



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 NACIONAL<sup>1</sup>

- **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 MILENIO<sup>2</sup>

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

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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 SALUD<sup>3</sup>**

- **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
- 

---

<sup>3</sup> 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 km<sup>2</sup>, 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

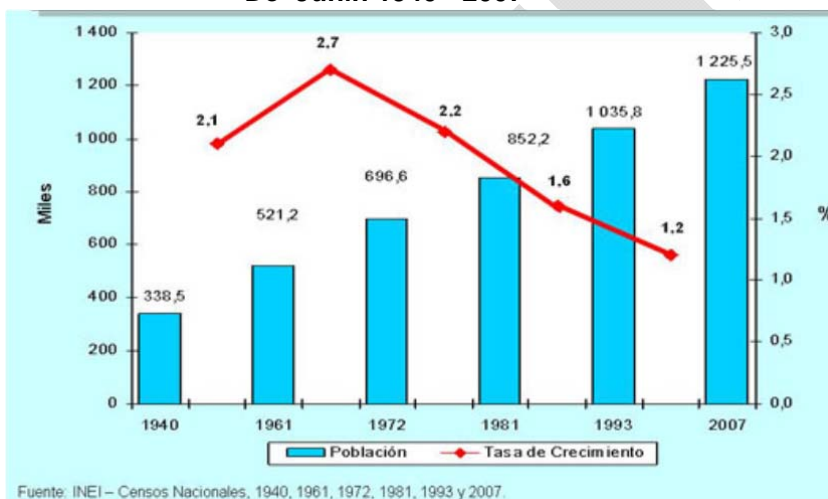
La población del Departamento de Junín se caracteriza por haber crecido en forma gradual sobre todo la provincia de Huancayo que es la que representa el mayor porcentaje de la población a nivel del departamento.

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 Km<sup>2</sup>, 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 kilómetro<sup>2</sup>, seguido de la Provincia de Tarma con una densidad poblacional de 37.1 Hab por Km<sup>2</sup>, aunque en el último año ha descendido en 6.7 Hab por km<sup>2</sup>.

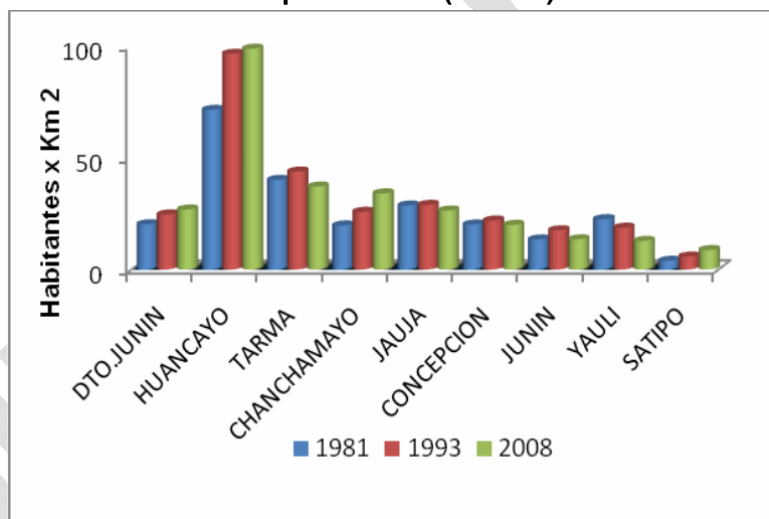
En la Provincia de Chanchamayo la densidad poblacional ha crecido en 6 puntos porcentuales entre cada censo poblacional. En Jauja ha descendido en dos puntos en relación al censo anterior. Similar situación ocurre en la provincia de Concepción. La Provincia de Satipo tiene la menor densidad poblacional 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 Km<sup>2</sup>) de Junín 1940 - 2007**

PROVINCIA	SUPERFICIE TERRITORIAL		DENSIDAD POBLACIONAL		
	(Km <sup>2</sup> )	%	Hab/Km <sup>2</sup>		
			1981	1993	2008
<b>DTO.JUNIN</b>	<b>44409,7</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>24,6</b>	<b>26,8</b>
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
JAUIJA	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 Km<sup>2</sup>) 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
JAUIJA	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
YAUJI	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
JAUIJA	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**

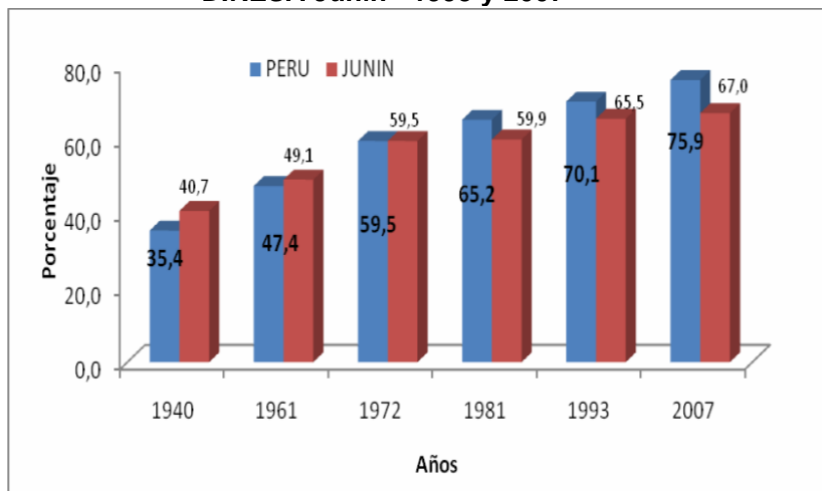
En el año 2007, Junín tiene una población urbana de 67.5% y a nivel nacional, esta cifra era de 75.9%; es decir, el nivel nacional tiene 8.4 puntos porcentuales más que el departamento de Junín en relación a población urbana.

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**



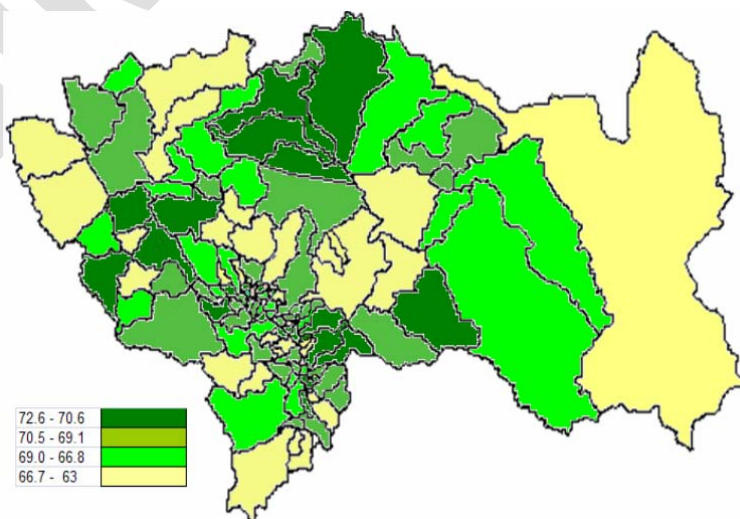
Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

### 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
JAUIJA	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

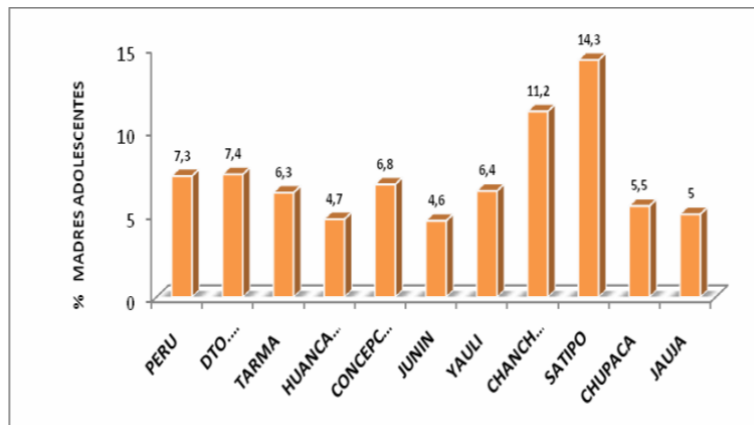
En el año 2007, en el Perú el 7.3% de las gestantes eran adolescentes, mientras que en el departamento de Junín el 7.4%.

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
JAUIJA	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
JAUIJA	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**

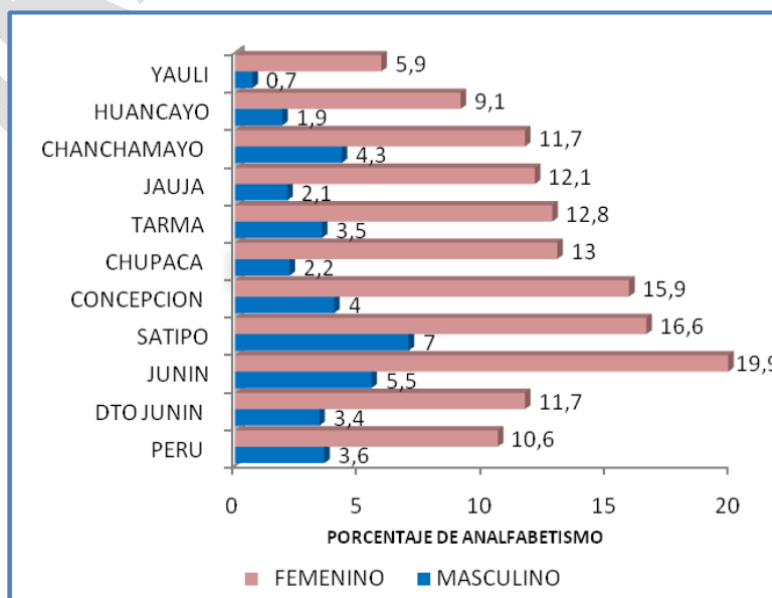
PROVINCIAS	AÑO 1981	BRECHA	AÑO 1993	BRECHA	AÑO 2007	BRECHA
	%	RT	%	RT	%	RT
HUANCAYO	46,83	1,84	73,88	1,2	87,4	0
CONCEPCION	31,81	2,72	48,55	1,8	73,41	1,2
CHANCHAMAYO	26,25	3,3	26,16	3,3	56,07	1,6
JAUIJA	26,6	3,3	66,42	1,3	83,51	1,0
JUNIN	34,58	2,5	41,85	2,0	74,58	1,2
SATIPO	7,17	12,1	12,72	6,7	38,8	2,3
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, Huasichanca, RíoNegro, Marco, Coviriali, Tunanmarca, Huaricolca, Pucará, Paca, Aco, Pampa Hermosa, San Pedro de Cajas, Chupuro, Canchayllo, MasmaChicche, 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.

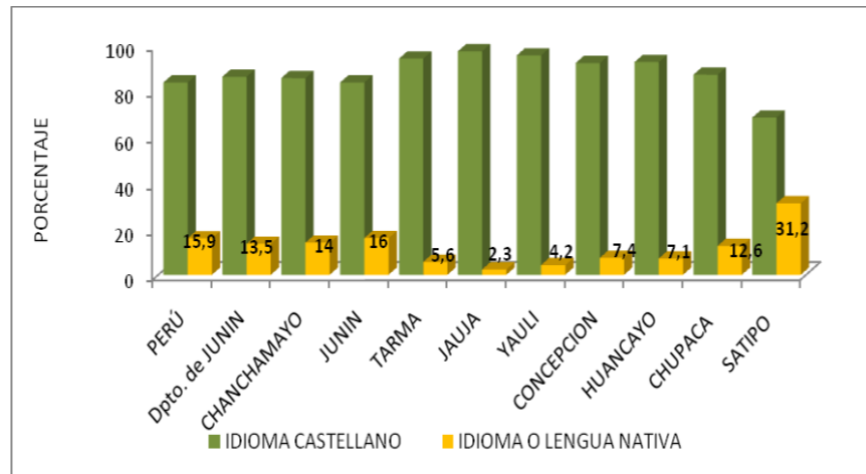
### **Idioma Castellano**

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

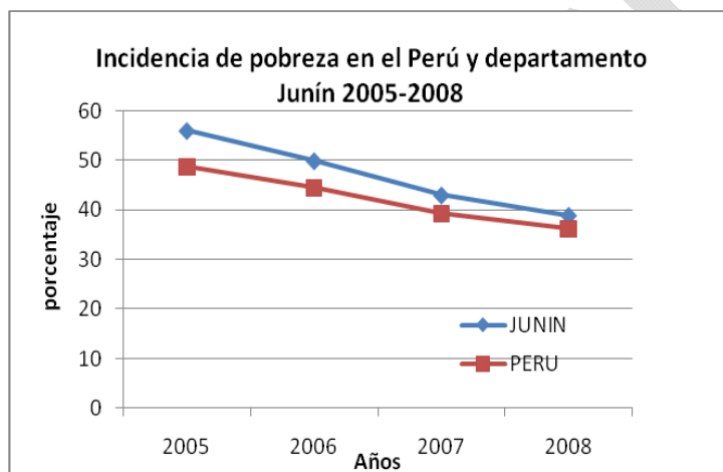
Fuente: PNUD / IDH 2006

## 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

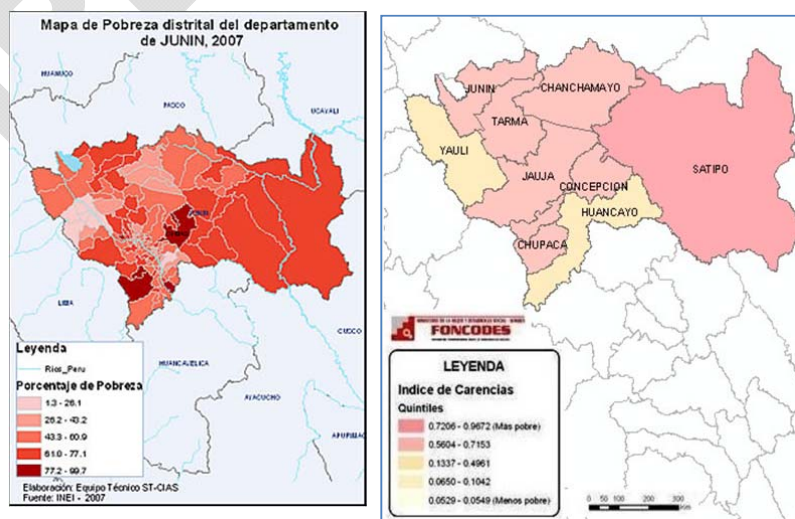
### Incidencia de pobreza extrema en el departamento de Junín 2005- 2008



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.

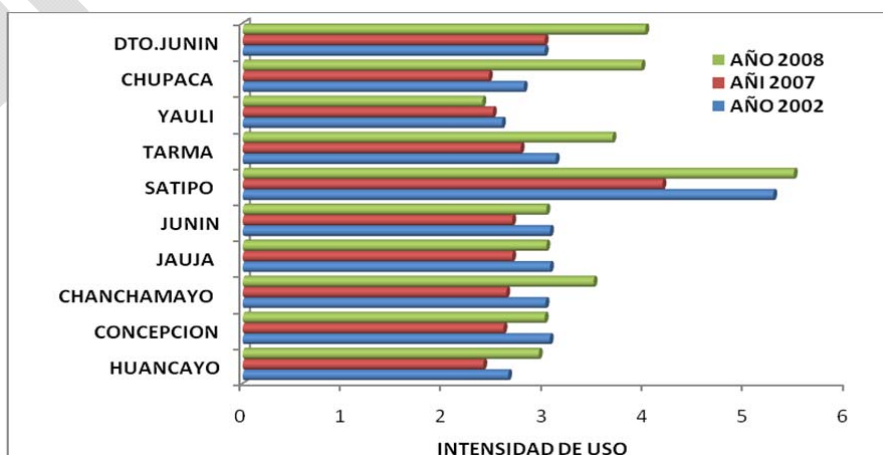
### Intensidad de Uso de servicios de Salud

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**



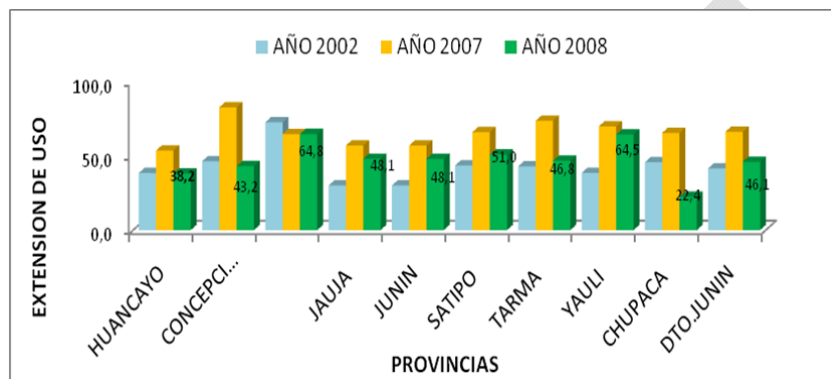
Fuente: INEI CPV -2007

## 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**

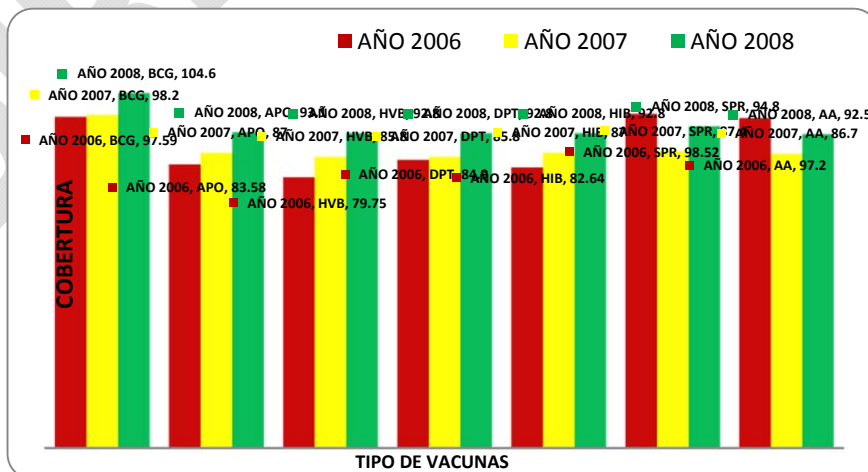


FUENTE: INEI CPV-2007

## 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
JAUIJA	600	1956	30,7
HUANCAYO	2678	9218	29,1
CHUPACA	279	1040	26,8
JUNIN	153	629	24,3
<b>DTO. JUNIN</b>	<b>7979</b>	<b>23541</b>	<b>33,9</b>

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%.

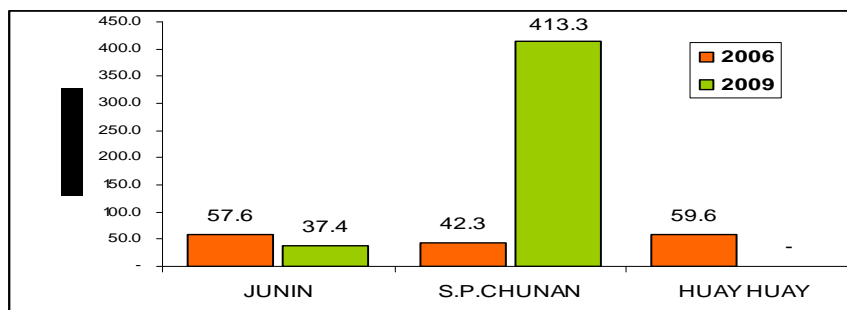
El distrito de mayor cobertura en este indicador en el año 2009 es San Pedro de Chunan de la provincia de Jauja con 100%, le sigue el distrito de Quichuay y Palca con 178.6% y 110.7% respectivamente; por otro lado los distritos con más bajas coberturas son Huay-Huay de la provincia Yauli con 0% y le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

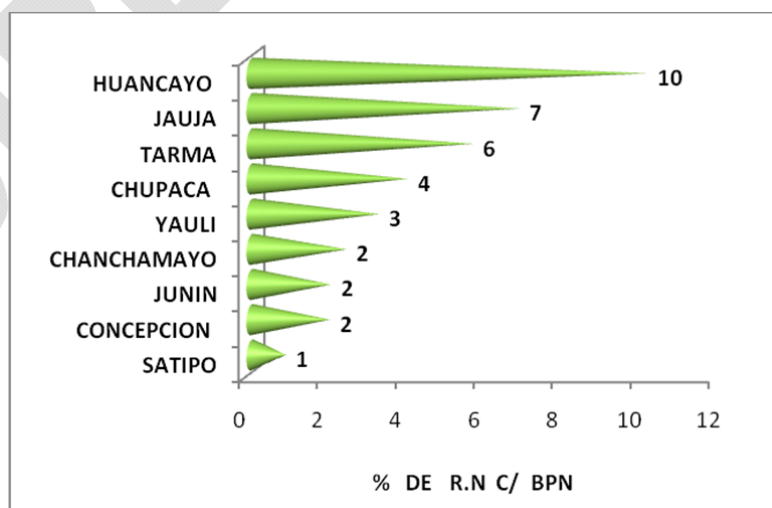
En Junín para el año 2009 presenta una tasa de bajo peso al nacer de 2.5%, lo cual es 0.6% más que en el año 2006 (1.6%)

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 %)

**Grafico 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.

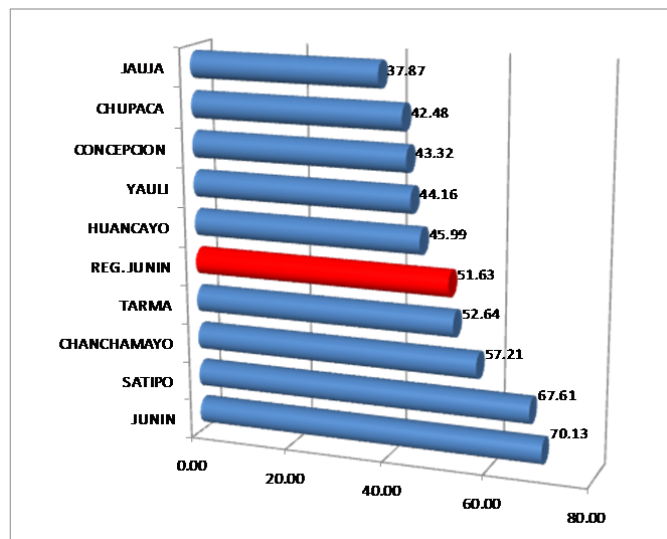
**Tabla 11**  
**Brecha de control Prenatal por Provincias DIRESA Junín -2009**

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
<b>JUNIN</b>	<b>24648</b>	<b>15684</b>	<b>36.4</b>	<b>8964</b>
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.

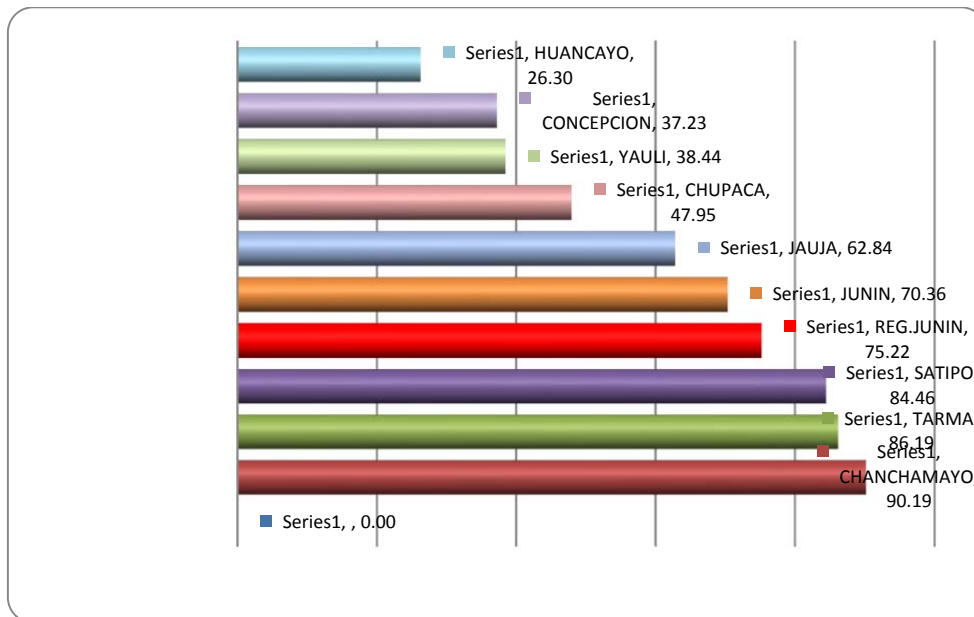
El distrito de Jauja tiene una cobertura de parto en establecimientos de salud de 344.8%, lo cual puede estar en relación al acceso a contar con un centro de salud con funciones obstétricas básicas. Los distritos de Carhuacallanga, Cullhuas, Huacrapuquio, Hualhuas, Huasicancha, Quilcas, Viques, Aco,Chambara, 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**

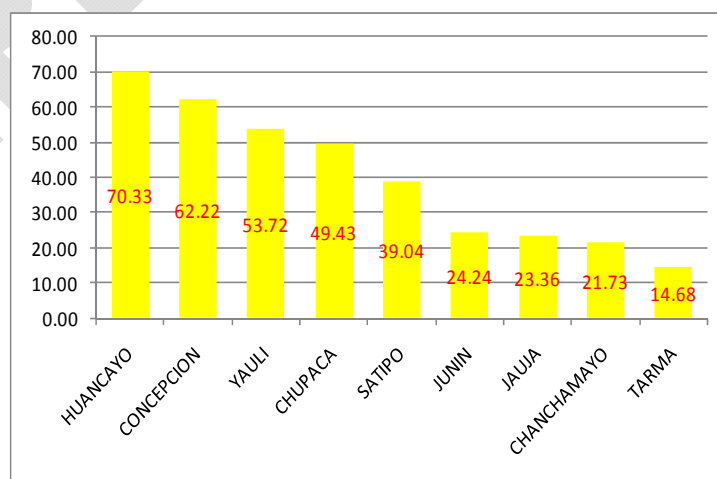
**Cobertura de Parto Institucional por Provincias en la DIRESA Junín. 2009**



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.

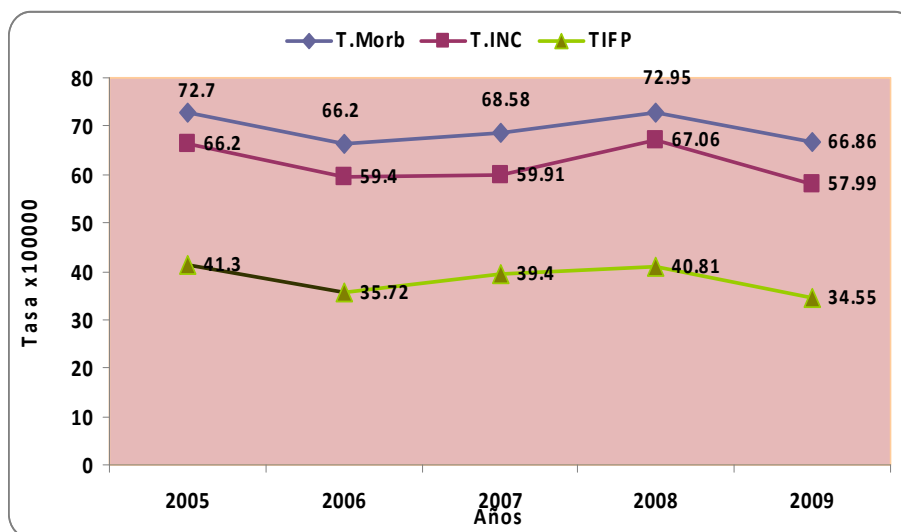
## Tuberculosis

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:

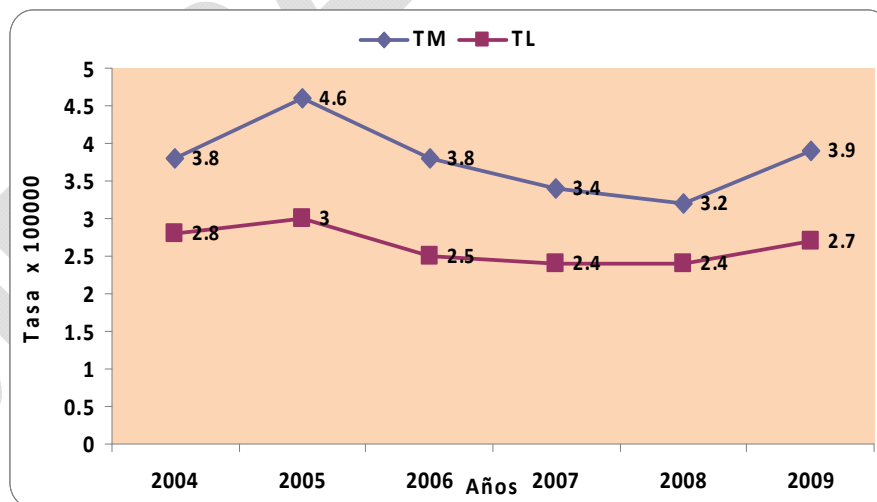
Huancayo(52.6), Carhuacallanga(174.5), Chongos alto(59.5) Chupuro(39.8), Huacrapuquio(63.5); Hualhuas(105.7); Huancan(104.7), Pucara(49.8), San Pedro de Saño(46.8), Santo Domingo de Acobamba (12.4), Andamarca (16.9)Cochas (41.1); Heroínas Toledo(70.6), San Ramón(135.3), Vitoc (115.5), Jauja(50.7), Acolla (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 Río 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.

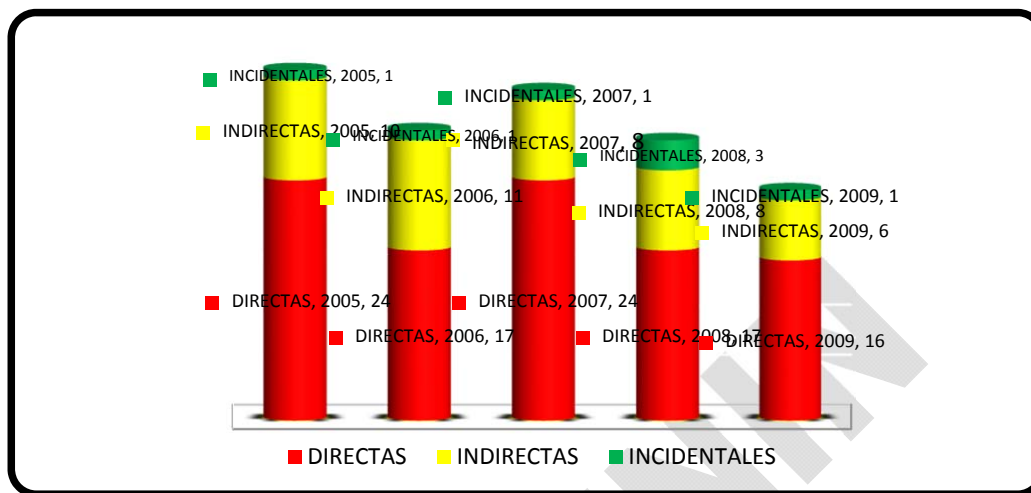
La reducción de la tasa de mortalidad infantil ha sido uno de los logros más importantes en materia de salud pública en la Región Junín, pues en el año Pero todavía persisten grandes inequidades al interior del departamento de Junín, pues, mientras en el distrito de Junín, la tasa de mortalidad infantil 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
	<b>Total</b>	<b>7879</b>	<b>100.0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>8072</b>	<b>100.0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>6486</b>	<b>100,0</b>

**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
	<b>Total</b>	<b>6800</b>	<b>100,0</b>

**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 cardíaca, 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
	<b>Total</b>	<b>1393</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>1272</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>2629</b>	<b>100.0</b>

**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
	<b>Total</b>	<b>6005</b>	<b>100.0</b>

**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 no 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
	<b>Total</b>	<b>5250</b>	<b>100.0</b>

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

**Tabla 21**  
**Primeras causas de mortalidad en los no 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
	<b>Total</b>	<b>2067</b>	<b>100.0</b>

**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 causa 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 causa 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 causa 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
	<b>Total</b>	<b>2654</b>	<b>100.0</b>

**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
	<b>Total</b>	<b>3610</b>	<b>100.0</b>

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

## Provincia Chupaca

En el año 20009, 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 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
	<b>Total</b>	<b>538</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>423</b>	<b>100,0</b>

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°	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
	<b>Total</b>	<b>545</b>	<b>100,0</b>

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°	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	9	1,9
0	intencionalmente (suicidios)		
	Las demás causas de muerte	187	38,7
	<b>Total</b>	<b>483</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA Junín  
Elabora por: Oficina de Epidemiología. DIRESA 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
	<b>Total</b>	<b>1048</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>956</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>508</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>1041</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>798</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>886</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>769</b>	<b>100,0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>721818</b>	<b>100.0</b>

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
	<b>Total</b>	<b>906809</b>	<b>100.0</b>

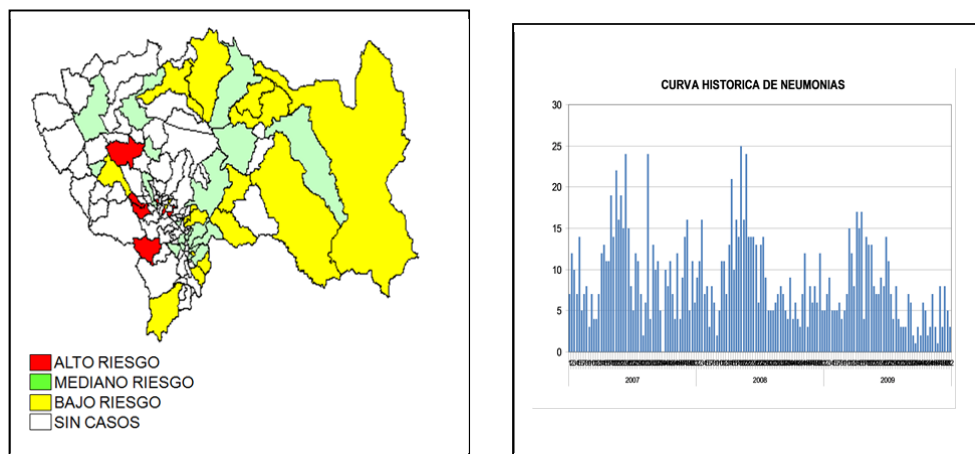
Fuente: Sistema de hechos vitales. OITE. DIRESA. Junín.  
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA. Junín

### 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.**

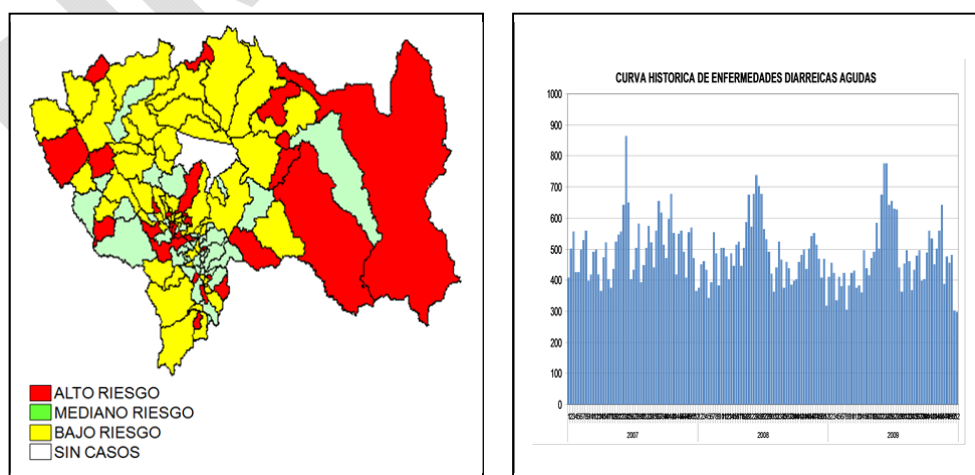


**Fuente:** Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

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

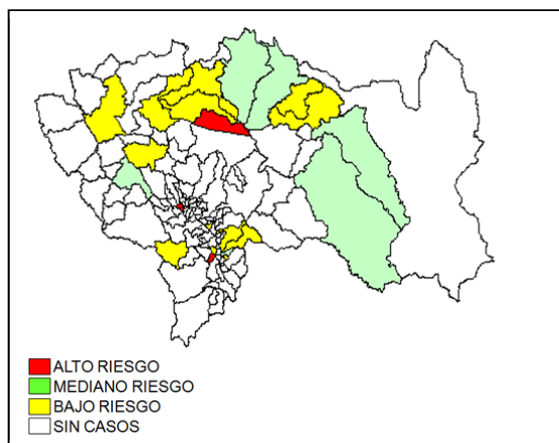
**Figura N° 5: Distribución geográfica y tendencia de las EDAs DIRESA Junín – Año 2009**



**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.)

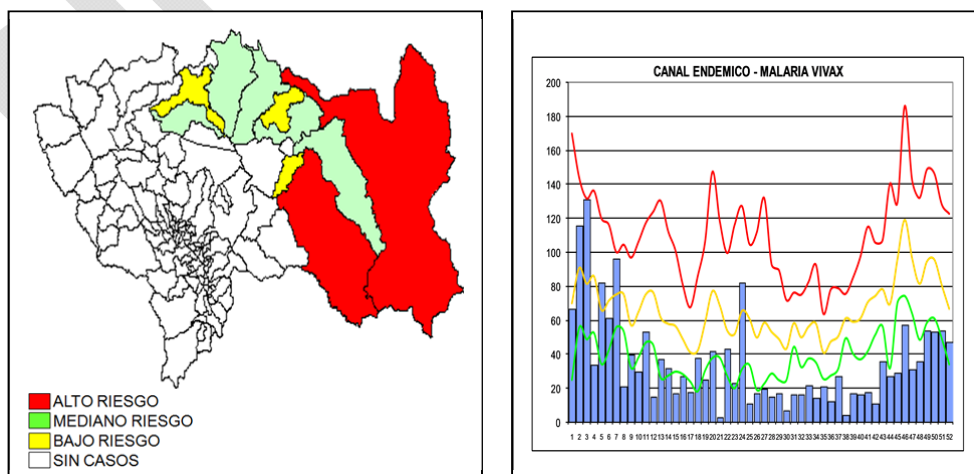
**Figura N° 10: Distribución geográfica y tendencia de las VIH - SIDA DIRESA Junín – Año 2009**



**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.**

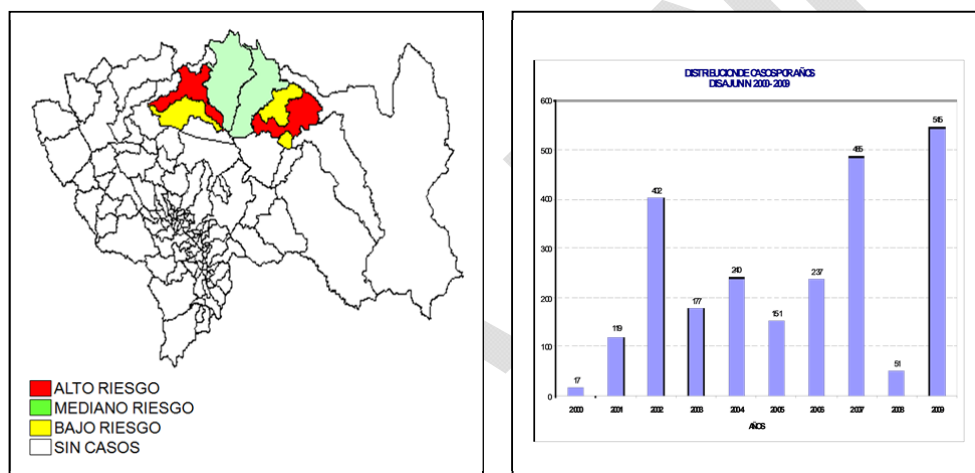


**Fuente:** Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

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**

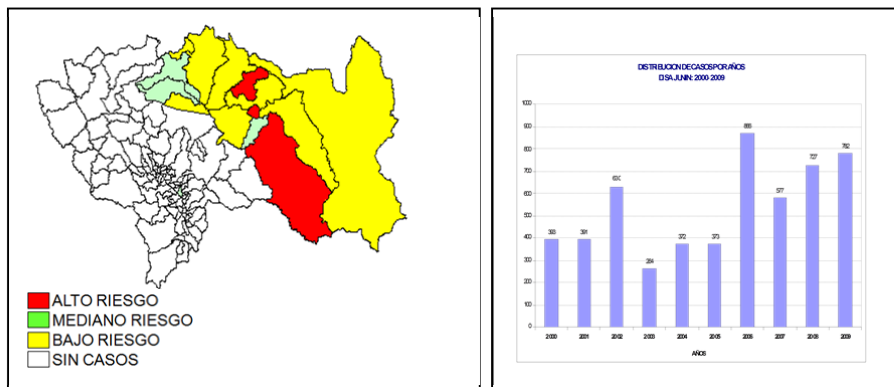


La incidencia de Leishmaniosis cutánea en Junín el año 2009 se reportaron 759 casos con TIA=258.5 x mil hab, ha disminuido en 1.25 puntos en la incidencia en relación al 2006 (TIA=259.75 x mil hab.), el Distrito con mayor incidencia es Pangoa (TIA=696 x mil hab,) y con menor incidencia es Chanchamayo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

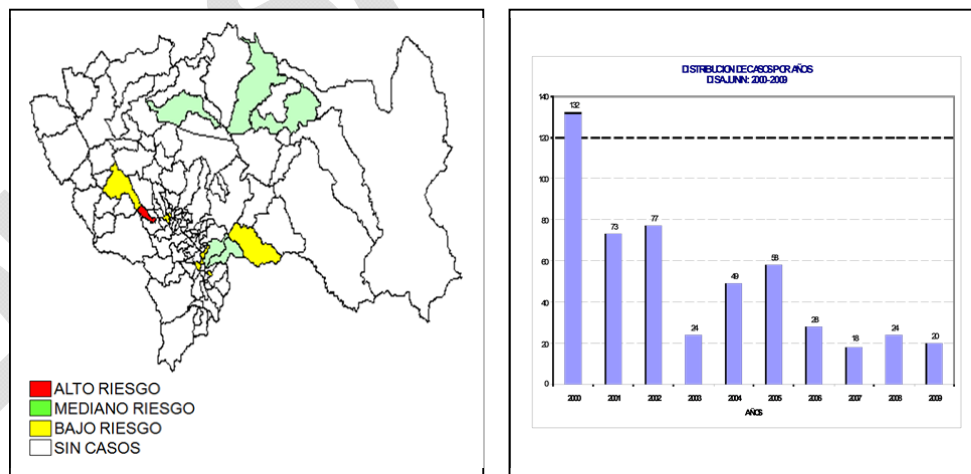


**Fuente:** Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

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.**

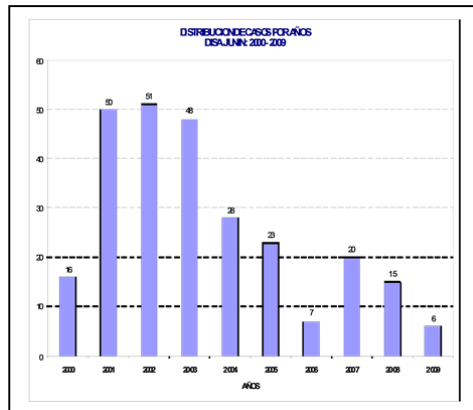


**Fuente:** Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

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	Hemioplastia 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

## 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:

$$\frac{\text{Nº de niños < 5 años con desnutrición crónica}}{\text{Nº Total de niños < 5 años}} \times 100$$

#### 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:**

	2011	2012	2013	2014
DIRESA JUNIN	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**

	2007	2008	2009	2010
DIRESA JUNIN	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.

	2011	2012	2013	2014
DIRESA JUNIN	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
<b>Región Junín</b>	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
<b>Región Junín</b>	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**

$$\frac{\text{Nº de Niños < 6 meses con CRED completo}}{\text{Nº total de niños < 6 meses}} \times 100$$

**DATOS HISTÓRICOS:**

DIRESA JUNIN	2007	2008	2009	2010
	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%.

DIRESA JUNIN	2011	2012	2013	2014
	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:**

$$\frac{\text{Nº de Niños < 60 meses con vacuna completa}}{\text{Poblacion total de niños < 60 meses}} \times 100$$



**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 morbilidad infantil, además del riesgo de desarrollo posteriormente de deficiencias 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:**

$$\frac{\text{Nº de Niños con bajo peso al nacer}}{\text{Total de RNV}} \times 100$$

**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

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

### 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**

$$\frac{\text{Nº Muertes Maternas ( directas e indirectas)}}{\text{Nº Recién Nacidos Vivos (Esperados)}} \times 100\,000 \text{ NV}$$

**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 resolutive 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**

$$\frac{\text{Nº Muertes Perinatales}}{\text{Nº Recién Nacidos Vivos (Esperados)}} \times 1000 \text{ NV}$$

**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:

$$\frac{\text{Nº de casos nuevos TBP FP}}{\text{Población Total}} \times 100\,000$$

#### 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:

$$\frac{\text{Nº de casos nuevos de SIDA}}{\text{Población Total}} \times 100$$

### 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:**

$$\frac{\text{Nº de casos de ITS tratados con manejo sindromico}}{\text{Nº de casos de ITS diagnosticado}} \times 100$$

## DATOS HISTÓRICOS:

INDICADOR	DATOS HISTORICOS			
	2007	2008	2009	2010
PROPORCION 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:**

$$\frac{\text{Nº de gestantes con VIH+ manejo de acuerdo a la norma}}{\text{Nº de gestantes VIH atendidas}} \times 100$$

### 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 en 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:

$$\frac{\text{Nº de gestantes con tamizaje para sífilis}}{\text{Nº de gestantes atendidas}} \times 100$$

### 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:

$$\frac{\text{Nº de gestantes con tamizaje para VIH}}{\text{Nº de gestantes atendidas}} \times 100$$

#### 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

### BACILOSCOPIÁS 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:**

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

**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 es 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:**

$$\frac{\text{Sintomáticos respiratorio examinado}}{\text{N° de sintomáticos respiratorio identificados}} \times 100$$

**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 ZOONOSIS****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:**

$$\frac{\text{Nº de casos confirmados de malaria p.p. vivax}}{\text{Población Total en riesgo}} \times 100\,000$$

**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:**

$$\frac{\text{Nº de casos confirmados de malaria}}{\text{Población Total}} \times 1000$$

**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 Metaxenicas 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 Río 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  $5.10 \times 1000$ .

**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:**

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

**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 Metaxenicas 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:**

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

**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 Metaxenicas 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 Glucémico, 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 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:** N° de Personas para Hipertensión Arterial



**FORMULA:**

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

**DATOS HISTORICOS:**

Diresa Junín	2007	2008	2009	2010
	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:**

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

**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.

<b>2011</b>	<b>20012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
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	20012	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:**

$$\frac{\text{Nº de normas implementadas}}{\text{Nº de normas elaboradas}} \times 100$$

**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, entiéndase 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:**

	2011	2012	2013	2014
Diresa Junín	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
<b>PROBLEMA N° 1</b>  <b>ALTA TASA DE DESNUTRICION CRONICA INFANTIL</b>	<b>CAUSA DIRECTA:</b> LIMITADA CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA  <b>CAUSAS INDIRECTAS:</b> ESCASA CAPACITACION EN COMPETENCIAS GERENCIALES  <b>CAUSAS VULNERABLES:</b> DESCONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LAS NORMAS PARA UNA ADECUADA GESTION SOBRE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL	DISMINUIR LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN LA POBLACION DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	1061978 CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA NUTRICIONAL  0434890. MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES  043783. REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	Lactancia Exclusiva.  Niños menores de 36 meses que reciben alimentación balanceada  Niños menores de 36 meses con CRED completo  Niño menores de 36 meses con vacuna completa  Población con acceso a agua segura

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

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

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

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



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

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

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

#### 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 ZOONOTICAS
- INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

- PROCESOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA UNA ADECUADA ADMINISTRACIÓN 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 multidisciplinarios 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.-Débil 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: Trasparentando 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



<b>Programa Estratégico : 0016 TBC – VIH/SIDA</b>
<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>
<b>Programa Estratégico : 0017 Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis</b>
<p>Programa: 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL  Subprograma: 0005 Planeamiento Institucional  Actividad: 1.113788. CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS</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 ZOONOSIS</p> <p>Sub Programa: 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO  Actividad: 1. 113790. REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS</p>
<b>Programa Estratégico : 0018 Enfermedades No Transmisibles</b>
<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>
<b>Programa Estratégico : Sin Programa</b>
<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 ZOONOSIS 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
<b>TOTAL:</b>	<b>17,394,917</b>	<b>17,429,707</b>	<b>17,464,566</b>	<b>17,499,495</b>	<b>69,788,685</b>

## 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	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 N	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 SANTA	miles de nuevos soles	18302	25383	25434	25485	25536	101,837
Programa Estratégico : 0001. PROGRAMA ARTICULADO	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: Superviciones	Numero	6	6	6	6	6	24
Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN	miles de nuevos soles	59846	66000	66132	66264	66397	264,793
Programa Estratégico : 0001. PROGRAMA ARTICULADO	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 P	miles de nuevos soles	424742	411793	412617	413442	414269	1,652,120
Programa Estratégico : 0001. PROGRAMA ARTICULADO	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 NEONAT	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	Línea de Base Indicador	Cuantificación Anual				TOTAL 2011-2014
			2011	2012	2013	2014	
<b>Programa: 006. GESTION</b>	miles de nuevos soles	3828489	383194	383960	384728	385498	1537380
<b>Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA</b>	miles de nuevos soles	3774249	333448	334115	334783	335453	1,337,799
<b>Programa Estratégico: 0002. SALUD MATERNO NEONAT</b>	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		6	6	6	6	6	24
<b>Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P</b>	miles de nuevos soles	54240	49746	49845	49945	50045	199,582
<b>Programa Estratégico: 0002. SALUD MATERNO NEONAT</b>	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
<b>Objetivo Especifico 3 Prevenir y Controlar Eficazmente los Daños y Riesgos Prevalentes con Énfasis en las prioridades Regionales</b>							
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						
<b>Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL</b>	miles de nuevos soles	114732	114732	114961	115191	115422	460307
<b>Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL</b>	miles de nuevos soles	114732	114732	114961	115191	115422	460,307
<b>Programa Estratégico : 0016. TBC-VIH/SIDA</b>		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
<b>Programa: 006. GESTION</b>	miles de nuevos soles	137139	562386	563511	564638	565767	2256302
<b>Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA</b>	miles de nuevos soles	0	60322	60443	60564	60685	242,013
<b>Programa Estratégico: 0016. TBC-VIH/SIDA</b>	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
<b>Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P</b>	miles de nuevos soles	0	201000	201402	201805	202208	806,415
<b>Programa Estratégico: 0016. TBC-VIH/SIDA</b>	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 sintromico	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
<b>Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES B</b>	miles de nuevos soles	137139	301064	301666	302269	302874	1207874
<b>Programa Estratégico: 0016. TBC-VIH/SIDA</b>	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 sintomático 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 sintomático respiratorio examinados	Porcentaje	79	80.0	80.1	80.2	80.3	1.3
Indicador: Promedio de baciloscopias de Dx en sintomático 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

	Unidad de medida	Línea de Base Indicador	Cuantificación Anual				TOTAL 2011-2014
			2011	2012	2013	2014	
<b>Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL</b>	miles de nuevos soles	198170	198170	198566	198963	199361	795,061
<b>Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL</b>	miles de nuevos soles	198170	198170	198566	198963	199361	795,061
<b>Programa Estratégico : 0017. ENFERMEDADES METAXENAS</b>	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
<b>Programa: 006. GESTION</b>	miles de nuevos soles	0	243469	243956	244444	244933	976802
<b>Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA</b>	miles de nuevos soles	0	77324	77479	77634	77789	310,225
<b>Programa Estratégico: 0017. ENFERMEDADES METAXENAS</b>	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
<b>Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P</b>	miles de nuevos soles	0	61565	61688	61812	61935	247,000
<b>Programa Estratégico: 0017. ENFERMEDADES METAXENAS</b>	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
<b>Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN</b>	miles de nuevos soles	0	104580	104789	104999	105209	419,577
<b>Programa Estratégico: 0017. ENFERMEDADES METAXENAS</b>	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
<b>Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL</b>	miles de nuevos soles	373989	373989	374737	375486	376237	1,500,450
<b>Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL</b>	miles de nuevos soles	364982	373989	374737	375486	376237	1,500,450
<b>Programa Estratégico : 0018. ENFERMEDADES NO TRANS</b>	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
<b>Programa: 006. GESTION</b>	miles de nuevos soles	65735	94780	94970	95159	95350	380259
<b>Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITA</b>	miles de nuevos soles	36500	37301	37376	37450	37525	149,652
<b>Programa Estratégico: 0018. ENFERMEDADES NO TRANS</b>	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
<b>Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS P</b>	miles de nuevos soles	0	28244	28300	28357	28414	113,315
<b>Programa Estratégico: 0018. ENFERMEDADES NO TRANS</b>	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
<b>Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN</b>	miles de nuevos soles	29235	29235	29293	29352	29411	117,291
<b>Programa Estratégico: 0018. ENFERMEDADES NO TRANS</b>	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 EESS con servicio Odontológico equipado	Porcentaje	20%	25%	30%	35%	40%	20
Indicador: Proporción de EESS que cuenta con profesional cirujano dentista	Porcentaje	20%	25%	30%	35%	40%	20
Indicador: Número de personas tamizadas para ceguera	Porcentaje	6.2%	6.1%	7.6%	8.5%	9.6%	3.4
Indicador: Número de personas tamizadas para hipertensión arterial	Porcentaje	10.5%	10.4%	12.2%	13.7%	15.6%	5.1
Indicador: Número 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, tamizados para plomo y otros contaminantes	Porcentaje	97.4%	97.4%	96.4%	95.4%	94.4%	-3.0
Indicador: Número de personas tamizadas para cáncer	Porcentaje	2.7%	0.0%	2.6%	3.6%	4.9%	2.2%
<b>Objetivo Especifico 4 Promover estilos de vida y entornos saludables</b>							
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

	Unidad de medida	Línea de Base Indicador	Cuantificación Anual				TOTAL 2011-2014
			2011	2012	2013	2014	
<b>Programa : 006. GESTION</b>	miles de nuevos soles	186204	45640	45731	45823	45914	183,108
<b>Sub Programa : 0095. CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD</b>	miles de nuevos soles	186204	45640	45731	45823	45914	183,108
<b>Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD)</b>	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
<b>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</b>							
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
<b>Programa : 006. GESTION</b>	miles de nuevos soles	3026898	2132376	2136641	2140914	2145196	8555127
<b>Sub Programa : 0093. REGULACION Y CONTROL SANITARIO</b>	miles de nuevos soles	230330	209341	209760	210179	210600	839,879
<b>Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (GESTION)</b>	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
<b>Sub Programa : 0115. PROTECCION DE POBLACIONES EN RIESGO</b>	miles de nuevos soles	1025987	196851	197245	197639	198034	789769
<b>Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (POBLACIONES EN RIESGO)</b>	miles de nuevos soles	160315	196851	197245	197639	198034	789769
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	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
<b>Sub Programa : 0098. SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b>	miles de nuevos soles	1770581	1726184	1729636	1733096	1736562	6925478
<b>Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA (DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO)</b>	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
<b>Objetivo Especifico 6 Fortalecer el rol de rectoria en salud por niveles a nivel regional</b>							
Indicador: Supervision	Numero	6	6	6	6	6	24
<b>Programa : 004. PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL</b>	miles de nuevos soles	0	560183	561303	562426	563551	2247463
<b>Sub Programa : 0005. PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL</b>	miles de nuevos soles	0	560183	561303	562426	563551	2,247,463
<b>Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA</b>	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
<b>Programa : 006. GESTION</b>	miles de nuevos soles	3953595	4317613	4326248	4334901	4343571	17322332
<b>Sub Programa : 0008. ASESORAMIENTO Y APOYO</b>	miles de nuevos soles	3447266	3916245	3924077	3931926	3939789	15,712,038
<b>Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA</b>	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
<b>Sub Programa : 0094. CONTROL EPIDEMIOLOGICO</b>	miles de nuevos soles	506329	401368	402171	402975	403781	1610295
<b>Programa Estratégico : 0000. SIN PROGRAMA</b>	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
<b>TOTAL UNIDAD EJECUTORA</b>		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 Estrategicos/Objetivos Especificos/Actividad o Proyecto	Tipo de Indicador	Unidad de medida	Linea de Base Indicado r	Cuantificación Anual				TOTAL 2011-2014
				2011	2012	2013	2014	
<b>Programa : 052. PREVISION SOCIAL</b>	<b>Recursos</b>	miles de nuevos soles	8630113	8630113	8647373	8664668	8681997	34,624,152
<b>Sub Programa: 0116. SISTEMAS DE PENSIONES</b>	<b>Recursos</b>	miles de nuevos soles	8282673	8630113	8647373	8664668	8681997	34,624,152
<b>Programa Estratégico: 0000. SIN PROGRAMA</b>	<b>Recursos</b>	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
<b>TOTAL UNIDAD EJECUTORA</b>			<b>8,282,673</b>	<b>8,630,113</b>	<b>8,647,373</b>	<b>8,664,668</b>	<b>8,681,997</b>	<b>34,624,152</b>

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	Nº 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	Nº Muerte perinatales / (Nº RNV) x 1000	x 1000 nacidos vivos	14.1	13.0	12.0	11.0
	Nº de parejas protegidas	PRODUCTO	53277.5	55093.5	Nº 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%	Nº 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	Nº 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	Nº 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	Nº 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	Nº 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%	Nº 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	Nº 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%	Nº de establecimientos en capital de distrito con ASIS / ( Total de distritos) x 100	Porcentaje	69	73	83	100

30/09/2,011