

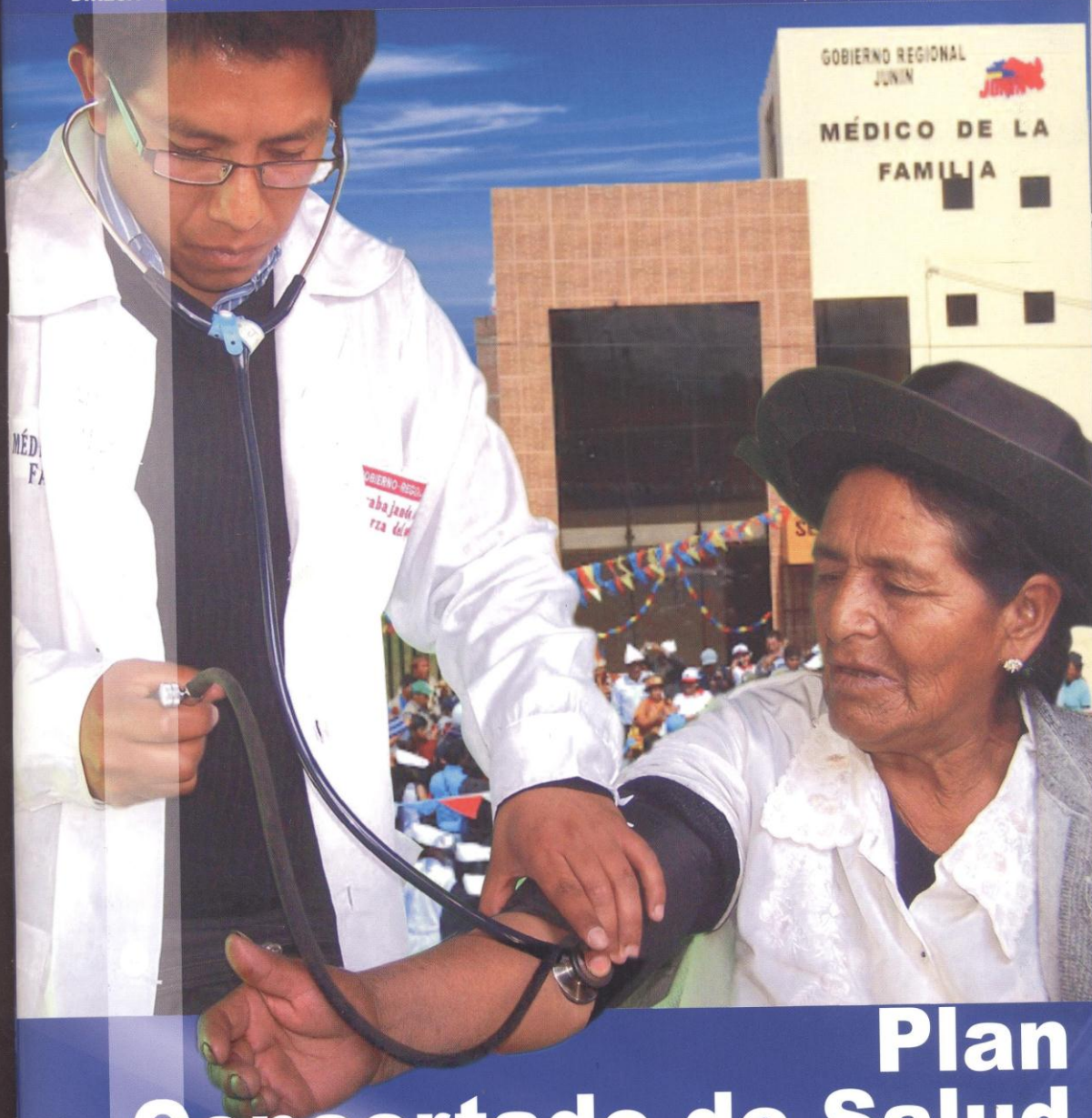


DIRESA - JUNÍN

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



¡Trabajando con la fuerza del pueblo!



Plan Concertado de Salud 2013 - 2021



**PLAN REGIONAL
CONCERTADO DE SALUD**

REGION JUNIN 2013 - 2021

Agradecimiento

Se agradece la participación de las personas, instituciones públicas y privadas y organizaciones de la sociedad civil que han participado en la construcción de un proceso social al formular el PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD JUNÍN.

En este proceso se ha contado con el acompañamiento del INPPARES a través de un convenio interinstitucional de colaboración mutua entre DIRESA Junín e INPPARES.

Los conceptos expresados en esta publicación no reflejan necesariamente los de INPPARES.

Reconocimientos

Gobierno Regional Junín

Dr. VLADIMIR CERRON ROJAS
Abog. Rita Elena Avendaño Pando

Presidente Regional
Gerente de Desarrollo Social

Dirección Regional de Salud Junín

Dr. Luis Orihuela Lazo

Director General

Consejo Regional de Salud

Dr. Fernando Pool Orihuela Rojas
Abog. Rita Elena Avendaño Pando
Eco. Yolanda Martínez Matos
Dr. Aristóteles Huamani Janampa
Dr. Manuel Chiri Márquez
Dra. Armida Rojas Dávila
Sr. José Edgar Zevallos Ramírez
Dr. Roberto Pahuacho Díaz
Dr. Roberto Jesús Bernardo Cangahuala
Dr. Rigoberto Zúñiga Mera
Sr. Edinson Espíritu Espíritu
Lic. Fred Goytendia Matos
Abg. Mario de la Cruz Soto

Presidente del Consejo Regional de Salud
Gerente de Desarrollo Social
Secretaria Técnica del Consejo Regional de Salud
Gerente de la Red Asistencial ESSALUD
Director de la Sanidad de la PNP
Decana del Colegio Médico
Alcalde de la Municipalidad Distrital de Rio Negro
Director Médico Clínica del Valle
Decano de la Facultad de Medicina Humana UPLA
Decano de la Facultad de Medicina Humana UNCP
Coordinador Regional de FORO SALUD
Presidente de la MCLCP
Representante de los Trabajadores de Salud

Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES)

Dr. Daniel Aspilcueta Gho
Lic. Giovanna Sofía Carrillo
Roger Alvaro Zevallos Romero

Dirección Ejecutiva
Coordinadora de Proyecto Voces y Rendición de Cuentas
Responsable Regional de Proyecto Región Junín

Equipo Técnico Regional de Planificación

Lic. Ana María Huacaychuco Ruiz	Gobierno Regional Junín
Ing. María Mendoza Falconi	Gobierno Regional Junín
Eco. Julio Raúl Meza Sulluchuco	Gobierno Regional Junín
Mg. Rosario Elena Linares Vivanco	DIRESA JUNIN-Coordinadora del Comité de Planeamiento- CRS
Lic. Silvana Moscoso Gallegos	PRISMA
Lic. Fred Goytendia Matos	Presidente de la MCLCP
Lic. Nivardo Santillán Romero	Mesa de Concertación LCP
Dr. Walter Stive Calderon Gerstein	Colegio Médico – C.R.IV
Lic. Luz Consuelo Yallico Madge	Colegio de Enfermeros
Lic. Rosa Bravo de la Cruz	Facultad de Enfermería UNCP
Ing. Hugo Gutiérrez Landaburu	CARITAS

Presidentes de los Consejos Provinciales en Salud

Dr. Pedro Martínez Alfaro	Provincia Jauja
Dr. Yoel Candía Briceño	Provincia Satipo
Sr. Hung Won Jung	Provincia Chanchamayo
Dr. Cesar Augusto Gonzales Hernández	Provincia Yauli – La Oroya
Dr. Cristian Robles Hurtado	Provincia Concepción
Dr. Pablo Porras Payano	Provincia Chupaca
Dr. Fredy Amaro Poma	Provincia Tarma
Dr. Juan Luis Castro Uchuya	Provincia Junín

Contenido

Página

Presentación

Introducción

I. **MARCO POLITICO ESTRATEGICO**

I.1 NIVEL INTERNACIONAL

I.2 NIVEL NACIONAL

I.3 NIVEL REGIONAL

II. **DIAGNOSTICO SOCIOECONOMICO DE LAS SITUACION DE SALUD**

2.1 UBICACIÓN Y CARCATERISTICA GENERALES

2.2 POBLACION

2.3 ASPECTOS SOCIALES

2.4 SITUACION DE SALUD

III. **PLAN REGIONAL CONCERTADO EN SALUD**

3.1. VISION REGIONAL COMPARTIDA EN SALUD

3.2 IDENTIFICACION, PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS
DE SALUD

3.3. ANALISIS CONCERTADO DE LAS CONDICIONES INTERNAS Y
EXTERNAS PARA EL CONTROL DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS
REGIONALES

3.4. OBJETIVOS AL 2021

3.5. ESTRATEGIAS SANITARIAS REGIONALES CONCERTADAS

3.6 PLAN DE MONITOREO DE INDICADORES DE IMPACTO

3.7 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION

IV. **AGENDA POLITICA SANITARIA REGIONAL**

4.1 TEMAS DE POLITICAS SALUDABLES DE NIVEL REGIONAL

V. **PACTO SOCIAL**

Presentación

EL PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD 2013 - 2021 es el resultado del trabajo concertado y participativo realizado por instituciones del Estado, la sociedad civil y el sector privado comprometidos en mejorar la calidad de vida de la población de Junín y el desarrollo de las capacidades humanas en sus componentes bio-psico-sociales.

En Junín los problemas de salud son amplios y complejos y esta preocupante realidad regional ha impulsado a las autoridades regionales y locales, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado a plantearse la necesidad de formular un instrumento de gestión, que conjuntamente con los lineamientos construidos en el Plan Bicentenario, y cuyo detalle a nivel de políticas sociales y con directa incidencia la temática de salud, Plan Regional Concertado de Salud y en el marco del Plan de Desarrollo Regional al 2020, conlleven a la identificación de los problemas de salud y sus causas. La salud constituye un recurso para la vida diaria; sin salud no podríamos desempeñarnos bien en el hogar, el trabajo, la escuela, la sociedad, etc.

Dada esta problemática, se hace imprescindible un trabajo multisectorial, ligando las intervenciones con otros sectores (educación, vivienda, trabajo, transporte, gobiernos locales, entre otros), y con las organizaciones de la sociedad civil, como una forma de responder a los factores causales de los problemas de salud y no sólo a sus efectos. Por estas razones, las opiniones y aportes recogidos en los talleres descentralizados en las 9 provincias han sido registrados y tomados en cuenta.

Este documento, de carácter regional, sustentado en la participación de la sociedad civil y las autoridades de las nueve provincias, tiene una función normativa que orienta las actividades en los diferentes niveles de gestión.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
CONSEJO REGIONAL



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"
"AÑO DE LA MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN REGIONAL"

ORDENANZA REGIONAL N° 156-2012-GRJ/CR

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO REGIONAL JUNÍN.

POR CUANTO:

El Consejo Regional de Junín, en Sesión Extraordinaria celebrada a los 19 días del mes de diciembre de 2012, en la Sala de Sesiones de la Sede del Gobierno Regional de Junín, de conformidad con lo previsto en la Constitución Política del Perú; Ley de Bases de la Descentralización; Ley N° 27867 - Ley Orgánica de Gobiernos Regionales sus modificatorias y demás Normas Complementarias.

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 191° y 192° de la Constitución Política del Estado, en concordancia con el artículo 2° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias, señalan que los Gobiernos Regionales son personas jurídicas de Derecho Público Interno que gozan de autonomía Política, Económica y Administrativa en los asuntos de su competencia;

Que, los literales a), b) y e) del artículo 49° de la Ley N° 27444, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales establece que son funciones en materia de salud 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; y promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la Salud, entre otros;

Que, mediante Ordenanza Regional N° 024-GRJ/CR, de 26 de agosto de 2005 se aprueba el Plan Regional Concertado de Salud Junín 2005- 2012, que consta de catorce (14) políticas y proyectos para la implementación de las estrategias en salud;

Que, en el marco político estratégico en materia de salud, a nivel internacional se han establecido objetivos claros y específicos para los países que integran la Organización Mundial de la Salud, del que nuestro país forma parte, que son : Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre; Objetivo 2: lograr la enseñanza primaria universal; Objetivo 3: promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer; Objetivo 4: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, Objetivo 5: mejorar la salud materna, Objetivo 6: combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, Objetivo 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y, Objetivo 8: fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Que, en el ámbito nacional, se cuenta con el ACUERDO NACIONAL, que es el conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso, luego de un proceso de talleres y consultas a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática; cuyo detalle a nivel de políticas sociales y con directa incidencia la temática de salud es el siguiente: Equidad y Justicia Social, Reducción de la pobreza, Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación, Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte, Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición, Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud;

Que, en concordancia con las políticas internacionales y nacionales, a nivel de la Región Junín se ha formulado la propuesta del Plan Regional Concertado de Salud 2013 – 2021, que es el resultado del trabajo concertado y participativo realizado por instituciones del Estado, la sociedad civil y el sector privado comprometidos en mejorar la calidad de vida de la población de Junín y el desarrollo de las capacidades humanas en sus componentes bio-psico-sociales;

Que, en Junín los problemas de salud son amplios y complejos, esta preocupante realidad regional ha impulsado a las autoridades regionales y locales, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado a plantearse la necesidad de formular un instrumento de gestión, que conjuntamente con los lineamientos construidos en el Plan Bicentenario, y cuyo detalle a nivel de políticas sociales y con directa incidencia la temática de salud, Plan Regional Concertado de Salud y en el marco del Plan de Desarrollo Regional al 2020, conlleven a la identificación de los problemas de salud y sus causas;

Que, las estrategias contempladas en el Plan Regional Concertado de Salud para su implementación salud, son: 1) Mejorar la orientación de intervención de los incentivos municipales; Potenciar la ejecución



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
CONSEJO REGIONAL
PRESIDENCIA
SALA ARCEBIS CALVÁN
CONSEJO REGIONAL



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
CONSEJO REGIONAL



de la estrategia sanitaria nacional "Articulado Nutricional", 2) Habilitar competencias a las Municipalidades en el proceso de financiamiento en saneamiento que dispone el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento a través de sus programas, Mi Barrio, Mejorando mi Quinta y la Calle de Mi Barrio, 3) Concertar entre todas las instituciones que trabajan la temática de violencia familiar con énfasis en violencia sexual y física, lineamientos de intervención integral frente a dicha problemática, 4) Concertar las estrategias para la disminución de la muerte materna entre el Sector, el Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal, y el Plan de Incentivos Municipales, 5) Insertar en los procesos a implementarse con los programas regionales de Atención Primaria en Salud, el componente de prevención del embarazo no deseado con énfasis en adolescentes, 6) Fortalecer el mejoramiento del tratamiento de las ITS, a través del manejo sintomático, 7) Fortalecer el mejoramiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS – VIH/SIDA – TB desde los espacios regionales y locales, 8.- Mejorar la distribución del recurso humano en salud a través de incentivos salariales al personal médico y 9.- Incluir acciones preventivas y promocionales de la salud;

Que, contando con el Dictamen N° 003-2012-GRJ-CR/CPS/CPPPATyDI favorable, de las Comisiones Permanentes de Salud y de Planeamiento, Presupuesto, Acondicionamiento Territorial y Desarrollo Institucional, y de conformidad con las atribuciones conferidas por los artículos 9°, 10°, 11°, 15° y 38° de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales Ley N° 27867 y sus modificatorias, el Consejo Regional ha aprobado la siguiente:

"ORDENANZA REGIONAL QUE APRUEBA LA ACTUALIZACIÓN DEL PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD, JUNÍN 2013-2021"

ARTÍCULO PRIMERO.- APRUÉBESE la actualización del Plan Regional Concertado de Salud Junín 2013 - 2021, que consta de nueve (09) objetivos y estrategias para la implementación en salud, el mismo que se anexa y forma parte de la presente Ordenanza Regional en

ARTÍCULO SEGUNDO.- AUTORIZÉSE al Presidente del Gobierno Regional Junín dictar las medidas complementarias necesarias para la eficiente y eficaz gestión e implementación del Plan Regional Concertado de Salud Junín 2013 - 2021, en el marco de la presente Ordenanza Regional.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCÁRGUESE a la Gerencia Regional de Desarrollo Social, para que a través de la Dirección Regional de Salud y demás órganos pertinentes ejecuten, implementen y desarrollen el contenido del Plan Regional Concertado 2013 - 2021.

ARTÍCULO CUARTO.- DIFÚNDASE el contenido del Plan Regional Concertado de Salud 2013-2021 a través del portal electrónico del Gobierno Regional.

ARTÍCULO QUINTO.- DERÓGUESE la Ordenanza Regional N° 024-GRJ/CR y toda normatividad que se oponga a la presente Norma Regional.

Comuníquese al Presidente del Gobierno Regional de Junín para su promulgación.

Dado en la Sala de Sesiones de la Sede del Gobierno Regional Junín, a los 19 días del mes de diciembre de 2012.

POR TANTO:

Mando regístrese, publíquese y cúmplase.

Dado en el Despacho de la Presidencia del Gobierno Regional Junín, a los 20 días del mes de diciembre de 2012.



D. VLADIMIR ROY CERRÓN ROJAS
PRESIDENTE
GOBIERNO REGIONAL JUNÍN

Introducción

El marco del proceso de la modernización de la gestión del estado, descentralización en las regiones del país nos brinda espacios para discutir los problemas de la sociedad en forma participativa y concertada. A pesar del resquebrajamiento de la confianza y credibilidad en la clase política, por los sucesos de la última década, consideramos necesario un mayor esfuerzo para trabajar en consenso y fortalecer las organizaciones de la sociedad civil para construir una ética pública para avanzar en cuestiones de fondo: la democracia, reforma del estado, la concertación y la lucha contra la pobreza para mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, la salud desempeña un papel imprescindible para que estas expresiones colectivas se fortalezcan y profundicen.

En esa perspectiva, y con el liderazgo del Gobierno Regional, Gobiernos Locales, Sociedad Civil, Consejo Regional de Salud y las diferentes mesas y Comités Regionales de trabajo, nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Qué salud queremos para la Región Junín?

Esta pregunta nos ha impulsado a poner en marcha un trabajo comprometido y participativo: la elaboración del Plan Regional Concertado de Salud - Junín (PRCSJ), iniciándose este proceso en marzo del 2004, donde los actores sociales se comprometieron a participar en el proceso de formulación del plan, y desde febrero del 2012 en su proceso de actualización construyéndose la visión compartida regional en salud, la priorización de los problemas regionales de salud, el análisis estratégico para vulnerar los problemas de salud, diseño de los objetivos y estrategias, identificación de la agenda política e ideas de implementación de las estrategias, el mismo que permitirá orientar las acciones para el cumplimiento de los objetivos y la visión compartida regional, así como armonizar con los lineamientos y políticas de Estado para contribuir en el desarrollo sostenido del país.

El Consejo Regional de Salud como espacio de concertación regional en salud, conjuntamente con el Gobierno Regional y la Dirección Regional de Salud Junín, conducen el proceso de gestión del PRCS. La facilitación de los procesos de formulación del plan ha contado con el apoyo del Comité Regional de Planificación.

Debemos resaltar la activa participación de los sectores públicos, privados, organismos de base, líderes de opinión y público en general de las nueve provincias de la Región Junín, cuyos aportes han permitido formular el Plan Regional Concertado de Salud.

GOBIERNO REGIONAL JUNIN

I. MARCO POLITICO ESTRATEGICO

I.1. NIVEL INTERNACIONAL

OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Meta 1.A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día.

Indicadores

La crisis económica mundial ha ralentizado el progreso, pero el mundo sigue en camino de satisfacer la meta de reducción de la pobreza.

Antes de la crisis, la intensidad de la pobreza había disminuido en casi todas las regiones.

Meta 1.B: Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.

Indicadores

El deterioro del mercado laboral, causado por la crisis económica, provocó un fuerte descenso del empleo.

Con la pérdida de puestos de trabajo, más gente se ha visto forzada a aceptar empleos vulnerables.

Desde la crisis económica, más trabajadores y sus familias están viviendo en pobreza extrema.

Meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

Indicadores

Es probable que el hambre haya alcanzado un máximo en 2009, una de las muchas consecuencias de la crisis alimentaria y financiera mundial.

En la mayoría de las regiones el progreso para erradicar el hambre se ha estancado.

A pesar de algunos avances, uno de cada cuatro niños de los países en vías de desarrollo pesa menos de lo que debería y los niños rurales tienen casi el doble de probabilidad de tener un peso inferior al normal, que los niños de las áreas urbanas.

En algunas regiones, la preponderancia de niños que pesan menos de lo normal es mucho mayor entre los pobres

Más de 42 millones de personas han tenido que abandonar sus hogares por conflictos o por persecución

OBJETIVO 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

Meta 2.A: Asegurar que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Indicadores

Las esperanzas son cada vez más débiles de que en 2015 se logre la educación universal, a pesar de que muchos países pobres han hecho tremendos avances.

La gran mayoría de los niños que no finalizan la escuela están en África subsahariana y el Sur de Asia.

Las desigualdades obstaculizan el avance hacia la educación universal.

OBJETIVO 3: PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

Meta 3.A: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015.

Indicadores

Para las adolescentes de algunas regiones, hacer realidad el derecho a la educación sigue siendo una meta difícil de alcanzar.

La pobreza es un importante obstáculo para la educación, especialmente entre las niñas de mayor edad.

En todas las regiones en vías de desarrollo, salvo en los países de la CEI, hay más hombres que mujeres en empleos remunerados.

A las mujeres se les suele relegar a las formas de empleo más vulnerables

Gran cantidad de mujeres trabajan en empleos informales, con la consiguiente falta de prestaciones y seguridad laboral.

Los puestos en los niveles mas altos siguen obteniéndolos los hombres, la diferencia es abrumadora.

Las mujeres están accediendo lentamente al poder político, pero por lo general gracias a cuotas y otras medidas especiales.

OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años

Indicadores

La mortalidad infantil está disminuyendo, pero no lo suficientemente rápido como para alcanzar la meta.

La reactivación de la lucha contra la neumonía y la diarrea, junto con un refuerzo de la nutrición, podría salvar a millones de niños.

El reciente éxito en el control del sarampión podría ser efímero si no se cubren las interrupciones en el suministro de fondos.

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta 5.A: Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015

Indicadores

Muchas muertes maternas podrían evitarse.

El alumbramiento es especialmente arriesgado en el sur de Asia y en África subsahariana, donde la mayoría de las mujeres paren sin atención sanitaria apropiada.

La brecha entre las áreas rurales y urbanas en cuanto a atención adecuada durante el parto se ha reducido.

Meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Indicadores

Más mujeres están recibiendo cuidado prenatal.

Las desigualdades en la atención durante el embarazo son tremendas.

Sólo una de cada tres mujeres en áreas rurales de regiones en vías de desarrollo recibe la atención recomendada durante el embarazo.

El progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres jóvenes en situación de riesgo.

La pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes.

El progreso en la ampliación del uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres se ha ralentizado.

El uso de métodos anticonceptivos es menor entre las mujeres más pobres y las que no tienen educación.

La escasez de fondos para la planificación familiar es una enorme falla en el cumplimiento del compromiso de mejorar la salud reproductiva de las mujeres.

OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.

Indicadores

La propagación del VIH parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, y más personas sobreviven más tiempo.

Mucha gente joven sigue sin saber cómo protegerse contra el VIH.

Empoderar a las mujeres a través de la educación sobre el SIDA sí es posible, tal como varios países lo han demostrado.

En África subsahariana, el conocimiento sobre VIH es mayor en los sectores más prósperos y entre quienes viven en áreas urbanas.

Disparidades en uso de preservativo por género y por ingresos del núcleo familiar.

El uso de preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo está siendo cada vez más aceptado en algunos países, siendo uno de los pilares de la prevención eficaz del VIH.

Los vínculos entre violencia de género e infección por VIH son cada vez más evidentes.

Los niños huérfanos por SIDA sufren más que la pérdida de sus padres.

Meta 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.

Indicadores

La tasa de nuevas infecciones por VIH sigue superando a la expansión del tratamiento.

La expansión de los tratamientos para mujeres seropositivas también protege a los recién nacidos.

Meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves .

Indicadores

Aumenta la producción de redes para mosquitos tratadas con insecticida.

En toda África, el uso de mosquiteras tratadas con insecticida protege a la población contra la malaria.

La pobreza sigue limitando el uso de mosquiteras.

La adquisición de medicamentos antipalúdicos más efectivos sigue aumentando rápidamente en todo el mundo.

Los niños de los hogares más pobres tienen menor probabilidad de recibir tratamiento para malaria.

Los fondos externos están ayudando a reducir la incidencia de malaria y las muertes, pero se necesita apoyo adicional.

Continúan los avances en tuberculosis.

La prevalencia de tuberculosis está disminuyendo en la mayoría de las regiones.

La tuberculosis sigue siendo la segunda causa de muertes en el mundo, después del VIH.

OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

Meta 7.A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Indicadores

La tasa de deforestación muestra signos de remisión, pero sigue siendo alarmantemente alta.

Se necesita urgentemente dar una respuesta decisiva al problema del cambio climático.

El éxito sin precedentes del Protocolo de Montreal demuestra que una acción concluyente sobre cambio climático está a nuestro alcance.

Meta 7.B: Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.

Indicadores

El mundo no ha alcanzado la meta de 2010 de conservación de la biodiversidad, con posibles consecuencias muy graves.

Los hábitats de las especies en peligro no están siendo adecuadamente protegidos.

La cantidad de especies en peligro de extinción sigue creciendo a diario, especialmente en países en vías de desarrollo.

La sobreexplotación de la pesca global se ha estabilizado, pero quedan enormes desafíos para asegurar su sostenibilidad.

Meta 7.C: Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

Indicadores

El mundo está en camino de cumplir con la meta sobre agua potable, aunque en algunas regiones quedan mucho por hacer.

Se necesitan esfuerzos acelerados y específicos para llevar agua potable a todos los hogares rurales.

El suministro de agua potable sigue siendo un desafío en muchas partes del mundo.

Dado que la mitad de la población de las regiones en vías de desarrollo carece de servicios sanitarios, la meta de 2015 parece estar fuera de alcance.

Las diferencias en lo que respecta a cobertura de instalaciones sanitarias entre zonas urbanas y rurales siguen siendo abismales.

Las mejoras en los servicios sanitarios no están llegando a los más pobres.

Meta 7.D: Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.

Indicadores

Las mejoras de barrios marginales, si bien han sido considerables, son insuficientes para compensar el aumento de personas pobres en zonas urbanas.

Se necesita una meta revisada sobre la mejora de barrios marginales para fomentar las iniciativas a nivel país.

OBJETIVO 8: FOMENTAR UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

A pesar de la crisis económica, la ayuda sigue aumentando, pero África no la recibe en su justa medida.

Meta 8.A: Atender las necesidades especiales de los países menos desarrollados, los países sin litoral y los pequeños estados insulares en vías de desarrollo.

Indicadores

Sólo cinco países donantes han alcanzado la meta de la ONU en cuanto a ayuda oficial.

Meta 8.B: Continuar desarrollando un sistema comercial y financiero abierto, basado en reglas establecidas, predecibles y no discriminatorias.

Indicadores

Los países en vías de desarrollo logran un mayor acceso a los mercados de los países desarrollados.

Los países menos desarrollados se benefician más por las reducciones de tarifas, especialmente en sus productos agrícolas.

Meta 8.C: Lidar en forma integral con la deuda de los países en vías de desarrollo.

Indicadores

La carga de la deuda disminuyó para los países en vías de desarrollo y continúa muy por debajo de sus niveles históricos.

Meta 8.D: En cooperación con el sector privado, hacer más accesible los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y comunicaciones.

Indicadores

Crece la demanda de tecnologías de telecomunicación.

Internet sigue siendo inaccesible para la mayoría de los habitantes del planeta.

Hay una gran brecha entre quienes cuentan con conexión de alta velocidad a Internet, la mayoría en países desarrollados, y los usuarios que utilizan conexión telefónica.

I.2. NIVEL NACIONAL

I.2.1 POLITICA NACIONAL

a) HOJA DE RUTA

La Hoja de Ruta, presentada por el Gobierno Central ante el Congreso de la República, sintetiza los lineamientos de política general considerados para el período 2011–2016, titulada LINEAMIENTOS CENTRALES DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL PARA UN GOBIERNO DE CONCERTACIÓN NACIONAL, y cuyo detalle a nivel de políticas sociales y con directa incidencia la temática de salud es el siguiente:

El Compromiso con el Pueblo Peruano firmado por Ollanta Humala establece que la transformación que el país requiere se hará de manera gradual y persistente.

- *en el marco del Estado de Derecho,*
- *el respeto absoluto a la división de poderes del Estado,*
- *honrando todos los compromisos del Estado, y*
- *restableciendo el principio de la ética pública, combatiendo la corrupción y el despilfarro del dinero del Estado.*

POLÍTICAS SOCIALES

Se busca un impacto rápido y significativo en la reducción de la pobreza y en la expansión de los beneficiados por el crecimiento económico, así como potenciar los sistemas de concertación, participación y consulta de la ciudadanía en los programas sociales. Estas medidas persiguen reducir el conflicto social, para al mismo tiempo facilitar la inversión privada y coadyuvar a mejorar la productividad.

- *Duplicación de la cobertura (número de hogares) del programa JUNTOS orientado a familias en pobreza extrema y madres solteras en situación de necesidad.*
- *Aumento del salario mínimo a S/. 750.00. Aumentos futuros de acuerdo con la evolución de la productividad y del costo de la canasta de consumo.*
- *Programa CUNA MÁS para la primera infancia principalmente en distritos con mayor índice de pobreza.*
- *PENSIÓN 65 de S/.250.00 focalizado y con financiamiento del tesoro público, para personas mayores de 65 años que no tienen protección social. No se tocarán los fondos de los afiliados de las AFP.*
- *Sistema eficiente de control de calidad de los medicamentos con énfasis en la promoción de genéricos de calidad, eficaces, seguros y oportunos.*
- *Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), con ambulancias equipadas, personal idóneo y conexión de internet a grupos de médicos especializados para atender casos de urgencias, a nivel nacional con énfasis en las zonas rurales.*
- *Desnutrición cero con desayunos y almuerzos en los colegios públicos, y fortalecimiento del plan de salud preventiva para los alumnos.*
- *Dotación de agua potable, desagüe y electricidad para las escuelas públicas. Servicios básicos que se harán extensivos progresivamente, comenzando en las zonas de mayor déficit.*

POLÍTICA MACROECONÓMICA Y CRECIMIENTO ECONÓMICO INCLUSIVO

Condiciones para expandir la inversión privada nacional, diversificación productiva y competitividad

- *Aprovechamiento, social y ambientalmente sostenible, de nuestros recursos naturales.*
- *Defensa y promoción de la biodiversidad y de la agricultura, especialmente la orgánica, declarando la moratoria al ingreso de semillas transgénicas al país, y con la participación activa de las comunidades locales.*

POLÍTICAS DE ENERGÍA

- *Promover la cultura del uso eficiente y racional de la energía como mecanismo de mejora social, económica y ambiental.*

POLÍTICAS DE REGULACIÓN

- *Integrar y fortalecer las actuales acciones de regulación mediante la constitución de un organismo autónomo de regulación ambiental.*

POLÍTICAS DE EMPLEO DE CALIDAD Y DERECHOS LABORALES

- *Fiscalización efectiva del respeto a los derechos laborales y de las condiciones de salubridad y seguridad del trabajo. Se aumentará significativamente el número de inspectores de trabajo.*
- *Programas de incentivos a la formalización de las MYPES consistentes en el aseguramiento de los trabajadores de todas aquellas empresas que se formalicen y, al mismo tiempo, se comprometen a cumplir con sus obligaciones tributarias y con estándares laborales básicos.*

POR UN ESTADO MÁS SEGURO, EFICIENTE, TRANSPARENTE Y DESCENTRALIZADO

- *Fortalecer la descentralización del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) y dotarlo de equipos profesionales calificados y adecuadamente remunerados.*
- *Definición clara de competencias de los niveles de gobierno Nacional, Regional y Local y co-financiación de Inversiones entre los tres niveles de gobierno.*

b) ACUERDO NACIONAL

El Acuerdo Nacional es el conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso, luego de un proceso de talleres y consultas a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. La suscripción del Acuerdo Nacional se llevó a cabo en un acto solemne en Palacio de Gobierno, el 22 de julio de 2002.

En el Acuerdo Nacional, y cuyo detalle a nivel de políticas sociales y con directa incidencia la temática de salud es el siguiente:

POLÍTICAS DE ESTADO

Democracia y Estado de Derecho

- Fortalecimiento del régimen democrático y del Estado de derecho.
- Institucionalización del diálogo y la concertación.
- Gobierno en función de objetivos con planeamiento estratégico, prospectiva nacional y procedimientos transparentes.
- Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

Equidad y Justicia Social

- Reducción de la pobreza
- Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación
- Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte
- Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social
- Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición

- Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.

Competitividad del País

- Afirmación de la economía social de mercado

Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

- Afirmación de un Estado eficiente y transparente
- Gestión del Riesgo de Desastres

c) EL PLAN BICENTENARIO: EL PERÚ HACIA EL 2021

El Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021 es un plan de largo plazo que contiene las políticas nacionales de desarrollo que deberá seguir el Perú en los próximos diez años.

En el Plan Bicentenario, y cuyo detalle a nivel de políticas sociales y con directa incidencia la temática de salud es el siguiente:

Eje estratégico 1: Derechos fundamentales y dignidad de las personas

OBJETIVO NACIONAL: Plena vigencia de los derechos fundamentales y la dignidad de las personas.

Este objetivo involucra la plena democratización de la sociedad y la vigencia irrestricta del derecho a la vida, a la dignidad de las personas, a la identidad e integridad, a la no discriminación, al respeto de la diversidad cultural y al libre desarrollo y bienestar de todos los peruanos, conforme a lo dispuesto en la Constitución y en los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por el Estado peruano.

Para ello se requiere expandir las capacidades humanas de manera que todas las personas puedan realizar sus máximas capacidades como seres humanos, lo que a su vez implica reducir significativamente la pobreza y la pobreza extrema como males sociales y la aceptación de los valores de meritocracia, laboriosidad, cooperación, honestidad, solidaridad e inclusión social, al mismo tiempo que se estimula y reconoce la creatividad, el emprendimiento y la creación de riqueza.

Eje estratégico 2: Oportunidades y acceso a los servicios

OBJETIVO NACIONAL: Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos.

En este caso, el objetivo es lograr que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para desarrollarse, lo que implica tener acceso a servicios básicos de calidad, en particular educación, salud, agua y desagüe, electricidad, telecomunicaciones, vivienda y seguridad ciudadana. El acceso universal a servicios de calidad y la seguridad

alimentaria son esenciales para superar la pobreza y garantizar la igualdad de oportunidades para todos.

Eje estratégico 3: Estado y gobernabilidad

OBJETIVO NACIONAL: Estado democrático y descentralizado que funciona con eficacia, eficiencia y articuladamente entre sus diferentes sectores y los tres niveles de gobierno al servicio de la ciudadanía y el desarrollo, garantizando la seguridad nacional.

Este objetivo implica lograr que el Estado se oriente al servicio de los ciudadanos y la promoción del desarrollo, y que el ejercicio de la función pública sea eficiente, democrático, transparente, descentralizado y participativo, en el marco de una ciudadanía ejercida a plenitud por las personas. La estrategia para alcanzar este objetivo en un mundo globalizado implica efectuar una profunda reforma del Estado para mejorar la calidad de los servicios que presta a la ciudadanía, lo cual requiere una reforma de las entidades públicas y una mejora sustancial de los servidores y funcionarios públicos, así como de su rol de promoción del desarrollo, en el marco de una gestión pública concertadora y participativa. Igualmente, implica una política exterior para la paz, la integración y la democracia global. Por democracia global se entiende la participación de nuestro país en la comunidad mundial anteponiendo los objetivos nacionales, efectuando alianzas estratégicas regionales y subregionales, y acuerdos de integración y concertaciones que permitan diseñar un ordenamiento legal internacional beneficioso para el conjunto de los países. Esto incluye la reforma y modernización del Estado mediante mecanismos como el planeamiento estratégico, el gobierno electrónico, la participación ciudadana, la vigilancia ciudadana y la rendición de cuentas en todos los niveles de gobierno. El Estado se mantiene alerta y preparado para afrontar con rigor las tendencias negativas que pudieran afectar el normal desenvolvimiento de sus acciones orientadas a promover el bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la nación. En esa perspectiva, el Estado garantiza la seguridad de la nación mediante el Sistema de Seguridad y Defensa Nacional. La defensa nacional permite lograr la seguridad nacional, la que se fortalece con la dimensión humana, el respeto a la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas, así como con la promoción del desarrollo económico y social, la inclusión social, la educación y la lucha contra la pobreza.

Eje estratégico 4: Economía, competitividad y empleo

OBJETIVO NACIONAL: Economía competitiva con alto nivel de empleo y productividad.

El objetivo es lograr una economía dinámica y diversificada, integrada competitivamente a la economía mundial y con un mercado interno desarrollado, en un marco de reglas estables que promuevan la inversión privada con alta generación de empleo y elevada productividad del trabajo.

Durante la recuperación del sistema económico internacional se acondicionarán, como parte de las políticas de mejoramiento de la competitividad internacional, la infraestructura, la logística y el capital humano haciendo uso intensivo del empleo y de insumos nacionales para mantener la demanda efectiva interna. Ello permitirá que las exportaciones tiendan a un nivel superior, con mayor valor agregado e incorporación de conocimiento. Asimismo, se mantendrá el estímulo a la inversión privada con políticas económicas coherentes y reglas estables que promuevan la innovación tecnológica y hagan viable el incremento de la productividad y la competitividad, así como una mayor generación de empleo digno. Con este fin se impulsará el desarrollo de la investigación científica y tecnológica para fortalecer la innovación y la competitividad del país. El impulso a las actividades generadoras de empleo es clave para la ampliación del mercado interno y el desarrollo de actividades productivas orientadas a este, las que por su competitividad también poseerán un potencial exportador. De este modo se busca conformar una estructura productiva moderna, con fuertes eslabonamientos hacia atrás y hacia adelante, desplegada equilibradamente a nivel regional, y en la que la fuerza laboral, gracias a la distribución del ingreso, tenga acceso a los mercados de bienes y servicios.

Eje estratégico 5: Desarrollo regional e infraestructura

OBJETIVO NACIONAL: Desarrollo regional equilibrado e infraestructura adecuada.

Generar el desarrollo descentralizado de la infraestructura productiva y social, a fin de lograr una ocupación equilibrada del territorio y la competitividad de las actividades productivas regionales. Con tal propósito, se establecerán espacios transversales de planificación macrorregional del norte, centro y sur.

Eje estratégico 6: Recursos naturales y ambiente

OBJETIVO NACIONAL: Conservación y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales y la biodiversidad con un enfoque integrado y ecosistémico y un ambiente que permita una buena calidad de vida para las personas y la existencia de ecosistemas saludables, viables y funcionales en el largo plazo.

El objetivo es lograr el aprovechamiento racional y sostenible de los recursos naturales y la biodiversidad, a fin de garantizar su conservación para las generaciones futuras, así como el derecho de las personas a gozar de un ambiente equilibrado y adecuado para el desarrollo de sus vidas. El logro de este objetivo requiere de la acción decidida del Estado y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Gestión Ambiental para la regulación del aprovechamiento sostenible de los recursos naturales y la calidad ambiental, la creación de incentivos económicos que estimulen una buena gestión ambiental, y el establecimiento de mecanismos eficaces de supervisión y fiscalización ambiental de las empresas. A ello deben

agregarse medidas adecuadas para la adaptación del país al cambio climático y el impulso de mecanismos de información y participación ciudadana, así como la educación ambiental en todos los niveles educativos.

I.2.2. LINEAMIENTOS DE POLITICA SECTORIAL 2013 – 2020

Visión:

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana. Con el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno Local y la Sociedad Civil que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común. Así mismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.

El Plan Nacional Concertado de Salud se fundamenta en principios orientadores y enfoques transversales que se ven reflejados en su visión, objetivos y estrategias.

Principios

Son principios rectores que guiarán las acciones expresadas en el Plan Nacional Concertado de Salud.

Universalidad:

Es uno de los pilares sobre el cual el Estado debe garantizar el bienestar para todos

Inclusión social:

El Estado brinda los servicios de salud e implementa estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica.

Equidad:

Es la oportunidad para todos de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores más vulnerables para el desarrollo de sus potencialidades y alcanzar una vida saludable.

Integralidad:

El Estado asume que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial, por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que

su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad.

Complementariedad:

La salud tiene diversas dimensiones o factores que la afectan, por tanto, requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas y privadas que de manera articulada podrán tener mayor eficiencia e impacto.

Eficiencia:

Porque se espera que las intervenciones y estrategias tengan la capacidad para lograr beneficios en la salud empleando los mejores medios posibles y maximizando el uso de los recursos, las estrategias deberían estar basadas en evidencias y los resultados deberían estar expresados en metas mensurables. Frente al riesgo de elegir solamente aquellas intervenciones menos costosas o en lugares con mayor probabilidad de éxito o impacto por ser áreas accesibles, con mayor población y con mejores condiciones es necesario apoyarse en los principios de calidad y solidaridad.

Calidad:

El servicio satisface las necesidades del individuo en forma oportuna y eficaz respetando sus derechos.

Solidaridad:

Este principio exige que los más ganen contribuyan por los más pobres, el más sano por el menos sano y el más joven por el de mayor edad.

Sostenibilidad:

Garantiza la continuidad de las políticas y los compromisos asumidos tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto.

Enfoques

El PNCS considera los siguientes enfoques que cruzan cada uno de sus componentes y que se expresarán en las intervenciones y estrategias.

Derecho a la salud:

Se basa en el respeto a la dignidad de toda persona que implica la obligación estatal inmediata de brindar garantías para la igualdad en el trato y la no discriminación en la atención de la salud. Lo cual, es fundamental para garantizar el acceso de la población excluida y más vulnerable a servicios de salud oportunos y de calidad.

El enfoque de derechos, entonces, constituye el conjunto de procesos y prácticas mediante las cuales la gente hace que los derechos sean una

realidad (se garanticen, se respeten y se protejan de manera eficaz y universal).

Equidad de género:

El Estado garantiza la salud de la mujer, para tal efecto establece políticas que garantizan su pleno derecho a la salud, en especial en su condición de mujer y madre.

Interculturalidad:

Consiste en adecuar los servicios de salud a las expectativas de los usuarios, ofreciendo servicios de calidad que respetan las creencias locales e incorporan sus costumbres a la atención.

Participación Social:

Permite ampliar la base del capital social en las acciones a favor de la salud de la población, definir prioridades, generar compromisos y vigilar su cumplimiento.

Comunicación en salud:

La comunicación para la salud, es un proceso estratégico social y político que desarrolla, incrementa y promueve la educación en el derecho a la salud de la sociedad para lograr una vida plena de todos nuestros ciudadanos, a través de prácticas transparentes de transmisión y difusión de información, que garanticen el acceso a conocimientos y permitan cambios de actitudes y prácticas saludables.

OBJETIVOS

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2007 - 2020

Objetivo 1: Reducir la Mortalidad Materna, Reducir el embarazo en adolescentes. Reducir complicaciones del embarazo, parto, puerperio. Incrementar el parto institucional en zonas rurales. Ampliar el acceso a la planificación familiar.

Objetivo 2: Reducir la Mortalidad Infantil, Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.

Objetivo 3: Reducir la Desnutrición Infantil, Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza.

Objetivo 4: Controlar las Enfermedades Transmisibles, Controlar la tuberculosis, la infección por el virus del HIV el SIDA y la malaria.

Objetivo 5: Controlar las Enfermedades Transmisibles Regionales, Control del dengue, leishmaniosis, enfermedad de chagas y bartonelosis.

Objetivo 6: Mejorar la Salud Mental Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.

Objetivo 7: Controlar las Enfermedades Crónico Degenerativas Prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebro vascular.

Objetivo 8: Reducir la Mortalidad Por Cáncer, Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de estómago, próstata y pulmón.

Objetivo 9: Reducir la Mortalidad por Accidentes y Lesiones Intencionales, Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito mediante la prevención y educación.

Objetivo 10: Mejorar la Calidad de Vida del Discapacitado, Disminuir la discapacidad y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una Atención Integral de salud.

Objetivo 11: Mejorar la Salud Bucal Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD 2007 – 2011

Objetivo 1: Aseguramiento Universal

Lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad

Objetivo 2: Descentralización

Gobiernos Regionales y Locales que ejercen plenamente sus funciones en materia de salud

Objetivo 3: Mejora de la Oferta y Calidad de los Servicios

Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios

Objetivo 4: Rectoría

Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria.

Objetivo 5: Financiamiento

Incrementar el financiamiento y mejorar la calidad del gasto en salud.

Objetivo 6: Recursos Humanos

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población.

Objetivo 7: Medicamentos

Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad garantizada así como el uso racional de los mismos.

Objetivo 8: Participación Ciudadana

Crear las condiciones en el Sistema de Salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de la atención de salud y en el cumplimiento de sus deberes y derechos.

OBJETIVOS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

Objetivo 1: Saneamiento Básico

Ampliar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico con énfasis en la infraestructura a través de la coordinación intersectorial y la participación comprometida de la población.

Objetivo 2: Pobreza y Programas Sociales

Mejorar las condiciones de inclusión social de las familias y comunidades sobre todo de las zonas de pobreza y pobreza extrema a través de la implementación de políticas públicas y la fusión, integración y articulación de los programas sociales.

Objetivo 3: Medio Ambiente

Promover un ambiente saludable; control de vectores transmisores de enfermedades, para mejorar las condiciones de salud de la población, de manera multisectorial y descentralizada con participación de los actores sociales.

Objetivo 4: Salud Ocupacional

Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo para reducir la carga de mortalidad y discapacidad debida a exposición ocupacional.

Objetivo 5: Seguridad Alimentaria y Nutricional

Promover prácticas de alimentación y nutrición saludable en las familias con niños menores de 5 años, mujeres gestantes y madres que dan de lactar.

Objetivo 6: Seguridad Ciudadana

Mejorar la seguridad ciudadana, reduciendo los niveles de violencia urbana y delitos de alto impacto, para mejorar el bienestar de la población.

Objetivo 7: Educación

Desarrollar una Política de Estado que consolide la promoción de una cultura de salud, (estilos de vida y entornos saludables) intrasectorial, con una participación activa de la Sociedad en general.

I.3 NIVEL REGIONAL

I.3.1 CONCEPCIÓN DEL DESARROLLO REGIONAL.

El desarrollo humano es fundamentalmente un proceso de ampliación de oportunidades para las personas, afirmándose que la verdadera riqueza de una sociedad es su gente. Asimismo, se plantea que el ingreso y los aspectos vinculados a las actividades económicas en general, muy importantes por cierto, viene a ser uno de los aspectos en las oportunidades que se desea tener. El desarrollo humano abarca más que la expresión de la riqueza o el ingreso, es en si el desarrollo integral del ser humano en aspectos como la educación, salud y su participación en la sociedad con libertad.

En ese sentido, construir el desarrollo regional, es el desafío de trabajar de manera organizada, articulada y coherente entre todos los actores sociales de la región. Ello será posible sólo a través de la inversión social necesaria, el emprendiendo la transformación productiva y una mejor relación con la biodiversidad y manejo adecuado del ambiente y las reformas institucionales; cuyo fin supremo es el de contar con un mejor desarrollo humano

PRINCIPIOS Y VALORES

Principios

Transparencia, equidad y ética.

Valores

Honestidad, responsabilidad y solidaridad.

EJES ESTRATEGICOS DE DESARROLLO

En el marco de la Concepción del Desarrollo para nuestra región descrito anteriormente, planteamos la incorporación de los ejes estratégicos: Social, Económico, Ambiental e Institucional; con los que impulsaremos el ansiado desarrollo de nuestra Región.

EJES ESTRATÉGICOS PARA EL DESARROLLO REGIONAL



Eje Estratégico Social

- Equidad, Justicia Social e Inclusión

El desarrollo con equidad, significa igualdad de oportunidades tanto para hombres y mujeres; y que la prosperidad económica sea distribuido equitativamente entre los miembros de la sociedad. Alcanzaremos la justicia social, combatiendo la pobreza. Ello requiere un enfoque integral, combinando y coordinando las políticas sociales entre sí, haciendo participar a los afectados y a toda la sociedad en el tratamiento del problema con un componente fundamentalmente de inversión social antes que de gasto social. El crecimiento debe permitir la inclusión de todos los integrantes de la sociedad, para lograr en forma conjunta el desarrollo regional, principalmente de aquellas poblaciones históricamente marginadas: comunidades nativas, comunidades campesinas, discapacitados, jóvenes, mujeres, y ancianos.

- Acceso a Servicios Básicos

Combatir la pobreza, significará el acceso universal y sobre todo de los más pobres, a los servicios básicos como la nutrición, la salud, servicios de agua segura, la educación, con especial atención a aquellos que están en situación de vulnerabilidad, a la energía eléctrica, a la comunicación y a la vivienda.

- Práctica de Valores

La práctica de valores es indispensable en los gobernantes, funcionarios y la población en general, para que el desarrollo se conduzca en un escenario regido por principios y valores.

- **Paz y Seguridad**

Dirigir con prioridad las inversiones a las zonas altamente vulnerables de nuestro departamento, afianzando la presencia estatal; para restablecer las condiciones mínimas de paz y seguridad ciudadanas.

- **Educación e Identidad Cultural**

La educación a de ser de primera prioridad para todos los gobiernos de turno, regional o local. Ello nos permita en el futuro contar con una sociedad altamente preparada y consciente de su rol. La riqueza de los pueblos se expresa en su cultura; la cultura es un elemento del sentido y orientación del desarrollo. Su importancia se aprecia desde el núcleo familiar hasta en la vida en sociedad. Su más alta expresión es la libertad, el respeto a la diversidad cultural, la igualdad y el pensamiento creativo. La cultura amalgama la conciencia histórica de nuestras raíces, valores, tradiciones y vivencias cotidianas en las que se materializa la creatividad individual y colectiva de los pueblos. Es garantizar nuestras comunidades nativas y campesinas la permanencia y el respeto a su cultura.

Eje Estratégico Económico

- **Promoción de la Inversión Privada**

La inversión privada es el motor del crecimiento económico, sin él será difícil la generación de oportunidades de empleo y de ingresos dignos para la sociedad. Por tal motivo es indispensable que tanto el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales opten como política de estado, la promoción de las oportunidades de negocio, la mejora de la infraestructura económica – productiva y la simplificación de trámites; elementos que permitirá la llegada de capital privado nacional, extranjero y el resurgimiento del inversionista local regional.

- **Valor Agregado y Competitividad**

Llevar adelante la transformación productiva con énfasis en aquellas actividades con alto potencial y en aquellos productos denominados bandera, cuya posición en el mercado es un hecho. Ello implica una fuerte intervención del estado, en el acompañamiento al empresario local-regional en todas las fases de la cadena productiva, mejorando así la competitividad y la generación de mayor valor agregado. Será necesario para ello que los gobiernos regional y local, asuman el rol promotor que les corresponde, a través de la asistencia técnica y transferencia tecnológica. Recuperar la producción agrícola significará fortalecimiento de las cadenas productivas, en productos con mayores ventajas comparativas. La búsqueda de mercados internacionales es una necesidad imperiosa, que permitirá la oportunidad de exportar nuestros productos, debiendo convertirse esta actividad en la principal fuente de divisas para nuestra región.

Eje Estratégico Ambiental

- **Ordenamiento Territorial**

Es necesaria la solución de los problemas limítrofes tanto al interior como en el exterior de nuestro departamento, para evitar posibles focos de conflicto; que al final de cuentas debe conllevar a la convivencia pacífica y la colaboración entre los pueblos para resolver problemas mayores. El ordenamiento territorial también pasa en zonificar adecuadamente los recursos naturales para su conservación y explotación racional.

- **Recursos Naturales y Biodiversidad**

Se apostará al desarrollo armonioso y de respeto al medio ambiente, se garantizará la conservación y preservación de los recursos naturales y hacerlos perdurables en el tiempo, dado que somos conscientes que mientras más rápido y adecuadamente se adscriba a la conservación del ambiente seremos más capaces de revertir la pobreza, mejorar la calidad de vida y ocupar una posición más competitiva en el mercado global.

- **Cambio Climático**

El cambio climático es una realidad y afectará con mayor intensidad al departamento. En ese sentido es necesario prepararnos para afrontar los posibles desastres naturales que ocurrirán, como el incremento de las lluvias en la selva, las heladas y sequía en la sierra, entre otros.

Eje Estratégico Institucional

- **Fortalecimiento de las Instituciones y Organizaciones**

El departamento de Junín debe contar con instituciones y organizaciones fortalecidas, para que den el soporte necesario para enfrentar los retos de la globalización. El modelo de gestión a adoptarse en la administración pública debe caracterizarse por su eficiencia, eficacia, legalidad y transparencia, capaz de enfrentarse con efectividad a los retos actuales y futuros. Asimismo es indispensable asegurar que la actuación de estos, esté subordinada a la demanda y necesidad de la sociedad.

- **Concertación y Participación Ciudadana**

El fortalecimiento de los mecanismos de concertación y participación es indispensable, para que a través de él, la sociedad civil pueda proponer, aportar y comprometerse con el desarrollo de nuestra región.

VISIÓN DE FUTURO AL 2021

Junín integrado, cuenta con un mejor nivel de desarrollo humano y una sólida identidad regional, ha alcanzado la competitividad en productos agroindustriales, turísticos, artesanales exportables; reconocido por su adecuado manejo ambiental, con instituciones transparentes, eficientes y participativas.

II. DIAGNÓSTICO SOCIOECONÓMICO Y DE LA SITUACIÓN DE SALUD

2.1. UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

La Región Junín se encuentra ubicada en la parte central del territorio peruano, abarca dos regiones naturales: sierra y selva. La elevación promedio oscila entre 400 y 5,000 m.s.n.m., siendo el distrito de Río Tambo (provincia de Satipo) el de menor altitud.

El departamento de Junín con una superficie territorial de 44,197.2 km², representa el 3.4% del territorio nacional, y en el que habitan el 4.7% de la población del país. Las provincias con mayor extensión territorial son Satipo (19219.5 km²), Junín (2360.1 km²), Chanchamayo (4723.4 km²), Tarma (2749.2 km²), Yauli (3617.4 km²), Jauja (3749.1 km²), Chupaca (1142.1 km²), Concepción (3067.5 km²) y Huancayo (3569.1 km²).

Tiene diversos climas y microclimas cuyas características principales son: frío glaciario de alta montaña tropical en las cumbres nevadas, frío de alta montaña en las punas o altas mesetas, templado frío en zonas limítrofes con las punas, templado de montaña tropical, templado húmedo y nuboso de la ceja de selva, tropical de selva alta y tropical de selva baja.

Políticamente la región Junín está conformada por las provincias de Huancayo, Chanchamayo, Chupaca, Concepción, Jauja, Junín, Satipo, Tarma y Yauli, cuenta con 123 distritos, 389 comunidades campesinas, 174 comunidades nativas inscritas en el registro interno del Ministerio de Agricultura (150 comunidades nativas tituladas) y 3745 centros poblados.

Figura 01

División política del departamento de Junín, según provincias y distritos
DIRESA - Junín 2010

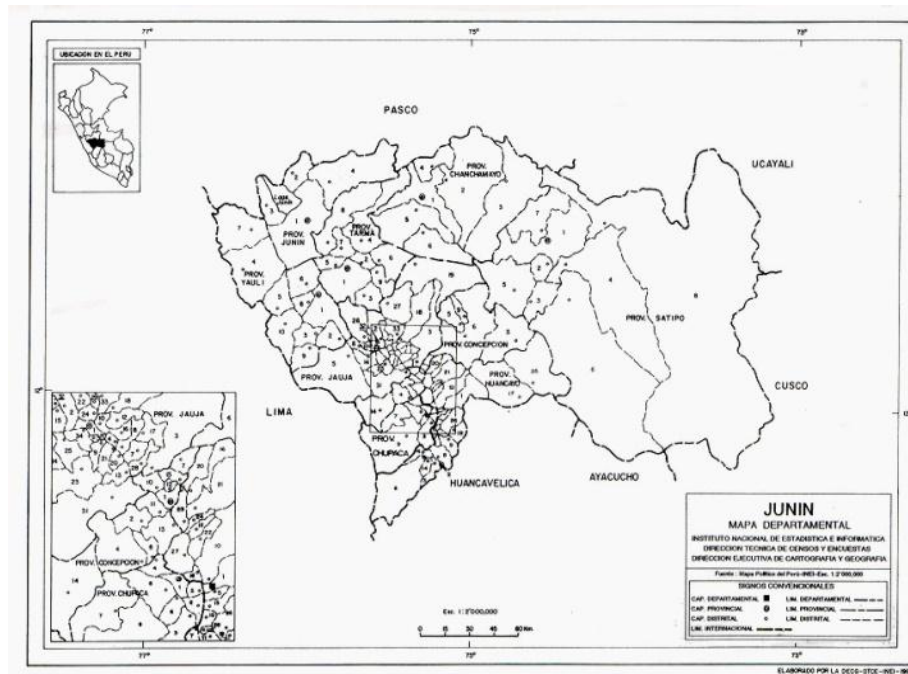
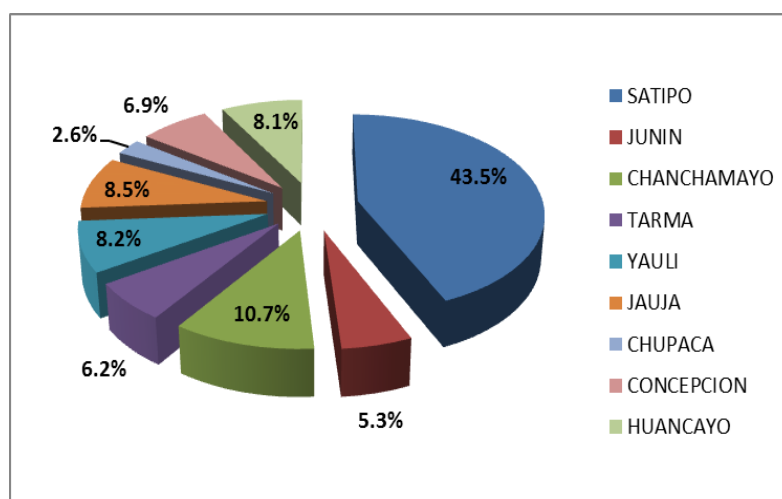


Gráfico N°: 01

Extensión territorial de la región Junín por Provincias



Fuente: INEI

2.2. POBLACIÓN

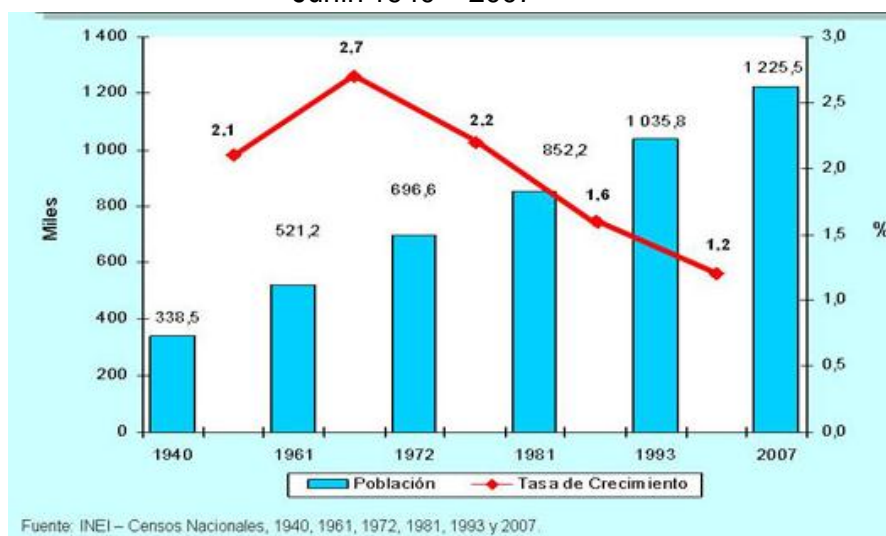
a. Población Total

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 N°: 02
Evolución de la población (en miles)
Junín 1940 – 2007



Fuente: INEI.

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

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

En la Provincia de Chanchamayo la densidad poblacional ha crecido en 6 puntos porcentuales entre cada censo poblacional.

En Jauja ha descendido en dos puntos en relación al censo anterior. Similar situación ocurre en la provincia de Concepción.

La Provincia de Satipo tiene la menor densidad poblacional de la Región, con una ligera tendencia a incrementarse, lo que posibilita un difícil acceso geográfico a los establecimientos de salud.

Tabla: 01

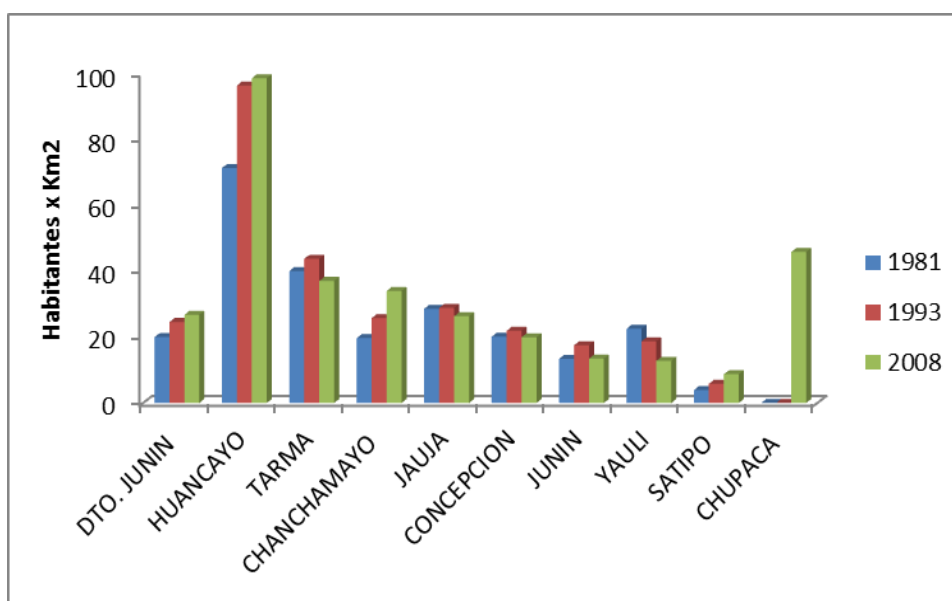
Evolución de la densidad poblacional (en Km²) de Junín 1940 – 2007

PROVINCIA	SUPERFICIE TERRITORIAL		DENSIDAD POBLACIONAL Hab/Km ²		
	Km ²	%	1981	1993	2008
DTO. JUNIN	44409.7	100	20	24.6	26.8
HUANCAYO	4711.15	10.6	71.4	96.5	98.7
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	23.07	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
CHUPACA	1142.1	2.6	0	0	45.9

Fuente: INEI

Gráfico N° 03

Evolución de la densidad poblacional (en Km²) de Junín 1981 – 2008



Fuente: INEI.

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

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

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

Tabla: 02
Población total por grupos de edad y provincias
DIRESA - Junín 2008

PROVINCIAS	GRUPOS DE EDAD				
	TOTAL	0 - 9	10 - 19	20 - 59	60 a+
DTO. JUNIN	1.188.427	241.515	252.775	589.316	104.821
HUANCAYO	465.398	94.578	98.989	230.782	41.049
CONCEPCION	61.226	12.443	13.022	30.361	5.400
CHANCHAMAYO	160.837	32.687	34.210	79.755	14.185
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
YAULI	46.283	9.406	9.844	22.951	4.082
CHUPACA	52.522	10.674	11.170	26.045	4.633

Fuente: INEI.

b. Población por sexo

Índice de masculinidad

El índice de masculinidad en el departamento de Junín es de 99.4 hombres por cada 100 mujeres, según el último Censo Nacional.

Como se observa en tabla 03, a medida que aumenta la edad, el índice de masculinidad disminuye paulatinamente, por ejemplo, en el grupo de edad de 0 a 4 años el índice de masculinidad era de 104.3 hombres por cada 100 mujeres, mientras que en 80 a 84 años es de 89.1 hombres por cada 100 mujeres.

Esto estaría relacionado a que los varones están más sometidos a riesgos por razones laborales y de comportamiento, por lo que la mortalidad es mayor que en las mujeres.

Tabla 03
Índice y tasa de Masculinidad en la Región Junín. 2007

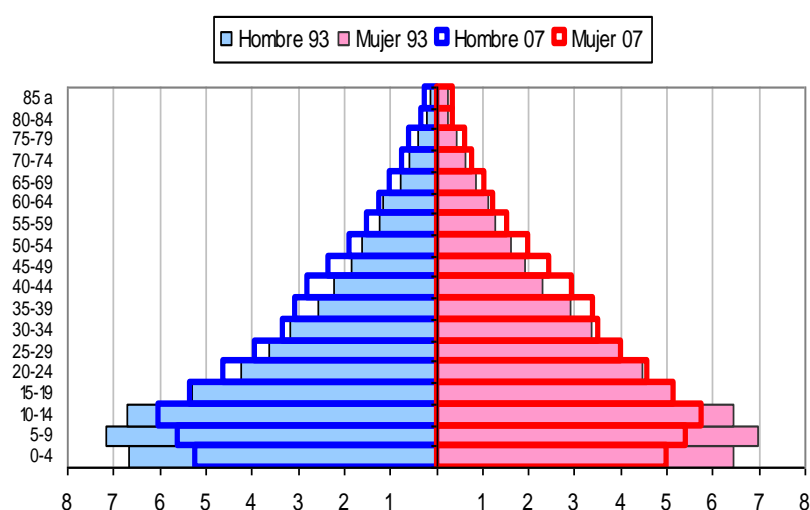
EADES	POBLACION TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	INDICE DE MASCULINIDAD X100	TASA DE MASCULINIDAD X 100
0 -4	125,114	63,878	61,236	104,3	51,06
5 -9	134,832	68,656	66,176	103,7	50,92
10 -14	144,417	73,829	70,588	104,6	51,12
15 -19	128,737	65,58	63,157	103,8	50,94
20 -24	112,602	56,452	56,15	100,5	50,13
25 -29	97,305	48,101	49,204	97,8	49,43
30 -34	84,102	40,823	43,279	94,3	48,54
35 -39	79,385	37,682	41,703	90,4	47,47
40 -44	70,263	34,273	35,99	95,2	48,78
45 -49	58,83	28,741	30,089	95,5	48,85
50 -54	47,569	23,133	24,436	94,7	48,63
55 -59	37,154	18,343	18,811	97,5	49,37
60 -64	30,296	15,07	15,226	99,0	49,74
65 -69	25,464	12,572	12,892	97,5	49,37
70 -74	18,37	8,992	9,378	95,9	48,95
75 -79	15,098	7,425	7,673	96,8	49,18
80 -84	8,462	3,986	4,476	89,1	47,10
85 -89	5,11	2,251	2,859	78,7	44,05
90 -94	1452	619	833	74,3	42,63
95-99	912	339	573	59,2	37,17
Total	1225,474	610,745	614,729	99,4	49,84

Fuente: INEI.

c. Pirámide poblacional

La pirámide poblacional está en función a tres factores que determinan su estructura por edad y sexo (natalidad, mortalidad y migraciones). El año 1993 se evidencia una pirámide con base amplia y más angosta en la parte superior (población expansiva), y en el año 2007 se observa una reducción de la base de la pirámide, relacionado con la reducción de la tasa de natalidad. En el tercio medio de la pirámide del 2007, observamos un ensanchamiento en relación a la del año 1993, lo cual se encuentra en relación a un incremento de la población joven, lo cual puede traducirse en un mayor volumen de causas externas en la morbilidad de la región (Gráfico 04).

Gráfico 04
Pirámide poblacional e indicadores demográficos
DIRESA - Junín 1993 y 2007



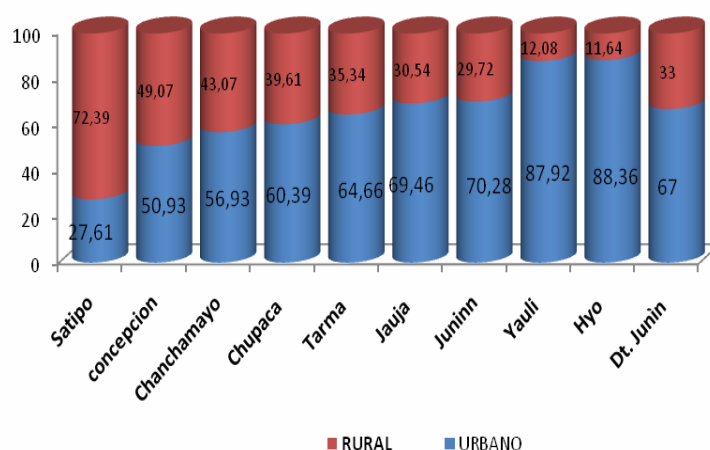
Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007

d. Población urbana y rural

En la Región Junín, en el año 1940, el 59.3% de la población era rural, disminuyendo para el año 2007 a 33%. Si comparamos con los departamentos de Huánuco, Pasco, Ayacucho y Huancavelica, Junín presenta menor porcentaje de población rural.

Las provincias con mayor porcentaje de población rural son Satipo (72.39%) y Concepción (50.93%). Las provincias con mayor población urbana son Huancayo con un 88.36%, seguido de Yauli con 87.92%

Gráfico 05
Proporción de Ruralidad/Urbanidad de las provincias
Del departamento de Junín. Año 2007



Fuente: Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda.

e. 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 04
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

f. 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.

Tabla 05
Evolución de la tasa de migración neta: inmigración
DIRESA - Junín 1995 – 2015

Departamento	Inmigrantes	(%)
Total	62 270	100.0
Lima	21 503	34,5
Huancavelica	16 925	27,2
Pasco	5 919	9,5
Huánuco	3 524	5,7
Ayacucho	2 749	4,4
Ucayali	1 840	3,0
Apurímac	1 019	1,6
Amazonas	1 010	1,6
Prov. Const. del Callao	923	1,5
Ica	877	1,4
Arequipa	735	1,2
La Libertad	709	1,1
Cajamarca	659	1,1
Cusco	649	1,0
San Martín	633	1,0
Resto departamentos	2 596	4,2



Fuente: INEI- CPV-2007

El flujo de emigración de destino de la población de Junín es Lima con un volumen de 76,992 personas (71.4%) seguido de Pasco, Huancavelica, Huánuco, Ucayali, Ayacucho, La libertad, Arequipa entre otros.

Tabla 06
Evolución de la tasa de migración neta: emigración
DIRESA - Junín 1995 – 2015

Departamento	Emigrantes	(%)
Total	107 802	100,0
Lima	76 992	71,4
Pasco	5 286	4,9
Huancavelica	4 863	4,5
Prov. Const. del Callao	3 471	3,2
Huánuco	2 600	2,4
Ucayali	2 482	2,3
Ayacucho	2 328	2,2
Ica	1 405	1,3
La Libertad	1 263	1,2
Arequipa	1 194	1,1
Resto departamentos	5 918	5,5

Fuente: INEI-CPV-2007



2.3 ASPECTOS SOCIALES

a. Acceso a Agua Potable.

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, Masma Chicche, Leonor Ordoñez, Janjaillo, Mariscal Castilla, Heroínas Toledo Chambara, Ulcumayo, L Laylla, 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 07

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.

b. 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, Huasichanca, Chamará, San José de Quero, Janjaillo, Masma Chicche,, 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 08
Población con acceso a desagüe en el departamento de Junín

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

DIRESA - Junín 1981 - 2007

FUENTE: INEI CENSO 1981.1993.2007

c. 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 09

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

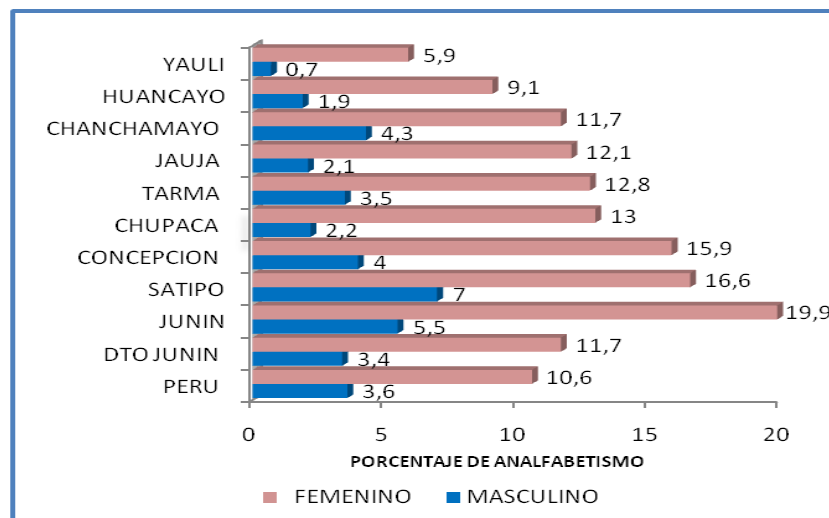
Fuente: Censo Nacional 2007

d. 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 08

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



Fuente: Censo Nacional 2007

e. 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, Río Negro, Marco, Coviriali, Tunanmarca, Huaricolca, Pucará, Paca, Aco, Pampa Hermosa, San Pedro de Cajas, Chupuro, Canchayllo, Masma Chicche, Quichuay, Carhuacallanga, Chambara, Cochas, 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.

f. Idioma Castellano

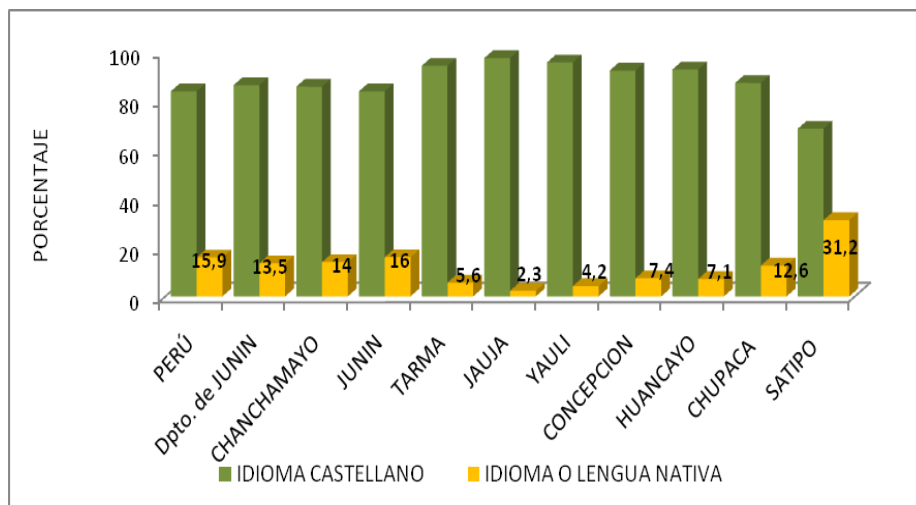
El 86.6% de la población de la Región Junín tiene por lengua materna el castellano. A nivel nacional esta cifra es de 84.1%. En el año 1993, el porcentaje de la población con lengua materna castellano era de 84.1, lo que significó un incremento en 2.5%.

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 lenguaje castellano, conservando en mayor proporción su idioma nativo.

Gráfico 09

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



Fuente: Censo Nacional 2007

g. 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 10
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

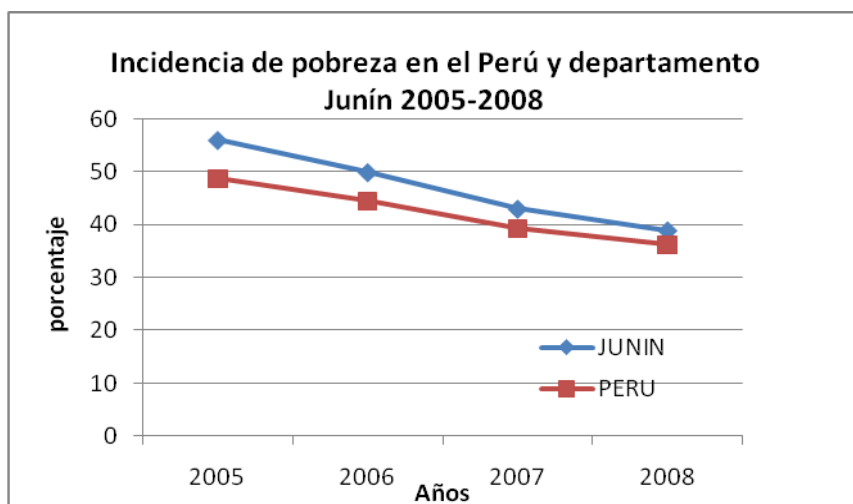
Fuente: PNUD / IDH 2006

h. 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 10

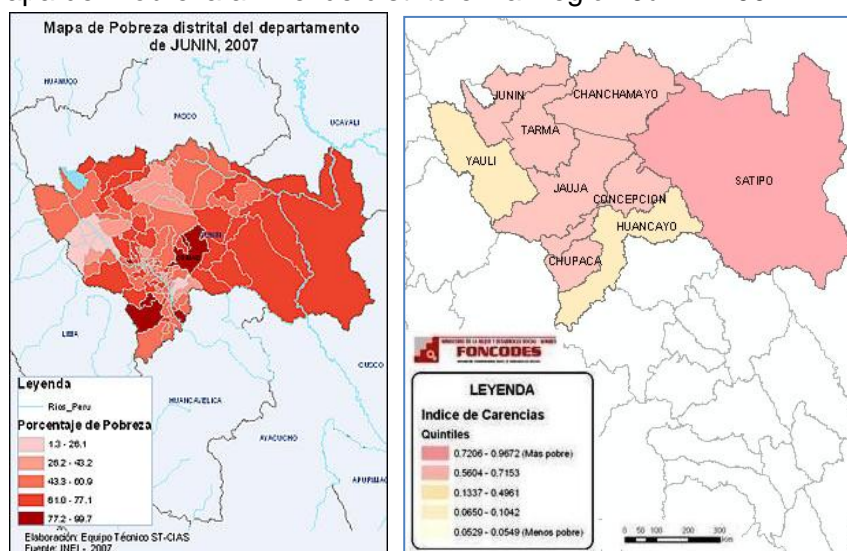
Incidencia de pobreza extrema en el departamento de Junín
2005- 2008



Fuente: INEI Mapa de pobreza 2007

Figura 2

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



Fuente: FONCODES, Mapa de pobreza 2007

2.4 SITUACIÓN DE SALUD

Análisis de la mortalidad

1. Tasa de mortalidad general

La Tasa de Mortalidad General en el año 2006, en el departamento de Junín, fue de 6.4 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 2010 fue 0.1 menos veces que el año 2006. 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.

2. 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. Para el año 2010 la tasa de mortalidad neonatal a nivel del departamento de Junín es de 28.1 con un incremento del 11.9 puntos porcentuales más que el año pasado. El distrito de mayor mortalidad neonatal fue Aco y Yauyos (1000 muertes neonatales x 1000 NV), lo cual es 998 veces más que el distrito de Chilca que tiene una tasa de mortalidad neonatal de 1.6 x 1000 NV. 94 distritos no reportaron muertes neonatales en el año 2010.

3. Mortalidad infantil

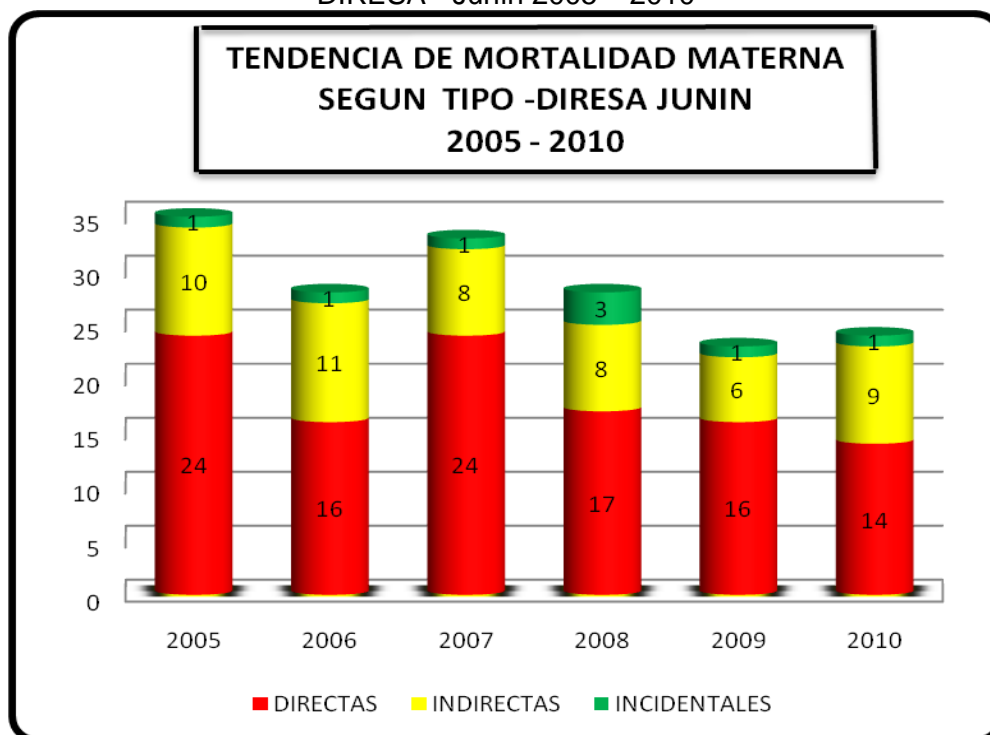
En el 2010, la tasa de mortalidad infantil en el departamento de Junín fue de 22.7 muertes en niños menores de 01 año por 1000 nacidos vivos; en ese mismo año, a nivel nacional la tasa fue de 18.5; lo cual indica que Junín tiene 4.2 veces más mortalidad infantil que el nivel nacional.

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.

4. Mortalidad materna

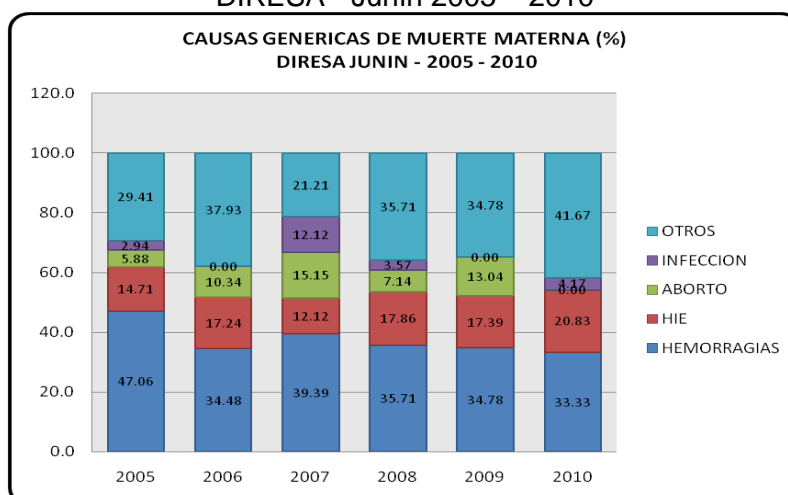
En 5 años de análisis de la ocurrencia de muertes maternas se mantiene la tendencia se observa que en los años hay descensos e incrementos, siendo las causas directas las que tienen mayor aporte para la mortalidad materna. Es así que en el año 2010 se termina con 24 muertes maternas.

Gráfico Nº 11
Tendencia de la mortalidad materna en Junín
DIRESA - Junín 2005 – 2010



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 33.3%, teniendo como causa básica las retención placentaria y la atonía uterina, seguido de la hipertensión inducida por el embarazo con un 20.83%, las que tuvieron como causa básica las Eclampsia.

Gráfico Nº 12
Primeras 5 causas genéricas de Muerte Materna en Junín
DIRESA - Junín 2005 – 2010



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Junín

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.

5. Principales causas de mortalidad en población general

En el año 2006, en el departamento de Junín, las primeras causas de mortalidad en la población en general fueron: Infecciones respiratorias agudas (12.0%), Resto de enfermedades del sistema respiratorio (11.7%), Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (8.4%).

Resto de las enfermedades del sistema digestivo (4.5%) y Accidentes que obstruyen la respiración(4.3), notándose en el 2010 incremento de las enfermedades no transmisibles, evidenciando una transición epidemiológica en nuestra región que orienta el desarrollo de intervenciones sanitarias.

En el año 2010, en el departamento de Junín, las primeras causas de mortalidad en la población en general tenemos: Infecciones respiratorias agudas (11.5%), Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (5.3%), Resto de las enfermedades del sistema digestivo (4.9%), Enfermedades del sistema urinario(4.7%) como las 5 primeras causas de mortalidad general.

Tabla 11

Primeras causas de mortalidad general en El departamento de Junín. 2006

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	971	12.0
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	949	11.7
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	678	8.4
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	363	4.5
5	Accidentes que obstruyen la respiración	347	4.3
6	Enfermedades del sistema urinario	308	3.8
7	Resto de enfermedades	299	3.7
8	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	279	3.4
9	Enfermedades cerebrovasculares	235	2.9
10	Insuficiencia cardíaca	208	2.6
	Las demás causas de muerte	3477	42.9
	TOTAL	8114	100.0

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

Tabla 12

Primeras causas de mortalidad general en el departamento de Junín. 2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	930	11.5
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	637	7.9
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	430	5.3
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	397	4.9
5	Enfermedades del sistema urinario	378	4.7
6	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento	315	3.9
7	Septicemia, excepto neonatal	302	3.7
8	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas	256	3.2
9	Resto de enfermedades	256	3.2
10	Enfermedades hipertensivas	233	2.9
	Las demás causas de muerte	3979	49.0
	TOTAL	8113	100.0

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

6. Principales causas de mortalidad por género

Mortalidad en varones

Las Infecciones respiratorias agudas (15.3%), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado(5.3%), tumores in situ benignos y los del comportamiento incierto o desconocido (5.2%), eventos de intención no determinada (4.8%), enfermedades del sistema nervioso o excepto meningitis(3.8%) constituyen las 5 primeras causas de mortalidad en los varones en el departamento de Junín en el año 2009, notándose el incremento de los casos de infecciones respiratorias y un ligero descenso de las enfermedades no transmisibles crónicas entre el año 2005 y 2009.

En el año 2005 se observan las mismas causas en general, resaltando que en el año 2009, han surgido nuevas causas de mortalidad como los accidentes de tránsito, accidentes que obstruyen la respiración y la septicemia.

Tabla 13

Primeras causas de mortalidad en varones en el departamento de Junín. 2006

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	582	13.0
2	Infecciones respiratorias agudas	492	11.0
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	468	10.5
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	209	4.7
5	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	181	4.1
6	Accidentes que obstruyen la respiración	167	3.7
7	Enfermedades del sistema urinario	167	3.7
8	Resto de enfermedades	151	3.4
9	Eventos de intención no determinada	132	3.0
10	Enfermedades cerebrovasculares	115	2.6
	Las demás causas de muerte	1797	40.3
TOTAL		4461	100.0

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

Tabla 14

Primeras causas de mortalidad en varones en el departamento de Junín. Año 2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	454	12.4
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	266	7.3
3	Enfermedades del sistema urinario	182	5.0
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	172	4.7
5	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	168	4.6
6	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	157	4.3
7	Septicemia, excepto neonatal	148	4.1
8	Resto de enfermedades	143	3.9
9	Enfermedades hipertensivas	137	3.8
10	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	121	3.3
	Las demás causas de muerte	1700	46.6
TOTAL		3648	100.0

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

7. Mortalidad en mujeres

Las Infecciones respiratorias agudas (16.3%), tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (6.8%), enfermedades del sistema urinario (4.5%), septicemia excepto neonatal (3.5%), cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (3.2%) son las causas más importantes de consulta externa en mujeres en el departamento de Junín en el año 2009.

En el año 2005 se observa un patrón semejante al perfil de mortalidad del año 2009, con la diferencia de los eventos de intención no determinada y el cáncer de cuello uterino los cuales no figuran en las diez primeras causas para el año 2009.

Tabla 15

Primeras causas de mortalidad en mujeres en el departamento de Junín. 2006

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	479	13.1
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	367	10.0
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	210	5.7
4	Accidentes que obstruyen la respiración	180	4.9
5	Resto de enfermedades del sistema digestivo	154	4.2
6	Resto de enfermedades	148	4.1
7	Enfermedades del sistema urinario	141	3.9
8	Enfermedades cerebrovasculares	120	3.3
9	Paro cardíaco	116	3.2
10	Insuficiencia cardíaca	106	2.9
	Las demás causas de muerte	1632	44.7
TOTAL		3653	100.0

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

Tabla 16

Primeras causas de mortalidad en mujeres en departamento Junín-2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	454	12.4
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	266	7.3
3	Enfermedades del sistema urinario	182	5.0
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	172	4.7
5	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	168	4.6
6	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	157	4.3
7	Septicemia, excepto neonatal	148	4.1
8	Resto de enfermedades	143	3.9
9	Enfermedades hipertensivas	137	3.8
10	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	121	3.3
	Las demás causas de muerte	1700	46.6
TOTAL		3648	100.0

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

8. Principales causas de mortalidad por etapas del ciclo de vida

En menores de 05 años

Etapla neonatal

En el año 2009, el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (61), Transtornos respiratorios específicos del periodo perinatal (61), sepsis bacteriana del recién nacido (60) y las malformaciones congénitas (35) y las infecciones respiratorias agudas (21), son las primeras causas de muerte neonatal en Junín. En el año 2005, también se registran las mismas causas, a excepción de afecciones originadas en el periodo perinatal (277) que no aparece en el año 2009. Lo que llama la atención es que las causas de retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (6) y sepsis bacteriana del recién nacido (60) se ha incrementado en el 42% y 36% respectivamente en relación al año 2005 lo que nos indica reforzar las medidas de prevención de estas causas.

Etapla de la infancia

En esta etapa, en el año 2009, las infecciones respiratorias agudas (91); Otras enfermedades del sistema respiratorio, (41); accidentes que obstruyen la respiración (39); enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (15) y

los demás accidentes constituyen las primeras causas de mortalidad en esta etapa de vida. En el año 2005, las causas tienen poca similitud ya que como primera causa se consideró a enfermedades transmisibles (135); enfermedades del aparato circulatorio (41) enfermedades infecciosas intestinales (16) que no están en la mortalidad del año 2009. Cabe resaltar que

las cifras de las diez primeras causas de mortalidad en esta etapa de vida han disminuido en relación al año 2009.

Etapa pre escolar

Para el año 2009 las Infecciones respiratorias agudas (107); enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (52); accidentes que obstruyen la respiración (37); eventos de intención no determinada (36); septicemia excepto neonatal (34), son las cinco primeras causas de muerte en esta etapa de vida.

Comparando con las causas de mortalidad preescolar del año 2005 tenemos a las causas externas de traumatismo (208); enfermedades transmisibles (182); enfermedades del aparato circulatorio (46); paro cardíaco (42) son causas que no se observa en las diez primeras causas el año 2009.

Figura 03. Primeras causas de mortalidad por etapas del ciclo de vida en menores de 05 años, en el departamento de Junín. 2003

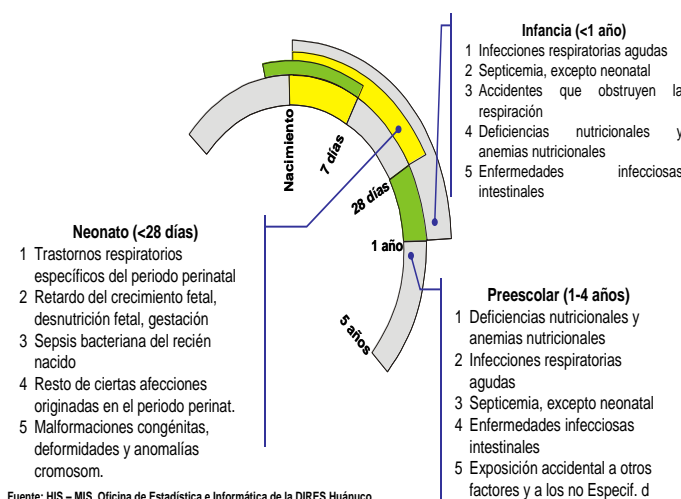
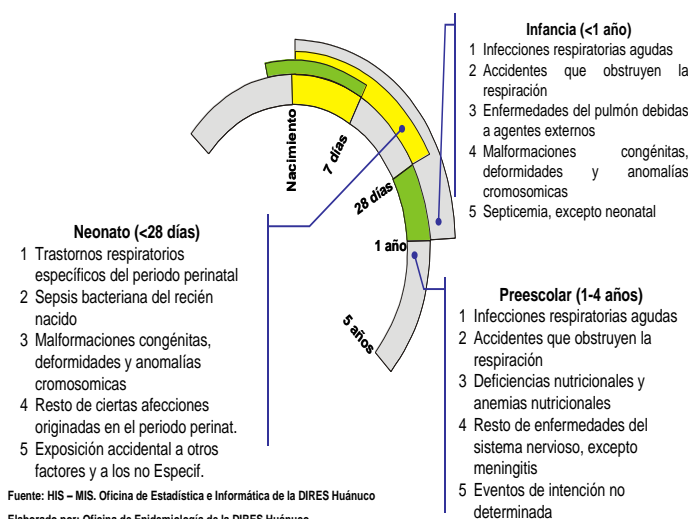


Figura 04. Primeras causas de mortalidad por etapas del ciclo de vida en menores de 05 años, en el departamento de Junín. 2007



En mayores de 05 años

Etapas de 05 a 09 años

En el departamento de Junín, en el año 2010, los eventos de intención no determinada(18) Los demás accidentes (16) Infecciones respiratorias agudas(15), Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (13) accidentes que obstruyen la respiración(12) y los accidentes de transporte terrestre(12) son las primeras causas de mortalidad. Comparando con el año 2005 existe una reducción del 66.2% para el año 2009. En el 2007 las causas externas de traumatismo y envenenamiento (77); enfermedades transmisibles (54) son causa que no aparecen en la mortalidad del año 2009.

Etapas escolares

Las primeras causas de muerte en el año 2010 en esta etapa importante de la vida fueron: Los eventos de intención no determinada(35); accidentes que obstruyen la respiración(27);Infecciones respiratorias agudas(26);Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis(25); los demás accidentes (20) y los demás accidentes de transportes y los no especificados(19).

Comparando con las causas de mortalidad del año 2006 tenemos las causas externas de traumatismos y envenenamiento (164); enfermedades transmisibles (69); Tumores (24); y leucemia (16) los cuales no aparecen en las diez primeras causas de mortalidad del año 2010.

Etapas adolescentes

En el 2010, en el departamento de Junín, las principales causas de muerte en adolescentes fueron: Los eventos de intención no determinada (27); Accidentes que obstruyen la respiración (18); enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (18); Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) (18); Infecciones respiratorias agudas (14); los demás accidentes de y transporte y los no especificados (14).

En el 2006, observamos causas son similares pero las cifras han disminuido con la diferencia que la causa de tumores malignos de otras localizaciones y las no especificadas no se registran en el año 2006.

Etapas adultas

En el año 2010 los adultos en la región Junín fallecieron de Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (159), Infecciones respiratorias Agudas (137); eventos de intención no determinada (118); tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (117); los demás accidentes de transporte y los no especificados (108) los que constituyen las 54 primeras causas de mortalidad en el adulto. Con respecto al año 2006 en el 2010 la mortalidad en adultos se ha reducido en un 49.2%.

Comparando con el año 2006, observamos que la Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (y los tumores malignos de estómago presentes en el año 2010 mas no en el 2006.

Etapas de las mujeres en edad reproductiva

Las mujeres en edad fértil (MEF) del departamento de Junín, murieron en el año 2010 por: Infecciones respiratorias agudas (43); Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (38); Resto de enfermedades del sistema respiratorio (31); accidentes que obstruyen la respiración (30); eventos de intención no determinada, constituyen la cinco primeras causas de mortalidad de este grupo de mujeres.

En el año 2006 se registraron las enfermedades del aparato circulatorio y la tuberculosis como causas diferentes al del año 2010. Existe un gran descenso de mortalidad en este grupo de edad alcanzando el 51.7% menos que del año 2006.

Etapas del adulto mayor

En Junín, en el 2010, las infecciones respiratorias agudas (885); Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (351); resto de enfermedades respiratorias (257); enfermedades del sistema urinario (247); resto de enfermedades del sistema digestivo (214).

Constituyen las primeras causas de muerte en los adultos mayores. En el 2006, existe causas como cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado y las enfermedades cerebro vasculares que no se encuentran dentro de las primeras 10 causas en el año 2010.

La mortalidad del adulto mayor ha disminuido en 44.5% para el año 2009 comparado con el año 2006.

Figura 05. Primeras causas de mortalidad por etapas del ciclo de vida en mayores de 05 años, en el departamento de Junín. 2003

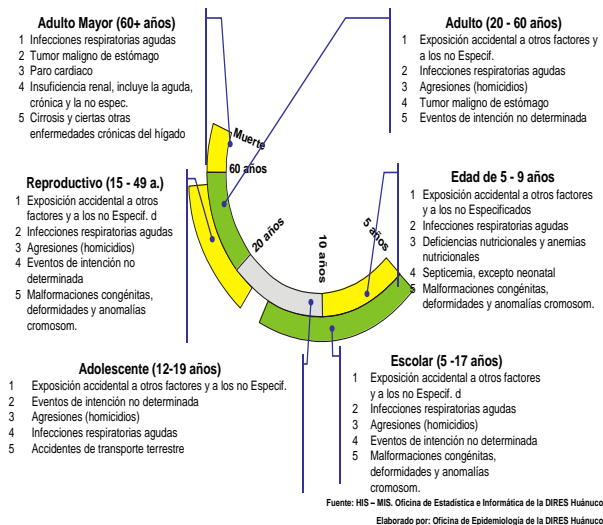
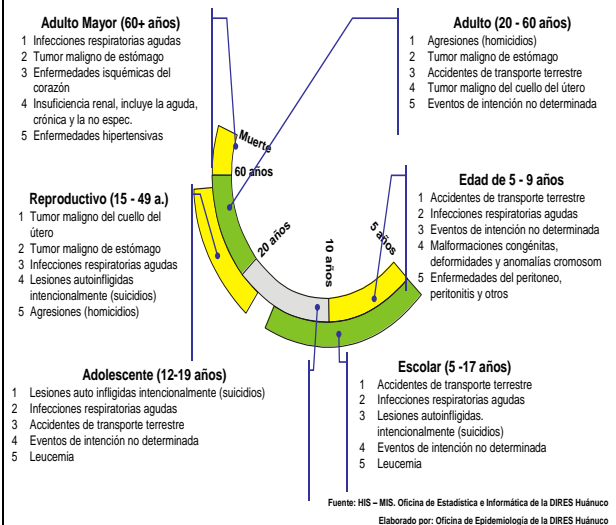


Figura 06. Primeras causas de mortalidad por etapas del ciclo de vida en mayores de 05 años, en el departamento de Junín. 2010



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 tiene algunas causas diferentes a las 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 17

Primeras causas de mortalidad en la región de la sierra de Junín. 2006

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	907	13.1
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	855	12.4
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	641	9.3
4	Accidentes que obstruyen la respiración	335	4.8
5	Resto de enfermedades del sistema digestivo	317	4.6
6	Enfermedades del sistema urinario	292	4.2
7	Resto de enfermedades	262	3.8
8	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	231	3.3
9	Enfermedades cerebro vasculares	203	2.9
10	Paro cardíaco	182	2.6
	Las demás causas de muerte	2694	38.9
TOTAL		6919	100.0

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

Tabla 18

Primeras causas de mortalidad en la región de la sierra de Junín. 2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	796	12.0
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	510	7.7
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	395	5.9
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	333	5.0
5	Enfermedades del sistema urinario	312	4.7
6	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	284	4.3
7	Resto de enfermedades	237	3.6
8	Septicemia, excepto neonatal	221	3.3
9	Enfermedades hipertensivas	209	3.1
10	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	204	3.1
	Las demás causas de muerte	3150	47.4
TOTAL		6651	100.0

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

Selva

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

La mortalidad en el año 2005, considera la septicemia excepto neonatal, insuficiencia 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 19

Primeras causas de mortalidad en la región de la selva de Junín. 2006

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	94	7.9
2	Eventos de intención no determinada	72	6.0
3	Infecciones respiratorias agudas	64	5.4
4	Tuberculosis	48	4.0
5	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	48	4.0
6	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	46	3.8
7	Resto de enfermedades del sistema digestivo	46	3.8
8	Accidentes de transporte terrestre	45	3.8
9	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	38	3.2
10	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	37	3.1
	Las demás causas de muerte	657	55.0
	TOTAL	1195	100.0

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

Tabla 20

Primeras causas de mortalidad en la región de la selva de Junín. 2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	134	9.2
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	127	8.7
3	Septicemia, excepto neonatal	81	5.6
4	Enfermedades del sistema urinario	66	4.5
5	Resto de enfermedades del sistema digestivo	64	4.4
6	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	60	4.1
7	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	52	3.6
8	Accidentes de transporte terrestre	51	3.5
9	Eventos de intención no determinada	46	3.2
10	Diabetes mellitus	44	3.0
	Las demás causas de muerte	734	50.3
	TOTAL	1459	100.0

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

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

Principales causas de mortalidad por nivel de pobreza

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

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

Tabla 21

Primeras causas de mortalidad en los pobres de la Región Junín. Año 2006

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	535	11.3
2	Infecciones respiratorias agudas	490	10.4
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	398	8.4
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	235	5.0
5	Accidentes que obstruyen la respiración	220	4.7
6	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	173	3.7
7	Enfermedades del sistema urinario	169	3.6
8	Resto de enfermedades	160	3.4
9	Eventos de intención no determinada	147	3.1
10	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	138	2.9
	Las demás causas de muerte	2060	43.6
TOTAL		4725	100.0

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

Tabla 22

Primeras causas de mortalidad en los pobres de la Región Junín. Año 2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	532	11.3
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	343	7.3
3	Enfermedades del sistema urinario	231	4.9
4	Septicemia, excepto neonatal	225	4.8
5	Resto de enfermedades del sistema digestivo	220	4.7
6	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	180	3.8
7	Accidentes que obstruyen la respiración	166	3.5
8	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento	163	3.5
9	Resto de enfermedades	150	3.2
10	Insuficiencia cardíaca	136	2.9
	Las demás causas de muerte	2362	50.2
TOTAL		4708	100.0

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

No Pobres

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

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

Tabla 23

Primeras causas de mortalidad en los no pobres de la Región Junín. Año 2006

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	318	15.4
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	252	12.2
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	129	6.3
4	Enfermedades del sistema urinario	90	4.4
5	Resto de enfermedades del sistema digestivo	83	4.0
6	Resto de enfermedades	77	3.7
7	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	69	3.4
8	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	64	3.1
9	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	62	3.0
10	Enfermedades cerebrovasculares	61	3.0
	Las demás causas de muerte	854	41.5
TOTAL		2059	100.0

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

Tabla 24

Primeras causas de mortalidad en los no pobres de la Región Junín. Año 2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	275	13.1
2	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	172	8.2
3	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	170	8.1
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	103	4.9
5	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	95	4.5
6	Enfermedades del sistema urinario	93	4.4
7	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	90	4.3
8	Enfermedades hipertensivas	86	4.1
9	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	86	4.1
10	Enfermedades cerebrovasculares	77	3.7
	Las demás causas de muerte	850	40.5
TOTAL		2097	100.0

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

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

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

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

9. 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. En el año 2010 la tasa de morbilidad general es de

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 2010, la tasa de EDAS en niños menores de 05 años fue de 308.3 casos por 10000 habitantes. En el año 2006 fue de 243.5, es decir, que en el 2009 hubo 1.2 veces más que en el 2010. El distrito con mayor tasa de morbilidad por EDAS, en el 2010 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 2010 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 2010, 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 (9.3%), enfermedades infecciosas intestinales (6.8%), las infecciones parasitarias (6%) enfermedad de las glándulas endocrinas (4.5%) enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (3.8%) y enfermedades de del sistema osteomuscular (3.6%). En el año 2006

tenemos: Infecciones agudas de las vías respiratorias (30.6%), Afecciones dentales y periodontales (10.%), Enfermedades infecciosas intestinales (7.6%), Deficiencias de la nutrición (5.7%) Otras infecciones parasitarias de (5.7%) Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo (4.5%) infecciones de transmisión sexual (3.1%), enfermedades de otras partes del aparato digestivo(2.9%) enfermedades de los órganos genitales femeninos (2.7%) y enfermedades del parto urinario (2.6%). 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 2006 y 2010, 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 2010 y no en el 2006. Del mismo modo, la desnutrición, enfermedades de los órganos genitales femeninos, sólo aparecen en el año 2006 y no en el 2010.

Tabla 25

Primeras causas de consulta externa en el departamento de Junín. 2006

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	254326	30.6
2	Afecciones dentales y periodontales	82955	10.0
3	Enfermedades infecciosas intestinales	63477	7.6
4	Deficiencias de la nutrición	47442	5.7
5	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las	47203	5.7
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	37362	4.5
7	Infecciones de transmisión sexual	25567	3.1
8	Enfermedad de otras partes del aparato digestivo	23838	2.9
9	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	22438	2.7
10	Enfermedades del aparato urinario	21630	2.6
	Las demás causas	204126	24.6
	Total	830364	100.0

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

Tabla 26

Primeras causas de consulta externa en el departamento de Junín. 2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	269192	29.2
2	Afecciones dentales y periodontales	85708	9.3
3	Enfermedades infecciosas intestinales	62828	6.8
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	55011	6.0
5	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	41215	4.5
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	35053	3.8
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y	33443	3.6
8	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	33097	3.6
9	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	31942	3.5
10	Infecciones de transmisión sexual	30003	3.3
	Las demás causas	243289	26.4
	Total	920781	100.0

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

Principales causas de consulta externa por género

Consulta externa en varones

Las Infecciones de vías respiratorias agudas (34.0%), Afecciones dentales y periodontales (8.7%) las enfermedades infecciosas intestinales (8.4%), Otras enfermedades infecciosas parasitarias (6.6%), enfermedades de las glándulas endocrinas (5.33%) y Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo (4.6%), constituyen, las principales causas de consulta externa en los varones en el departamento de Junín, en el año 2010.

En el año 2006: a diferencia del año 2010 considera las deficiencias de la nutrición y las enfermedades del trastorno del ojo y su anexo.

Tabla 27

Primeras causas de consulta externa en varones en el dpto. Junín. 2006

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	122591	34.95
2	Afecciones dentales y periodontales	32319	9.21
3	Enfermedades infecciosas intestinales	31894	9.09
4	Deficiencias de la nutrición	22166	6.32
5	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	20892	5.96
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	18048	5.15
7	Otras enfermedades del aparato respiratorio	9266	2.64
8	Trastornos del ojo y sus anexos	8678	2.47
9	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	8511	2.43
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	7954	2.27
	Las demás causas	68418	19.51
Total		350737	100.00

Fuente: Sistema de Información HIS. OITE.DIRESA. Junín
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Tabla 28

Primeras causas de consulta externa en varones en el dpto. Junín. 2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	121499	34.02
2	Afecciones dentales y periodontales	31060	8.70
3	Enfermedades infecciosas intestinales	30080	8.42
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	23791	6.66
5	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	19037	5.33
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	16566	4.64
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	12430	3.48
8	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	11075	3.10
9	Trastornos del ojo y sus anexos	10595	2.97
10	Otras enfermedades del aparato respiratorio	10326	2.89
	Las demás causas	70703	19.80
Total		357162	100.00

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

Consulta externa en mujeres

Las Infecciones de vías respiratorias agudas (26.2%), las afecciones dentales y periodontales (9.7%), las enfermedades infecciosas intestinales (5.8%), la enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo (5.6%) otras enfermedades infecciones y parasitarias (5.4%) y las Infecciones de transmisión sexual (5.2%), se encuentran entre las causas más importantes de consulta externa en mujeres en el departamento de Junín durante el año 2010.

En el año 2006 se observa un patrón similar con la diferencia que en el año 2010 no está la desnutrición y las enfermedades del aparato reproductor femenino.

Del mismo modo, para el año 2010, han emergido las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas y las enfermedades de otras partes del aparato digestivo.

Tabla 29

Primeras causas de consulta externa en mujeres en el dpto. Junín. 2006

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	131735	27.47
2	Afecciones dentales y periodontales	50636	10.56
3	Enfermedades infecciosas intestinales	31583	6.58
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	26311	5.49
5	Deficiencias de la nutrición	25276	5.27
6	Infecciones de transmisión sexual	24938	5.20
7	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	22371	4.66
8	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	19314	4.03
9	Enfermedades del aparato urinario	17143	3.57
10	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	15327	3.20
	Las demás causas	114992	23.98
Total		479626	100.00

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

Tabla 30

Primeras causas de consulta externa en mujeres en el dpto. Junín. 2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	147693	26.20
2	Afecciones dentales y periodontales	54648	9.70
3	Enfermedades infecciosas intestinales	32748	5.81
4	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	31942	5.67
5	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	31220	5.54
6	Infecciones de transmisión sexual	29302	5.20
7	Enfermedades del aparato urinario	23996	4.26
8	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	22178	3.93
9	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	22022	3.91
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	21013	3.73
	Las demás causas	146857	26.06
Total		563619	100.00

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

Principales causas de consulta externa por etapas del ciclo de vida

En menores de 05 años

Etapla neonatal

En el año 2010, las afecciones originadas en el período perinatal, las infecciones agudas de las vías respiratorias y la enfermedad de la piel y del tejido Subcutáneo, son las primeras causas de consulta externa en Junín. En el año 2006, también se registran las mismas causas, pero a diferencia del 2010, se encuentran, Los Trastornos del Ojo y sus Anexos.

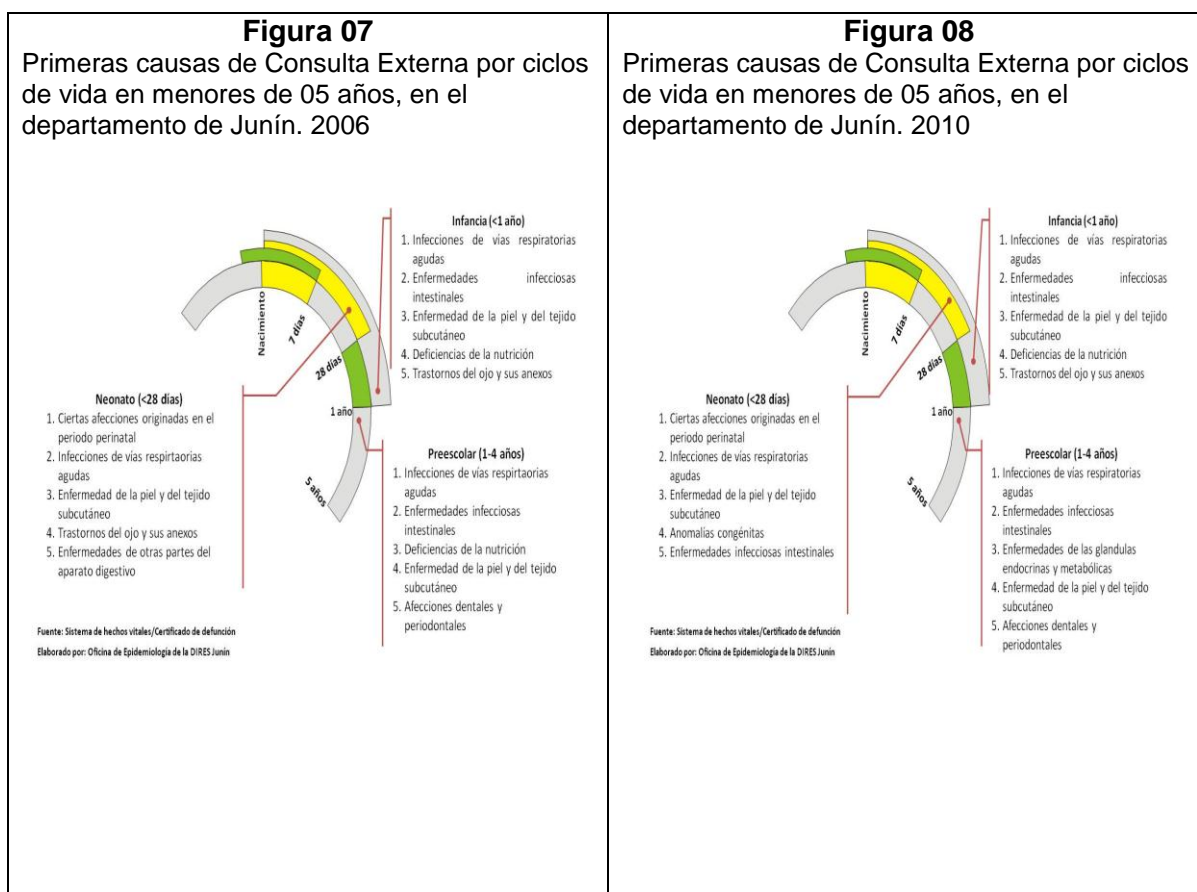
Etapla de la infancia

En esta etapa, en el año 2010, las Infecciones agudas de las vías respiratorias, las Enfermedades Infecciosas intestinales y la enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo, son las primeras causas de consulta en la región Junín. En el año 2006, las causas son las mismas.

Etapla pre escolar

En esta etapa, las Infecciones agudas de las vías respiratorias, las Enfermedades Infecciosas intestinales, las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas y la Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo, son las primeras causas de consulta en la región Junín en el año 2010.

En el año 2006, las causas son similares, a excepción de la desnutrición que no se encuentra dentro de las 05 primeras causas en el 2010 y las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas que están en este grupo en el 2010 pero no en el 2006.



En mayores de 05 años

Etapas de 05 a 09 años

En el departamento de Junín, en el año 2010, las Infecciones de las vías respiratorias agudas, las enfermedades dentales y periodontales, las Enfermedades Infecciosas intestinales y las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas, constituyen las principales causas de consulta externa.

En el año 2006, son las mismas, salvo la desnutrición que parece en este año, dentro de las 05 primeras causas pero no así en el 2010. En este último año aparecen las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas, los cuales no estaban en esta posición en el 2006.

Etapas escolar

En esta etapa, entre las primeras causas de consulta externa, en el departamento de Junín en el año 2010 son: las Infecciones de las vías respiratorias agudas, las enfermedades dentales y periodontales, las enfermedades Infecciosas intestinales y las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas.

Para el año 2006 son las mismas, a excepción de la desnutrición, que se encuentra en el año 2006 pero no en el 2010; las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas se ubican en el 2010, dentro de las 05 primeras causas y no en el 2005.

Etapas adolescente

En el 2010, en el departamento de Junín, los principales motivos de consulta en la etapa de vida de los y las adolescentes fueron: las Infecciones de las vías respiratorias agudas, las enfermedades dentales y periodontales, las enfermedades Infecciosas intestinales y la enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo.

En el 2006, observamos causas similares pero la enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo no se encuentra dentro de las primeras causas en este año.

Etapas adulta

En esta etapa para el año 2010, se han registrado entre las principales causas de consulta externa a: las Infecciones de las vías respiratorias agudas, las Enfermedades dentales y periodontales, la enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo, las enfermedades Infecciosas intestinales y las Infecciones de Transmisión Sexual.

Comparando con el año 2006, observamos, que aparecen muchas enfermedades en común, a excepción de las enfermedades de los órganos genitales femeninos y las enfermedades del aparato urinario, que no aparecen en el 2010.

Del mismo modo, la enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual., están presentes dentro de las 05 primeras causas en el 2010 pero no en el 2006.

Etapas de las mujeres en edad reproductiva

Las MEF del departamento de Junín, consultaron en el año 2010, principalmente por: las Infecciones de las vías respiratorias agudas, la Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo, las Enfermedades dentales y periodontales, las Infecciones de Transmisión Sexual.

En el año 2006, se registraron las mismas causas a excepción de las enfermedades del aparato urinario que no se encuentran en el 2010, pero sí en el 2006.

Etapa del adulto mayor

En Junín, en el 2010, se registraron dentro de las principales causas de consulta externa en los adultos mayores a: las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, las Infecciones de las vías respiratorias agudas, las enfermedades del aparato urinario. En el 2006, observamos dentro de las 05 principales causas a la mayoría de las encontradas en el año 2010, pero las enfermedades urinarias sólo se encuentran dentro de las primeras causas en el año 2010 y no en el año 2006.

Figura 09. Primeras causas de Consulta Externa por ciclos de vida en mayores de 05 años, en el departamento de Junín. 2006

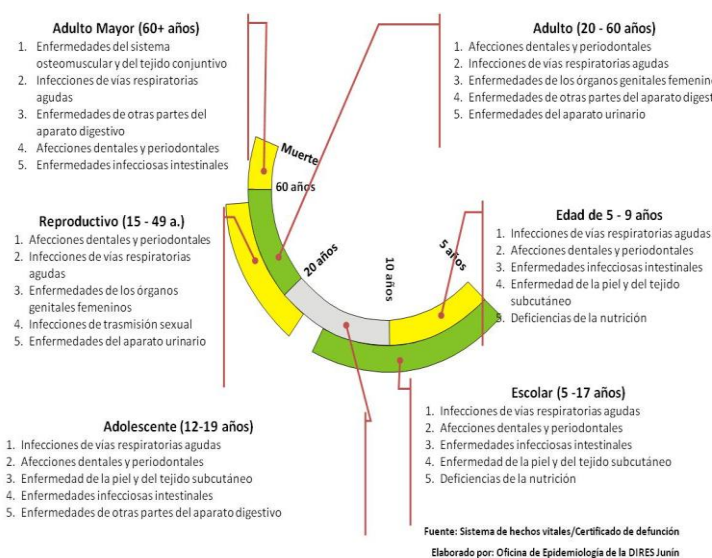
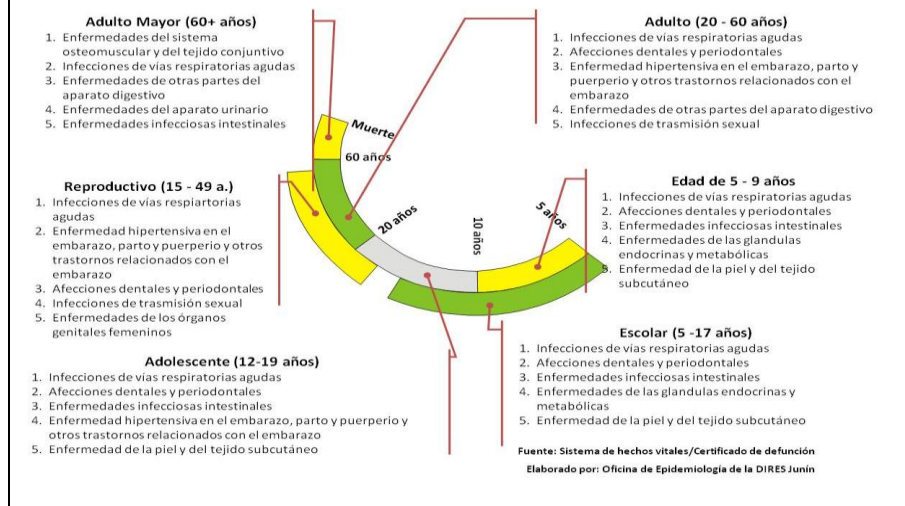


Figura 10. Primeras causas de Consulta Externa por ciclos de vida en mayores de 05 años, en el departamento de Junín. 2010



Principales causas de consulta externa por regiones naturales

Sierra

En la región natural de la sierra, para el año 2010, las principales causas de consulta externa fueron: las Infecciones de las vías respiratorias agudas, las Afecciones dentales y periodontales, Las Enfermedades Infecciosas Intestinales, y las enfermedades de las glándulas endocrinas entre las más importantes. El año 2006 tuvo algunas causas que no se ven entre las principales para el año 2010, como por ejemplo las deficiencias de la desnutrición y las enfermedades del aparato reproductor femenino. Los Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas y la Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo aparecen dentro de las primeras causas de consulta externa del año 2010, pero no en el año 2006.

Tabla 31

Primeras causas de consulta externa en la región de la sierra de Junín. 2006

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	170446	32.22
2	Afecciones dentales y periodontales	59595	11.27
3	Enfermedades infecciosas intestinales	37361	7.06
4	Deficiencias de la nutrición	33663	6.36
5	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	20735	3.92
6	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	18399	3.48
7	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	17606	3.33
8	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	17039	3.22
9	Infecciones de transmisión sexual	14665	2.77
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	13661	2.58
	Las demás causas	125843	23.79
Total		529013	100.00

Fuente: Sistema de Hechos Vitales. OITE. DIRESA Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Tabla 32

Primeras causas de consulta externa en la región de la sierra de Junín. 2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	176329	31.17
2	Afecciones dentales y periodontales	61693	10.91
3	Enfermedades infecciosas intestinales	35829	6.33
4	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	26303	4.65
5	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	24107	4.26
6	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	21947	3.88
7	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	21670	3.83
8	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	21599	3.82
9	Infecciones de transmisión sexual	15278	2.70
10	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	15222	2.69
	Las demás causas	145700	25.76
Total		565677	100.00

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 2010, los principales motivos de consulta externa fueron: Las Infecciones de vías respiratorias agudas, las Afecciones dentales y periodontales, las Enfermedades infecciosas intestinales, y las deficiencias por la desnutrición.

Este perfil tiene ligeras variaciones en el año 2006, como por ejemplo, las enfermedades del aparato urinario y otras enfermedades del aparato respiratorio no aparecen en el año 2010.

Tabla 33

Primeras causas de consulta externa en la región de la selva de Junín. 2006

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	83880	27.83
2	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y	26468	8.78
3	Enfermedades infecciosas intestinales	26116	8.67
4	Afecciones dentales y periodontales	23360	7.75
5	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	19756	6.56
6	Deficiencias de la nutrición	13779	4.57
7	Enfermedades debidas a protozoarios	12474	4.14
8	Infecciones de transmisión sexual	10902	3.62
9	Enfermedades del aparato urinario	9719	3.23
10	Otras enfermedades del aparato respiratorio	9211	3.06
	Las demás causas	65686	21.80
Total		301351	100.00

Fuente: Sistema de Hechos Vitales. OITE. DIRESA Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Tabla 34

Primeras causas de consulta externa en la región de selva de Junín. 2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	170446	32.22
2	Afecciones dentales y periodontales	59595	11.27
3	Enfermedades infecciosas intestinales	37361	7.06
4	Deficiencias de la nutrición	33663	6.36
5	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	20735	3.92
6	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	18399	3.48
7	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	17606	3.33
8	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	17039	3.22
9	Infecciones de transmisión sexual	14665	2.77
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	13661	2.58
	Las demás causas	125843	23.79
Total		529013	100.00

Fuente: Sistema de Hechos Vitales. OITE. DIRESA Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Al comparar las causas de consulta externa entre la sierra y la selva de Junín en el año 2010, se notan pocas diferencias en ambas regiones, así por ejemplo, el trastorno de la nutrición al no se observan dentro de las principales causas en la sierra pero sí en la selva. La enfermedad hipertensiva en el embarazo parto y puerperio no se ve en la selva dentro de las principales causas de morbilidad.

Principales causas de consulta externa por nivel de pobreza

Pobres

En los pobres de la Región Junín, las primeras causas de consulta externa en el año 2010 fueron: Infecciones de vías respiratorias agudas, Afecciones dentales y periodontales, Enfermedades infecciosas intestinales, Enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas. En el año 2010 a diferencia del 2006, se presentaron casos Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas; Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio, otros trastornos relacionados con el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. En el año 2006, a diferencia del 2010 se presentó la enfermedad de virus de inmunodeficiencia humana dentro de las primeras causas de morbilidad.

Tabla 35

Primeras causas de consulta externa en los pobres de la Región Junín. 2006

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Enfermedades infecciosas intestinales	49627	8.3
2	Tuberculosis	2520	0.4
3	Otras enfermedades bacterianas	351	0.1
4	Infecciones de transmisión sexual	19930	3.3
5	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	61	0.0
6	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	19	0.0
7	Otras enfermedades virales	4090	0.7
8	Enfermedades debidas a protozoarios	12765	2.1
9	Infecciones de vías respiratorias agudas	196949	33.0
10	Neumonía e Influenza	1590	0.3
	Las demás causas	308320	51.7
Total		596222	100.0

Fuente: Sistema de Hechos Vitales. OITE. DIRESA Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Tabla 36

Primeras causas de consulta externa en los pobres de la Región Junín. 2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	206945	30.9
2	Afecciones dentales y periodontales	54353	8.1
3	Enfermedades infecciosas intestinales	50110	7.5
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	47665	7.1
5	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	32902	4.9
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	27366	4.1
7	Infecciones de transmisión sexual	23325	3.5
8	Enfermedades del aparato urinario	23154	3.5
9	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	22183	3.3
10	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	22050	3.3
	Las demás causas	160315	23.9
Total		670368	100.0

Fuente: Sistema de Hechos Vitales. OITE. DIRESA Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

No pobres

En los no pobres en el 2010, las principales causas de consulta externa fueron: Infecciones de vías respiratorias agudas; Afecciones dentales y periodontales; Enfermedades de otras partes del aparato digestivo; Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, infecciosas intestinales y Enfermedades de los órganos genitales femeninos.

A diferencia del año 2006, en el 2010 observamos a las enfermedades de los órganos genitales femeninos, Trastornos mentales y del comportamiento y las Infecciones de transmisión sexual, entre las 10 primeras causas. En el año 2006, aparecen la desnutrición y los Trastornos del ojo y sus anexos entre las principales causas, pero no así en el 2010.

Tabla 37

Primeras causas de consulta externa en los no pobres de la Región Junín. 2006

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	26148	20.5
2	Afecciones dentales y periodontales	12858	10.1
3	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	7513	5.9
4	Enfermedades infecciosas intestinales	7307	5.7
5	Deficiencias de la nutrición	6633	5.2
6	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	6566	5.2
7	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	5777	4.5
8	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5222	4.1
9	Trastornos mentales y del comportamiento	4228	3.3
10	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	3840	3.0
	Las demás causas	41385	32.5
Total		127477	100.0

Fuente: Sistema de Hechos Vitales. OITE. DIRESA Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Tabla 38

Primeras causas de consulta externa en los no pobres de la Región Junín. 2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	30336	21.9
2	Afecciones dentales y periodontales	18126	13.1
3	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	8388	6.1
4	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	6843	4.9
5	Enfermedades infecciosas intestinales	6635	4.8
6	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	5971	4.3
7	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	5176	3.7
8	Trastornos mentales y del comportamiento	5024	3.6
9	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	4588	3.3
10	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	3650	2.6
	Las demás causas	43833	31.6
Total		138570	100.0

Fuente: Sistema de Hechos Vitales. OITE. DIRESA Junín.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Junín.

Existen algunas diferencias entre pobres y no pobres de la Región de Junín, en lo referente a las principales causas de consulta externa. Observamos que en los pobres se presentan entre las 10 primeras causas: Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas, las infecciones de transmisión sexual y enfermedades del aparato urinario, las cuales no están en los menos pobres.

III. PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD

ARTICULACIÓN CON LAS VISIONES PROVINCIALES

a. Visión de la Provincia de Chanchamayo

Una provincia acogedora e integrada a la región autónoma de la Selva Central, con una agroindustria tecnificada y competitiva, alto nivel de recepción turística, articulada y comunicada con sus centros poblados, una economía autosostenida. Un gobierno con autonomía económica, política y administrativa. Una población con alto nivel de vida y servicios básicos de calidad, con autoridades líderes y participación ciudadana plena, con respeto a las culturas étnicas, con profesionales calificados, competentes y reconocidos por preservar el ecosistema. Ciudad limpia con infraestructura moderna.

b. Visión de la Provincia de Chupaca

Chupaca es una provincia ecológica y turística que sustenta su desarrollo en las actividades agrícola, pecuaria, turismo y agroindustria, con productos competitivos orientados a la exportación e integrado al corredor económico regional y nacional. Provincia con un alto grado de desarrollo humano, capacidad de organización y participación vecinal, con una población que accede a los servicios básicos de calidad, integrada económicamente y territorialmente con sus distritos.

c. Visión de la Provincia de Concepción

Concepción provincia ecológica, principal destino ecoturístico de la región central y el país, con una población que goza de calidad de vida, servicios de educación, salud y saneamiento básico, con identidad cultural y su heroicidad paradigmas de esfuerzo colectivo. Líder en agroindustria de lácteos y alcachofa. Integrado con sus distritos y articulados a los corredores económicos Abasteciendo al mercado regional, nacional e internacional; basados en la actividad agropecuaria competitiva y sustentable, con instituciones públicas, privadas y sociedad civil organizada fortalecerá en una gestión eficiente, democrática y participativa, con representación generacional, donde las mujeres cumplan roles protagónicos.

d. Visión de la Provincia de Huancayo

Provincia moderna, limpia, eco turística artesanal con circuitos y políticas de protección del medio ambiente, con articulación vial integrada entre sus distritos, infraestructura social eficiente en saneamiento, educación, salud y seguridad, integrada a las cadenas productivas interregional con productos agro ecológicos, industriales y pecuarios, con crecimiento sostenible, impulsadora de

pequeñas microempresas competitivas, reflejadas en el fortalecimiento democrático de las organizaciones e instituciones con identidad cultural y propulsora de la participación y concertación.

e. Visión de la Provincia de Jauja

Ser una Provincia con desarrollo agropecuario y agroindustrial sostenible. Líder en desarrollo turístico, con calidad de vida en un entorno democrático y de administración social.

f. Visión de la Provincia de Junín

Una provincia con producción altamente tecnificada y limpia, con agroindustrias, infraestructura eficiente y circuitos integrados, articulados al mercado nacional e internacional, población con alto nivel cultural y saludable, con viviendas y servicios básicos eficientes, reflejando un desarrollo sostenible reconocido a nivel nacional.

g. Visión de la Provincia de Satipo

Satipo con democracia, economía mejorada y competitiva, articulado a la economía moderna, productores con mentalidad empresarial; con servicios de salud con calidad, calidez y equidad, accede a un servicio educativo con calidad orientado al desarrollo humano y competitivo.

h. Visión de la Provincia de Tarma

Tarma es una provincia saludable, con servicios básicos eficientes, centro agroindustrial y turístico nacional e internacional, con producción eficiente y competitiva en los mercados. Su población tiene alta identidad cultural “taruma”, trabaja y participa en forma organizada en la promoción y concretización del desarrollo integral sostenible de su provincia.

i. Visión de la Provincia de Yauli

La provincia de Yauli cuenta con educación de calidad, con mayor cobertura de salud y vivienda, articulada vialmente; tiene desarrollo sustentable, generadora de empresas competitivas de ganadería, piscicultura y turismo, la actividad minero metalúrgicas contribuye al desarrollo local, con ciudadanos que participan democráticamente, concertadamente y están comprometidas con la práctica de valores éticos. Autoridades y organizaciones sociales activas contribuyen con la protección del medio ambiente.

3.1. VISIÓN REGIONAL COMPARTIDA EN SALUD

Al 2021, la Región Junín es una Región saludable, productiva, con un alto índice de desarrollo humano, que tiene un sistema de salud regional integrado, eficiente, solidario y transparente con políticas públicas implementadas,

consecuentes a una optima respuesta del Estado, la que garantiza el derecho y acceso a los servicios de salud, con equidad, calidad, priorizando a la población más vulnerable desde los enfoques de interculturalidad, diversidad sexual, género, intergeneracional, derechos humanos y con una plena participación y compromiso social.

3.2. Identificación y Priorización de los Problemas de Salud Regionales

Para la identificación de los problemas sanitarios regionales se tomó en cuenta la siguiente información:

a) Resultado de los talleres provinciales (necesidad sentida)

Estos talleres contaron con la participación de instituciones de salud públicas como privadas, de instituciones y organizaciones de la sociedad civil. En estos talleres se identificaron las necesidades de salud sentidas por la población.

Los resultados de los talleres se muestran en el siguiente cuadro, la numeración corresponde al nivel de jerarquización de los problemas ("4" el más importante, "1" el menos importante, de los mismos, se desarrollaron las sumatorias con el total de los problemas identificados, otorgándoles el puntaje de acuerdo al nivel de importancia que la población identificó en su proceso de jerarquización)

REGIÓN JUNÍN: TALLERES PROVINCIALES PARA LA PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SENTIDAS EN SALUD 2012

P R I O R I D A D	P U N T U A C I O N	PROV. SATIO	PROV. CHANCHAMAYO	PROV. .JAUJA	PROV. .JUNIN	PROV. TARMA	PROV. CHUPACA	PROV. CONCEPCION	PROV. OROYA	PROV. HUANCAYO
1	4	1. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	1. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	1. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	1. SANEAMIENTO BÁSICO	1. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	1. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	1. VIOLENCIA FAMILIAR	1. MEDIO AMBIENTE	1. INFECCIONES RESPIRATORIAS
2	3	2. SANEAMIENTO BÁSICO	2. SISTEMA DE SALUD	2. SANEAMIENTO BÁSICO	2. SISTEMA DE SALUD	2. VIOLENCIA FAMILIAR	2. SS.RR.	2.SANEAMIENTO BÁSICO)	2. SISTEMA DE SALUD	2. PRESENCIA DE TUMORES BENIGNOS
3	2	3. VIOLENCIA FAMILIAR	3. METAXÉNICAS	3. VIOLENCIA FAMILIAR	3. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	3. TBC	3. VIOLENCIA FAMILIAR	3.DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	3. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	3. PROBLEMAS DEL HÍGADO, CIRROSIS
4	1	4. METAXÉNICAS	4. SS.RR.	4. SS.RR.	4. VIOLENCIA FAMILIAR	4. SS.RR	4. SS.RR		4. SS.RR	4. AFECTACIONES DEL SISTEMA URINARIO

Priorización de problemática en salud, por puntaje por grado de repetición.

Primera ubicación	: DESNUTRICION	24 puntos
Segunda ubicación	: SANEAMIENTO BASICO	16 puntos
Tercera ubicación	: VIOLENCIA FAMILIAR	13 puntos
Cuarta ubicación	: SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	08 puntos
Quinta ubicación	: SISTEMA DE SALUD	05 puntos

b) Resultado de la información estadística y epidemiológica (necesidad normativa)

Esta información ha sido proporcionada por la Oficina de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud de Junín, la misma que forma parte del Diagnóstico de la situación de salud presentada en este documento.

Listado de problemas evidenciados:

En base a la información estadística proporcionada por la DIRESA, se identifican los siguientes problemas sanitarios a nivel de mortalidad y morbilidad.

Tabla 39

MORTALIDAD: Primeras causas de mortalidad general en el departamento de Junín
2010

N°	CAUSAS	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	930	11.5
2	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	637	7.9
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	430	5.3
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	397	4.9
5	Enfermedades del sistema urinario	378	4.7
6	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento	315	3.9
7	Septicemia, excepto neonatal	302	3.7
8	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas	256	3.2
9	Resto de enfermedades	256	3.2
10	Enfermedades hipertensivas	233	2.9
	Las demás causas de muerte	3979	49.0
	TOTAL	8113	100.0

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

Tabla 40
MORBILIDAD: Primeras causas de consulta externa en el departamento de Junín
2010

N°	Lista Detallada de Morbilidad	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	269192	29.2
2	Afecciones dentales y periodontales	85708	9.3
3	Enfermedades infecciosas intestinales	62828	6.8
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	55011	6.0
5	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	41215	4.5
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	35053	3.8
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y	33443	3.6
8	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	33097	3.6
9	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	31942	3.5
10	Infecciones de transmisión sexual	30003	3.3
	Las demás causas	243289	26.4
	Total	920781	100.0

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

PROBLEMAS SANITARIOS REGIONALES PRIORIZADOS:

A la luz de los problemas identificados desde las necesidades sentidas y la data estadística proporcionada por la oficina de epidemiología del DIRESA Junín (necesidad normativa), se ha considerado establecer las siguientes prioridades sanitarias;

- 1. Alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil, en niños menores de 5 años**
- 2. Deficiente Saneamiento Básico**
- 3. Alta incidencia de Violencia Familiar**
- 4. Problemas en Salud Sexual y en Salud Reproductiva**
- 5. Deficiente Sistema de Salud**

3.3. Análisis concertado de las condiciones internas y externas para el control de las prioridades sanitarias regionales

Después del análisis concertado de las potencialidades de los actores socio sanitario para vulnerar los problemas, así como de las condiciones del entorno político, social y económico de la Región, se consolidaron las siguientes Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas:

ANALISIS INTERNO	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
Establecimientos de Salud del primer nivel con equipamiento básico	Limitada voluntad política para la implementación de programas y proyectos planificados en materia de salud.
Presupuesto por resultados	Limitados proyectos de investigación
Recurso Humano capacitado en todo nivel de atención.	Ineficiente ejecución presupuestal en los niveles de gobierno regional y local
Acceso al Seguro Integral de Salud - SIS	La formación profesional del personal en salud no responde a las necesidades que presenta la población
Acceso a medicamentos e insumos al alcance del usuario	Escaso compromiso y sensibilización en el personal de salud
Sistema de Información en Consulta Ambulatoria - Health Information System - HIS, por sus siglas en inglés	Las entidades formadoras de profesionales en salud con currículos no acordes al contexto regional
Existencia de políticas públicas regionales que permiten formular y reorientar política internas en salud	Procesos administrativos de adquisición, son ineficientes y burocráticos
	Limitada calidad y atención integral en salud
	Designación de decisores políticos sin capacidad técnica
	Desactualizados instrumentos de Gestión (ROF, CAP, PAP, MOF)
	Categorización de establecimientos de salud por decisión política
ANALISIS EXTERNO	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Lineamientos de Política Sectorial	Inestabilidad Política del país
Plan Bicentenario – Perú al 2021	Incumplimiento de las Políticas de Estado por los gobiernos de turno
Inversión pública, de cooperación internacional y empresas privadas en salud	Inadecuado uso de los recursos del Plan de Incentivos Municipales
Existencia de compromisos internacionales	Crisis económica a nivel internacional
Voluntad Política	Limitada participación ciudadana
	Estructura burocrática del SNIP
	Incumplimiento de las políticas de descentralización desde el gobierno central
	Desarticulación entre las ONGs y el estado en todos sus niveles y sectores
	Inaccesibilidad Geográfica
	Desastres naturales
	Insuficiente asignación presupuestal desde el nivel central

3.4. Objetivos al 2021

N°	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO AL 2021
1.	Alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil, en niños menores de 5 años (23.73% - 2010).	Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica en 12% en los niños menores de 5 años para el 2021.
2.	En Junín, se encuentran 154 mil 70 viviendas con déficit de agua y/o saneamiento, afectando a 625 mil 769 habitantes, residiendo el 40,7% de ellos en el área urbana y el 59.3% en el área rural en el 2010.	Disminuir el déficit de agua y/o saneamiento en 12% en las viviendas de la Región Junín para el año 2021.
3.	Alto porcentaje de violencia física y sexual contra la mujer en la familia, el 52,6% de las mujeres alguna vez unidas manifestaron haber sufrido violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma y tener relaciones sexuales sin su consentimiento o que ella no aprobaba; en la Región Junín en el 2010.	Disminuir la violencia física y sexual contra la mujer en la familia en 24% en la Región Junín para el año 2021.
4.	Salud sexual y salud reproductiva:	
4.1.	Razón de muerte materna de 84.3 por 100,000 nacidos vivos en la Región Junín en el 2010.	Reducir la razón de muerte materna a 63.3 por 100,000 nacidos vivos en la Región Junín para el año 2021.
4.2.	Elevada proporción de embarazo adolescente (de 12 hasta los 17 años de edad) 22.4% en la Región Junín en el 2010.	Disminuir la proporción del embarazo adolescente (de 12 hasta los 17 años de edad) a 14,4% en la Región Junín para el año 2021.
4.3.	Tratamiento sindrómico de los pacientes con ITS en 99% en la Región Junín en el 2010.	Incrementar el manejo sindrómico para el tratamiento de los pacientes con ITS al 100% en la Región Junín para el año 2021.
4.4.	Deficiente tamizaje de personas mayores de 12 años con VIH, 2,7% en la Región Junín en el 2010.	Incrementar al 7,7% los tamizajes en VIH en personas mayores de 12 años en la Región Junín para el año 2021.
5	Sistema de salud:	
	Deficiente distribución del recurso humano en salud, en la Región Junín; la provincia de Yauli cuenta con 7,85 recursos humanos en salud por cada 10000 habitantes en el 2010, la provincia de Satipo cuenta con 5,22 recursos humanos en salud por cada 10000 habitantes en el 2010.	Mejorar la distribución del recurso humano en salud en las provincias de Yauli y Satipo a 10 recursos humanos en salud por cada 10000 habitantes para el año 2021.

3.5. Estrategias sanitarias regionales concertadas

Las estrategias parten de las necesidades sentidas y las necesidades evidenciadas a través del perfil epidemiológico (necesidad normativa) de la DIRESA Junín.

Las estrategias se ordenan concertadamente con la lógica siguiente:

- En razón a las necesidades evidenciadas, las mismas presentan un carácter de solución y/o reversión, desde una intervención preventiva – promocional, con énfasis en los ámbitos comunitarios familiares, y en directo dialogo con las intervenciones normativas de carácter nacional.
- En razón a las necesidades sentidas, las mismas presentan un carácter de solución y/o reversión, desde intervenciones directas y focalizadas en las poblaciones afectadas, las mismas que se encuentran en directo dialogo con las intervenciones normativas de carácter nacional.

Estrategias Sanitarias Regionales Generales

- a) Fortalecimiento y uso eficiente de espacios de concertación local y regional,** para la implementación de políticas nacionales y el diseño e implementación de políticas regionales en salud, así como para promover la articulación de los sectores gubernamentales y no gubernamentales a nivel regional y de esta forma contribuir a reducir los efectos de la inestabilidad política del país en la salud de la población.
- b) Desarrollo de un sistema de vigilancia social regional y local en asuntos de salud, con participación ciudadana,** la vigilancia social es una forma de participación social, que exige responsabilidad en el cumplimiento de los compromisos asumidos por los actores sociales para el logro de los objetivos de desarrollo. Es una forma de ejercicio de ciudadanía que contribuye a democratizar la relación Estado – sociedad civil.

La participación ciudadana es una intervención activa y organizada de la sociedad civil y la ciudadanía en general en los procesos de desarrollo; la participación social es un proceso social a través del cual los grupos (incluidos la comunidad), las organizaciones, instituciones y sectores, intervienen en la definición de sus prioridades en salud y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

Esta estrategia permitirá que la Autoridad Sanitaria Regional oriente su gestión y la rectoría hacia la consolidación de un sistema de vigilancia social regional y local en salud con participación ciudadana. Para ello será necesario:

- Desarrollar experiencia y capacidades para la creación de alianzas sustentables, manejo de conflictos y desarrollo de programas y agendas de abogacía.
- Contar con un sistema de información accesible que incluya un mapeo de organizaciones que trabajan o potencialmente pueden trabajar en iniciativas de salud pública.
- Compartir información acerca de “buenas prácticas” en materia de alianzas para abordar temas específicos de salud pública.

- Realizar conferencias, seminarios, ferias y otras reuniones que convoquen a la ciudadanía de todo el territorio.

c) Desarrollo de un Sistema Regional de Gestión de Recursos Humanos en Salud, se planteó un Sistema Regional porque se busca comprometer la participación de los proveedores en salud (públicos y privados), las instituciones formadoras de RRHH en salud (universidades e institutos) y los colegios profesionales (que velan por la conducta y la ética de los mismos). Se habla de Gestión de RRHH porque va desde la planificación del RRHH, los procesos de selección, contratación, inducción, incentivos, capacitación, evaluación de desempeño, etc.

Por lo tanto, deben considerarse:

- La educación, entrenamiento y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención de salud, enfrentar con eficiencia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública.
- La definición de requerimientos para la formación de profesionales de salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
- La formación de activas alianzas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, así como educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario en salud pública.

d) Desarrollo de un Sistema Regional de Gestión de la Calidad, el análisis realizado en los talleres, ha contemplado las diferentes dimensiones de la calidad como:

- **La Integralidad en la atención** (Considera a la persona como un todo, como un ser bio-psico social, en su entorno familiar y comunitario, recibiendo prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación).
- **Oportunidad** (satisfacción de necesidades a tiempo, atención sin esperas prolongadas).
- **Accesibilidad** (eliminar las barreras geográficas, económicas, lingüísticas, culturales, etc.).
- **Continuidad en la atención** (Paciente referido adecuada y oportunamente para no interrumpir el proceso de atención, tratar de evitar el abandono al tratamiento por causas atribuibles al servicio de salud – falta de medicamentos o insumos críticos sobre todo los que son parte de los esquemas de distribución gratuita).
- **Trabajo en equipo** (como una característica importante de la cultura organizacional de los establecimientos de salud).
- **Eficacia** (lograr satisfacción de necesidades),
- **Eficiencia** (lograr eficacia en el menor tiempo posible y con el menor uso de recursos).
- **Competencia técnica del personal** (Contar con personal de salud con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para un desempeño adecuado en sus tareas y funciones).
- **Capacidad resolutive** (equipamiento e infraestructura que permita satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios).

- **Calidez / Buen trato** (El paciente tiene derecho a ser tratado con cordialidad y respeto).
- **Confidencialidad en la atención**
- **Limpieza de los ambientes** (incluye contar con baños limpios)
- **Comodidad** (incluye contar con sala de espera con asientos)

Por otro lado, el proceso de descentralización da la oportunidad de desarrollar un “Sistema Regional” de Gestión de la Calidad, diseñado en función a las características regionales y a sus necesidades prioritarias.

Se habla de un **Sistema** porque pretende involucrar a todos los proveedores públicos, privados y de la sociedad civil de la Región.

Se habla de Gestión de la Calidad porque va desde la planificación de la calidad (definir dimensiones, estándares e indicadores de calidad), organización para la calidad (equipos de calidad, direcciones de calidad, etc), control de la calidad (medición periódica de los indicadores de calidad, procesos de autoevaluación, supervisión del desempeño, sistemas de información para la calidad óptimos, etc), procesos de mejoramiento y garantía de la calidad (identificación de oportunidades de mejora y desarrollo de proyectos de MCC; auditorías; sistema regional de acreditación de la calidad que permite garantizar a la población que un establecimiento acreditado ofrece servicios de calidad, etc).

Para desarrollar un Sistema Regional de Gestión de la Calidad se debe fortalecer el rol de rectoría de la ASR mejorando su desempeño hacia estándares óptimos:

- La promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y desarrolla un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.
- La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
- La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo sistema de salud.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- El uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

e) Organización del Sistema Regional de Salud, el análisis concertado y participativo realizado a los problemas prioritarios regionales en Junín, ha permitido transparentar que los problemas persistirán si es que no se toma conciencia de que tanto los proveedores, como los formadores de recursos humanos en salud, deben trabajar de manera coordinada. Por otro lado, los recursos resultan escasos para poder controlar todos los problemas de salud de la población, así como las epidemias y desastres naturales, y eso hace que se haga más crítica aún la complementación de esfuerzos y recursos entre todos. De allí que la estrategia planteada por los participantes al taller apunte al desarrollo de un Sistema Regional de Salud, enmarcados en el SNCDS.

Las funciones y objetivos de los sistemas de salud pueden resumirse en el siguiente cuadro:



Nuestro sistema de salud tiene una rectoría muy débil, ya que el propio sistema está fragmentado (MINSA, EsSalud, SSFFAA y PP). Los CRS se constituyen en los espacios en los cuales se puede minimizar esta fragmentación.

Es un reto interesante e importante que Junín, pensando como Región plantee la necesidad de integrar a todos los proveedores en un solo sistema de salud bajo la rectoría de la DIRESA. Son parte de este Sistema las instituciones formadoras de recursos humanos en salud (función de generación de recursos), y las instancias financiadoras del sistema, es decir los financiadores de la salud en la Región (SIS, Gobierno Regional, EsSalud, etc). Por otro lado, la Organización de los Servicios de Salud se basa en:

- La conformación de **Redes de Servicios de Salud** (conjunto de todos los establecimientos y servicios de salud en un ámbito delimitado por corredores sociales).
- El ordenamiento de los sistemas de Referencia y Contra-referencia
- La **Complementación** de Servicios al interior de las micro-redes y las redes (público-público, público-privado) a través de convenios de compra y venta de servicios o convenios de intercambio de prestaciones.
- Una adecuada **categorización** (asignarle el tipo de establecimiento que le corresponde) y **habilitación** (otorgar licencia de funcionamiento) a los establecimientos de salud que conforman las Redes de Servicios de Salud, de acuerdo a sus respectivos niveles de complejidad.

La estrategia constituye también una de las funciones esenciales de salud pública que orientará a la ASR hacia estándares óptimos de desempeño:

- El desarrollo de decisiones políticas en salud pública a través de un proceso participativo en todos los niveles que resulte coherente con el contexto político y económico en que éstas se desarrollan.
- La planificación estratégica a escala regional y apoyo a la planificación en los niveles locales.

- La definición y perfeccionamiento de los objetivos de salud pública, los que deben ser mensurables, como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad.
- La evaluación del sistema de atención de salud para la definición de una política regional que resguarde la entrega de servicios de salud con enfoque poblacional.
- El desarrollo de códigos, regulaciones y leyes que guíen la práctica de la salud pública.
- La definición de los objetivos regionales de salud pública para apoyar el rol de rectoría del Ministerio de Salud, en lo que respecta a la definición de los objetivos y prioridades para el conjunto del sistema de salud.

f) Canalización eficiente del apoyo de la cooperación internacional y ONGs, nacionales, regionales y locales

Existe una cantidad no controlada de instituciones que trabajan en salud y que requieren orientar sus acciones y su respectivo financiamiento a aquellos problemas que la Región ha identificado como los prioritarios.

3.5.1. Estrategia sanitaria regional específica para las necesidades evidenciadas (necesidad normativa)

Desarrollo de una estrategia sanitaria regional preventiva - promocional para revertir el perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad de la situación actual de la Salud en la Región Junín. La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, económicamente factible y técnicamente sostenible basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

1. Mejoramiento de la Atención Primaria en Salud basado en Familia y Comunidad

Se busca mejorar el desempeño del Primer Nivel de Atención de Salud, que permita brindar Atención Integral de Salud basada en Familia y Comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad.

Para ello es necesario:

- Mejorar la capacidad resolutive en infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados y capacitados por competencia debidamente acreditados en el ámbito regional a través de la especialización de los establecimientos de salud.
- Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.
- Mejorar la prestación de salud, mediante los programas médicos de familia, Psicólogos por colegio y odontólogos por colegio con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños; y reorientación de los servicios con calidad.
- Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria en el nivel regional y local, a través de la participación ciudadana en los procesos de gestión y cuidado de la salud.
- Gestionar el financiamiento interno y externo de manera articulada, para lograr un presupuesto equitativo y sostenible.

A continuación se mencionan las principales características de la estrategia que recoge todos los aportes del proceso desarrollado en las nueve provincias de la región, con actores claves del ámbito político, estratégico y operativo, y la adecuación al Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

- Brinda especial atención a la formación y desarrollo de los recursos humanos, personal de salud, trabajadores comunitarios, gestores.
- Da especial énfasis en el desarrollo de capacidades de gestión óptimas como el Sistema de Información, planificación y evaluación de desempeño principalmente.
- Enfatiza la orientación de los servicios de salud hacia la calidad, basado en la mejora de los procesos de atención, diseño y aplicación de instrumentos de garantía de la calidad que midan eficiencia, efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, así como la implementación de proyectos de mejora continua.
- Desempeña una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información oportuna y de calidad, insumo clave para la planificación, monitoreo y evaluación de desempeño, a lo largo de todo el sistema de atención de salud.
- Este sistema de atención debe brindar atención integral, integrada y continua y debe resolver localmente entre el 70 y el 80% de las necesidades básicas más frecuentes en la atención de la salud de la población a lo largo de la vida.
- Debe contar con una organización adecuada en redes funcionales de atención, en el marco del AUS por niveles de atención según complejidad y disponer de un sistema de referencia y contrarreferencia nacional para atender las necesidades de salud de la población. Un funcionamiento adecuado del Primer Nivel de Atención, unido a un relacionamiento armónico con los otros niveles, le permite resolver a nivel local un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren otros niveles de atención, para esto es condición indispensable mejorar la capacidad de oferta de los servicios de salud.
- Un modelo de atención integral con orientación familiar y comunitaria como ejes principales en el diagnóstico y la planificación y la intervención. Se enfatiza en el cambio de paradigma para pasar de la atención recuperativa hospitalaria a la atención preventiva, promocional y atención curativa temprana en el primer nivel de atención. Se refuerza la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de APS por ser costos más efectivos. Se busca una forma de organizar la atención de salud, desde las Familias hasta los hospitales, considerando que la prevención es tan importante como la curación y en la que se inviertan recursos de modo racional en los distintos niveles de atención.
- Es el mejor espacio donde se establecen los vínculos con la comunidad y el resto de los sectores sociales para el mejor abordaje de los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud de la población para lo cual desarrolla procesos de intersectorialidad y de participación individual y colectiva.

- La viabilidad y sostenibilidad de este requiere de un sólido respaldo político y compromiso de todos los sectores y actores claves del estado y la sociedad civil, que le asegure los recursos necesarios para su implementación, internos y externos, convencionales y no convencionales. Se propone el financiamiento per cápita de la atención primaria basado en familia y comunidad.
- Así como un fuerte marco jurídico sanitario actualizado y el fortalecimiento institucional
- adecuado al proceso de descentralización y la implementación del AUS, que le aseguren viabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

Ejes de intervención

La Atención Integral de Salud Basada en Familia y Comunidad

El **MAIS-BFC** propone una mirada integral sobre el proceso salud enfermedad y se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. Ello porque entiende que la salud y la enfermedad no están separadas de la persona; ni ésta de su medio ambiente. Siempre, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, están involucrados entre sí.

Es la perspectiva biopsicosocial. Desarrollar un modelo de intervención en salud basado en la persona, familia y comunidad y en los principios de APS dentro del marco de AUS, que incluya acciones de Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Diagnóstico Precoz, Tratamiento Oportuno, Protección Específica, complementado con las demás atenciones en salud en los diferentes niveles de atención y complejidad, especialmente para los problemas sanitarios específicos priorizados, implica conocer, depurar y adaptar conceptos, medios, e interacciones complejas.

Estas interacciones van desde el trabajo con la persona y la familia en su localidad y con la participación de la comunidad, hasta la acción del gobierno local, regional y nacional, donde los servicios de salud se ubican para fortalecer la cohesión social y el capital humano, actuando de esta manera sobre los determinantes de la salud, para brindar como fin supremo bienestar con equidad y desarrollo sostenible.

Para el nuevo MAIS-BFC, la APS se constituye como el primer punto de contacto que las personas tienen con la red de servicios de salud, por tanto su fortalecimiento es esencial. Esto implica que en todos los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención, el fortalecimiento debe estar centrado en la formulación e incorporación de un nuevo enfoque en la totalidad de estos establecimientos de APS y cuyo propósito es acentuar la dimensión familiar y comunitaria en el quehacer de los equipos de salud de los establecimientos de salud. Este es el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

En el MAIS-BFC se revelan algunas características:

- Centrado en la Familia, porque ubica a la familia en el centro de la atención, como objeto de la misma y sujeto responsable de su propio cuidado.

- Propone una relación horizontal y co-responsable entre el equipo de salud y las personas. Por un lado, las capacidades de ambos se suman al servicio del mejor cuidado de la salud y por otro, el equipo de salud recomienda o indica pero son las personas quienes se hacen cargo de las decisiones cotidianas que determinan la calidad del cuidado de su salud.
- Incorpora la participación de la comunidad porque entiende que la responsabilidad sobre el cuidado de la salud no se limita a las personas que un equipo de salud tiene a su cargo, sino que se extiende a las comunidades a las que pertenecen.
- Proporciona cuidados continuos de salud, a personas, familias y comunidad mediante la conformación de equipos básicos de salud, denominados Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria aplicados en sectores territoriales y garantizados por la red de servicios de salud.
- Se orienta a la obtención de resultados en salud, efectivos para la población y resolutivos para la persona en la solución de sus problemas de salud.

Implementar el MAIS-BFC representa la transición de un modelo de ser:

- Recuperativo y Curativo hacia acciones preventivas y promocionales.
- Asistencialista a un enfoque comunitario de corresponsabilidad social
- Hospitalario a ser guiado por los principios de la Atención Primaria de la Salud Renovada
- De mirar la salud relacionada solo a la presencia de enfermedad a un enfoque bio-sicosocial.
- De una organización fragmentada a redes de servicios de salud.
- De intentar cambiar la situación de salud de la población interviniendo desde la oferta y en el nivel operativo a buscar modificar el comportamiento de la demanda interviniendo e impactando en los determinantes de la salud desde el nivel político a través del estado.

Esto significa romper paradigmas históricos, tradicionales de Modelos de Atención de Salud basado en un enfoque curativo predominante en los establecimientos de salud, generado principalmente por el comportamiento de la demanda al solo buscar atención cuando se siente haber perdido la salud y no antes, cuando se está sano pero expuesto a factores de riesgos o con enfermedad subyacente, induciendo de esta manera a la oferta a que se adecue a ella para satisfacerla, en un comportamiento similar de recuperación y rehabilitación de la enfermedad o el daño.

El Sistema de Salud no está preparado para identificar estas necesidades no percibidas por la población y solo interviene y atiende las necesidades percibidas y de manera parcial, es decir la enfermedad y el daño. Sin embargo, esta situación tanto en la oferta como en la demanda está fuertemente influenciada por una realidad socio económica dependiente del nivel político que va mas allá del trabajo denodado y sacrificado de los establecimientos de salud y que actúa en los determinantes de la salud y en la demanda.

El MAIS-BFC, busca identificar precisamente estas necesidades percibidas y no percibidas en la población, condiciones de riesgos y potencialidades en su etapa pre patogénica, teniendo como eje de intervención para la planificación y la acción a la Persona, Familia y Comunidad, pero además propone actuar desde el nivel político con el diseño e implementación de Políticas Sociales Integrales y con enfoque de equidad que

influyen directamente en los determinantes de la salud, orientando para ello, esfuerzos, capacidades y recursos a mejorar la realidad socio económica y sanitaria del país. Esto permitirá modificar la demanda de manera progresiva y especialmente en sus conductas y estilos de vida y permitirá un mejor trabajo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la oferta de salud y por ende de un Modelo de Atención Integral basado en la APS - R esto significa privilegiar la Prevención Primaria, Promoción de la Salud y Protección Específica en la etapa Pre patogénica.

Sin embargo cuando se rompe el equilibrio agente- huésped-vector y la persona entra a un periodo patogénico, también se puede hacer prevención para evitar las complicaciones y discapacidades, a estos niveles de prevención se denominan, prevención secundaria y terciaria.

Esto implica también salir de un tipo de atención intramural centrado en la parte curativa y asistencialista, preparado para identificar y responder las necesidades individuales, al daño y la enfermedad y pasar a potenciar el tipo de atención de trabajo extramural, comunitario domiciliario o colectivo que interviene y privilegia la parte de prevención de riesgos y daños y la promoción de la salud.

Esto significa convertir realmente al Primer Nivel de Atención como la puerta de entrada al sistema de salud y no el hospital que hoy es el centro del modelo de atención. Para alcanzar estos retos la estrategia planteada es la implementación de un MAIS-BFC que toma como eje de acción y planificación la Familia y la Comunidad.

En este modelo de atención, el Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria se constituye en el protagonista principal de la implementación que en coordinación estrecha con la comunidad, organiza la atención, planificación y acción, según el diagnóstico de necesidades de la persona, familia y comunidad.

En el plan de intervención del equipo básico de salud familiar y comunitaria, conforme al diagnóstico de necesidades previamente establecido, se interviene en la persona, familia y comunidad, ofreciendo los paquetes de cuidados esenciales, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y actividades de recuperación y rehabilitación.

A través del trabajo con la comunidad, "Participación Comunitaria", y los diferentes actores y sectores claves involucrados en salud, "Intersectorialidad", se busca promover e impulsar el abordaje de los determinantes de la salud para impulsar en el nivel local políticas públicas relacionadas a la implementación de prácticas y comportamientos saludables en la población según el perfil epidemiológico.

Por lo tanto, promover el fortalecimiento de la atención integral de salud basado en la persona, familia y comunidad, representa un gran esfuerzo de aproximar el sector salud a la vida cotidiana de las personas, superando las barreras de acceso a los servicios hoy reconocidas.

Características de los Componentes de la Atención Integral de Salud Renovado

Los componentes en el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad tendrán las siguientes características relevantes:

I. Componente de Gestión

- a) Contar con los recursos humanos que enfatiza la prevención y promoción basada en familia y comunidad.
- b) Promover la Gestión Territorial articulada de los servicios de salud en red, que implica:
 - Planeamiento estratégico integrado entre los diferentes niveles de atención en el ámbito territorial y la Dirección Regional de Salud/Gerencia Regional de Salud/Dirección de Salud.
 - Desarrollar instrumentos integrados de Control Gerencial (monitoreo, supervisión y evaluación).
 - Promover la conducción sectorial social, articulada, concertada y participativa a través del fortalecimiento de los Consejos Regionales y Locales de Salud en un nuevo marco jurídico sanitario que fortalezca sus roles y funciones y le den el carácter de autonomía y vinculación con los procesos de la gestión pública en salud.
- c) Gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, garantizando el acceso a medicamentos seguros, de calidad y a bajo costo y uso racional de los mismos.
- d) Desarrollar un sistema integrado de información en salud que permita la toma de decisiones con oportunidad y eficiencia.

II. Componentes de Organización

- a) Las redes de servicios de salud públicas deberán ser articuladas funcionalmente con los otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud.
- b) La continuidad de la atención deberá realizarse en todos los niveles de atención en el marco de un sistema nacional articulado de referencia y contrarreferencia.
- c) Los establecimientos de salud categorizados del Primer Nivel de Atención tienen el enfoque de salud familiar y comunitaria, que responden a las necesidades y demandas de la persona, familia y comunidad.
- d) La oferta móvil enfatiza la prevención y promoción basado en familia y comunidad, es complementaria a la oferta fija integrada a la red de servicios de salud pública y aplica un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud con la participación de los gobiernos regionales y gobiernos locales.

III. Componente de Prestación

- a) Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad.
- b) Énfasis en las acciones de promoción de la salud, disminución de riesgos y prevención daños en el primer nivel de atención a través del abordaje integral de

las personas en sus diferentes etapas de vida y familia recogiendo los principios y valores de la atención primaria de la salud renovada.

- c) Predomina actividades extramurales comunitarias.
- d) Reorientación de los servicios hacia la Calidad de Atención.
- e) Organización interna de los establecimientos de salud para el trabajo con las familias y comunidad, adecuándolos con enfoque de derecho, género e interculturalidad.

IV. Componente de Financiamiento

- a) Asegurar el financiamiento a través de la capitación de las acciones de la Atención Primaria de la Salud
- b) Reorientación del Financiamiento en Salud hacia el Presupuesto por Resultado a las acciones de la atención primaria en salud con enfoque a la persona por etapa de vida, familia y comunidad.
- c) Reorientación del presupuesto de incentivos municipales hacia la APS
- d) Alineamiento de los Recursos de la Cooperación Internacional hacia la implementación del MAIS-BFC en los tres niveles de gobierno.

Cumplir estas “características relevantes”, implica serias transformaciones en la manera de pensar y ordenar los procesos de gestión y de atención en salud, tanto en el interior del Ministerio de Salud como en las relaciones con otros sectores del Estado, en el marco de los tres ejes estructurales de reforma; Aseguramiento Universal, Descentralización en Salud y Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención siendo el objetivo de la gestión pública actual la eficiencia, equidad y calidad. Al mismo tiempo, requiere reordenamiento y articulación entre el Ministerio de Salud y los otros subsectores del sistema de salud. Para lograr esta transformación, el sector salud deberá integrar y articular sus acciones al Plan de Desarrollo Regional y Local a través de programas o proyectos de intervención conjuntos que apunten el propósito prioritario: Renovación y Fortalecimiento de la atención integral en salud teniendo como base la persona, familia y la comunidad.

3.6 PLAN DE MONITOREO DE INDICADORES DE IMPACTO

Intervenciones focalizadas en razón a la problemática identificada, plan de monitoreo de indicadores de impacto.

INDICADOR						RESULTADO ESPERADO			
Problema	Denominación problemática	Fórmula	Fuente de verificación	Periodicidad	Medición basal 2010	Objetivo al 2021	Índice de monitoreo anual	Estrategia	Según documentos vinculantes
Alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil, en niños menores de 5 años (23.73% - 2010).	Estado en el cual niños y niñas tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia.	N° de niños/as < de 5 años con desnutrición crónica / N° total niños/as < de 5 años x 100. - En la región Junín, en un año dado.	Instituto Nacional de Salud - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - Sistema de Información del Estado Nutricional.	Anual	El 23.73% de los niños/as de la Región Junín presentan desnutrición crónica en el año 2010.	El 11.73% de los niños/as de la Región Junín presentan desnutrición crónica en el año 2021. - Disminuir la prevalencia en 12% al 2021.	1.5% de disminución anual	Mejorar la orientación de intervenciones de los incentivos municipales. Potenciar la ejecución de la estrategia sanitaria nacional "Articulado Nutricional"	- Objetivos de desarrollo del Milenio. - Plan concertado regional. - Plan nacional de salud.
Déficit de cobertura en saneamiento básico en la Región Junín (154 mil 70 viviendas con déficit de agua y/o saneamiento, afectando a 625 mil 769 habitantes, en el 2010).	Este déficit agrupa a las viviendas que no cuentan con abastecimiento de agua en condiciones salubres y no disponen de servicios higiénicos con un sistema adecuado de eliminación de excretas. Clasifican dentro de este grupo, todas las viviendas que se abastecen de agua mediante ríos, acequias, manantiales, pozos, camiones cisterna, lluvia, nieve u otros similares, asimismo el servicio higiénico que dispone la vivienda es de tipo pozo ciego o letrina el cual no recibe tratamiento alguno, o en todo caso hacen uso de los ríos, acequias o canales, o no tiene	Total de viviendas con déficit en la ciudad(zona geográfica) / Total de viviendas con ocupantes presentes en la ciudad x 100 - Incidencia de agua y saneamiento básico (I.A.S.).	Instituto Nacional de Estadística e Informática – Mapa de Déficit de Agua y Saneamiento - Criterios y conceptos básicos utilizados en la definición y cálculo del déficit de agua y saneamiento básico	Anual	154 mil 70 viviendas con déficit de agua y/o saneamiento en el 2010	135 581.6 viviendas con déficit de agua y/o en el 2021. - Disminuir la incidencia en 12% al 2021.	1.5% de disminución anual	Habilitar competencias a las Municipalidades en el proceso de financiamiento en saneamiento que dispone el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento a través de sus programas, Mi Barrio, Mejorando mi Quinta y la Calle de Mi Barrio.	- Plan concertado regional.

Alto porcentaje de violencia física y sexual contra la mujer en la familia, el 52,6% de las mujeres alguna vez unidas manifestaron haber sufrido violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, en la Región Junín en el 2010.	Se circunscribe a las indagaciones de forma directa a las mujeres alguna vez casadas o conviviente acerca de si su última pareja (esposo o compañero) había ejercido violencia física y sexual contra ellas. Este tipo de violencia se relaciona con agresiones físicas como haber sido empujada, sacudida, golpeada o agredida con el puño o con algún objeto duro, si había tratado de estrangularla o quemarla, si había sido pateada o arrastrada, amenazada o atacada con arma o si había sido obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y si estas situaciones se presentaron durante los doce meses anteriores a la entrevista o alguna vez durante la relación con la pareja. Adicionalmente, se preguntó por los precursores de la violencia (consumo de alcohol o drogas), y por los resultados de dichos episodios en términos de lesiones como moretones, heridas, huesos o dientes rotos y quemaduras y si fue necesario ir a un médico o centro de salud.	N° de mujeres alguna vez unidas que manifiestan haber sufrido violencia física y sexual por su esposo o compañero/N° total de mujeres alguna vez unidas x 100 - En la región Junín, en un año dado.	Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES - Violencia Física Y Sexual Contra La Mujer - Violencia física y sexual por parte del esposo o compañero	Anual	52,6% de las mujeres alguna vez unidas manifestaron haber sufrido violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, en el 2010.	28,6% de las mujeres alguna vez unidas manifiestan haber sufrido violencia física y sexual por parte de su compañero o esposo en el 2021. - Disminuir el porcentaje en 24% al 2021.	3.0% de disminución anual	Concertar entre todas las instituciones que trabajan la temática de violencia familiar con énfasis en violencia sexual y física, lineamientos de intervención integral frente a dicha problemática.	- Plan concertado regional. - Plan nacional de salud.
Elevada razón de muerte materna, 98.06 por 100,000 nacidos vivos en la Región Junín en el 2010.	La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales La razón de muerte materna, es el número de defunciones maternas	N° de muertes maternas/ N° nacidos vivos en un año x 100 000 Calculo del indicador: - Defunciones maternas = A - Población	Dirección Regional de Salud Junín - Análisis de Situación de Salud del Departamento de Junín / Encuesta Demográfica y de Salud	Anual	98.06 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el 2010.	66.06 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el 2021. - Disminuir en 32 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos al 2021.	4 muertes maternas disminuidas anualmente por cada 100 000 nacidos vivos	Concertar las estrategias para la disminución de la muerte entre el Sector, el Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal, y el Plan de Incentivos	- Objetivos de desarrollo del Milenio. - Plan concertado regional. - Plan nacional de salud.

	por 100.000 nacidos vivos.	Total = B - Tasa bruta de natalidad = C RMM = A / B*C/1000 X 100000	Familiar ENDES - Capítulo 3: Fecundidad.					Municipales.	
Elevada proporción de embarazo adolescente (de 12 hasta los 17 años de edad) 22.4% en la Región Junín en el 2010.	Para los efectos de esta problemática se consideran como adolescentes a las mujeres de 12 a 17 años (MINSA – DIRESA Junín). La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque además el aborto es ilegal en el Perú.	N° de adolescentes embarazadas / N° de adolescentes mujeres x 100 - En la Región Junín en un año dado	Dirección Regional de Salud Junín - Análisis de Situación de Salud del Departamento de Junín - Madres adolescentes al primer hijo.	Anual	22.4% de adolescentes embarazadas en el 2010.	14,4% de adolescentes embarazadas en el 2021. - Disminuir en 8% los embarazos adolescentes al 2021.	1.0% de disminución anual	Insertar en los procesos a implementarse con los programas regionales de Atención Primaria en Salud, el componente de prevención del embarazo no deseado con énfasis en adolescentes.	- Plan concertado regional. - Plan nacional de salud.
Tratamiento	El término de Infecciones de	N° de pacientes	Dirección	Anual	99% de	100% de	0.125% de	Fortalecer el	- Objetivos de

sindrómico de los pacientes con ITS en 99% en la Región Junín en el 2010.	Transmisión Sexual (ITS), engloba a un grupo de enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio se establece a través de las relaciones sexuales. El manejo sindrómico de casos de ITS habilita a todo personal que presta atención primaria de salud para diagnosticar y tratar, de inmediato, a la persona que consulta por tener signos y/o síntomas de ITS. El manejo sindrómico clasifica los principales daños a los órganos genitales, según los síntomas y signos clínicos que generan.	con ITS con tratamiento sindrómico / N° total de pacientes con ITS x 100 - En la Región Junín en un año dado	Regional de Salud Junín - Análisis de Situación de Salud del Departamento de Junín		pacientes con ITS con tratamiento sindrómico en el 2010	pacientes con ITS con tratamiento sindrómico en el 2021. - Incrementar la cobertura en 1% a pacientes con ITS al 2021.	incremento anual	mejoramiento del tratamiento de las ITS, a través del manejo sindrómico.	desarrollo del milenio. - Plan nacional de salud.
Baja cobertura de tamizajes para VIH, 2,7% en personas de 12 años a más, en la Región Junín en el 2010.	Las pruebas de tamizaje con resultados reactivos indican la probabilidad de que la sangre esté infectada del VIH.	N° de personas de 12 años a mas, tamizadas para VIH / N° total de personas atendidas en salud sexual y reproductiva - En la Región Junín en un año dado	Dirección Regional de Salud Junín - Análisis de Situación de Salud del Departamento de Junín	Anual	2.7% personas de 12 años a mas que asistieron a consulta en salud sexual y reproductiva a tamizadas para VIH que en el 2010	7.7% personas de 12 años a mas que asisten a consulta en salud sexual y reproductiva son tamizadas para VIH en el 2021. - Incrementar la cobertura de tamizaje en personas de 12 años a mas que asisten a consulta en salud sexual y reproductiva en 4% al 2021.	0.5% de incremento anual	Fortalecer el mejoramiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS – VIH/SIDA – TB desde los espacio regionales y locales.	- Objetivos de desarrollo del milenio. - Plan nacional de salud.
Deficiente distribución del recurso humano	Para fines de comparación internacional y dada la disparidad de datos disponibles para muchas	N° de médicos + enfermeras + parteras en el	- Ministerio de Salud de Perú - Dirección	Anual	7,85 recursos humanos en	10 recursos humanos en salud en las	0.26 de incremento anual para	Mejorar la distribución del recurso humano en	- Plan nacional de salud.

en salud, en la Región Junín; la provincia de Yauli cuenta con 7,85 recursos humanos en salud por cada 10000 habitantes en el 2010, y la provincia de Satipo cuenta con 5,22 recursos humanos en salud por cada 10000 habitantes en el 2010.	profesiones, se usa la definición de OMS, que integra en esta definición a médicos, enfermeras y parteras. Sin perjuicio de esto, se alienta a los países a recolectar información sobre todas las profesiones relevantes del equipo de salud. El Informe sobre la Densidad del Estado considera como un indicador de atención de la salud el número de recursos humanos en salud que hay en el Perú por cada 10 000 habitantes, que debe ser 10 como mínimo según la Organización Panamericana para a Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).	año t / Total de la población de un país en el año t x cada 10.000 habitantes. - En la Región Junín.	Regional de Salud Junín - Análisis de Situación de Salud del Departamento de Junín		salud por cada 10000 habitantes en el 2010 en la provincia de Yauli, 5,22 recursos humanos en salud por cada 10000 habitantes en el 2010 en la provincia de Satipo.	provincias de Yauli y Satipo en cada una en el 2021. - Incrementar el recurso humano en 2.15 para la provincia de Yauli. y 4.78 para la provincia de Satipo, al 2021.	la provincia de Yauli. 0.59 de incremento anula para la provincia de Satipo.	salud a través de incentivos salariales al personal medico.	- Plan concertado regional.
--	---	---	--	--	---	--	--	---	-----------------------------

3.7. Estrategia de Implementación

El Gobierno Regional de Junín es el responsable de garantizar la salud de la población de la Región, para ello ha oficializado la conformación del Consejo Regional de Salud como ente consultivo en temas de salud en la Región. El Consejo Regional de Salud conjuntamente con el Gobierno Regional, Dirección Regional de Salud y la sociedad civil, han conducido la formulación del Plan Regional Concertado de Salud y éste será el espacio de concertación que promoverá su implementación participativa y concertada.

Con la finalidad de implementar las estrategias para vulnerar los problemas sanitarios priorizados en el ámbito de la región Junín, se hace necesario establecer e institucionalizar un nivel de organización especial que permita la participación de la sociedad civil y el Estado en la fase de Implementación. Para ello se propone una organización que garantice la sostenibilidad de los resultados que pretendemos alcanzar:

Órgano conductor: Consejo Regional de Salud, responsable de conducir la implementación y elevar al Gobierno Regional los documentos técnicos concertados para su oficialización e institucionalización a nivel regional. Cuenta con una Secretaría Técnica, responsable de implementar las Estrategias del PRCS y sobre todo la referida al “Fortalecimiento y uso eficiente de espacios de concertación regional y local para la implementación de políticas nacionales y el diseño e implementación de políticas regionales en salud, así como para promover la articulación de los sectores gubernamentales y no gubernamentales a nivel regional y de esta forma contribuir a reducir los efectos de la inestabilidad política del país en la salud de la población”.

Tiene bajo su responsabilidad el funcionamiento de las Mesas Temáticas Regionales (conformadas en función a las prioridades sanitarias regionales), que funcionarán como “grupo de expertos” en los temas de su especialidad.

Órgano de Control: Conformar el Comité Técnico de Vigilancia del PRCS “Desarrollo de un sistema de vigilancia social regional y local en asuntos de salud, con participación ciudadana”

Órgano de Asesoría: Comité Regional de Planificación

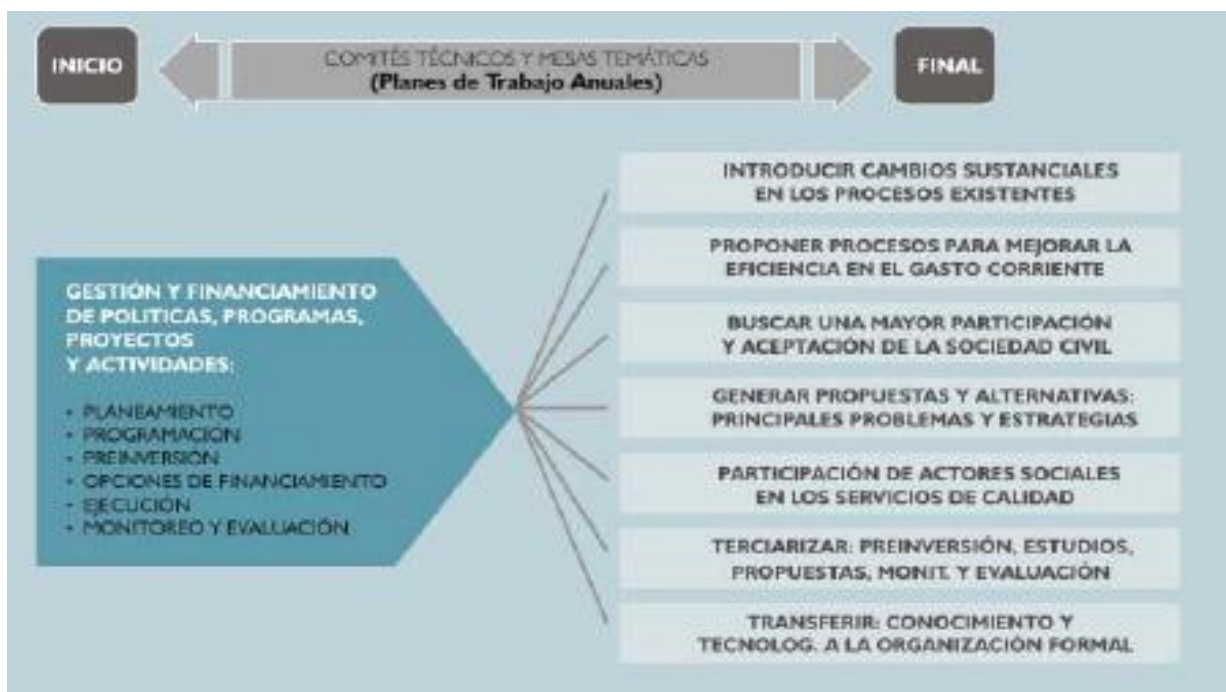
Órgano de Apoyo: Comité Regional de Comunicaciones

Órganos de Línea: Comités Técnicos basados en las estrategias específicas del PRCS

Propuesta de Organización

Cada Mesa Temática y Comité Técnico deberá elaborar un Plan de Trabajo Anual, cuyos resultados esperados se grafican a continuación:

RESULTADOS DE LOS COMITÉS TÉCNICOS Y MESAS TEMÁTICAS



IV. AGENDA POLITICA SANITARIA REGIONAL

4.1. Temas de Políticas Saludables de Nivel Regional

Las instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil de Junín, han concertado los siguientes temas de políticas saludables de nivel regional, que forman parte de la Agenda Política Sanitaria Regional, la misma que será desarrollada en el marco de la implementación del Plan Regional Concertado de Salud. Estos temas han sido identificados sobre la base de las prioridades sanitarias regionales definidas por consenso y del análisis participativo realizado de las mismas.

A continuación presentamos el listado de los temas de políticas saludables de nivel regional:

1. Política regional que priorice la Atención Primaria en Salud desde el enfoque de familia y comunidad.
2. Política regional que promueva la especialización progresiva de los hospitales de la Región.
3. Política regional que permita que todas las instituciones involucradas en la salud de la Región, tanto públicas, privadas como de la sociedad civil, se integren en un Sistema Regional de Salud, bajo la rectoría de la Dirección Regional de Salud.

4. Política regional que garantice la implementación de un sistema regional de gestión de la calidad, con énfasis en las prioridades sanitarias regionales, que involucre a todos los proveedores de servicios de salud tanto públicos, privados y de la sociedad civil.
5. Política regional para el mejoramiento del sistema regional de acreditación de establecimientos de salud.
6. Política Regional que promueva y fortalezca la atención integral de salud.
7. Todos los Centros Educativos incorporan en el currículo educativo de todos los niveles (inicial, primaria, secundaria y superior no universitaria), contenidos relacionados con las prioridades sanitarias regionales.
8. Todos los medios de comunicación social (generadores de periodismo cívico) aseguran la difusión de mensajes educativos para controlar los problemas de salud prioritarios en la región.
9. A nivel regional se mejore la implementación de la estrategia de Municipio Saludable.
10. Política regional para el mejoramiento del saneamiento básico.
11. Política regional que promueva y garantice los derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer y el hombre por cada una de sus etapas de vida.
12. A nivel regional se promueve y garantizan los derechos a una vida sin violencia y sin ningún tipo de maltrato, dentro de un marco de promoción de la salud mental.
13. Política regional para promover y garantizar la Seguridad Alimentaria.
14. Política regional de desarrollo de recursos humanos en salud, basado en competencias.
15. Política regional para el desarrollo de un sistema de información regional en salud, integrado, eficiente y eficaz para una adecuada gestión sanitaria regional en el marco del sistema regional de salud.
16. Política regional que garantice y regule que los programas y proyectos en el marco de convenios interinstitucionales de cooperación nacional e internacional, estén orientadas a vulnerar las prioridades sanitarias regionales en las áreas de alta prevalencia.

V. PACTO SOCIAL



Consejo Regional de Salud Junín



TERCER PACTO SOCIAL PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD - JUNIN 2013 - 2021

Siendo las dieciocho horas del día diecinueve de julio del año dos mil doce, en el auditorio de la DIRESA Junín, los abajo firmantes, **acordamos aprobar la actualización del Plan Regional Concertado de Salud (PRCS) de Junín para el periodo 2013 - 2021**, el cual está compuesto por lo siguiente:

- I. Marco político estratégico.
- II. Entorno socio económico de la región y la Situación de la Salud Regional.
- III. Visión Regional Compartida en Salud.
- IV. Identificación, Priorización y Análisis concertado de los problemas de salud.
- V. Objetivos y Estrategias en Salud.
- VI. Políticas para la implementación de las estrategias en Salud.
- VII. Monitoreo de indicadores de impacto.

Asimismo nos comprometemos a o lo siguiente:

1. Asumir el **compromiso institucional** de alcanzar los objetivos y resultados esperados en el Plan Regional Concertado de Salud 2013 – 2021.
2. Implementar las estrategias Sanitarias Regionales definidas de manera participativa con el conjunto de instituciones del Estado y la Sociedad civil de la Región.
3. Compartir recursos humanos, físicos y financieros institucionales para el desarrollo concertado de las Políticas Regionales de Salud Definidas en el Plan Regional Concertado de Salud, y consecuentemente alcanzar sus objetivos.
4. Hacer que los objetivos y Estrategias del Plan Regional de Salud Concertado, sirvan como direccionadores de las acciones de salud a desarrollarse en la Región.
5. Participar de las reuniones de organización y planificación para la implementación, el monitoreo y la evaluación correspondiente, para alcanzar los resultados esperados de la ejecución.
6. Ejercer activamente el control social en la implementación, el monitoreo y la evaluación correspondiente, para alcanzar los resultados esperados de la ejecución del Plan Regional Concertado de Salud 2013 – 2021.

Finalmente, dejamos constancia de nuestra voluntad de participar activamente en la implementación, el monitoreo y la evaluación del Plan Regional Concertado de Salud 2013 – 2021.

Para mayor conformidad suscriben la presente Acta:

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN

GIMES BARRIOS ALDERETE
Consejero de la Provincia de Junín

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN

DR. LUIS A. ORIHUELA LAZO
C.M.P. 37828
DIRECTOR REGIONAL

DR. VLADIMIR ROY CERRÓN ROJAS
PRESIDENTE
GOBIERNO REGIONAL JUNIN



Consejo Regional de Salud Junín



¡Trabajando con la fuerza del pueblo!

TERCER PACTO SOCIAL PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD - JUNIN 2013 - 2021

Red de Salud Tarma

Lic. Heena M. Crosby-Ramón
TRABAJADORA SOCIAL
CTSP 3828

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

M.C. HENRY A. ARROYO PÉREZ
CMP: 51783
COORD. JUNIO DE SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Lic. Silvana Mascoso Gallegos
Coord. Regional
PRISA Junín

JUAN JESÚS CASTRO U.
Médico Ejec.
RED DE SALUD JUNIN

TRICIE HUACHÁN SILVA
ASESORA LEGAL
DIRESA - JUNIN

OSCAR LUNA
COORDINADOR
DIRESA JUNIN

JUSTO MORA SULLUDINI
GRJ - GRPPAT

ANA ZAMITA N.
CREADORA DE SSA/ENJ
DIRESA JUNIN

PRESIDENTE COMITE PROVINCIAL SALUD
GRUPO - ORAJA

GLADYS PEÑALOZA CORDOVA
COORD. PROMSA
Red de Salud Tarma

Dr. Walter Calderon Gerstein
MEDICO - INTERNISTA
CMP 28987 - RNE 18868
Secretario - Colegio Médico del Perú
Cnsjop/República Junín

Fco. (Superintendente) D.
DIRESA JUNIN

Maria Mayor P.
INEI-JUNIN

ING. INFORMATICA
CIP Nº 102784
DIRECCION EJECUTIVA
de Salud Ambiental

Rep. ETRANS
DIRESA J.

COORD. CTP - CRS

COORD. CTP - CRS

FIRMANTES DEL PACTO SOCIAL

En la suscripción del III Pacto Social realizado en Huancayo, la mesa de honor estuvo presidida por el Dr. Vladimir Roy Cerrón Rojas, Presidente del Gobierno Regional Junín. Lo acompaña la Lic. Giovanna Sofía Carrillo, representante de INPPARES, el Dr. Luis Armando Orihuela Lazo, Presidente del Consejo Regional de Salud, Dr. Aristóteles Huamani Janampa, Gerente de la Red Asistencial ESSALUD, Lic. Ana María Huacaychuco Ruiz, Sub Gerencia de Cooperación Técnica y Planeamiento y Sociedad Civil.





El Dr. Luis Armando Orihuela Lazo, Presidente del CRS, agradece el trabajo realizado por los asistentes en las 9 provincias de la Región Junín, trabajadores de salud que participaron activamente, en la actualización del Plan Regional Concertado en Salud Junín.



El Dr. Vladimir Roy Cerrón Rojas, Presidente del Gobierno Regional Junín, remarca la importancia del Plan regional Concertado en Salud en la gestión sanitaria de la Región.



En el tercer Pacto Social, se acordó aprobar la actualización del Plan Regional Concertado en Salud para el periodo 2013-2021, se muestra el compromiso y participación activa de todos los actores sociales, su implementación, monitoreo y evaluación del Plan.

Dr. Aristóteles Huamani Janampa, Consejero Regional de Salud, efectúa el brindis de honor en la clausura del Fórum Público "Presentación del Plan Regional Concertado en Salud 2013-2021"



Culminación del Fórum Público "Presentación del Plan Regional Concertado en Salud periodo 2013-2021.



Dr. Vladimir Roy Cerrón Rojas, Presidente del Gobierno Regional Junín y equipo técnico, Lic. Roger Alvaro Zevallos Romero, INPARRES, Eco. Yolanda Martínez Matos, Secretaria Técnica del Consejo Regional de Salud, Mg. Rosario Elena Linares Vivanco, Coordinadora del Comité de Planeamiento - CRS, Lic. Giovanna Sofía Carrillo, INPPARES.



