientos en los que se encontraron productos farmacéuticos con observaciones sanitarias. Se toma como línea basal un 41.31% de los datos analizados.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| | 41.93 | 46.78 | 41.84 | 46.89 |

0094 CONTROL EPIDEMIOLOGICO

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA

DESCRIPCION: La vigilancia epidemiológica en salud pública, es un conjunto de acciones de evaluación permanente que detecta y/o proporciona información de cualquier variación de los factores determinantes o condiciones de la salud individual o colectiva (individuo y comunidad), con la finalidad de adoptar o recomendar las medidas de prevención o control de las enfermedades ,así mismo nos permite obtener una visión global del proceso salud enfermedad de la población.

Los indicadores de monitoreo contribuyen a mejorar la disposición de información oportuna y de calidad en el Sistema Nacional de Vigilancia

Epidemiológica, que permiten el procesamiento y análisis, como parte de estos indicadores se encuentra la notificación con calidad y oportunidad, entendiéndose por esta, aquella que se realiza en el momento indicado, considerando hora de entrega de información.

INDICADOR: Porcentaje de notificación Oportuna.

FORMULA:

$$\frac{\text{Nro. de establecimientos que notifican oportunamente}}{\text{Total de establecimientos}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|
| Diresa Junín | 100 | 100 | 100 | 100 |

FUENTE : Oficina de epidemiología.

Nivel Local: Formatos de notificación Individual y fichas de investigación (Fecha y hora de recepción)

Nivel Redes: Envío de base NOTIsp a DIRESA. (Hora de envío)

Nivel DIRESA: Hora de envío de base NOTI SP a DGE (Hora de envío)

ANALISIS: Realizando el análisis de la información histórica con los porcentajes obtenidos a través de los años en los indicadores de monitoreo, en oportunidad se tiene una media del 100%, este porcentaje es obtenido con el aporte de toda la Red Regional de Epidemiología que abarca un total de 418 unidades notificantes reconocidas con resolución directoral, con una representatividad del 90% del Departamento de Junín.

La oportunidad dentro de los indicadores de monitoreo, permite que las enfermedades sujetas vigilancia sean captadas en el momento de ocurrencia y notificadas dentro del tiempo establecido (inmediata y/o semanal) y controladas inmediatamente, evitando así brotes epidémicos en las poblaciones.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 100 | 100 | 100 | 100 |

CONDUCCIÓN DE LA GESTIÓN Y GOBIERNO EN SALUD

DESCRIPCION: La conducción de la gestión y gobierno en salud requiere del análisis profundo de la realidad sanitaria de sus condicionantes, de la respuesta del sector y la sociedad para efectuar los cambios que mejoren las condiciones de vida y salud de la población. La gestión en salud es un proceso dinámico, para lo cual es necesario contar con una herramienta que provea

información para la toma de decisiones .El ASIS con la nueva metodología constituye una herramienta para la gestión que orienta las intervenciones y facilita la toma de decisiones.

INDICADOR: Porcentaje de establecimiento en capital de distrito con ASIS

FORMULA:

$$\frac{\text{Nro. de establecimientos en capital de Distrito con ASIS}}{\text{Total de Distritos}} \times 100$$

DATOS HISTORICOS:

| Diresa Junín | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 25% | 35% | 40% | 55% |

FUENTE: Documento elaborado en la Oficina de Epidemiología

ANALISIS: La nueva metodología del ASIS se fortaleció en el año 2008, posicionándose esta herramienta puesto que, para la elaboración de muchos planes estratégicos y operativos anuales e institucionales es prioritario contar con esta herramienta que brinde la información necesaria. A través de los años se tiene un incrementando en el número de establecimientos que cuentan con ASIS , de un 30% en relación al año 2007 .

El ASIS en su metodología identifica la vulnerabilidad territorial, lo cual permite dirigir y focalizar las actividades.

TENDENCIA:

| Diresa Junín | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|------|------|
| | 69% | 73% | 83% | 100% |

FORMATO N° 03

DIAGNÓSTICO COMPRENSIVO: UNIDAD EJECUTORA 400 DIRESA JUNIN

| PROBLEMAS Y/O POTENCIALIDADES | CAUSAS DIRECTAS/INDIRECTAS/VULNERABLES | OBJETIVO ESPECIFICO | ALTERNATIVAS DE SOLUCION ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PROBLEMA N° 1</p> <p>ALTA TASA DE DESNUTRICION CRONICA INFANTIL</p> | <p>CAUSA DIRECTA:</p> <p>LIMITADA CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA</p> <p>CAUSAS INDIRECTAS:</p> <p>ESCASA CAPACITACION EN COMPETENCIAS GERENCIALES</p> <p>CAUSAS VULNERABLES:</p> <p>DESCONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LAS NORMAS PARA UNA ADECUADA GESTION SOBRE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL</p> | <p>DISMINUIR LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN LA POBLACION DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS</p> | <p>1061978 CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA NUTRICIONAL</p> <p>0434890. MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES</p> <p>043783. REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES</p> | <p>Lactancia Exclusiva.</p> <p>Niños menores de 36 meses que reciben alimentación balanceada</p> <p>Niños menores de 36 meses con CRED completo</p> <p>Niño menores de 36 meses con vacuna completa</p> <p>Población con acceso a agua segura</p> |

| PROBLEMAS Y/O POTENCIALIDADES | CAUSAS DIRECTAS/INDIRECTAS/VULNERABLES | OBJETIVO ESPECIFICO | ALTERNATIVAS DE SOLUCION ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p>PROBLEMA N° 2</p> <p>ALTA INCIDENCIA EN MORBIMORTALIDAD MATERNO NEONATAL</p> | <p>CAUSA DIRECTA:</p> <p>LIMITADA CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA</p> <p>CAUSAS INDIRECTAS:</p> <p>ESCASA CAPACITACION EN COMPETENCIAS GERENCIALES</p> <p>CAUSAS VULNERABLES:</p> <p>DESCONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LAS NORMAS PARA UNA ADECUADA GESTION SOBRE MORBIMORTALIDAD MATERNO NEONATAL</p> | <p>REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNO NEONATAL EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL</p> | <p>1061969 CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL</p> <p>1043487 POBLACION CON CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y QUE ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR</p> | <p>Parejas protegidas</p> <p>Partos Institucionales</p> |

| PROBLEMAS Y/O POTENCIALIDADES | CAUSAS DIRECTAS/INDIRECTAS/VULNERABLES | OBJETIVO ESPECIFICO | ALTERNATIVAS DE SOLUCION DE ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PROBLEMA N° 3</p> <p>ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES VIH-SIDA Y TBC</p> | <p>CAUSA DIRECTA:</p> <p>LIMITADA CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA</p> <p>CAUSAS INDIRECTAS:</p> <p>ESCASA CAPACITACION EN COMPETENCIAS GERENCIALES</p> <p>CAUSAS VULNERABLES:</p> <p>DESCONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LAS NORMAS PARA UNA ADECUADA GESTION EN LA ESTRATEGIA - VIH/SIDA - TBC</p> | <p>REDUCIR LA ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES VIH-SIDA Y TBC</p> | <p>113782. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA VIH/SIDA- TBC</p> <p>113783. DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCION POR VIH SIDA Y TUBERCULOSIS EN POBLACION</p> <p>113784. PREVENION DE RIESGO Y DAÑOS PARA LA SALUD VIH SIDA</p> <p>113785. DISMINUCION DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS</p> <p>113787. POBLACION QUE ACCEDE A DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO</p> | <p>Casos de ITS con manejo sindromico.</p> <p>Gestantes con VIH con manejo de acuerdo a la norma HSH</p> <p>Sintomático respiratorio captados</p> <p>Sintomático respiratorio examinados</p> <p>Baciloscopias de Dx por sintomático respiratorio examinado</p> <p>Tratamiento de tuberculosis BK +</p> |

| PROBLEMAS Y/O POTENCIALIDADES | CAUSAS DIRECTAS/INDIRECTAS/VULNERABLES | OBJETIVO ESPECIFICO | ALTERNATIVAS DE SOLUCION ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PROBLEMA N° 4</p> <p>ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS</p> | <p>CAUSA DIRECTA: LIMITADA CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA</p> <p>CAUSAS INDIRECTAS: ESCASA CAPACITACION EN COMPETENCIAS GERENCIALES</p> <p>CAUSAS VULNERABLES: DESCONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LAS NORMAS PARA UNA ADECUADA GESTION DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS</p> | DISMINUIR LA ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS | <p>113788. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS</p> <p>113789. PREVENCION DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD EN METAXENICAS Y ZONOSIS</p> <p>113790. REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS</p> | <p>Sintomáticos febriles captados en metaxenicas</p> <p>Sintomáticos febriles examinados en metaxenicas</p> |

| PROBLEMAS Y/O POTENCIALIDADES | CAUSAS DIRECTAS/INDIRECTAS/VULNERABLES | OBJETIVO ESPECIFICO | ALTERNATIVAS DE SOLUCION ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PROBLEMA N° 5</p> <p>ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</p> | <p>CAUSA DIRECTA: LIMITADA CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA</p> <p>CAUSAS INDIRECTAS: ESCASA CAPACITACION EN COMPETENCIAS GERENCIALES</p> | REDUCIR INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | <p>113788. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</p> <p>000613. PREVENCION DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD</p> <p>113781. REDUCCION DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES SALUD MENTAL,BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS</p> | <p>EE.SS con servicio Odontológico equipado</p> <p>EE.SS que cuenta con profesional cirujano dentista</p> <p>Personas tamizadas para ceguera</p> <p>Personas tamizadas para hipertensión arterial</p> <p>Personas tamizadas para diabetes</p> <p>Personas tamizadas para cáncer</p> |

| | | | | |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>CAUSAS VULNERABLES:</p> <p>DESCONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LAS NORMAS PARA UNA ADECUADA GESTION DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</p> | | | <p>Población < 6 años de la provincia Yauli - La Oroya, tamizados para plomo y otros contaminantes</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| PROBLEMAS Y/O POTENCIALIDADES | CAUSAS DIRECTAS/INDIRECTAS/ VULNERABLES | OBJETIVO ESPECIFICO | ALTERNATIVAS DE SOLUCION ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <p>PROBLEMA N° 6</p> <p>DEBIL GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS, MATERIALES Y FINANCIEROS QUE COADYUVEN AL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</p> | <p>CAUSA DIRECTA:</p> <p>LIMITADA CONDUCCION DE LA GESTION ADMINISTRATIVA</p> <p>CAUSAS INDIRECTAS:</p> <p>DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS TECNICOS INFORMATICOS PARA UNA ADMINISTRACION DE RECURSOS ECONÓMICOS, MATERIALES Y FINANCIEROS</p> <p>CAUSAS VULNERABLES:</p> <p>AUSENCIA DE UN PROGRAMA Y PRESUPUESTO DESTINADO PARA LA CAPACITACION DEL PERSONAL ADMINISTRACION DE RECURSOS ECONÓMICOS, MATERIALES Y FINANCIEROS</p> | <p>OPTIMIZAR LOS PROCESOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS PARA UNA ADMINISTRACION ADECUADA DELOS RECURSOS ECONÓMICOS, MATERIALES Y FINANCIEROS</p> | <p>000267. GESTION ADMINISTRATIVA</p> <p>1000347- OBLIGACIONES PREVISIONALES</p> | <p>Uso adecuado de los recursos económicos, materiales y financieros</p> |

| PROBLEMAS Y/O POTENCIALIDADES | CAUSAS DIRECTAS/INDIRECTAS/VULNERABLES | OBJETIVO ESPECIFICO | ALTERNATIVAS DE SOLUCION ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PROBLEMA N°7</p> <p>ESCASO ACCESO AL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, ASÍ COMO A LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS</p> | <p>CAUSA DIRECTA:</p> <p>DEFICIENTE SENSIBILIZACION A LA POBLACION EN EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, COMO EN LA VIGILANCIA DE CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS</p> <p>CAUSAS INDIRECTAS:</p> <p>LIMITADO PRESUPUESTO PARA DIFUSION EN EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, COMO EN LA VIGILANCIA DE CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS</p> <p>CAUSAS VULNERABLES:</p> <p>DESCONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LAS NORMAS PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, COMO EN LA VIGILANCIA DE CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS</p> | <p>INCREMENTAR EL ACCESO AL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, ASÍ COMO A LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS</p> | <p>000469. SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</p> <p>1000469. - BRINDAR UNA ADECUADA DISPENSION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS</p> | <p>Productos farmacéuticos decomisados en inspecciones a establecimientos farmacéuticos</p> |

4. PRIORIDADES

Según información estadística analizada, las Políticas nacionales en materia de Salud y Plan Concertado en salud, se identifica las siguientes prioridades sanitarias:

- DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN LA POBLACION DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
- MORBIMORTALIDAD MATERNO NEONATAL EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL
- INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES VIH-SIDA Y TBC
- INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS
- INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

- PROCESOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA UNA ADECUADA ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS, MATERIALES Y FINANCIEROS
- ACCESO AL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, ASÍ COMO A LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS

5. FILOSOFIA INSTITUCIONAL

5.1. MISION

“Somos una institución pública, ente rector regional de salud que conduce la gestión y prestación de la atención de salud integral, para satisfacer las necesidades de salud y contribuir al desarrollo humano de la población de la región Junín, priorizando los sectores más vulnerables respetando su interculturalidad”

5.2. VISION

“En el 2014, DIRESA Junín saludable, con un sistema de salud integrado, eficiente, solidario, transparente, con compromiso y participación social; que garantiza el derecho y acceso a los servicios de salud con equidad y calidez, priorizando a la población más vulnerable”

5.3. VALORES INSTITUCIONALES

- Vocación de servicio
- Honestidad
- Responsabilidad
- Equidad
- Ética
- Respeto

6. ANALISIS INSTITUCIONAL

6.1. MATRIZ FODA

| FODA | FORTALEZAS (F) | DEBILIDADES (D) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1.- Transparencia con la información institucional 2.-Atencion virtual en telemedicina a poblaciones mediante proyecto MED NET 3.- Recursos Humanos multidisciplinares 4.- Catastro informático moderno 5.- Políticas de RHUS 6.- Existencia de un plan Regional Concertado en salud 7.-Atención a poblaciones dispersas y excluidas (AISPED) 8. Existencia del ASIS actualizado | 1.- Débil Cultura organizacional 2.- Insuficiente aplicación de instrumentos de gestión 3.-Deficiente categorización de establecimientos de salud privados y públicas 4.-Debil sistematización, integración, análisis y publicación de la información estadística 5.-Escasa articulación de programas estratégicos en salud 6.-Desconocimiento en la formulación de políticas públicas y proyectos de inversión social en salud en nuestro ámbito 7.- Consejo Regional de salud inoperativo 8.-Organización de servicios de salud no acorde al modelo de atención integral de salud 9.-Carencia de Infraestructura propia |
| OPORTUNIDADES (O) | ESTRATEGIAS – FO | ESTRATEGIAS – DO |
| 1.- Presencia de espacios de concertación nacional, regional y local. 2.-Avances de las tecnologías de comunicación y conectividad 3.-Asistencia técnica virtual sobre acciones técnicas sanitarias y de gestión en salud 4.-Normas técnicas nacionales 5.-Proyectos de inversión social del G.R 6.-Presencia de ONG y cooperantes en salud. | F1O1: Usando las tecnologías de información en comunicación y conectividad se transparentara la información institucional. F2O1: Sensibilizar en los espacios de concertación nacional, Regional y local para el uso de la atención virtual en telemedicina a la población F3O3: Aprovechando al personal multidisciplinario la asistencia virtual en técnicas sanitaria serán difundidas a nivel regional F4O4: Usando el catastro informático moderno se tendrá acceso a las normas técnicas nacionales. F5O5: Aplicando las política de RHUS se justificaría proyectos de inversión para el desarrollo humano F6O5: Usando el plan regional concertado en salud se viabilizara proyectos de inversión social F8O4: Fortalecimiento de los servicios de salud a través de los programas estratégicos normados. | D1D2O3: Mejorando la cultura organizacional y aplicando los instrumentos de gestión se aprovechara la asistencia técnica virtual D3O4: Mejorar la categorización de EE. Salud privado y públicas usando las normas técnicas nacionales D4 O2:Sistematizar la información estadística usando las tecnologías de comunicación y conectividad D5O3: Aprovechando la asistencia técnica sanitarias y gestión en salud se articularan los programas estratégicos D6O1: Formular políticas públicas y proyectos de inversión social en salud con el apoyo de profesionales de los espacios nacionales, regionales o locales. D7O1: Impulsar el Consejo Regional de salud con la presencia de espacios de concertación nacional, regional y local. D8O4: Organizar los servicios de salud acorde al modelo de atención integral acorde a las normas técnicas nacionales D9O1: Concertar con las autoridades Regionales y locales para la obtención de Infraestructura para la DIRESA JUNIN |
| AMENZAS (A) | ESTRATEGIAS – FA | ESTRATEGIAS – DA |
| 1.-Inadecuada accesibilidad geográfica, social y cultural en los servicios de salud 2.- Entidades formadoras en salud sin adecuación curricular de acorde a perfil epidemiológico 3.- Deficiente coordinación interinstitucional y comunitario 4.- Escasa participación ciudadana en procesos de implementación de políticas públicas en salud 5.- Existencia de conflictos políticos sociales 6.- No existe articulación entre salud y educación 7.- Incremento de clínicas privadas, centros médicos municipales; establecimientos Farmacéuticos Privados Informales, | F1A2: Difundiendo la atención virtual en telemedicina a poblaciones mediante proyecto MED NET se mejorara la accesibilidad geográfica, social y cultural en los servicios de salud F2A5: Traspasando la información institucional la participación ciudadana en procesos de implementación de políticas públicas en salud serán más viables F3A3:Coordinando con las Entidades formadoras en salud optimizaremos al Recursos Humanos multidisciplinario F4A4: Aplicando el plan Regional Concertado en salud mejoraremos la coordinación interinstitucional y comunitario F7A1: Optimizando la atención a poblaciones dispersas y excluidas (AISPED) se mejorara la accesibilidad a los servicios de salud | D2A1: Aplicando los instrumentos de gestión se podrá articular entre salud y educación D3A2: Mejorar la categorización de establecimientos de salud privados ante incremento de estos. D4A2: Mejorar, Sistematizar, integrar, analizar y publicar la información estadística que contribuya en el currículo de Entidades formadoras en salud D9A2: Mejorando los servicios de salud acorde al modelo de atención integral de salud se lograra una coordinación interinstitucional y comunitario |

7. ESTRATEGIAS

Prestacional:

- Mejora de la categorización de Establecimientos de Salud privado y públicas
- Optimización en la atención a poblaciones dispersas y excluidas (AISPED) se mejorara la accesibilidad a los servicios de salud

Gestión:

- Asistencia técnica sanitarias y en gestión en salud para articular los programas estratégicos
- Formulación de políticas públicas y proyectos de inversión social en salud con el apoyo de profesionales de los espacios nacionales
- Organización de los servicios de salud acorde al modelo de atención integral y las normas técnicas nacionales, regionales y/o locales

Sanitaria Regional:

- Gestión por resultados según programas estratégicos

8. OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES POR FUNCION

OBJETIVO GENERAL

Función : 20 Salud

Mejorar la oferta de los servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables

9. OBJETIVOS ESPECIFICOS POR PROGRAMAS, SUB PROGRAMAS Y PROGRAMAS ESTRATEGICOS

PROGRAMAS ESTRATEGICOS: 001 ARTICULADO NUTRICIONAL

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 : Reducir la desnutrición crónica infantil

Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Sub Programa: 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO

Sub Programa: 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

PROGRAMAS ESTRATEGICOS: 002 MATERNO NEONATAL

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Disminuir la Mortalidad Materna y Neonatal

Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Sub Programa: 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Sub Programa: 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

PROGRAMAS ESTRATEGICOS: 0016 TBC – VIH/SIDA

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Prevenir y Controlar Eficazmente los Daños y Riesgos Prevalentes con Énfasis en las prioridades Regionales

Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Sub Programa: 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Sub Programa: 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO

PROGRAMAS ESTRATEGICOS: 0017 ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS

Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Sub Programa: 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Sub Programa: 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO

PROGRAMAS ESTRATEGICOS: 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Sub Programa: 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Sub Programa: 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Promover estilos de vida y entornos saludables

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Mejorar la calidad del servicio de Salud con énfasis en la protección de los derechos de los usuarios de los grupos poblacionales vulnerables

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Sub Programa: 0098. SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO

OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Fortalecer el rol de rectoría en salud por niveles a nivel regional

Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Sub Programa: 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0008. ASESORAMIENTO Y APOYO

Sub Programa: 0094. CONTROL EPIDEMIOLOGICO

10. PRODUCTOS (ACTIVIDADES)

10.1 Acciones Permanentes – Actividades

Programa Estratégico 001: Articulado Nutricional

Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Subprograma 00005: Planeamiento Institucional

Actividad: Conducción de la Gestión de la Estrategia Nutricional

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Actividad: 1.061978. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA NUTRICIONAL

Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO

Actividad: 1.0434890. MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES

Sub Programa: 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

Actividad: 1.043783. REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES

Programa Estratégico 002: Materno Neonatal

Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL

Subprograma: 0005 Planeamiento Institucional

Actividad: 1.061969. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL

Programa: 006. GESTION

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO

Actividad: 1. 061969. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL

Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

Actividad: 1. 043487. POBLACION CON CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y QUE ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa Estratégico : 0016 TBC – VIH/SIDA |
| <p>Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Subprograma: 0005 Planeamiento Institucional Actividad: 113782. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA TBC-VIH/SIDA</p> <p>Programa: 006. GESTION Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO Actividad: 1. 113782. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA TBC-VIH/SIDA</p> <p>Sub Programa: 0095 Control de Riesgos y Daños para la Salud Actividad: 1. 113783. DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCION POR VIH SIDA Y TUBERCULOSIS EN POBLACION Actividad: . 113784. PREVENSION DE RIESGO Y DAÑOS PARA LA SALUD VIH SIDA</p> <p>Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO Actividad: 1. 113785. DISMINUCION DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS Actividad: 1. 113787. POBLACION QUE ACCEDE A DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO</p> |
| Programa Estratégico : 0017 Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis |
| <p>Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Subprograma: 0005 Planeamiento Institucional Actividad: 1.113788. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS</p> <p>Programa: 006. GESTION Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO Actividad: 1. 113788. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS</p> <p>Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO Actividad: 1. 113790. REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS</p> |
| Programa Estratégico : 0018 Enfermedades No Transmisibles |
| <p>Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Subprograma: 0005 Planeamiento Institucional Actividad: 1.113779. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES</p> <p>Programa: 006. GESTION Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO Actividad: 1. 113779. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES</p> <p>Sub Programa: 0095 Control de Riesgos y Daños para la Salud Actividad: 1. 000613. PREVENCION DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD</p> <p>Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO Actividad: 1. 113781. REDUCCION DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES SALUD MENTAL,BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS</p> |
| Programa Estratégico : Sin Programa |
| <p>Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Subprograma: 0005 Planeamiento Institucional Actividad: 1.061817. CONDUCIR EL PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO INSTITUCIONAL</p> <p>Programa: 006. GESTION Sub Programa: 0008. ASESORAMIENTO Y APOYO Actividad: 1. 000267. GESTION ADMINISTRATIVA</p> <p>Sub Programa : 0094. CONTROL EPIDEMIOLOGICO Actividad: 1. 000625. VIGILANCIA DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD</p> <p>Programa: 006 GESTION Sub Programa: 0095 Control de Riesgos y Daños para la Salud Actividad: 1.000613. PREVENCION DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD</p> |

Sub Programa: 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO
Actividad: 1. 000158. CONTROL SANITARIO

Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO
Actividad: 1. 000029. APOYO A LA COMUNIDAD EN CASO DE EMERGENCIA
Actividad: 1. 000538. ATENCION BASICA DE SALUD
Actividad: 1. 046104. MEJORAR DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Sub Programa: 0098. SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Actividad: 1. 000469. SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

11. RECURSOS PROYECTADOS PARA CADA AÑO DEL PLAN

| Programa | Cuantificación Anual | | | | TOTAL 2011-2014 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Programa Estratégico: 001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL Programa : 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Programa: 006. GESTION | 3606910 503176 | 3614124 504182 | 3621352 505191 | 3628595 506201 | 14470981 2018750 |
| Programa Estratégico : 0002. SALUD MATERNO NEONATAL Programa: 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Programa: 006. GESTION | 4258299 383194 | 4266816 383960 | 4275349 384728 | 4283900 385498 | 17084364 1537380 |
| Programa Estratégico : 0016. TBC-VIH/SIDA Programa: 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Programa: 006. GESTION | 114732 562386 | 114961 563511 | 115191 564638 | 115422 565767 | 460307 2256302 |
| Programa Estratégico : 0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS Programa: 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Programa: 006. GESTION | 198170 243469 | 198566 243956 | 198963 244444 | 199361 244933 | 795,061 976802 |
| Programa Estratégico : 0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Programa: 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Programa : 006. GESTION | 373989 94780 | 374737 94970 | 375486 95159 | 376237 95350 | 1,500,450 380259 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA Programa: 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL Programa: 006. GESTION | 560183 4317613 | 561303 4326248 | 562426 4334901 | 563551 4343571 | 2247463 17322332 |
| TOTAL: | 17,394,917 | 17,429,707 | 17,464,566 | 17,499,495 | 69,788,685 |

12. INDICADORES DE DESEMPEÑO

(Ver Anexo 01)

13. FORMATOS

FORMATO 1

Plan Estratégico Institucional 2011-2014 por Funciones/Objetivos Estratégicos Generales

**GERENCIA O DIRECCION REGIONAL:
DE SALUD JUNIN**

**PLIEGO: 450 GOBIERNO
REGIONAL JUNIN
UNIDAD EJECUTORA: 400
DIRESA JUNIN**

| Misión | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------|------------|------------|-------------------|
| "Somos una institución pública, ente rector regional de salud que conduce la gestión y prestación de la atención de salud integral, para satisfacer las necesidades de salud y contribuir al desarrollo humano de la población de la región Junín, priorizando los sectores más vulnerables respetando su interculturalidad" | | | | | | | | |
| Visión Institucional | | | | | | | | |
| En el 2014, DIRESA Junín saludable con un sistema de salud integrado, eficiente, solidario, transparente, con compromiso y participación social; que garantiza el derecho y acceso a los servicios de salud con equidad y calidez, priorizando a la población más vulnerable" | | | | | | | | |
| Objetivo Estratégico/Funciones (en orden de prioridad) | Tipo de Indicador | Unidad de medida | Línea de Base Indicador | Cuantificación Anual | | | | TOTAL 2011 - 2014 |
| | | | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Objetivo General 1: Elevar los niveles y ampliar la cobertura de los servicios del sector salud. | | | | | | | | |
| Indicador: Atendidos | Resultado | Proporción | 40.4 % | 42.4% | 44.4 % | 46.4 % | 48.4 % | 8 |
| Función 20 : SALUD | Recursos | miles de nuevos soles | 17005572 | 17,394,917 | 17,429,707 | 17,464,566 | 17,499,495 | 69,788,685 |
| Objetivo General 2: | | | | | | | | |
| Indicador: Pagos Previsionales | Resultado | Planillas | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 48 |
| Función 24: PREVISION SOCIAL | Recursos | miles de nuevos soles | 8282673 | 8630113 | 8647373 | 8664668 | 8681997 | 34,624,152 |
| Total de Recursos Proyectados (Miles de nuevos soles) | | | 25288245 | 26,025,030 | 26,077,080 | 26,129,234 | 26,181,493 | 104,412,837 |

FORMATO 2

Plan Estratégico Institucional 2011-2014 por Programas, Sub programas y Programas Estratégicos/ y Objetivos Específicos

PLIEGO: 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN
UNIDAD EJECUTORA: 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
FUNCION: 20 SALUD

| | Unidad de medida | Linea de Base Indicador | Cuantificación Anual | | | | TOTAL 2011-2014 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|---------|---------|---------|-----------------|
| | | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Objetivo Especifico 1 Reducir la desnutrición crónica infantil | | | | | | | |
| Indicador: Proporción de menores de cinco años con desnutrición crónica | Porcentaje | 31.9% | 30.6% | 29.3% | 28.0% | 27.0% | -4.9 |
| Indicador: Tasa de incidencia de IRAS en < de 5 años | x 1000 menores de 5 años | 1053.9 | 954.0 | 854.1 | 754.2 | 654.3 | -399.6 |
| Programa : 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | miles de nuevos soles | 4171907 | 3606910 | 3614124 | 3621352 | 3628595 | 14470981 |
| Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | miles de nuevos soles | 4171907 | 3606910 | 3614124 | 3621352 | 3628595 | 14,470,981 |
| Programa Estratégico: 001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | miles de nuevos soles | 4171907 | 3606910 | 3614124 | 3621352 | 3628595 | 14,470,981 |
| Actividad: 1.061978 CONDUCCION DE LA GESTION ESTRATEGICA NUTRICIONAL | miles de nuevos soles | 4171907 | 3606910 | 3614124 | 3621352 | 3628595 | 14,470,981 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Programa : 006. GESTION | miles de nuevos soles | 502890 | 503176 | 504182 | 505191 | 506201 | 2018750 |
| Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO | miles de nuevos soles | 18302 | 25383 | 25434 | 25485 | 25536 | 101,837 |
| Programa Estratégico : 0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | miles de nuevos soles | 18302 | 25383 | 25434 | 25485 | 25536 | 101,837 |
| Actividad: 1.061978. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA NUTRICIONAL | miles de nuevos soles | 18302 | 25383 | 25434 | 25485 | 25536 | 101,837 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO | miles de nuevos soles | 59846 | 66000 | 66132 | 66264 | 66397 | 264,793 |
| Programa Estratégico : 0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | miles de nuevos soles | 59846 | 66000 | 66132 | 66264 | 66397 | 264,793 |
| Actividad: 1.0434890. MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES | miles de nuevos soles | 59846 | 66000 | 66132 | 66264 | 66397 | 264,793 |
| Indicador: Proporción de < de 6 meses con Lactancia Exclusiva. | Porcentaje | 75.7% | 91.5% | 93.4% | 96.3% | 98.7% | 23 |
| Indicador: Prevalencia de anemia en < de 36 meses | Porcentaje | 58.2% | 57.0% | 55.0% | 54.0% | 53.0% | -5.2 |
| Indicador: Porcentaje de niños < de 36 meses con CRED completo | Porcentaje | 37.4 | 42.4 | 47.4 | 52.4 | 57.4 | 20 |
| Indicador: Porcentaje de Niño < de 36 meses con vacuna completa | Porcentaje | 88.2 | 88.5 | 89 | 90 | 92 | 3.8 |
| Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PREVENTIVOS | miles de nuevos soles | 424742 | 411793 | 412617 | 413442 | 414269 | 1,652,120 |
| Programa Estratégico : 0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | miles de nuevos soles | 424742 | 411793 | 412617 | 413442 | 414269 | 1,652,120 |
| Actividad: 1.043783. REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | miles de nuevos soles | 424742 | 411793 | 412617 | 413442 | 414269 | 1,652,120 |
| Indicador: porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer | porcentaje | 3.6 | 3.5 | 3.4 | 3.3 | 3.2 | -0.4 |
| Indicador: Tasa de incidencia de IRAS en < de 5 años | x 1000 en menores de 5 años | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Indicador: Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda en < de 5 años | x 1000 en menores de 5 años | 310.2 | 274.2 | 238.2 | 202.2 | 166.2 | -144 |
| Objetivo Especifico 2 Desminuir la Mortalidad Materna y Neonatal | | | | | | | |
| Indicador: Razon de mortalidad materna | x 100 000 nacidos vivos esperados | 101.4 | 84.3 | 82.2 | 80.1 | 78.0 | -23.4 |
| Indicador: Tasa de mortalidad perinatal | x 1000 nacidos vivos | 17.5 | 14.1 | 13.0 | 12.0 | 11.0 | -6.5 |
| Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | miles de nuevos soles | 445824 | 4258299 | 4266816 | 4275349 | 4283900 | 17084364 |
| Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | miles de nuevos soles | 445824 | 4258299 | 4266816 | 4275349 | 4283900 | 17,084,364 |
| Programa Estratégico : 0002. SALUD MATERNO NEONATAL | miles de nuevos soles | 445824 | 4258299 | 4266816 | 4275349 | 4283900 | 17,084,364 |
| Actividad: 1.061969. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL | miles de nuevos soles | 445824 | 4258299 | 4266816 | 4275349 | 4283900 | 17,084,364 |
| Indicador: Porcentaje de partos institucionales | Porcentaje | 70.4 | 71.4 | 72.4 | 73.4 | 75.4 | 5 |

Plan Estratégico Institucional 2011 2014 – DIRESA Junín

| | Unidad de medida | Linea de Base Indicador | Cuantificación Anual | | | | TOTAL 2011-2014 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|---------|---------|---------|-----------------|
| | | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Programa: 006. GESTION | miles de nuevos soles | 3828489 | 383194 | 383960 | 384728 | 385498 | 1537380 |
| Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA | miles de nuevos soles | 3774249 | 333448 | 334115 | 334783 | 335453 | 1,337,799 |
| Programa Estratégico: 0002. SALUD MATERNO NEONAT | miles de nuevos soles | 3774249 | 333448 | 334115 | 334783 | 335453 | 1,337,799 |
| Actividad: 1. 061969. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL | miles de nuevos soles | 3774249 | 333448 | 334115 | 334783 | 335453 | 1,337,799 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P | miles de nuevos soles | 54240 | 49746 | 49845 | 49945 | 50045 | 199,582 |
| Programa Estratégico: 0002. SALUD MATERNO NEONAT | miles de nuevos soles | 54240 | 49746 | 49845 | 49945 | 50045 | 199,582 |
| Actividad: 1. 043487. POBLACION CON CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y QUE ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | miles de nuevos soles | 54240 | 49746 | 49845 | 49945 | 50045 | 199,582 |
| Indicador: N° de parejas protegidas | Numero | 53277.5 | 53731.5 | 54185.5 | 54639.5 | 55093.5 | 1816 |
| Objetivo Especifico 3 Prevenir y Controlar Eficazmente los Daños y Riesgos Prevalentes con Énfasis en las prioridades Regionales | | | | | | | |
| Indicador: Tasa de incidencia de TBC Pulmonar BK(+) | x 100 000 habitantes | 36.8 | 36.3 | 35.8 | 35.3 | 34.8 | -2 |
| Indicador: Tasa de incidencia de SIDA | X 1000 habitantes | 7.6 | 8 | 8.1 | 8.5 | 8.6 | 1 |
| Indicador: Tasa de incidencia de malaria x plasmodium vivax | x 100 000 habitantes | 510 | 460 | 410 | 360 | 310 | -200 |
| Indicador: Tasa de prevalencia con ceguera | X 1000 habitantes | 3.4 | 3.3 | 3.2 | 3.1 | 3.0 | -0.4 |
| Indicador: Tasa de prevalencia de hipertension arterial | X 1000 habitantes | 11.2 | 11.1 | 11.0 | 10.9 | 10.8 | -0.4 |
| Indicador: Tasa de prevalencia de diabetes | X 1000 habitantes | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 4.0 | -0.4 |
| Indicador: % de personas que sufren violencia familiar | Porcentaje | 85.66 | 83.61 | 81.97 | 80.33 | 78.69 | -6.97 |
| Indicador: Tasa de prevalencia de cancer | X 1000 habitantes | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | -0.4 |
| Indicador: Porcentaje de personas atendidas ante el riesgo de rabia urbana | Porcentaje | 22.0% | 22.0% | 23.0% | 24.0% | 25.0% | 3 |
| Indicador: Porcentaje de personas atendidas por accidentes ofídicos | Porcentaje | 48.0% | 50.0% | 52.0% | 54.0% | 56.0% | 8 |
| Indicador: Índice parasitario anual | X 1000 habitantes | | | | | | |
| Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | miles de nuevos soles | 114732 | 114732 | 114961 | 115191 | 115422 | 460307 |
| Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | miles de nuevos soles | 114732 | 114732 | 114961 | 115191 | 115422 | 460,307 |
| Programa Estratégico : 0016. TBC-VIH/SIDA | | 114732 | 114732 | 114961 | 115191 | 115422 | 460,307 |
| Actividad: 113782. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA TBC-VIH/SIDA | miles de nuevos soles | 114732 | 114732 | 114961 | 115191 | 115422 | 460,307 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Programa: 006. GESTION | miles de nuevos soles | 137139 | 562386 | 563511 | 564638 | 565767 | 2256302 |
| Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA | miles de nuevos soles | 0 | 60322 | 60443 | 60564 | 60685 | 242,013 |
| Programa Estratégico: 0016. TBC-VIH/SIDA | miles de nuevos soles | 0 | 60322 | 60443 | 60564 | 60685 | 242,013 |
| Actividad: 1. 113782. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA TBC-VIH/SIDA | miles de nuevos soles | 0 | 60322 | 60443 | 60564 | 60685 | 242,013 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P | miles de nuevos soles | 0 | 201000 | 201402 | 201805 | 202208 | 806,415 |
| Programa Estratégico: 0016. TBC-VIH/SIDA | miles de nuevos soles | 0 | 201000 | 201402 | 201805 | 202208 | 806,415 |
| Actividad: 1. 113783. DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCION POR VIH SIDA Y TUBERCULOSIS EN POBLACION | miles de nuevos soles | 0 | 71000 | 71142 | 71284 | 71427 | 284,853 |
| Indicador: Porcentaje de casos de ITS con manejo sindromico | Porcentaje | 64.5 | 75.9 | 80.9 | 85.9 | 90.0 | 25.5 |
| Actividad: 113784. PREVENCION DE RIESGO Y DAÑOS PARA LA SALUD VIH SIDA | miles de nuevos soles | 0 | 130000 | 130260 | 130521 | 130782 | 521,562 |
| Indicador: Porcentaje de gestantes con VIH con manejo de acuerdo a la norma | Porcentaje | 81.15 | 95 | 98 | 100 | 100 | 18.85 |
| Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES B | miles de nuevos soles | 137139 | 301064 | 301666 | 302269 | 302874 | 1207874 |
| Programa Estratégico: 0016. TBC-VIH/SIDA | miles de nuevos soles | 137139 | 301064 | 301666 | 302269 | 302874 | 1207874 |
| Actividad: 1. 113785. DISMINUCION DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS | miles de nuevos soles | 137139 | 241064 | 241546 | 242029 | 242513 | 967,153 |
| Indicador: Proporción de sintomatico respiratorio identificados entre las atenciones > de 15 años | Porcentaje | 3.9 | 4.0 | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 0.4 |
| Actividad: 1. 113787. POBLACION QUE ACCEDE A DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO | miles de nuevos soles | 0 | 60000 | 60120 | 60240 | 60361 | 240,721 |
| Indicador: Porcentaje de sintomatico respiratorio examinados | Porcentaje | 79 | 80.0 | 80.1 | 80.2 | 80.3 | 1.3 |
| Indicador: Promedio de baciloscopias de Dx en sintomatico respiratorio examinado | Porcentaje | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Indicador: Proporción de tamizaje de sífilis en gestantes | Porcentaje | 86.3 | 92.3 | 94.0 | 96.0 | 98.0 | 11.7 |

Plan Estratégico Institucional 2011 2014 – DIRESA Junín

| | Unidad de medida | Línea de Base Indicador | Cuantificación Anual | | | | TOTAL 2011-2014 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|--------|--------|--------|-----------------|
| | | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | miles de nuevos soles | 198170 | 198170 | 198566 | 198963 | 199361 | 795,061 |
| Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | miles de nuevos soles | 198170 | 198170 | 198566 | 198963 | 199361 | 795,061 |
| Programa Estratégico : 0017. ENFERMEDADES METAXENI | miles de nuevos soles | 198170 | 198170 | 198566 | 198963 | 199361 | 795,061 |
| Actividad: 1.113788. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS | miles de nuevos soles | 198170 | 198170 | 198566 | 198963 | 199361 | 795,061 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Programa: 006. GESTION | miles de nuevos soles | 0 | 243469 | 243956 | 244444 | 244933 | 976802 |
| Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA | miles de nuevos soles | 0 | 77324 | 77479 | 77634 | 77789 | 310,225 |
| Programa Estratégico: 0017. ENFERMEDADES METAXENI | miles de nuevos soles | 0 | 77324 | 77479 | 77634 | 77789 | 310,225 |
| Actividad: 1. 113788. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS | miles de nuevos soles | 0 | 77324 | 77479 | 77634 | 77789 | 310,225 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P | miles de nuevos soles | 0 | 61565 | 61688 | 61812 | 61935 | 247,000 |
| Programa Estratégico: 0017. ENFERMEDADES METAXENI | miles de nuevos soles | 0 | 61565 | 61688 | 61812 | 61935 | 247,000 |
| Actividad: 1. 113789. PREVENCION DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD EN METAXENICAS Y ZONOSIS | miles de nuevos soles | 0 | 61565 | 61688 | 61812 | 61935 | 247,000 |
| Indicador: Indice de poblacion explorada | Porcentaje | 35.4 | 36.6 | 36.8 | 37.0 | 37.2 | 1.8 |
| Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN | miles de nuevos soles | 0 | 104580 | 104789 | 104999 | 105209 | 419,577 |
| Programa Estratégico: 0017. ENFERMEDADES METAXENI | miles de nuevos soles | 0 | 104580 | 104789 | 104999 | 105209 | 419,577 |
| Actividad: 1. 113790. REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS | miles de nuevos soles | 0 | 104580 | 104789 | 104999 | 105209 | 419,577 |
| Indicador: % Eficiencia del tratamiento por P.V. | Porcentaje | 99.3 | 98.9 | 99.2 | 99.4 | 99.6 | 0.3 |
| Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | miles de nuevos soles | 373989 | 373989 | 374737 | 375486 | 376237 | 1,500,450 |
| Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | miles de nuevos soles | 364982 | 373989 | 374737 | 375486 | 376237 | 1,500,450 |
| Programa Estratégico : 0018. ENFERMEDADES NO TRANS | miles de nuevos soles | 364982 | 373989 | 374737 | 375486 | 376237 | 1,500,450 |
| Actividad: 1.113779. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | miles de nuevos soles | 364982 | 373989 | 374737 | 375486 | 376237 | 1,500,450 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Programa: 006. GESTION | miles de nuevos soles | 65735 | 94780 | 94970 | 95159 | 95350 | 380259 |
| Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA | miles de nuevos soles | 36500 | 37301 | 37376 | 37450 | 37525 | 149,652 |
| Programa Estratégico: 0018. ENFERMEDADES NO TRANS | miles de nuevos soles | 36500 | 37301 | 37376 | 37450 | 37525 | 149,652 |
| Actividad: 1. 113779. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | miles de nuevos soles | 36500 | 37301 | 37376 | 37450 | 37525 | 149,652 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P | miles de nuevos soles | 0 | 28244 | 28300 | 28357 | 28414 | 113,315 |
| Programa Estratégico: 0018. ENFERMEDADES NO TRANSI | miles de nuevos soles | 0 | 28244 | 28300 | 28357 | 28414 | 113,315 |
| Actividad: 1. 000613. PREVENCION DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | miles de nuevos soles | 0 | 28244 | 28300 | 28357 | 28414 | 113,315 |
| Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN | miles de nuevos soles | 29235 | 29235 | 29293 | 29352 | 29411 | 117,291 |
| Programa Estratégico: 0018. ENFERMEDADES NO TRANS | miles de nuevos soles | 29235 | 29235 | 29293 | 29352 | 29411 | 117,291 |
| Actividad: 1. 113781. REDUCCION DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES SALUD MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS | miles de nuevos soles | 29235 | 29235 | 29293 | 29352 | 29411 | 117,291 |
| Indicador: Proporción de EE.SS con servicio Odontológico equipado | Porcentaje | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 20 |
| Indicador: Proporción de EE.SS que cuenta con profesional cirujano dentista | Porcentaje | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 20 |
| Indicador: Numero de personas tamizadas para ceguera | Porcentaje | 6.2% | 6.1% | 7.6% | 8.5% | 9.6% | 3.4 |
| Indicador: Numero de personas tamizadas para hipertension arterial | Porcentaje | 10.5% | 10.4% | 12.2% | 13.7% | 15.6% | 5.1 |
| Indicador: Numero de personas tamizadas para diabetes | Porcentaje | 4.9% | 4.8% | 5.7% | 6.7% | 7.7% | 2.8 |
| Indicador: % de la población < 6 años de la provincia Yauli - La Oroya, tamizadas para plomo y otros contaminantes | Porcentaje | 97.4% | 97.4% | 96.4% | 95.4% | 94.4% | -3.0 |
| Indicador: Numero de personas tamizadas para cancer | Porcentaje | 2.7% | 0.0% | 2.6% | 3.6% | 4.9% | 2.2% |
| Objetivo Especifico 4 Promover estilos de vida y entornos saludables | | | | | | | |
| Indicador: % de población con acceso a agua segura | Porcentaje | 44 | 45 | 47 | 49 | 50 | 6 |
| Indicador: % de distritos con manejo adecuado de residuos sólidos | Porcentaje | 8 | 10 | 12 | 14 | 15 | 7 |

Plan Estratégico Institucional 2011 2014 – DIRESA Junín

| | Unidad de medida | Línea de Base Indicador | Cuantificación Anual | | | | TOTAL 2011-2014 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------|------------|------------|-----------------|
| | | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Programa : 006. GESTION | miles de nuevos soles | 186204 | 45640 | 45731 | 45823 | 45914 | 183,108 |
| Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P | miles de nuevos soles | 186204 | 45640 | 45731 | 45823 | 45914 | 183,108 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (RIESGOS | miles de nuevos soles | 186204 | 45640 | 45731 | 45823 | 45914 | 183,108 |
| Actividad: 1.000613. PREVENCION DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | miles de nuevos soles | 186204 | 45640 | 45731 | 45823 | 45914 | 183,108 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Objetivo Especifico 5 Mejorar la calidad del servicio de Salud con énfasis en la protección de los derechos de los usuarios de los grupos poblacionales vulnerables | | | | | | | |
| Indicador: % de normas y directivas en protección de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud | Porcentaje | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Programa : 006. GESTION | miles de nuevos soles | 3026898 | 2132376 | 2136641 | 2140914 | 2145196 | 8555127 |
| Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA | miles de nuevos soles | 230330 | 209341 | 209760 | 210179 | 210600 | 839,879 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (GESTION | miles de nuevos soles | 230330 | 209341 | 209760 | 210179 | 210600 | 839,879 |
| Actividad: 1.000158. CONTROL SANITARIO | miles de nuevos soles | 230330 | 209341 | 209760 | 210179 | 210600 | 839,879 |
| Indicador: Supervisiones | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN | miles de nuevos soles | 1025987 | 196851 | 197245 | 197639 | 198034 | 789789 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (POBLACION | miles de nuevos soles | 160315 | 196851 | 197245 | 197639 | 198034 | 789789 |
| Actividad: 1.000029. APOYO A LA COMUNIDAD EN CASO DE EMERGENCIA | miles de nuevos soles | 160315 | 170717 | 171058 | 171401 | 171743 | 684,919 |
| Indicador: % de planes aplicados en el monitoreo y respuesta en salud ante emergencias y desastres | Numero | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 0 |
| Actividad: 1.000538. ATENCION BASICA DE SALUD | miles de nuevos soles | | 8525 | 8542 | 8559 | 8576 | 34,202 |
| Indicador: Supervision | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Actividad: 1.046104. MEJORAR DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD | miles de nuevos soles | 865672 | 17609 | 17644 | 17680 | 17715 | 70,648 |
| Indicador: Supervision | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0098. SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TR | miles de nuevos soles | 1770581 | 1726184 | 1729636 | 1733096 | 1736562 | 6925478 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (DIAGNOS | miles de nuevos soles | 1770581 | 1726184 | 1729636 | 1733096 | 1736562 | 6,925,478 |
| Actividad: 1.000469. SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | miles de nuevos soles | 1770581 | 1726184 | 1729636 | 1733096 | 1736562 | 6,925,478 |
| Indicador: % de productos farmaceuticos con observaciones sanitarias decomisados en inspecciones a establecimientos farmaceuticos | Porcentaje | 41.31 | 41.31 | 46.78 | 41.84 | 46.89 | 5.58 |
| Objetivo Especifico 6 Fortalecer el rol de rectoria en salud por niveles a nivel regional | | | | | | | |
| Indicador: Supervision | Numero | | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | miles de nuevos soles | 0 | 560183 | 561303 | 562426 | 563551 | 2247463 |
| Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | miles de nuevos soles | 0 | 560183 | 561303 | 562426 | 563551 | 2,247,463 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA | miles de nuevos soles | 0 | 560183 | 561303 | 562426 | 563551 | 2,247,463 |
| Actividad: 1.061817. CONDUCIR EL PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO INSTITUCIONAL | miles de nuevos soles | 0 | 560183 | 561303 | 562426 | 563551 | 2,247,463 |
| Indicador: Numero Informe | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Programa : 006. GESTION | miles de nuevos soles | 3953595 | 4317613 | 4326248 | 4334901 | 4343571 | 17322332 |
| Sub Programa : 0008. ASESORAMIENTO Y APOYO | miles de nuevos soles | 3447266 | 3916245 | 3924077 | 3931926 | 3939789 | 15,712,038 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA | miles de nuevos soles | 3447266 | 3916245 | 3924077 | 3931926 | 3939789 | 15,712,038 |
| Actividad: 1.000267. GESTION ADMINISTRATIVA | miles de nuevos soles | 3447266 | 3916245 | 3924077 | 3931926 | 3939789 | 15,712,038 |
| Indicador: Numero Informes | Numero | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 24 |
| Sub Programa : 0094. CONTROL EPIDEMIOLOGICO | miles de nuevos soles | 506329 | 401368 | 402171 | 402975 | 403781 | 1610295 |
| Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA | miles de nuevos soles | 506329 | 401368 | 402171 | 402975 | 403781 | 1,610,295 |
| Actividad: 1.000625. VIGILANCIA DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD | miles de nuevos soles | 506329 | 401368 | 402171 | 402975 | 403781 | 1,610,295 |
| Indicador: Porcentaje de notificaciones semanal oportuna | Porcentaje | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 |
| Indicador: Porcentaje de establecimiento en capital de distrito con ASIS | Porcentaje | 55% | 69% | 73% | 83% | 100% | 45 |
| TOTAL UNIDAD EJECUTORA | | 17,005,572 | 17,394,917 | 17,429,707 | 17,464,566 | 17,499,495 | 69,788,685 |

Precisar si se trata de Actividad o Proyecto.

A: Actividad.

P: Proyecto

FORMATO 2
Plan Estratégico Institucional 2011-2014 por Programas, Sub programas y Programas
Estratégicos/ y Objetivos Específicos
DIRECCION REGIONAL: DE SALUD JUNIN

PLIEGO: 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN

UNIDAD EJECUTORA: 400 DIRESA JUNIN

FUNCION: 24 PREVISION SOCIAL

| Programa,Sub Programa y Programas Estratégicos/Objetivos Específicos/Actividad o Proyecto | Tipo de Indicador | Unidad de medida | Linea de Base Indicador | Cuantificación Anual | | | | TOTAL 2011-2014 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | | | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Programa : 052. PREVISION SOCIAL | Recursos | miles de nuevos soles | 8630113 | 8630113 | 8647373 | 8664668 | 8681997 | 34,624,152 |
| Sub Programa: 0116. SISTEMAS DE PENSIONES | Recursos | miles de nuevos soles | 8282673 | 8630113 | 8647373 | 8664668 | 8681997 | 34,624,152 |
| Programa Estratégico: 0000. SIN PROGRAMA | Recursos | miles de nuevos soles | 8282673 | 8630113 | 8647373 | 8664668 | 8681997 | 34,624,152 |
| Actividad: 1.000347. OBLIGACIONES PREVISIONALES | Recursos | miles de nuevos soles | 8282673 | 8630113 | 8647373 | 8664668 | 8681997 | 34,624,152 |
| Indicador: Pagos Previsionales | Producto | Planillas | | 12 | 12 | 12 | 12 | 48 |
| TOTAL UNIDAD EJECUTORA | | | 8,282,673 | 8,630,113 | 8,647,373 | 8,664,668 | 8,681,997 | 34,624,152 |

Precisar si se trata de Actividad o Proyecto.

A: Actividad.

P: Proyecto

ANEXO 01

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2011-2014- INDICADORES

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | INDICADOR | TIPO INDICADOR | LINEA DE BASE | META AL 2014 | FORMULA | UNIDAD DE MEDIDA | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|---------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|------|------|------|
| OE1 : Reducir la desnutrición crónica infantil | Proporción de menores de cinco años con desnutrición crónica | RESULTADO | 31.9% | 27.0% | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños } < 5 \text{ años con desnutrición crónica}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños } < 5 \text{ años}} \times 1000$ | Porcentaje | 30.6 | 29.3 | 28.0 | 27.0 |
| | Proporción de < de 6 meses con Lactancia Exclusiva. | PRODUCTO | 75.70% | 98.70% | $\frac{\text{Niños } < 6 \text{ meses con lactancia materna exclusiva}}{\text{Población total de niños } < 6 \text{ meses}} \times 100$ | Porcentaje | 91.5 | 93.4 | 96.3 | 98.7 |
| | Prevalencia de anemia en < de 36 meses | PRODUCTO | 58.2% | 53.0% | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños con anemia (nuevos más continuadores)} < \text{de } 36 \text{ meses}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños } < \text{de } 36 \text{ meses}} \times 100$ | Porcentaje | 57.0 | 55.0 | 54.0 | 53.0 |
| | Porcentaje de niños < de 36 meses con CRED completo | PRODUCTO | 37.4% | 57.4% | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños } < \text{de } 36 \text{ meses con CRED completo}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños } < \text{de } 36 \text{ meses}} \times 100$ | Porcentaje | 42.4 | 47.4 | 52.4 | 57.4 |
| | Porcentaje de Niño < de 60 meses con vacuna completa | PRODUCTO | 88.2% | 92.0% | $\frac{\text{Total de niños } < 60 \text{ meses con vacuna completa}}{\text{Total de población } < 60 \text{ meses}} \times 100$ | Porcentaje | 88.5 | 89.0 | 90.0 | 92.0 |
| | Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer | RESULTADO | 3.6 | 3.2 | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños con bajo peso al nacer}}{\text{Total RNV}} \times 100$ | Porcentaje | 3.5 | 3.4 | 3.3 | 3.2 |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|---------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | Tasa de incidencia de IRAS en < de 5 años | RESULTADO | 1053.9 | 654.3 | Total de Niños < 5 años con Dx IRAS / (Total de población < de 5 años) x 1000 | x 1000 en menores de 5 años | 954.0 | 854.1 | 754.2 | 654.3 |
| | Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda en < de 5 años | RESULTADO | 310.2 | 166.2 | Total de Niños < 5 años con Dx EDAS / (Total de población < de 5 años) x 1000 | x 1000 en menores de 5 años | 274.2 | 238.2 | 202.2 | 166.2 |
| OE2: Disminuir la mortalidad materna y neonatal | Razón de mortalidad materna | RESULTADO | 101.4 | 78.0 | N° de muertes maternas / (RNV esperados) x 100 000 | x 100 000 nacidos vivos esperados | 84.3 | 82.2 | 80.1 | 78.0 |
| | Tasa de mortalidad perinatal | RESULTADO | 17.5 | 11.0 | N° Muerte perinatales / (N° RNV) x 1000 | x 1000 nacidos vivos | 14.1 | 13.0 | 12.0 | 11.0 |
| | N° de parejas protegidas | PRODUCTO | 53277.5 | 55093.5 | N° de parejas protegidas por todos los métodos | Numero | 53731.5 | 54185.5 | 54639.5 | 55093.5 |
| | Porcentaje de partos institucionales | PRODUCTO | 70.4% | 75.4% | N° de partos institucionales/ (Total de gestantes atendidas) x 100 | Porcentaje | 71.4 | 72.4 | 73.4 | 75.4 |
| OE3: Prevenir y controlar eficazmente los daños y riesgos prevalentes con énfasis en las prioridades regionales | Tasa de incidencia de TBC Pulmonar BK(+) | RESULTADO | 36.8 | 34.8 | N° Casos Nuevos TBP FP / (Pob. Total) x 100 000 | x 100 000 habitantes | 36.3 | 35.8 | 35.3 | 34.8 |
| | Tasa de incidencia de SIDA | RESULTADO | 7.6 | 8.6 | N° Casos SIDA / (Total de la Pob.) x 100 000 | x 100 000 habitantes | 8.0 | 8.1 | 8.5 | 8.6 |
| | Tasa de incidencia de malaria x plasmodium vivax | RESULTADO | 510 | 310 | N° de casos confirmados de malaria p.p. vivax / (Población Total en riesgo) x 100 000 | x 100 000 habitantes | 460 | 410 | 360 | 310 |
| | Tasa de prevalencia con ceguera | RESULTADO | 3.4 | 3.0 | N° Casos de casos con ceguera / (2.5% de la población total) x 1000 | X 1000 habitantes | 3.3 | 3.2 | 3.1 | 3.0 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| Tasa de prevalencia de hipertensión arterial | RESULTADO | 11.2 | 10.8 | Nº Casos de casos con hipertensión arterial / (2.5% de la población total) x 1000 | X 1000 habitantes | 11.1 | 11.0 | 10.9 | 10.8 |
| Tasa de prevalencia de diabetes | RESULTADO | 4.4 | 4.0 | Nº Casos de casos con diabetes / (2.5% de la población total) x 1000 | X 1000 habitantes | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 4.0 |
| % de personas que sufren violencia familiar | RESULTADO | 85.66% | 78.69% | Nº personas con VIF / (Nº Total de atendidos en el EESS) x 100 | Porcentaje | 83.61 | 81.97 | 80.33 | 78.69 |
| Tasa de prevalencia de cáncer | RESULTADO | 1.6 | 1.2 | Nº Casos de casos con cáncer / (2.5% de la población total) x 1000 | X 1000 habitantes | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 |
| Porcentaje de personas atendidas ante el riesgo de rabia urbana | RESULTADO | 22% | 25% | Nº de personas mordidas por can, gato u otro animal que completan vacunación con esquema reducido / Nº total de personas mordidas por can, gato u otro animal que iniciaron vacunación esquema reducido x 100 | Porcentaje | 22% | 23% | 24% | 25% |
| Porcentaje de personas atendidas por accidentes ofídicos | RESULTADO | 48% | 56% | Nº de personas que recibieron tto con suero específico / Nº de personas con accidentes por animales ofídicos x 100 | Porcentaje | 50% | 52% | 54% | 56% |
| Índice parasitario anual | RESULTADO | 5.1 | 3.1 | Nº de casos confirmados de malaria / (Población total) x 1000 | X 1000 habitantes | 4.6 | 4.1 | 3.6 | 3.1 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|------|------|------|
| Índice de población explorada | PRODUCTO | 35.4 | 37.2 | Nº de febriles examinados / (total población residente en áreas de riesgo de transmisión) x 100 | Porcentaje | 36.6 | 36.8 | 37.0 | 37.2 |
| Porcentaje de casos de ITS con manejo sindromico | PRODUCTO | 64.5 | 90 | Nº Casos de casos ITS con manejo sindromico / (Nº de casos ITS diagnosticados) x 100 | Porcentaje | 75.9 | 80.9 | 85.9 | 90.0 |
| Porcentaje de gestantes con VIH+ con manejo de acuerdo a la norma | PRODUCTO | 81.15 | 100 | Nº Casos de casos de gestante VIH+ / (Nº total gestantes con manejo de acuerdo a la norma) x 100 | Porcentaje | 95 | 98 | 100 | 100 |
| Proporción de sintomático respiratorio identificados entre las atenciones > de 15 años | PRODUCTO | 3.9 | 4.3 | Sintomático respiratorio identificados entre las atenciones > de 15 años / (Total de atenciones) x 100 | Porcentaje | 4.0 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |
| Proporción de tamizaje de sífilis en gestantes | PRODUCTO | 86.3 | 98 | Nº de gestante tamizadas para sífilis / (Nº total gestantes atendidas) x 100 | Porcentaje | 92.3 | 94.0 | 96.0 | 98.0 |
| Nº de gestantes tamizadas con VIH | PRODUCTO | 83.8 | 99.5 | Nº de gestante tamizadas para VIH / (Nº total gestantes atendidas) x 100 | Porcentaje | 97.9 | 98.5 | 99.0 | 99.5 |
| Proporción de sintomático respiratorio examinados | PRODUCTO | 79 | 80.3 | Sintomático respiratorio examinado / (Nº de sintomáticos respiratorios identificados) x 100 | Porcentaje | 80 | 80.1 | 80.2 | 80.3 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|------|------|------|
| Eficiencia del tratamiento por P.V. | PRODUCTO | 99.3 | 99.6 | N° total de casos de malaria por P.V. curados / (N° total de casos de malaria por P.V. ingresados a la cohorte) x 100 | Porcentaje | 98.9 | 99.2 | 99.4 | 99.6 |
| Promedio de baciloscopias de Dx en sintomático respiratorio examinado | PRODUCTO | 1.96 | 2.00 | N° de baciloscopias de Dx en sintomático respiratorio examinado / (N° de sintomáticos respiratorios esperados) x 100 | Porcentaje | 1.96 | 1.97 | 1.97 | 2.00 |
| Proporción de EE.SS con servicio Odontológico equipado | PRODUCTO | 20% | 40% | N° EE.SS con servicio odontológico equipado / (N° Total de EE.SS con servicio Odontológico) x 100 | Porcentaje | 25 | 30 | 35 | 40 |
| Proporción de EE.SS que cuentan con Cirujano-Dentista | PRODUCTO | 20% | 40% | N° de EE.SS que cuenta con Cirujano-Dentista / (Total de EE.SS) x 100 | Porcentaje | 25 | 30 | 35 | 40 |
| Número de personas tamizadas para ceguera | PRODUCTO | 6.2 | 9.6 | N° de personas tamizadas para ceguera / (2.5 % de la población total) x 100 | Porcentaje | 6.1 | 7.6 | 8.5 | 9.6 |
| Número de personas tamizadas para hipertensión arterial | PRODUCTO | 10.5 | 15.6 | N° de personas tamizadas para hipertensión arterial / (2.5 % de la población total) x 100 | Porcentaje | 10.4 | 12.2 | 13.7 | 15.6 |
| Número de personas tamizadas para diabetes | PRODUCTO | 4.9 | 7.7 | N° de personas tamizadas para diabetes / (2.5 % de la población total) x 100 | Porcentaje | 4.8 | 5.7 | 6.7 | 7.7 |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|------|------|------|
| | % de la población < 6 años de la provincia Yauli - La Oroya, tamizados para plomo y otros contaminantes | PRODUCTO | 97.4 | 94.4 | Niños < 6 años con Pb>10 ug x dl / (Pob.< 6 años Prov. Yauli) x 100 | Porcentaje | 97.4 | 96.4 | 95.4 | 94.4 |
| | Número de personas tamizadas para cáncer | PRODUCTO | 2.7 | 4.9 | N° de personas tamizadas para cáncer/ (2.5 % de la población total) x 100 | Porcentaje | 0 | 2.6 | 3.6 | 4.9 |
| OE4: Promover estilos de vida y entornos saludables | % de población con acceso a agua segura | RESULTADO | 44% | 50% | Población vigilada con acceso a agua segura / (Población total dpto.) x 100 | Porcentaje | 45 | 47 | 49 | 50 |
| | % de distritos con manejo adecuado de residuos sólidos | RESULTADO | 8% | 18% | Distritos vigilados con manejo adecuado de riesgo en residuos sólidos / (Total de distritos vigilados) x100 | Porcentaje | 12 | 15 | 17 | 18 |
| OE5: Mejorar la calidad del servicio de salud, con énfasis en la protección de los derechos de los usuarios de los grupos poblacionales vulnerables | % de normas y directivas en protección de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud | RESULTADO | 2 | 2 | N° normas implementadas / (N° normas elaboradas) x 100 | Porcentaje | 2 | 1 | 1 | 2 |
| | % de planes aplicados en el monitoreo y respuesta en salud ante emergencias y desastres | RESULTADO | 7 | 7 | N° planes implementados en el monitoreo y respuesta en salud ante emergencia y desastres / (N° de planes ejecutados) x 100 | Numero | 7 | 7 | 7 | 7 |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|
| | Porcentaje de establecimientos farmacéuticos con productos farmacéuticos decomisados por observaciones sanitarias | PRODUCTO | 41.31% | 48.89% | N° de Establecimientos farmacéuticos privados donde se decomisaron productos farmacéuticos con observaciones sanitarias / (Total de Establecimientos farmacéuticos inspeccionados) x 100 | Porcentaje | 41.93% | 46.78% | 41.84% | 46.89% |
| OE6: Fortalecer el rol de rectoría en salud a nivel Regional | Porcentaje de notificaciones semanal oportuna | RESULTADO | 100 | 100 | N° de EE.SS. Que notifican oportunamente / (Total de establecimientos) x 100 | Porcentaje | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Porcentaje de establecimiento en capital de distrito con ASIS | PRODUCTO | 55% | 100% | N° de establecimientos en capital de distrito con ASIS / (Total de distritos) x 100 | Porcentaje | 69 | 73 | 83 | 100 |

30/09/2,011