PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD

DIRESA HUANUCO

PLAN DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES FRENTE A LOS EFECTOS DE LAS BAJAS TEMPERATURAS EN SALUD 2015-2016

MED.T.HERIBERTO HIDALGO CARRASCO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD

HUÁNUCO – PERÚ

2015

INDICE

PRESENTACIÓN

I. INTRODUCCIÓN

II. FINALIDAD

III. OBJETIVO

IV. BASE LEGAL

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

VI. MARCO CONCEPTUAL

6.1. Definiciones operacionales

6.2. Definiciones de la gestión del riesgo de desastres

6.3. Marco Legal y Normativo
6.3.1. Política Internacional
6.3.2. Política Nacional

6.4. Diagnóstico de la gestión del riesgo de Desastres – GRD
6.4.1. Identificación y Caracterización de la amenaza
6.4.1.1. Reportes de las Amenazas Tipificadas

6.4.2. Análisis de la Vulnerabilidad
6.4.2.1. Vulnerabilidad Sanitaria
6.4.2.2. Vulnerabilidad Socio Económica
6.4.2.3. Vulnerabilidad Institucional

6.4.3. Determinación de los Niveles del Riesgo.

6.5. Actividades Articuladas según Procesos de la Gestión del Riesgo y Objetivos Específicos
6.5.1. Matriz de Articulación de las Actividades y tareas, según procesos de la Gestión del Riesgo de Desastres y Objetivos Específicos en los tres niveles de Gobierno.

6.6. Presupuesto

6.7. Monitoreo y evaluación del plan

VII. ANEXO
Anexo 1: ACTIVACION DE LA RESPUESTA E INSTITUCIONES DE APOYO
Anexo 2: RADIO DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
Anexo 3: NIVELES DEL RIESGO FRENTE A TEMPORADA DE BAJAS TEMPERATURAS 2014 – 2015 DIRESA//CPCED.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRESENTACIÓN

El Plan de Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres - PPRRD, es un plan operativo y específico dirigido a identificar actividades y proyectos que eviten la generación de nuevos riesgos y reduzcan los existentes, es en este contexto que el Plan de Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres frente a los efectos de las Bajas Temperaturas en Salud 2015-2016, expresa la Política asumida por el Estado Peruano en esta materia y tiene como finalidad proteger la vida y la salud de las personas en las zonas amenazadas por este fenómeno. Este Plan es producto de un proceso de planeamiento y validación de objetivos y actividades con los representantes de las Oficinas y Direcciones del Ministerio de salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional y local.

Los daños a la salud reportados por las bajas temperaturas en algunas zonas del país son preocupantes, las que coincidentemente son producto de múltiples determinantes tales como pobreza, desnutrición crónica, educación deficiente en salud , precariedad de viviendas, dificultad en el acceso a los servicios de salud, entre otros, los que se traducen en vulnerabilidades, de la misma manera los eventos climatológicos son factores externos a la que denominamos amenazas , y la relación entre ellas se traducen en riesgos que en términos de salud , la evidenciamos con el incremento de las tasas de neumonías y defunciones en la población vulnerable como son los niños menores de cinco años y adultos mayores.

Hacer frente a los efectos de la salud por las bajas temperaturas, nos lleva conceptualizar un fenómeno recurrente, con cierta periodicidad en el tiempo y por lo tanto requiere ser abordado dentro de las actividades regulares, diferenciando las contingencias para fenómenos extremos que puedan presentarse durante este fenómeno. Asimismo, este planeamiento debe contar con el enfoque de Gestión del Riesgo de Desastres, que lo conceptualiza como un proceso social cuyo fin último es la prevención, reducción y control de factores de riesgo de desastre en la sociedad y la preparación y respuesta ante situaciones de desastre y requiere para tal fin, la concertación de las instancias gubernamentales y el compromiso de la sociedad civil en conjunto.

La Dirección Regional de Salud Huánuco, en su condición de Órgano Rector de las políticas públicas en materia de salud en la Región Huánuco y como parte del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), ha implementado el Grupo de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres en Salud de Dirección Regional de Salud Huánuco, en el cual la Oficina del Centro de Prevención y Conbtrol de Emergencias y Desastres es el secretario técnico y con la participación de las Oficinas y Direcciones Ejecutivas de la DIRESA HUÁNUCO; articulan las políticas de salud con la política de Gestión del Riesgo de Desastres ; siendo este Plan un resultado del esfuerzo de dicha implementación, que permita en el más corto plazo y concertadamente con los niveles regionales y otras instancias del gobierno, instituciones públicas, privadas y organismos no gubernamentales, prevenir y reducir los riesgos a la salud frente a los efectos de las bajas temperaturas.

CENTRO DE PREVENCION Y CONTROL DE EMERGENCIA Y DESASTRES

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO

I. INTRODUCCION

La temporada de bajas temperaturas en nuestro país es un evento recurrente que se presenta de una manera casi estacionalmente todos los años, registrando características diferentes debido al cambio climático. Esta se constituye en uno de los principales determinantes que influye en la salud y la vida de la población, sobre todo de aquellas que se ubican en zonas con escasos servicios públicos y recursos socioeconómicos.

Siendo una de las manifestaciones de la bajas temperaturas , el friaje que es un fenómeno que se da en las zonas tropicales y subtropicales (zonas húmedas y de calor) de nuestro país, es decir en la selva donde las temperaturas mínimas de frío no llegan por debajo de los 0°C y ser un fenómeno dinámico, es decir que se pueden presentar esporádicamente en diferentes temporadas del año, causando daños en los campos de cultivos y la salud de las personas, debido sobre todo al cambio brusco de temperatura, mientras que las heladas se producen cuando la temperatura ambiental baja a menos de 0°C, los cuales son generados por la invasión de masas de aire de origen Antártico y ocasionalmente por un exceso de enfriamiento del suelo durante los cielos claros y secos, este fenómeno se presenta en las zonas alto andinas ubicadas por encima de los 3,500 metros sobre el nivel del mar, siendo un fenómeno más estático, sin embargo en el Perú la variabilidad climática local y el cambio climático han hecho que este fenómeno se prolongue en algunas zonas.

Estas dos manifestaciones de las bajas temperaturas son fenómenos que se producen en las regiones del país con menores índices socio-económicos y que presentan dificultades para el acceso a los servicios de salud y que dan como resultado el incremento de la incidencia de infecciones respiratorias agudas, neumonías, síndrome de obstrucción bronquial aguda (SOBA) y muerte por estas causas en regiones vulnerables.

Frente a los diferentes escenarios de afectación y vulnerabilidades descritas, la Oficina General de Defensa Nacional, siguiendo los lineamientos de la Secretaria de la gestión del Riesgo de Desastres , ha priorizado las regiones consideradas como de muy alto riesgo por bajas temperatura: Loreto, Amazonas, Huancavelica, Cusco y Puno; de alto riesgo: Huánuco, Pasco, Ayacucho, Junín, Arequipa, Apurímac, Ancash, Cajamarca, San Martin, Moquegua, Piura e Ica y de riesgo medio: La Libertad ,Tumbes, Lambayeque, Madre de Dios, Lima, Tacna y Callao.

El departamento de Huánuco se encuentra ubicado en la zona centro oriental del país. Políticamente el departamento se divide en 11 provincias: Ambo, Dos de Mayo, Huacaybamba Huamalies, Marañon, Lauricocha, Leoncio Prado, Pachitea, Puerto Inca, Yarowilca y Huánuco, 77 distritos, con características climatológicas, geográficas, epidemiológicas y culturales diferenciadas, cuenta con zonas de selva alta y baja, sierra, ceja de selva, areas que constituyen los valles interandinos. Tienen una superficie territorial de 36.848,85 Km, con 854,234 habitantes, representando el 2,9% del territorio nacional y viven el 3% de la población del país, se sitúa entre la cordillera Occidental y la cuenca hidrográfica del rio Pachitea, tributario del rio Ucayali; según su latitud se ubica entre los 8°30 y 10°30: latitud sur y entre los 74°25 y 77°00; Longitud Oeste. Su territorio oscila entre los 162 y 3,486 m.s.n.m., según características geográficas, cuenta con un relieve accidentado, constituido por zonas de sierra (64 distritos) y selva (12 distritos); la zona andina marcada por la cordillera Huayhuash, y la selva alta extendida a lo largo del flanco oriental de los andes. Según sus características biogeografías, tiene ecosistemas de puna tropical (53 distritos), yunga tropical (19 Distritos) y amazónica tropical (04 Distritos). Su mapa ecológico cuenta con los pisos altitudinales: Quechua, Suni, Puna Rupa Rupa y Omagua. Tiene como, limites: Norte:_ con la Libertad y San Martin . Este: con Ucayali y Loreto. Sur: con Pasco y Lima. Y pór el Oeste: con Lima y Anchas.

El alcance del presente Plan, es en el ámbito jurisdiccional de la DIRESA HUANUCO, teniendo como objetivo general: Prevenir, reducir el riesgo y asegurar una respuesta oportuna, atendiendo y controlando los daños a la salud de las personas y a los servicios, propiciando la rehabilitación de los EESS y servicios afectados frente a la temporada de Bajas Temperaturas, en el marco del

Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de la DIRESA HUANUCO aprobada con R.M. N° 045-15-GR-HCO-DRS-DG/CPCED y de las Unidades Ejecutoras y Hospitales o las que hagan sus veces en el ámbito regional, las que tomarán como referencia y lo adecuarán a su realidad; teniendo como objetivo general : Prevenir y reducir el riesgo siguiendo los lineamientos técnicos de los procesos de prevención y el de reducción del riesgo elaborado por la Presidencia del Consejo de Ministro.

La Dirección Regional de Salud Huánuco, organizativamente está conformada por 304 Establecimientos de Salud, 77 Microredes y 11 Redes de Salud, creado con Resolución Ejecutiva Regional N° 746-2011-/GRH/PR, del 07 de Junio del 2011, donde aprueba la reestructuración administrativa, funcional y operativa de las Redes y Micro redes de Salud de la Región Huánuco , proceso que se encuentra en implementación. En su jurisdicción sanitaria, se comprende 2 hospitales, 53 centros de salud y 249 puestos de salud . Con las consideraciones en mención, se formula el Presente Plan, para su articulación con las instituciones públicas y privadas del sector salud y entre otras, a efectos de cautelar la salud y la vida humana.

Para el proceso de elaboración del presente plan, se aplicó el enfoque de la Gestión del Riesgo de Desastres, aprobada como 32° Política de Estado del Acuerdo nacional, la Ley 29664 que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD); así como también la R.M. N°526-2011/MINSA "Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", para lo cual las observaciones y recomendaciones formuladas por las Direcciones y Oficinas Generales fueron solicitadas y evaluadas técnicamente para su validación, siendo analizados e identificados aquellos aportes y comentarios que puedan mejorar los conceptos y procedimientos del Documento Técnico-Plan.

II.FINALIDAD

Proteger la vida y la salud de las personas en las zonas en riesgo por efecto de las Bajas Temperaturas en el ámbito jurisdiccional de la Dirección Regional de Salud Huánuco.

III. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Prevenir y reducir riesgos de desastres en la salud de la población frente a los efectos de las bajas temperaturas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar el riesgo de desastres en salud, por efectos de las bajas temperaturas en el ámbito nacional, para la adecuada toma de decisiones.
2. Prevenir los nuevos riesgos en salud, causados por los efectos de la temporada de bajas temperaturas.
3. Reducir la vulnerabilidad en salud, causada por efectos de la temporada de bajas temperaturas.
4. Fortalecer la institucionalización de la cultura de prevención y reducción del riesgo de desastres en salud, frente a la temporada de bajas temperaturas.

IV. BASE LEGAL

1. Ley Nº 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre.
2. Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
3. Ley Nº 28101, Ley de Movilización Nacional.
4. Ley Nº 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
5. Decreto legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

6. Decreto Supremo Nº 048-2011-PCM, Reglamento de la Ley N°29664, del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
7. Decreto Supremo Nº 086-2003-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional de Cambio Climático.
8. Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
9. Decreto Supremo Nº 007-2005-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su Modificatoria D.S. N° 007-2006-SA.
10. Decreto Supremo Nº 027-2007-PCM, aprueba el Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento para las Entidades del Gobierno Nacional.
11. Decreto Supremo N° 098-2007-PCM, aprueba el Plan Nacional de Operaciones de Emergencia.
12. Resolución Ministerial Nº 416-2004/MINSA, aprueba la Directiva Nº 035-2004-OGDN/MINSA-V.01. "Procedimientos de Aplicación del Formulario Preliminar de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades de Salud en Emergencias y Desastres",
13. Resolución Ministerial Nº 517-2004/MINSA, Directiva Nº 036-2004-OGDN/MINSA-V.01., Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.
14. Resolución Ministerial Nº 984-2004/MINSA, aprueba la Directiva Nº 044-MINSA/OGDN-V.01 "Organización y Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias del Sector Salud".
15. Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA, que aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.
16. Resolución Ministerial Nº 247-2010-MINSA, aprueba el documento técnico: "Plan Sectorial de Operaciones de Emergencia del Sector Salud".
17. Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA, Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
18. Resolución Ministerial N° 276-2012-PCM, que aprueba la Directiva N°001 -201-PCM/SINAGERD Lineamientos para la constitución y funcionamiento de los grupos de trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastres en los Niveles de Gobierno.
19. Resolución Ministerial Nº 273-2013/MINSA que aprueba el Plan de GRD en Salud frente a Bajas Temperaturas 2013-2014.
20. Resolución Ministerial N° 220-2013-PCM, que aprueba los Lineamientos Técnicos del Proceso de Reducción del Riesgo de Desastres.
21. Resolución Ministerial N° 222-2013-PCM, que aprueba los Lineamientos Técnicos del Proceso de Prevención del Riesgo de Desastres.
22. Resolución Directoral N° 045-2015-GR-HCO/DRS-DG-CPCED, que constituye el Grupo de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastresen Salud de la Dirección Regional de Salud Huánuco.
23. Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE.V.01,"Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública".
24. Resolución Ministerial Nº 545-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01, Directiva Sanitaria de Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública.
25. Resolución Directoral N° 108-2014-GR-HCO/DR-DG-DEE, aprueba la actualización de la Red Regional de Epidemiología de la Regional de la Región de Salud Huánuco.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan está dirigido a la jurisdicción sanitaria de la DIRESA HUANUCO, incluye Establecimientos del Gobierno Regional, Es Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Clínicas Privadas, Instituto Nacional Penitenciario (INPE), Ministerio Público (Instituto Nacional de Medicina Legal) y Establecimientos Privados.

VI. MARCO CONCEPTUAL:

6.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS[1]:

- **Afectado**[2]: Persona, animal, territorio o infraestructura que sufre perturbación en su ambiente por efectos de un fenómeno. Puede requerir de apoyo inmediato para eliminar o reducir las causas de la perturbación para la continuación de la actividad normal.

- **Amenaza/Peligro**[3] **:** Probabilidad de que un fenómeno físico, potencialmente dañino, de origen natural o inducido por la acción humana, se presente en un lugar específico, con una cierta intensidad y en un período de tiempo y frecuencia definidos.

- **Análisis de la vulnerabilidad:** Proceso mediante el cual se evalúa las condiciones existentes de los factores de la vulnerabilidad: exposición, fragilidad y resiliencia, de la población y de sus medios de vida.

- **Asistencia Humanitaria:** Es el conjunto de acciones oportunas, adecuadas y temporales que ejecutan las entidades integrantes del SINAGERD en el marco de sus competencias y funciones, para aliviar el sufrimiento, garantizar la subsistencia, proteger los derechos y defender la dignidad de las personas damnificadas y afectadas por los desastres.

- **Autoayuda:** Es la respuesta inmediata, solidaria y espontánea de la población presente en la zona de una emergencia o desastre, para brindar ayuda a las personas afectadas y/o damnificadas. Normalmente es la propia población, la que actúa sobre la base de su potencialidad y recursos disponibles.

- **Cambio climático:** Alteración del clima en un lugar o región sí durante un periodo extenso de tiempo (décadas o mayor) se produce un cambio estadístico significativo en las mediciones promedio o variabilidad en el clima de ese lugar o región. Los cambios en el clima pueden ser debidos a procesos naturales o antropogénicos persistentes que influyen la atmósfera o la utilización del suelo. Nótese que la definición de cambio climático utilizada por la Convención sobre Cambio Climático de las Naciones Unidas es más restringida puesto que incluye solamente aquellos cambios atribuibles, directa o indirectamente, a la actividad humanas. (EIRD).

- **Cultura de prevención:** Es el conjunto de valores, principios, conocimientos y actitudes de una sociedad que le permiten identificar, prevenir, reducir, prepararse, reaccionar y recuperarse de las emergencias o desastres. La cultura de la prevención se fundamenta en el compromiso y la participación de todos los miembros de la sociedad.

- **Damnificado/a:** Condición de una persona o familia afectada parcial o íntegramente en su salud o sus bienes por una emergencia o desastre, que temporalmente no cuenta con capacidades socioeconómicas disponibles para recuperarse.

1 Tomado de: Decreto Supremo N° 048-2011-PCM, Reglamento de la Ley N°29664, del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres,

2 Glosario Instituto Nacional de Defensa Civil – INDECI.

3 Glosario de Términos del manual para la evaluación de riesgos originados por fenómenos naturales.

- **Desastre:** Conjunto de daños y pérdidas, en la salud, fuentes de sustento, hábitat físico, infraestructura, actividad económica y medio ambiente, que ocurre a consecuencia del impacto de un peligro o amenaza cuya intensidad genera graves alteraciones en el funcionamiento de las unidades sociales, sobrepasando la capacidad de respuesta local para atender eficazmente sus consecuencias, pudiendo ser de origen natural o inducido por la acción humana.

- **Desarrollo sostenible:** Proceso de transformación natural, económico social, cultural e institucional, que tiene por objeto asegurar el mejoramiento de las condiciones de vida del ser humano, la producción de bienes y prestación de servicios, sin deteriorar el ambiente natural ni comprometer las bases de un desarrollo similar para las futuras generaciones.

- **Emergencia:** Estado de daños sobre la vida, el patrimonio y el medio ambiente ocasionados por la ocurrencia de un fenómeno natural o inducido por la acción humana que altera el normal desenvolvimiento de las actividades de la zona afectada.

- **Evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN):** Identificación y registro cualitativo y cuantitativo, de la extensión, gravedad y localización de los efectos de un evento adverso.

- **Evaluación de riesgos:** Componente del análisis de riesgos, que permite calcular y controlar los riesgos, previa Identificación de los peligros y análisis de las vulnerabilidades, calculando y recomendando medidas de prevención y reducción del riesgo de desastres.

- **Fenómenos antrópicos:** Son aquellos fenómenos ocasionados por la acción humana.

- **Fenómenos naturales:** Son aquellos procesos permanentes de movimientos y de transformaciones que sufre la naturaleza

- **Elementos en riesgo o expuestos:** Es el contexto social, material y ambiental presentado por las personas y por los recursos, servicios y ecosistemas que pueden ser afectados por un fenómeno físico.

- **Friaje:** Incursión de masas de aire polar frías y secas en toda la región sur del Perú (sierra y selva), y ocasionan descensos bruscos de la temperatura del aire hasta de 15° C en solamente horas, afectando la salud de la población y causando daños en los cultivos tropicales de la zona. (SENAMHI: G. Avalos y N. Quispe).

- **Granizo**[2]**:** Precipitación pluvial sólida y helada que cae al suelo en forma de granos. Se genera por la congelación de las gotas de agua de una nube (cúmulo nimbo), sometidas a un proceso de ascenso dentro de la misma, con temperaturas bajo cero, y luego a descenso en forma de granos congelados. La dimensión del granizo varía de tres a cinco centímetros de diámetro. Cuando las dimensiones son mayores, reciben el nombre de pedrisco.

- **Helada**[2]**:** Se produce cuando la temperatura ambiental disminuye hasta por debajo de 0° C. Es generada por la invasión de masas de aire de origen Antártico y, ocasionalmente, por un exceso de enfriamiento del suelo durante cielos claros y secos. Es un fenómeno que se presenta en la sierra peruana y con influencia en la selva, generalmente en la época de invierno.

- **Identificación de peligros:** Conjunto de actividades de localización, estudio y vigilancia de peligros y su potencial de daño, que forma parte del proceso de estimación del riesgo.

- **Instrumentos técnicos:** Los instrumentos técnicos son aquellas herramientas que se pueden utilizar en la realización y desarrollo dé una labor, para llegar de forma satisfactoria al resultado deseado en una tarea específica en un plazo o periodo específico.

- **Infraestructura:** Es el conjunto de estructuras de ingeniería e instalaciones, con su correspondiente vida útil de diseño, que constituyen la base sobre la cual se produce la prestación de servicios considerados necesarios para el desarrollo de fines productivos, políticos, sociales y personales.

- **Medidas estructurales:** Cualquier construcción física para reducir o evitar los riesgos o la aplicación de técnicas de ingeniería para lograr la resistencia y la resiliencia de las estructuras o de los sistemas frente a los peligros.

- **Medidas no estructurales:** Cualquier medida que no suponga una construcción física y que utiliza el conocimiento, las prácticas o los acuerdos existentes para reducir el riesgo y sus impactos, especialmente a través de políticas y leyes, una mayor concientización pública, la capacitación y la educación.

- **Nevada[2]:** Precipitación de cristales de hielo que toman diferentes formas: estrella, cristales hexagonales ranurados, etc. Existen casos en los que, aun a temperaturas bajo cero, los cristales pueden estar rodeados de una delgada capa de agua líquida y cuando chocan unos con otros incrementan su tamaño en forma de grandes copos.

- **Plan:** Instrumento diseñado para alcanzar determinados objetivos, en el que se definen en espacio y tiempo los medios utilizables para lograrlos. En él se contemplan en forma ordenada y coherente las metas, estrategias, políticas, directrices y tácticas, así como los instrumentos y acciones que se utilizarán para llegar a los fines deseados. Un plan es un instrumento dinámico sujeta a modificaciones en sus componentes, en función de la periódica evaluación de sus resultados.

- **Prevención del riesgo[3]:** Comprende las acciones que se orientan a evitar los nuevos riesgos en la sociedad en el contexto de la gestión del desarrollo sostenible.

- **Peligro:** Probabilidad de que un fenómeno físico, potencialmente dañino, de origen natural o inducido por la acción humana, se presente en un lugar específico, con una cierta intensidad y en un período de tiempo y frecuencia definidos.

- **Primera respuesta:** Es la intervención más temprana posible, de las organizaciones especializadas, en la zona afectada por una emergencia o desastre, con la finalidad de salvaguardar vidas y daños colaterales.

- **Reducción del riesgo[3]:** Comprende las acciones que se realizan para reducir las vulnerabilidades y riesgos existentes en el contexto de la gestión del desarrollo sostenible.

- **Resiliencia:** Capacidad de las personas, familias y comunidades, entidades públicas y privadas, las actividades económicas y las estructuras físicas, para asimilar, absorber, adaptarse, cambiar, resistir y recuperarse, del impacto de un peligro o amenaza, así como de incrementar su capacidad de aprendizaje y recuperación de los desastres pasados para protegerse mejor en el futuro.

- **Riesgo de desastre:** Es la probabilidad de que la población y sus medios de vida sufran daños y pérdidas a consecuencia de su condición de vulnerabilidad y el impacto de un peligro.

- **Vulnerabilidad:** Es la susceptibilidad de la población, la estructura física o las actividad socioeconómicas, de sufrir daños por acción de un peligro o amenaza.

6.2. GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Es un proceso social cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastre en la sociedad, así como la adecuada preparación y respuesta ante situaciones de desastre, considerando las políticas nacionales con especial énfasis en aquellas relativas a materia económica, ambiental, de seguridad, defensa nacional y territorial de manera sostenible.

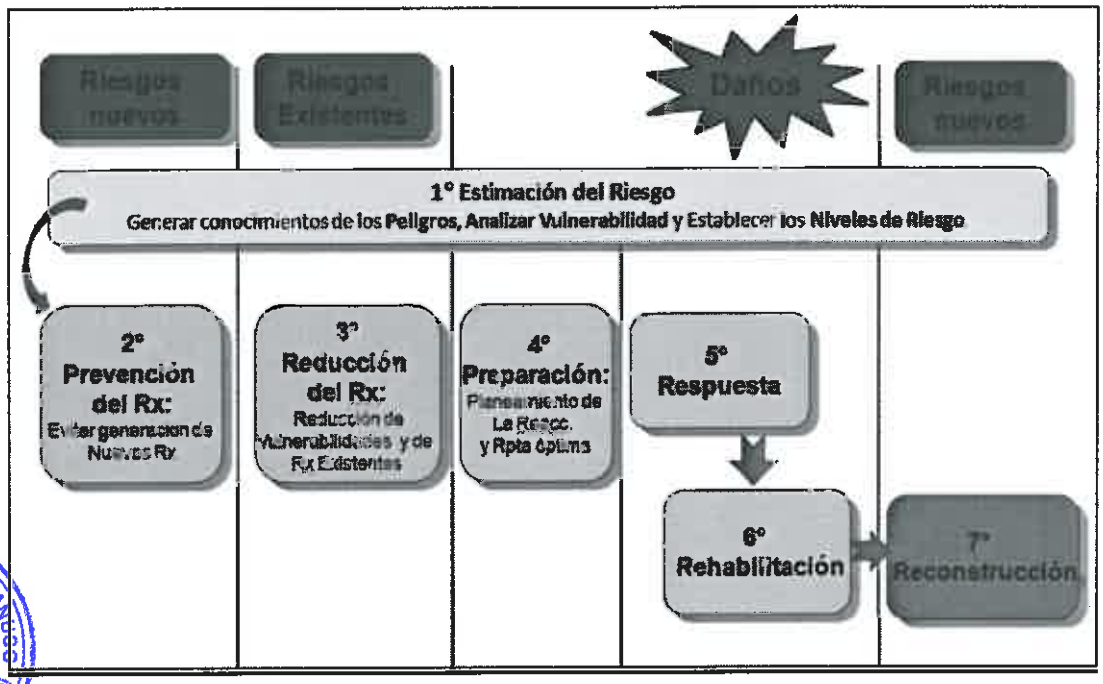
La Gestión del Riesgo de Desastres está basada en la investigación científica y de registro de informaciones, y orienta las políticas, estrategias y acciones en todos los niveles de gobierno y de la sociedad con la finalidad de proteger la vida de la población y el patrimonio de las personas del Estado.[4]

En este sentido, la gestión del riesgo abarca formas de intervención muy variadas, que van desde la formulación e implementación de políticas y estrategias, hasta la implementación de actividades y acciones relacionadas con los siguientes procesos [1]:

- **Estimación del Riesgo**: Comprende las acciones y procedimientos que se realizan para generar el conocimiento de los peligros o amenazas, analizar la vulnerabilidad y establecer los niveles de riesgo que permitan la toma de decisiones en la Gestión del Riesgo de Desastres.
- **Prevención del Riesgo:** Comprende las acciones que se orientan a evitar la generación de nuevos riesgos en la sociedad en el contexto de la gestión del desarrollo sostenible.
- **Reducción del Riesgo**: Comprende las acciones que se realizan para reducir las vulnerabilidades y riesgos existentes en el contexto de la gestión del desarrollo sostenible.
- **Preparación:** Constituida por el conjunto de acciones de planeamiento, de desarrollo de capacidades, organización de la sociedad, operación eficiente de las instituciones regionales y locales encargadas de la atención y socorro, establecimiento y operación de la red nacional de alerta temprana y de gestión de recursos, entre otros, para anticiparse y responder en forma eficiente y eficaz, en caso de desastre o situación de peligro inminente, a fin de procurar una óptima respuesta en todos los niveles de gobierno y de la sociedad.
- **Respuesta:** Constituida por el conjunto de acciones y actividades, que se ejecutan ante una emergencia o desastre, inmediatamente de ocurrido éste, así como ante la inminencia del mismo.
- **Rehabilitación:** Conjunto de acciones conducentes al restablecimiento de los servicios públicos básicos indispensables e inicio de la reparación del daño físico, ambiental, social y económico en la zona afectada por una emergencia o desastre. Se constituye en el puente entre el proceso de respuesta y el proceso de reconstrucción.
- **Reconstrucción:** Comprende las acciones que se realizan para establecer condiciones sostenibles de desarrollo en las áreas afectadas, reduciendo el riesgo anterior al desastre y asegurando la recuperación física y social, así como la reactivación económica de las comunidades afectadas.

4 Ley 29644 . ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre

Gráfico N° 01
Procesos de la Gestión del Riesgo de Desastres



Fuente: D.S N°048- 2011, que aprueba el reglamento de la Ley 29664, Ley que crea el SINAGERD.
Elaborado por el Equipo técnico de la OGDN-MINSA.

Componentes de la Gestión del Riesgo de Desastres[3]

- **Gestión prospectiva:** Conjunto de acciones que se planifican y realizan con el fin de evitar y prevenir la conformación del riesgo futuro que podría originarse con el desarrollo de nuevas inversiones y proyectos en el territorio.
- **Gestión correctiva**: Conjunto de acciones que se planifican y realizan con el objeto de corregir o mitigar el riesgo existente.
- **Gestión reactiva:** Conjunto de acciones y medidas destinadas a enfrentar los desastres ya sea por un peligro inminente o por la materialización del riesgo.

La Gestión del Riesgo de Desastres desarrolla distintos niveles de intervención que van desde el gobierno nacional, al gobierno regional, y de este al nivel de los gobiernos locales. Requiere de la existencia de sistemas o estructuras organizacionales e institucionales, a fin de representar estos niveles y reunir a las instancias colectivas de representación social para institucionalizar los procesos de la Gestión del Riesgo de Desastres.

Así, en el marco del Reglamento de la Ley N° 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), aprobado mediante Decreto Supremo 048-2011-PCM, se establece la Estrategia de Gestión Financiera del Riesgo de Desastres como parte de los instrumentos del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, a través del diseño de programas presupuestales estratégicos vinculados a la Gestión del Riesgo de Desastres y otros que estuvieran relacionados con el objetivo del plan, en el marco del presupuesto por resultados.

[3] Ley N° 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre.

6.1 POLÍTICAS

6.1.1 POLÍTICA INTERNACIONAL

La Organización Nacional de las Naciones Unidas – ONU, lanza el Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales 1990-1999, para concienciar sobre la importancia que representa la reducción de los desastres, posteriormente conocida como la "Estrategia Internacional de Reducción de Desastres", transformando la estrategia de pasar de la protección contra los peligros a la gestión del riesgo.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en el año 2000 declaró mediante la Resolución Nº 54/219, el "Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales", en donde se definió los lineamientos y recomendaciones a los países miembros para enfrentar los desastres; bajo el enfoque multicausal integrado de la reducción de los riesgos de desastres, que tenga en cuenta amenazas múltiples en las políticas, planes y programas y por lo tanto, incorporando a todos los actores de todos los sectores, de la comunidad, de los gobiernos y de las autoridades locales, en las actividades de elaboración de planes de gestión del riesgo, evaluación de riesgos, alerta temprana, gestión de la información y de la educación, la formación de socorro, rehabilitación y recuperación posteriores a los desastres, tomando en consideración la diversidad cultural, el patrón cultural e ideológico de nuestra población, los grupos de edad y los grupos vulnerables.

Es ese sentido, en 1994 se formula la "Estrategia y el Plan de Acción de Yokohama para un Mundo más Seguro" [4], la cual, exhorta a los países, a que durante el resto del Decenio y más adelante:

1. Expresen el compromiso político de reducir su vulnerabilidad mediante declaraciones, medidas legislativas, decisiones de política y medidas al más alto nivel, para la aplicación progresiva de planes de evaluación y reducción de desastres a nivel nacional y comunitario;
2. Fomenten la movilización constante de recursos internos para actividades de reducción de desastres.
3. Elaboren un programa de evaluación de riesgos y planes de emergencia centrando sus esfuerzos en la preparación para casos de desastre, la reacción y la mitigación, y diseñen proyectos para la cooperación subregional, regional e internacional, según corresponda.
4. Presten debida atención al papel de las autoridades locales en la aplicación de las normas y reglamentos de seguridad, y el fortalecimiento a todos los niveles de capacidades institucionales de manejo de desastres naturales.
5. Fomenten una genuina participación comunitaria y reconozcan el papel que cabe a la mujer y a otros grupos desfavorecidos en todas las etapas de los programas de manejo de desastres, con miras a facilitar el fortalecimiento de la capacidad como condición fundamental para reducir la vulnerabilidad de las comunidades a los desastres naturales.
6. Procuren aplicar los conocimientos, las prácticas y los valores tradicionales de las comunidades locales en materia de reducción de desastres, reconociendo así, que esos mecanismos tradicionales de reacción son de aportación valiosa para promover la participación de las comunidades locales y facilitar su cooperación espontánea en todos los programas de reducción de desastres.

Posteriormente en 1999, se crea la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres de las Naciones Unidas (EIRD). Esta Estrategia vincula a numerosas organizaciones, universidades e instituciones en torno a un objetivo común: reducir el número de muertos y heridos que causan los desastres provocados por peligros naturales. En este contexto, en su novena sesión plenaria, el 22 de enero de 2005, la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres, 168 gobiernos aprobaron un plan de acción denominado Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. En este plan se instan a los gobiernos a que, con el apoyo de las organizaciones de las Naciones Unidas y la sociedad civil, adopten medidas de prevención, para reducir el riesgo de desastres en el ámbito local, nacional, regional y mundial.

[4] Estrategia y Plan de Acción de Yokohama para un Mundo más Seguro: Directrices para la Prevención de los Desastres Naturales, la Preparación para Casos de Desastre y la Mitigación de sus Efectos adoptada en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres Naturales Yokohama, Japón, del 23 al 27 de mayo de 1994.

La Conferencia resuelve adoptar los siguientes objetivos estratégicos, a fin de cumplir los resultados previstos[5]:

1. La integración más efectiva de la consideración de los riesgos de desastres en las políticas, los planes y los programas de desarrollo sostenible a todo nivel, con acento especial en la prevención y mitigación de los desastres, la preparación para casos de desastre y la reducción de la vulnerabilidad.
2. La creación y el fortalecimiento de instituciones, mecanismos y medios a todo nivel, en particular a nivel de la comunidad, que puedan contribuir de manera sistemática a aumentar la resiliencia ante las amenazas.
3. En la fase de reconstrucción de las comunidades damnificadas, la incorporación sistemática de criterios de reducción de riesgos en el diseño y la ejecución de los programas de preparación, para las situaciones de emergencia, de respuesta y de recuperación.

6.1.2 POLÍTICA NACIONAL

- La Ley Nº 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre, que tiene por finalidad, identificar y reducir los riesgos asociados a peligros o minimizar sus efectos, así como evitar la generación de nuevos riesgos, y preparación y atención ante situaciones de desastre mediante el establecimiento de principios, lineamientos de política, componentes, procesos e instrumentos de la Gestión del Riesgo de Desastres.

- El Reglamento de la Ley N° 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 048-2011-PCM, tiene como objeto desarrollar componentes, procesos y procedimientos de la Gestión del Riesgo, así como los roles de las entidades conformantes del sistema.

- El Decreto Supremo Nº 027-2007-PCM, que aprueba las Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento para las Entidades del Gobierno Nacional, y su ampliación mediante el Decreto Supremo N° 111-2012-PCM, que aprueba la Gestión del Riesgo de Desastres, como una Política Nacional de Obligatorio Cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, tiene el objetivo de "asegurar la pronta y adecuada transferencia de las competencias, funciones y recursos a los Gobiernos Regionales y Locales, respetando los principios de subsidiariedad, gradualidad, complementariedad y neutralidad, entre los niveles de gobierno nacional, regional y local".

- El Decreto Supremo N° 034-2014-PCM, aprueba el Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - PLANAGERD. 2014-2021, con el fin de avanzar estratégicamente en la implementación de los procesos de la GRD en los planes de desarrollo, en el ordenamiento territorial y acondicionamiento territorial.

- El Decreto de Urgencia 024-2010, dispone como medida urgente y de interés nacional al Programa Presupuestal Estratégico Multisectorial "Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres", con el objetivo es mitigar los daños a la población y sus medios de vida vulnerables, ante el impacto de amenazas con secuelas de desastre.

- Las Resoluciones Ministeriales N°334-2012, N°220-2013-PCM y N°222-2013-PCM, aprueban los Lineamientos Técnicos del Proceso de Estimación, Reducción y Prevención del Riesgo de Desastres, para los niveles de gobierno, sectores y entidades públicas.

- Mediante Resolución Ministerial N° 154-2014-MINSA, se constituyó el Grupo de Trabajo de la Gestión de Riesgo de Desastres del Ministerio de Salud, como el espacio interno de articulación para el cumplimiento de las funciones de la Gestión del Riesgo de Desastres, siguiendo lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°276-2012-PCM, "Lineamientos para la Constitución y Funcionamiento de los Grupos de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres en los Tres Niveles de Gobierno".

[5] Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres - Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres 18 a 22 de enero de 2005, Kobe, Hyogo, Japón.

Tabla N°01

Articulación de las Políticas Nacionales en Salud con la Gestión del Riesgo de Desastres

Plan Bicentenario	Plan Nacional Concertado de Salud 2007 - 2020	Acuerdo Nacional	Funciones Viceministro de Salud Pública Decreto Legislativo N° 1161	Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento DS N° 027-2007-PCM y DS N° 111-2012-PCM.	Lineamientos de Política Sectorial 2011-2018
Objetivo Estratégico Nacional N° 6: Lograr desde el Estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país. Que provea servicios de educación y de salud de calidad.	1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención. 2. Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. 4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local 6. Desarrollo de los recursos humanos. 8. Financiamiento en función de resultados. 9. Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud. 10. Participación ciudadana en salud.	Objetivo IV: Estado eficiente, transparente y descentralizado 32. Gestión del Riesgo de Desastres. 34.Ordenamiento y gestión territorial	a) Formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política de salud pública, orientadas al mediano y largo plazo, así como a las intervenciones de promoción y protección de la salud de la población, de conformidad con la respectiva Política Nacional de Salud.	14. Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. 14.1 Institucionalizar y desarrollar los procesos de la Gestión del Riesgo de Desastres a través del SINAGERD. 14.2 Fortalecer el desarrollo de capacidades en todas las instancias del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, para la toma de decisiones en los tres niveles de Gobierno. 14.3 Incorporar e implementar la Gestión del Riesgo de Desastres a través de la planificación del desarrollo y la priorización de Los recursos físicos y financieros. 14.4 Fortalecer la cultura de prevención y el aumento de la Resiliencia para el desarrollo sostenible.	Objetivo Estratégico N° 5 Reducir y mitigar los daños o lesiones ocasionadas por factores externos.

Elaborado por el equipo técnico de la Oficina de Planeamiento para la Defensa Nacional -OGDN/MINSA

6.2 ANÁLISIS DEL RIESGO

Al identificar y caracterizar las amenazas y analizar las vulnerabilidades en salud relacionadas con la temporada de bajas temperaturas, se puede construir los escenarios de riesgo en salud ante la temporada de bajas temperaturas.

Los escenarios de riesgo facilitan la evaluación y el desarrollo de recomendaciones, acerca de la implementación de medidas de prevención y reducción del riesgo de desastres, a nivel del Sector Salud.

En tal sentido, el Ministerio de Salud, con el apoyo del Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres (CENEPRED), organismo público ejecutor adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros - PCM, elaboró en el 2015 los "Escenarios de Riesgo por Bajas Temperaturas en Salud" el cual se muestra en los anexos del presente plan, a fin de establecer la identificación y priorización de las provincias y distritos a nivel nacional, según su nivel de riesgo ante la temporada de bajas temperaturas.

6.2.1 IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA AMENAZA

Evaluar el peligro es estimar o valorar la ocurrencia de un fenómeno según el estudio de su mecanismo generador, el monitoreo del sistema perturbador y/o el registro de los sucesos (se refiere al fenómeno mismo en términos de sus características y su dimensión) en el tiempo y en el ámbito geográfico determinado.

Países de América del Sur, entre ellos el Perú, presentan una singularidad topográfica debido a la presencia de la Cordillera de los Andes, ésta ejerce una marcada influencia sobre los sistemas meteorológicos en varias escalas espaciales y temporales. El efecto más claro es el intercambio de masas de aire entre los trópicos y los extra trópicos.

Un episodio importante es la incursión de masas de aire frío y seco procedentes de la región polar hacia latitudes tropicales, generando heladas (región andina) y friajes (selva)[6].

[6] Manual para la evaluación de riesgos originados por Fenómenos Naturales. CENEPRED.

Mapa N° 01

Temperatura mínima de los últimos treinta (30) años. Percentil 10.

Fuente: CENEPRED.

Las anomalías de temperatura mínima "muy severa" de orden del Percentil 10 (P10), correspondiente a los meses de Mayo – Agosto (que es periodo donde se registra las mayores anomalías inferiores de temperaturas mínimas a nivel Nacional de los últimos 30 años). De acuerdo a lo elaborado por el SENAMHI.[7]

[7] CENEPRED.

REGIÓN ANDINA: HELADAS

América del sur presenta una singular topografía debido a la presencia de la Cordillera de los Andes, ésta ejerce una marcada influencia sobre los sistemas meteorológicos en varias escalas espaciales y temporales. El efecto más claro e inmediato de este sistema orográfico propicia un intenso intercambio de masas de aire entre los trópicos y los extratrópicos. Un episodio importante de este intercambio de masas es, sin duda, la incursión de masas de aire frío y seco procedentes de la región polar hacia latitudes tropicales, siendo la consecuencia más perjudicial de este tipo incursiones la generación de heladas que dañan especialmente a los cultivos tropicales[8].

En las regiones de la sierra, a más de 3,500 metros sobre el nivel del mar, se producen dichas "heladas", las cuales se originan cuando la temperatura ambiental se encuentra por debajo de cero grados centígrados.

Durante el día, la superficie de la tierra es irradiada por el sol transportando energía, ello genera procesos físicos como la absorción de energía, lo que ocasiona que se caliente el suelo, las plantas, cuerpos de agua, etc. Al ponerse el sol, la superficie de la tierra emite energía hacia la atmósfera generando una pérdida de energía, lo que se traduce en un enfriamiento.

En este fenómeno, la atmósfera tiene un papel importante. Si el cielo está despejado, es decir sin presencia de nubes, neblina o un mínimo porcentaje de humedad, la energía emitida por la superficie del suelo, no se refleja de vuelta a la tierra, y se conserva una temperatura relativamente agradable para las personas.

La topografía permite caracterizar las heladas, el aire que durante la noche se enfría debido a la disminución de temperatura lo que ocasiona que la energía cinética de las moléculas del aire disminuya, aumentando su densidad (las masas de aire frío pesan más) y tiende a desplazarse hacia abajo, produciéndose corrientes de aire frío que descienden por las laderas y valles, ocupando las partes hondas, como si fueran lagos de frío. Por eso, los lugares por donde circulan esas corrientes, y sobre todo las zonas donde se acumulan, las pérdidas de calor que originan, pueden llegar a ser muy elevadas.

El SENAMHI, durante el periodo 1964–2011, identificó las zonas geográficas con mayor recurrencia de heladas, siendo en orden descendente: Puno, Cusco, Huancavelica y las zonas altas del departamento de Arequipa, Ayacucho, Pasco y Junín.

El CENEPRED evaluó este fenómeno mediante los parámetros de frecuencia de heladas, cuyos datos fueron obtenidos del mapa de frecuencia de heladas, del mes de julio, del periodo 1971 – 2010.[9] Del mismo modo, se evaluaron dos parámetros importantes, la altitud (condicionante) y la temperatura mínima (desencadenante). Mapa N°02.[10]

[8] Friaje. Modelo conceptual. SENAMHI. Nelson Quispe Gutiérrez.
[9] Escenarios de Riesgos por Bajas de Temperaturas. CENEPRED. 2014.
[10] Escenarios de Riesgos por Bajas de Temperaturas. CENEPRED. 2014.

Mapa N° 02

Mapa de Susceptibilidad a heladas.

Fuente: CENEPRED.

REGIÓN SELVA: FRIAJES

En América del Sur se presentan ocasionalmente condiciones sinópticas muy características en las diferentes estaciones del año que afectan al territorio peruano, especialmente en los meses de poca precipitación (invierno). Durante este periodo, se presentan sistemas sinópticos migratorios de alta presión en el sur del continente. Estas formaciones dinámicas se desplazan de sur a norte y fortalecen al frente frío, originando por una ciclogénesis.[11]

En la estación de invierno, julio es el mes más significativo. Toda la región sur del Perú (sierra y selva), es afectada por sucesivas e intensivas de frentes de altas latitudes. Localmente, esta incursión de masa de aire polar fría y seca es conocida como "Friaje", y ocasiona descensos bruscos de la temperatura del aire de hasta 15°C en solamente horas, afectando la salud de la población y causando daños en los cultivos tropicales de la zona.[12]

Marengo J. (1997), manifiestan que las causas físicas están relacionadas con la entrada de un anticiclón de núcleo frío desde el Pacífico. Este entrando a Sudamérica, posándose sobre los andes y moviéndose hacia el norte a lo largo del flanco oriental de los andes. Los resultados obtenidos sugieren que la fuerte erupción fría al sur de Brasil estaría asociado con un mecanismo de retroalimentación positiva e intensos flujos atmosféricos entre niveles altos y bajos cerca de los andes del sur y centro de Chile; consecuentemente la intensa profundización de la vaguada es producida a sotavento de los andes.[13]

El friaje se genera en un lapso corto de tiempo, y su impacto en la salud de la población amazónica, especialmente en niños y adulto mayor. El descenso brusco de las temperaturas es uno de los factores determinantes para el desarrollo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), provocando en algunos casos la muerte.[14]

El CENEPRED evaluó este fenómeno mediante los parámetros de temperatura mínima "muy severa" del Percentil 10 (desencadenante), correspondiente al mes de julio, que es el periodo donde se registran mayores anomalías inferiores de temperaturas mínimas. Asimismo, teniendo en cuenta la escasa información, se consideró el relieve (condicionante) de la amazonía peruana como un solo ámbito territorial, identificándose para este factor un valor constante de ponderación. Los niveles de susceptibilidad ante las bajas temperaturas en los ámbitos expuestos a friajes se representan en el siguiente Mapa.

[11] Condiciones Sinópticas de la Incursión de una Masa de Aire Frío en Sudamérica: caso julio 2000 y su impacto en la Selva Peruana. Centro de Predicción Numérica – Dirección de Meteorología sinóptica. SENAMHI. Grinia Avalos Roldán. Nelson Quispe Gutierrez.

[12] Condiciones Sinópticas de la Incursión de una Masa de Aire Frío en Sudamérica: caso julio 2000 y su impacto en la Selva Peruana. Centro de Predicción Numérica – Dirección de Meteorología sinóptica. SENAMHI. Grinia Avalos Roldán. Nelson Quispe Gutierrez.

[13] Condiciones Sinópticas de la Incursión de una Masa de Aire Frío en Sudamérica: caso julio 2000 y su impacto en la Selva Peruana. Centro de Predicción Numérica – Dirección de Meteorología sinóptica. SENAMHI. Grinia Avalos Roldán. Nelson Quispe Gutierrez.

[14] Condiciones Sinópticas de la Incursión de una Masa de Aire Frío en Sudamérica: caso julio 2000 y su impacto en la Selva Peruana. Centro de Predicción Numérica – Dirección de Meteorología sinóptica. SENAMHI. Grinia Avalos Roldán. Nelson Quispe Gutierrez.

Mapa N° 03

Mapa de Susceptibilidad a friajes.

Fuente: CENEPRED.

6.2.1.1. Reportes de las Amenazas Tipificadas

A partir del año 2013, el INDECI está reportando el número de emergencias por fenómenos de friaje, debido a que a diferencia de las heladas y las nevadas, el friaje no ocasiona daños estructurales, lo cual dificultaba, en años anteriores, el adecuado registro de dicho evento.

Tabla N° 02

Número de emergencias por tipo de fenómeno, 2003-2013.

FENOMENO	TOTAL	AÑOS										
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL NACIONAL	48597	3316	4038	4773	4496	4536	4546	4037	4535	4816	6127	4379
INCENDIO URBANO	16591	1137	1484	1962	1738	1397	1460	1273	1409	1385	1322	1024
LLUVIA INTENSA	9668	388	426	391	738	522	899	827	1136	1463	1674	1194
VIENTO FUERTE	6777	615	595	704	544	617	732	692	637	596	489	556
HELADA	3561	73	408	[illegible]	177	[illegible]	407	349	402	836	[illegible]	[illegible]
INUNDACION	2563	470	234	134	348	272	242	219	216	258	329	141
COLAPSO DE CONSTRUCCION	1669	116	153	137	202	236	265	157	131	103	105	64
DESLIZAMIENTO	1372	138	100	99	158	126	128	116	92	140	148	127
GRANIZADA	1030	50	41	73	53	138	64	103	81	102	174	131
DERRUMBE DE CERRO	812	53	18	61	160	67	68	99	78	104	59	45
OTRO 1/	802	65	92	67	52	221	20	37	54	52	55	87
HELADA	730	13	95	[illegible]	11	11	3	[illegible]	7	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SISMO(*)	687	35	11	261	32	203	24	8	17	40	28	31
HUAYCO	644	69	50	48	73	53	50	64	60	44	89	44
SEQUIA	586	5	215	224	74	23	4		12	12	12	5
INCENDIO FORESTAL	476	26	6	65	21	7	46	22	53	26	110	94
CRECIDA DE RIO	417	20	20	37	37	61	49	31	80	33	63	36
TORMENTA ELECTRICA	153	11	14	15	34	25	10	9	13	7	6	9
EPIDEMIA	89	2	19	7	6	6	6	2	5	7	18	9
FRIAJE	72											72
ALUVION	66	2	6	15	4	2	5	5	10	5	7	4
MARETAZO (MAREJADA)	66	6	2	2	12	1	1		7	21	10	4
EXPLOSION	51	8	7	4	8	3	5	1	4	5	2	4
PLAGA	38		1	1		8	1		5	2	2	18
CONTAMINACION DE AGUA	30		5	4	1	2	1		8	5	2	2
DERRAME DE SUST NOCIVAS	22	6	5	4	2					2	3	
ACTIVIDAD VOLCANICA	16				8	2	3	2				1
ALUD	14	3	1		1			1	3	1	1	3
CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	14	2			1				5	3	2	1

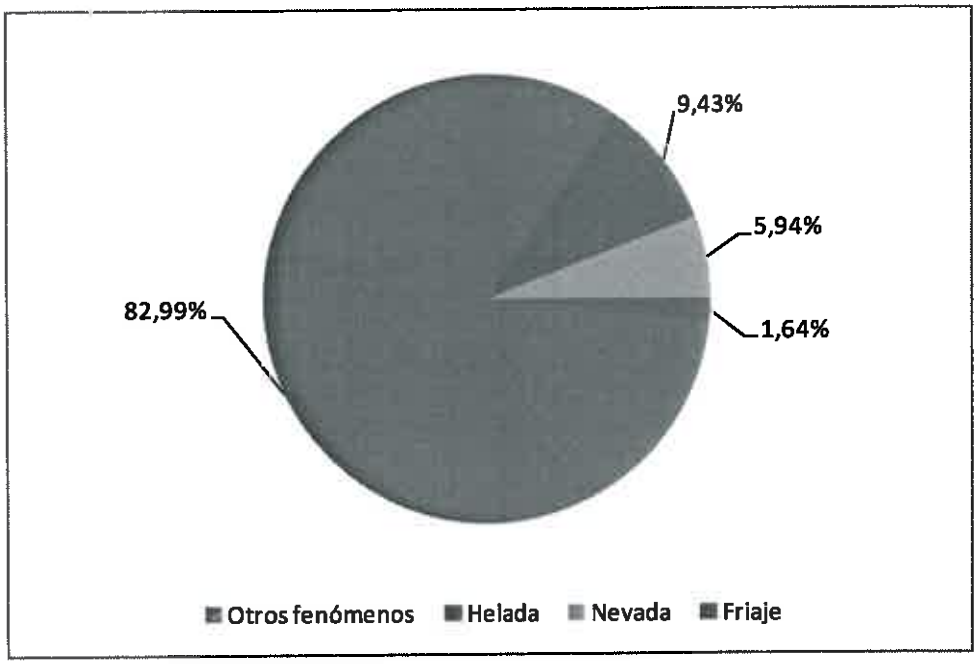
1/ : Incluye avalancha, erosión ribereña, caída de árbol, caída mat acrito, volcadura ómnibus, rotura tubería matriz, contaminac. ambient, etc.
(*) : Incluye sismos sentidos en otros distritos colindantes con los epicentros de los sismos principales.
Fuente : SINPAD-COEN-INDECI
Elaboración : Sub-Dirección de Aplicaciones Estadísticas- DIFPE-INDECI

Fuente: INDECI – SINPAD
Elaborado por el equipo técnico de la Oficina de Planeamiento para la Defensa Nacional, OGDN-MINSA

Tal y como se muestra en la Tabla N°02, según lo reportado por el INDECI, del total de 48,597 emergencias producidas en el país durante el periodo 2003-2013, las emergencias causadas por los fenómenos de heladas, nevadas y friaje representaron 4,655 emergencias del total de las emergencias producidas en ese periodo.

Gráfico N° 02

Porcentajes de emergencias por heladas, nevadas, friaje, y otro tipo de fenómenos reportados a nivel nacional, 2013



Fuente: INDECI – SINPAD
Elaborado por el equipo técnico de la Oficina de Planeamiento para la Defensa Nacional, OGDN-MINSA.

En el Gráfico N°02, del 100% de los fenómenos reportados como causas de emergencias a nivel nacional durante el año 2013, los fenómenos reportados por el INDECI como causas de emergencias a nivel nacional en el marco de la temporada de bajas temperaturas representaron el 17,1% del total.

Por otro lado, durante esta temporada, las heladas fueron los fenómenos que con mayor frecuencia causaron emergencias (9,43%), seguido de las nevadas (5,94%), y del friaje (1,64%).

MINISTERIO DE SALUD
CPCED - DIRESA HUANUCO
OFICINA GENERAL DE DEFENSA NACIONAL

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
Dirección Ejecutiva Salud Ambiental
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
DEPROS
Dirección de Promoción de Salud Huánuco

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
Dirección de Epidemiología
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

Tabla N° 03

Emergencias según fenómeno y región, 2003-2013.

Región	Número total de emergencias por todos los fenómenos	Número de emergencias por heladas	Número de emergencias por nevada	Número de emergencias por heladas y nevada	Porcentaje del total de emergencias a nivel nacional presentadas por heladas y nevada
PUNO	2914	657	93	723	15,78%
HUANCAVELICA	3144	627	58	685	14,95%
APURÍMAC	5436	556	121	677	14,77%
CUSCO	3400	379	160	539	11,76%
AREQUIPA	1831	304	104	408	8,90%
AYACUCHO	2604	188	112	300	6,55%
PASCO	1180	290	2	292	6,37%
HUÁNUCO	2006	219	11	230	5,02%
MOQUEGUA	760	154	35	189	4,12%
TACNA	267	134	13	147	3,21%
JUNÍN	1355	65	16	81	1,77%
CAJAMARCA	2801	79	0	79	1,72%
AMAZONAS	2147	49	0	49	1,07%
PIURA	2195	45	1	46	1,00%
LIMA	3018	36	0	36	0,79%
ANCASH	943	31	0	31	0,68%
LAMBAYEQUE	554	30	0	30	0,65%
LA LIBERTAD	542	20	0	20	0,44%
ICA	488	17	0	17	0,37%
TUMBES	709	3	1	4	0,09%
CALLAO	591	0	0	0	0,00%
LORETO	3375	0	0	0	0,00%
MADRE DE DIOS	467	0	0	0	0,00%
SAN MARTÍN	2937	0	0	0	0,00%
UCAYALI	1793	0	0	0	0,00%
Total de Emergencias	48597	3883	700	4583	100,00%

Fuente: INDECI – SINPAD

Elaborado por el equipo técnico de la Oficina de Planeamiento para la Defensa Nacional, OGDN-MINSA.

Según lo reportado por INDECI, tal y como se muestra en la Tabla N°03, entre el 2003 y el 2013, del total de emergencias a nivel nacional por heladas y nevadas, el 91,42% estuvo conformado por las siguientes diez (10) regiones: Puno, Huancavelica, Apurímac, Cusco, Arequipa, Ayacucho, Pasco, Huánuco, Moquegua y Tacna.

De estas, las cuatro (04) regiones Puno, Huancavelica, Apurímac y Cusco, representaron el 57,26% del total de las emergencias por heladas y nevadas durante ese periodo.

Por otro lado, se han reportado regiones con presencia de heladas y/o nevadas, como el caso de La Libertad, Ica, Ancash, Cajamarca, Amazonas, Piura, Lima y Tumbes. Sin embargo, al comparar el número de emergencias por heladas y nevadas con el número total de emergencias por todo tipo de fenómeno; las heladas y nevadas representan menos del 4,00% del total de las emergencias por región.

En la estación de invierno, julio es el mes más significativo. Toda la región sur del Perú (sierra y selva), es afectada por sucesivas e intensas invasiones de frentes fríos provenientes de latitudes altas, conocida como "Friaje". En el 2014 el mes de julio estuvo caracterizado por la sucesiva incursión de friajes a la Amazonía.[15]

[15] Boletín Climático Nacional, Mes de julio 2014. Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología - SENAMHI. MINAM.

Durante este mes, en total fueron cuatro incursiones de masas de aire frío y seco provenientes del sur, propiciando la ocurrencia del incremento de cobertura nubosa y disminución significativa y transitoria de las temperaturas extremas, especialmente en los sectores sur y central del país. La presencia de nevadas en la sierra central y sur amortiguó parcialmente los descensos súbitos de temperatura.[16]

Tabla N° 04

Rangos de variación de temperatura mínima en la selva, julio 2014.

Sector	Valor mínimo	Localidad	Altura (metros)	Valor máximo	Localidad	Altura (metros)
Ceja de Selva	8.9 °C	Chachapoyas - Amazonas	2450	21.1 °C	Bagua Chica - Amazonas	410
Selva Alta	16.8 °C	Quincemil - Cusco	817	20.3 °C	Tananta - San Martín	407
Selva Baja	10.8 °C	Nuevo Lima - San Martín	250	22.3 °C	Caballococha - Loreto	112
Selva Centro	18.5 °C	Contamana - Loreto	180	20.8 °C	Aguaytía - Ucayali	270

Fuente: Boletín Climático Nacional, Mes de julio 2014. Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología - SENAMHI. MINAM.

Según la Tabla N°04, la región de la selva, en el mes de julio, presentó temperaturas mínimas con un rango de variación de valores mínimos y de valores máximos. Al observar dicho valores y considerando que la selva posee un clima tropical, se puede concluir que la salud de la población en dichas localidades estuvo expuesta a sufrir los efectos de dichas variaciones de temperatura.

6.2.2 ANÁLISIS DE LA VULNERABILIDAD

El Manual para la evaluación de riesgos originados por Fenómenos Naturales del CENEPRED, define la vulnerabilidad como la susceptibilidad de la población, la estructura física o las actividades socioeconómicas, de sufrir daños por acción de un peligro o amenaza.[15]

También manifiesta que en muchas ocasiones no es posible actuar sobre el peligro o amenaza o es muy difícil hacerlo; bajo este enfoque es factible comprender que para reducir el riesgo no habría otra alternativa que disminuir la vulnerabilidad de los elementos expuestos, esto tiene relación con la gestión prospectiva y correctiva, dos de los tres componentes de la Gestión del Riesgo de Desastres.[15]

Es en este marco que el Ministerio de salud analiza la susceptibilidad, tanto de la población, los servicios de salud, y el medio ambiente de sufrir daños por efecto de las bajas temperaturas.

De acuerdo a las responsabilidades que le competen al sector salud en el proceso de la Gestión del Riesgos de Desastres, los elementos que estarían expuestos a los efectos de las bajas temperaturas son:

- La población es uno de los principales elementos afectados por las bajas temperaturas, sobre todo si las condiciones climáticas consideradas confortables para el ser humano han sobrepasado los umbrales de adaptación, lo que produciría la pérdida de la sensación térmica de confort.[17] Esto podría originar un daño a la salud, si sus medios de vida no son las adecuadas, convirtiendo esto último en vulnerabilidades en términos la gestión del riesgo de desastres (pobreza, analfabetismo, la desnutrición crónica, la vacunación incompleta, etc.)
- Establecimientos de Salud, servicios Médicos de apoyo y recursos humanos en salud, cuyo funcionamiento y capacidad resolutiva puede verse afectado por los efectos de las bajas temperaturas.

[16] Boletín Climático Nacional, Mes de julio 2014. Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología - SENAMHI. MINAM.
[17] Según la norma ISO 7730, "el confort térmico es una condicional mental en la que se expresa la satisfacción con el ambiente térmico". Depende de varios parámetros globales externos, como la temperatura del aire, el viento y la velocidad del mismo y la humedad relativa, y otros específicos internos como la actividad física desarrollada, la cantidad de ropa o el metabolismo de cada individuo.

6.2.2.1 VULNERABILIDAD SOCIO ECONÓMICA

POBREZA

La presencia de bajas temperaturas genera efectos negativos en la población, encontrándose en una situación de mayor exposición las poblaciones con altos niveles de pobreza, ya que esta afecta el derecho a la educación, el acceso a los servicios de salud, a una vivienda digna, una alimentación adecuada, asi como a otros servicios básicos.

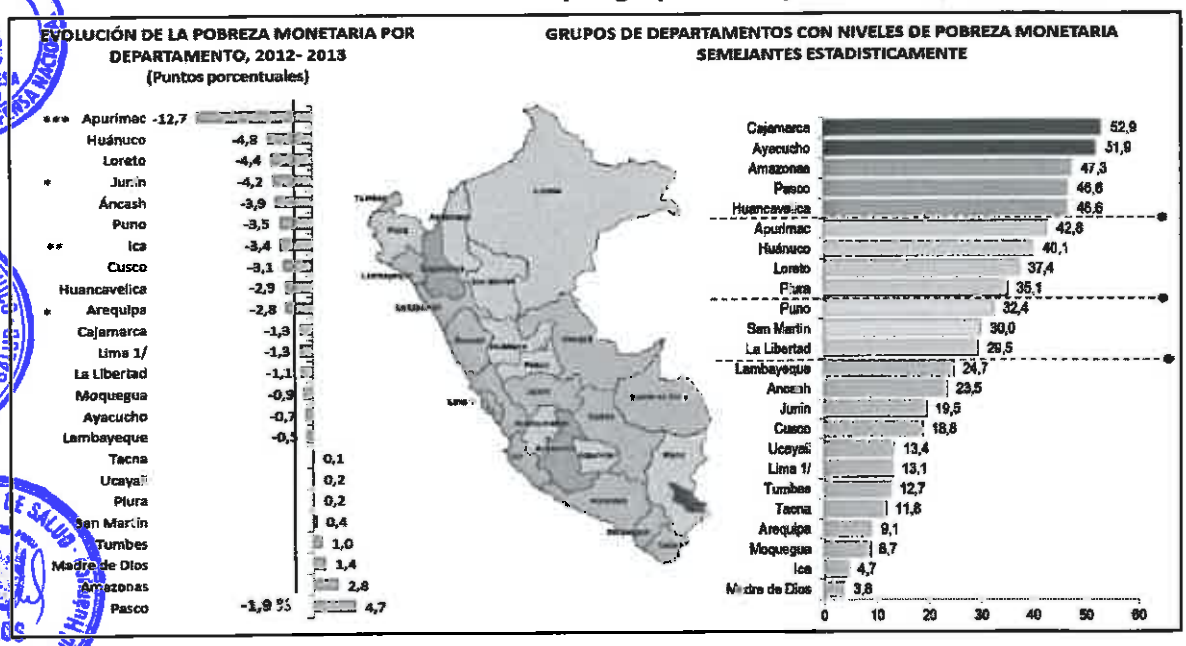
Para el presente estudio se definió la pobreza como pobreza monetaria, en el cual se considera como pobres monetarios a las personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc). Siendo pobres extremos, aquellas personas en hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos.[18]

Al 2013, el 75,0% de la población del país residió en el área urbana y el 25,0% en el área rural, sin embargo el área rural concentra al 49,3% de los pobres del país. Por regiones naturales, los pobres están concentrados en la Sierra donde representan el 47,2%, seguido por la Costa que alberga al 35,9% y la Selva el 16,9%. Sin embargo los pobres extremos mayoritariamente se concentran en el área rural del país, el 83,3% de ellos se encuentran residiendo en este ámbito.

En comparación del 2012, para el 2013 regiones como Pasco tuvo un aumento porcentual de 4.7%, Amazonas de 2.8%, en Madre de Dios subió 1.4%, en Tumbes el aumento fue de 1%.En menor proporción se observó aumentos de pobreza en regiones como San Martín (0.4%), Piura (0.2%), Ucayali (0.2%) y Tacna (0.1%).
En el caso de las 16 regiones restantes, el resultado más resaltante fue el de Apurímac. En 2012 era la región más pobre del Perú, situación que revirtió en el 2013, pues la pobreza cayó en 12.7%.Con el resultado de Apurímac, la región Cajamarca pasó a ser la más pobre del Perú, ya que el 52.2% de su población está en esta situación.[19]

Gráfico N° 03

Incidencia de Pobreza Monetaria por grupos de departamentos, 2012 – 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2012-2013

[18] Tomada del documento "Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2009", con enfoque monetario, elaborado por INEI. Contiene indicadores de pobreza que fueron elaborados con una metodología que combina datos del XI Censo de Población y VI de Vivienda, la Encuesta Nacional de Hogares 2009 y otras fuentes de datos, y constituyen herramientas para la priorización de los distritos más pobres del país y la implementación de políticas sociales.

[19] Datos tomados del Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2013 (INEI)

ACCESIBILIDAD DEL ESTADO

Una estrategia del estado con la finalidad de construir un país con inclusión social y garantizar el acceso de la población a los servicios públicos básicos, especialmente en el ámbito rural, es el programa "Tambos", el cual tiene como objetivo mediante intervenciones rápidas y acciones de dotación de servicios e infraestructura en el área rural, brindar un soporte desde el cual se llevarán a cabo las intervenciones del Estado que resulten necesarias, afirmando su presencia en:

- Mejoramiento de vivienda rural.
- Campañas integrales de salud.
- Programas sociales multisectoriales.
- Agua y saneamiento.
- Prevención de desastres.
- Estación meteorológica.
- Integración con los mercados de productos.
- Generación de información estratégica para políticas de Estado.

Es en este marco, que mediante Decreto Legislativo N° 1166, se aprueba la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud, que en su cuarta disposición complementaria adhiere a los "Tambos", del Programa Nacional de Tambos como plataforma de apoyo de la Red Integrada de Atención Primaria de Salud, en aquellas zonas geográficas donde exista esta infraestructura, para la atención itinerante de salud; para la que se requiera ante situaciones de emergencias y desastres; así como para contribuir con el acceso de agua apta para el consumo humano.

Por lo que la Secretaria de Gestión del Riesgo de Desastres consideró por conveniente implementar la "Tambos" en el Plan Multisectorial ante a heladas y friaje 2015, donde se priorizaron con apoyo del CENEPRED 193 distritos en los cuales estratégicamente se han implementado "Tambos" en varios de estos distritos, como una plataforma que servirá para que todos los sectores puedan intervenir ayudando a prevenir y dar una respuesta oportuna en caso de emergencias y desastres.

Es en ese sentido que el Ministerio de Salud como parte del Consejo Nacional "Tambos" a través de la Oficina General de Defensa Nacional y en el marco del Plan Multisectorial ante heladas y friaje 2015 realizara intervenciones de salud, mediante campañas de acción cívica calendarizadas por intermedio de sus redes de Salud con apoyo de sus Direcciones Regionales con énfasis en la promoción y prevención de la salud ante las emergencias y desastres que puedan originarse por efectos de las bajas temperaturas.

Estos procedimientos de salud que se brinden en dichas campañas de acción cívica tendrán como objetivo realizar promoción y prevención de la salud ante los efectos de las bajas temperaturas, la cual estará dirigida a la población vulnerable (niños y ancianos) contribuyendo de esta manera a la inclusión social y afirmando la presencia del MINSA en esas zonas alejadas de la jurisdicción de los "Tambos".

Los procedimientos de salud, que se brindaran durante las campañas de acción cívica serán:

- Atenciones médicas con diagnóstico clínico y atención de farmacia a población vulnerable de la jurisdicción de los "Tambos" priorizados.
- Atención de CRED y campaña de vacunación.
- Charlas informativas y sesiones demostrativas en la utilización del agua segura y nutrición saludable.
- Promoción de prácticas saludables y generación de entornos saludables frente a temporada de bajas temperaturas.

ANALFABETISMO

Uno de los componentes claves de la calidad de vida de las personas y el desarrollo económico y social de un país es el nivel educativo de su población y a su vez, es uno de los factores utilizados más frecuentemente en los análisis sociodemográficos por su ascendencia sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva, acceso y uso a métodos anticonceptivos, salud de las niñas y niños, entre otros.[20]

[20] Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013.

El analfabetismo es un indicador de los niveles de educación de la población. Se considera analfabeta a una persona que teniendo más de 15 años no sabe leer ni escribir.[21]

Según estadísticas tomadas del ENAHO 2012 (Encuesta Nacional de Hogares), los departamentos con más analfabetos son: Huánuco (16,6%), Huancavelica (14,9%), Apurímac (14,5%), Ayacucho (13,8%), Cajamarca (11,8%), Cusco (10,8%),Puno (10,5%), Áncash (9,9%) y Amazonas (8,8%); mientras que los departamentos con menor tasa de analfabetismo son: La Provincia Constitucional del Callao y Lima (2,3% en cada caso), Ica (3,1%), Tumbes (3,4%) y Madre de Dios (3,6%).

En el ENAHO 2012, el 6,2% de la población de 15 a más años de edad no sabía leer ni escribir, comparado respecto al año anterior se ha reducido en 0,9 punto porcentual. Asi mismo la tasa de analfabetismo en el área urbana fue de 3,3%, mientras que en el área rural fue 15,9%. Siendo la región de la Sierra con 11,2% la tasa más elevada de analfabetismo, en compracaión con la región Costa (3,2%) y la Selva (7,2%).

Otro punto importante es que el analfabetismo afecta en mayor proporción a las mujeres que a los hombres. Así, en el 2012, el 9,3% de las mujeres eran analfabetas, mientras que en los hombres representó el 3,1%. Respecto a lo registrado en el año 2011.

Tabla N° 05

Tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años, según departamento, 2005 – 2012

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amazonas	12,1	10,8	10,9	9,1	9,7	9,6	9,8	8,8
Áncash	19,1	16,5	13,4	12,9	12,4	11,3	11,4	9,9
Apurímac	20,0	19,1	19,8	19,9	17,0	16,4	18,3	14,5
Arequipa	6,6	7,5	5,4	5,4	5,3	4,7	5,6	4,2
Ayacucho	20,6	23,0	17,3	16,0	15,0	14,9	14,3	13,8
Cajamarca	19,2	16,4	16,6	17,3	14,5	14,9	14,1	11,8
Callao 1/	-	-	2,8	3,5	2,9	2,8	2,3	2,3
Cusco	18,7	15,6	12,1	14,3	12,4	12,7	11,0	10,8
Huancavelica	25,2	23,6	18,5	18,9	17,1	18,5	16,8	14,9
Huánuco	19,0	20,5	17,8	17,2	18,6	18,6	18,0	16,6
Ica	5,1	5,4	4,8	4,2	4,4	4,9	4,0	3,1
Junín	10,4	11,6	11,0	8,3	7,5	7,1	6,5	5,9
La Libertad	10,9	11,0	9,3	8,3	8,3	8,2	7,7	6,7
Lambayeque	8,7	7,2	10,4	8,5	8,3	8,4	8,0	6,9
Lima 1/	-	-	3,5	3,8	3,4	3,3	3,2	2,3
Loreto	6,1	6,9	8,4	8,0	7,7	5,7	7,1	6,9
Madre de Dios	4,2	5,1	3,9	4,1	3,6	4,5	4,1	3,6
Moquegua	8,7	6,8	7,5	6,4	5,3	5,4	5,6	4,8
Pasco	10,5	9,5	11,2	9,7	8,8	7,5	6,7	6,7
Piura	12,4	11,1	10,8	9,4	8,9	9,4	7,9	7,5
Puno	15,0	14,0	12,9	14,1	13,0	11,7	11,1	10,5
San Martín	9,2	8,5	8,6	7,7	7,6	7,0	6,9	6,5
Tacna	5,0	5,5	3,9	3,4	3,5	4,0	5,4	4,1
Tumbes	4,6	4,7	5,2	3,4	3,9	4,2	4,2	3,4
Ucayali	6,0	7,5	7,2	6,1	5,5	5,4	5,3	4,3
Lima y Callao 2/	3,7	3,6	3,5	3,8	3,3	3,3	3,1	2,3
Lima Provincias 3/	-	-	6,9	9,0	7,2	7,0	6,7	4,6
Total	**9,6**	**9,2**	**8,5**	**8,2**	**7,5**	**7,4**	**7,1**	**6,2**

2/ Comprende departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
3/ Excluye la Provincia de Lima.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2012

[21] Datos tomados del documento **Perú**: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2012. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

La Desnutrición crónica infantil es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento de talla para la edad, afectando el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social[22] , siendo la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles de las condiciones de vida[23].

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar[23]. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos
de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras)[24] y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.
Según el ENDES 2013, a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 17,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (23,8%), afectando con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (45,0%);además las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento presentaron mayor porcentaje de desnutrición crónica (29,7%), seguido de quienes hierven el agua que proviene de otra fuente distinta a la red pública (28,5%), hervida que procede de red pública (17,8%), en comparación con los que consumen agua con cloro residual (5,3%). Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (37,6%), comparados con los que pertenecen al quintil superior y cuarto quintil (2,3% y 4,1%, respectivamente).

Según el Informe Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del elaborado por Instituto nacional de salud, la proporción de desnutrición crónica mantiene una disminución de manera constante, de alrededor de un punto porcentual por año, tanto en menores de 5 años como en menores de 3 años, y afectó alrededor de 1 de cada 5 niños. Sin embargo, los menores de un año son los que menos cambios muestran, disminuyendo del 2009 al 2013 un total de 3.9% según el patrón de crecimiento de OMS 2006.

En relación a niños atendidos en los establecimientos de salud y que presentan desnutrición crónica, las proporciones más altas continúan perteneciendo a las Diresa/Geresa/DISA de Huancavelica, Cajamarca, Chota, Andahuaylas, Amazonas y Cutervo. Todas ellas calificadas como "prevalencia alta" para el indicador de desnutrición crónica según los valores de corte de importancia para salud pública de la OMS. Sólo la Diresa Apurímac logró disminuir su valor para ser clasificada como de prevalencia moderada. El 40% de las Diresa/Geresa/DISA a nivel nacional presenta proporciones calificadas como bajas.

Al 2013, la desnutrición crónica según los patrones de crecimiento OMS, disminuye en todos los grupos etarios, siendo más notorio en el grupo etario de 48 a 59 meses, en el cual la disminución fue de 2.3%. El grupo etario de 36 a 47 meses continúa siendo el grupo que presenta la mayor proporción de desnutrición crónica con 28.7%, a pesar de haber disminuido en 1.6%, afectando a 2 de cada 7 niños. Pero los niños menores de un año son los que menores cambios han presentado en las proporciones, de menos de 3%, durante el periodo 2009-2013.[25]

22 Tomado del Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014 — 2016, aprobado con RM N°258-2014.

23 Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008: 5-22.

24 Victoria C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008: 23-40.

25 Tomado del Informe: Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional. Periodo anual 2013 del Instituto Nacional de Salud,Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - Ministerio de Salud

Gráfico N° 04
Proporción de desnutrición crónica (OMS) en niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud según DIRESA, periodo anual 2013.

DIRESA/DISA	N° de Evaluados	N° de Casos	TE (%)
Huancavelica	48297	19185	39.7
Cajamarca	90852	32653	35.9
Chota	35108	11862	33.8
Andahuaylas	20791	6835	32.9
Amazonas	62952	19864	31.6
Cutervo	17185	5335	31.0
Piura	100092	29450	29.4
Ayacucho	73613	21484	29.2
Apurimac	27249	7875	28.9
Huánuco	105764	30052	28.4
Loreto	114131	32349	28.3
Ancash	115028	29302	25.5
Junín	110511	28128	25.5
Cusco	166502	41762	25.1
Jaén	52990	13178	24.9
Pasco	28614	6894	24.1
Ucayali	49651	11393	23.0
Sullana	59789	13077	21.9
La Libertad	159427	34714	21.8
Puno	95732	20149	21.0
Lambayeque	65979	11931	18.1
San Martin	87398	14548	16.6
Tumbes	24991	3032	12.1
Lima	79484	9106	11.5
Madre De Dios	23610	2725	11.5
Ica	63684	6403	10.1
Arequipa	104933	9252	8.8
Callao	34014	2900	8.5
Lima Este	108016	8022	7.5
Lima Sur	93541	6512	7.0
Moquegua	11191	736	6.6
Lima Ciudad	139072	8226	5.9
Tacna	20539	1046	5.1
NACIONAL	**2394168**	**500430**	**20.9**

Fuente: Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

VULNERABILIDAD SANITARIA

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

La demanda por servicios de salud está asociada a una decisión secuencial por parte de los individuos: en una primera etapa, se decide si se busca o no servicios de salud, la cual está condicionada a que se perciba un síntoma de enfermedad, se sufra un accidente o se requiera de controles preventivos (prenatal, dental, etc). En una segunda etapa, se opta por elegir a un tipo de proveedor de servicios de salud (MINSA, ESSALUD o a un servicio privado). Las dos primeras etapas están asociadas al concepto de demanda de acceso, el cual determina la cantidad de demandantes de servicios o la probabilidad de que un individuo acceda a un determinado servicio de salud. [26]

En el Perú, para el año 2011, se observa que del total de la población que declaró haber presentado algún problema de salud, el 56.9% realizó una consulta para aliviar el mal que le aquejaba. En general para todos los problemas de salud, cualquiera sea su naturaleza, el lugar de atención preferente lo constituyen farmacias y boticas con un 35% (más de 3 millones 115 mil atendidos) seguidos de establecimientos MINSA con un 32.9%(más de 2 millones 928 mil atendidos) y las clínicas y consultorios particulares con un 15.2% (1 millón 352 mil atendidos) que en conjunto concentran el 83.2% del total de la población que buscan atención en algún prestador de salud.[27]

[26] Sanabria C. Revista de la Facultad de Ciencias económicas de la UNMSM, año VII, N° 21.Noviembre 2002: 162-165.
[27] Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú, Ministerio de Salud del Perú-Dirección General de Epidemiología

En el estudio: Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú, llevada a cabo por el Ministerio de Salud durante el 2012, se observa una desigualdad relacionada a la oportunidad de buscar atención frente a algún problema de salud, ya que los pobladores que proceden de las zonas rurales y los más pobres tienen menos probabilidad de buscar atención y acceder a medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica y hospitalizarse.

Además se correlaciona el bajo ingreso económico con la dificultad para acceder a los servicios de salud, pero que en comparación del estudio realizado en el 2004, ha ido disminuyendo en cierta medida gracias a la universalización del Seguro Integral de Salud, aún se mantienen diferencias en los pobres extremos, en los del quintil I y en los que no tienen seguro. Por otro lado la inaccesibilidad geográfica, también mayor en los pobres y en los residentes en las zonas rurales se relaciona con la dificultad para acceder a los servicios de salud.[26]

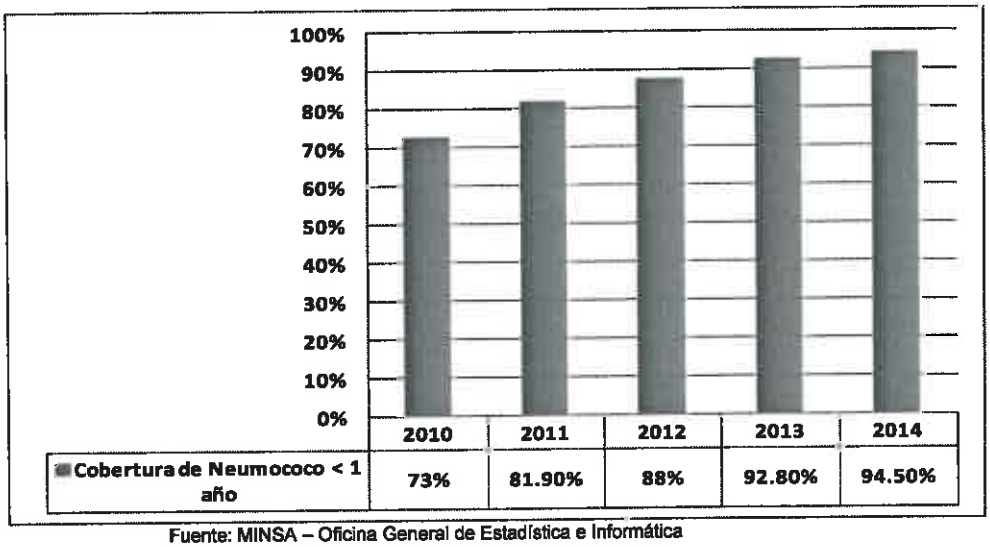
INMUNIZACIONES

La inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos. Aunque se admite que las vacunas no son completamente eficaces, constituyen las intervenciones más seguras en salud.

La **Vacuna contra neumococo** está conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.[28]

Gráfico N° 05

Coberturas de Vacunación de Neumococo en niños, menores de 1 Año, 2010-2014



	2010	2011	2012	2013	2014
Cobertura de Neumococo < 1 año	73%	81.90%	88%	92.80%	94.50%

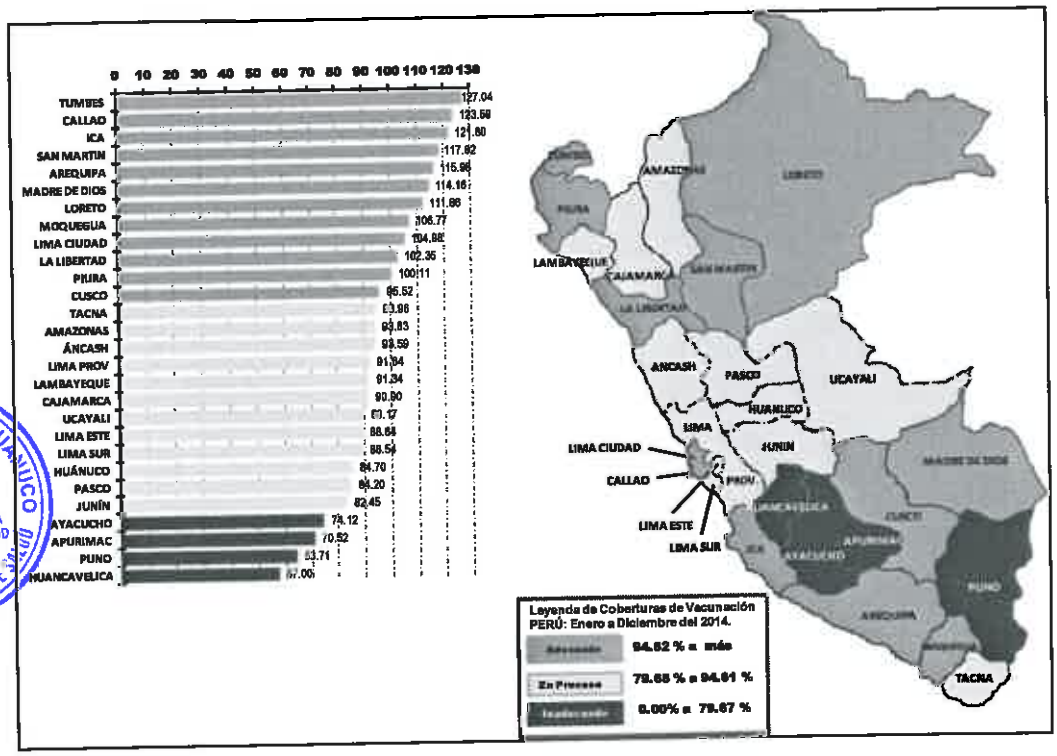
Fuente: MINSA – Oficina General de Estadística e Informática

La vacuna antineumococica, es importante porque previene las neumonías de tipo bacterianas en niños menores de 5 años, siendo el *estreptococo pneumoniae*, el agente que más se asocia con la mortalidad por neumonía, esta estrategia de inmunizaciones se implementó en el año 2009 teniendo como cobertura inicial el 8,7%, el año 2010 se incrementó a 73% llegando al año 2014 a 94.5% siendo la meta llegar al 100%.

[28] Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación NTS N° 080 - MINSAIDGSP V.03

Gráfico N° 06

Coberturas de Vacunación de Neumococo en niños, menores de 1 Año, según Regiones: periodo Enero- Diciembre 2014



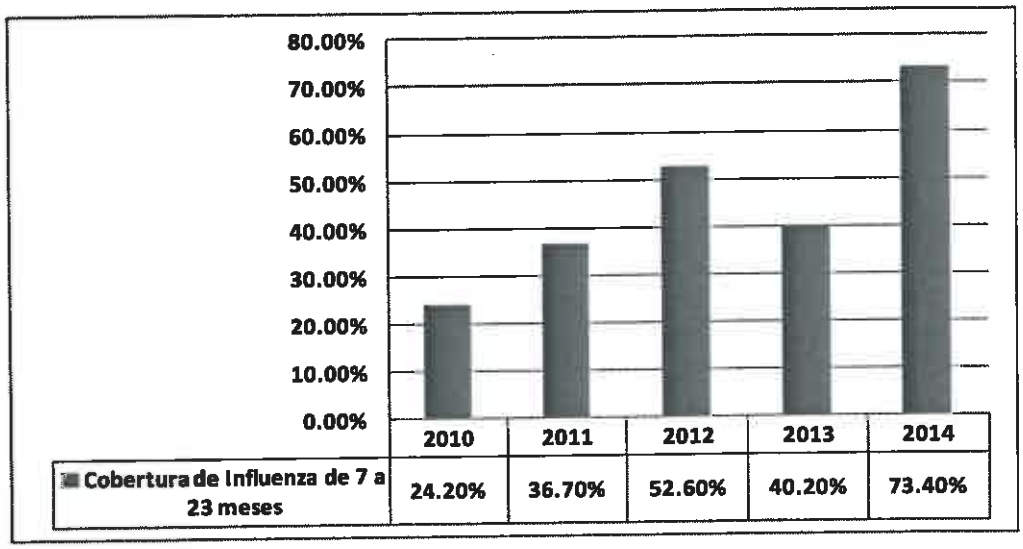
Fuente: OGEI Formularios B1 y B2 Consolidados de DIRESAS/DISAS.
Elaboración: Equipo Técnico de la DAIS.

La **Vacuna contra Influenza** estacional es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1 y AH3N2).
Se destaca la importancia de realizar la vacunación anual antes de la época de invierno, de acuerdo a la zona. La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna. La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna.
La administración de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas: [32]

- Embarazadas o puérperas
- Niños de 7 a 23 meses y 29 días.
- Los trabajadores de salud
- Adultos mayores (de 65 años a más)
- Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)

Gráfico N° 07

Coberturas de Vacunación de Influenza en niños de 7 a 23 meses, 2010-2014

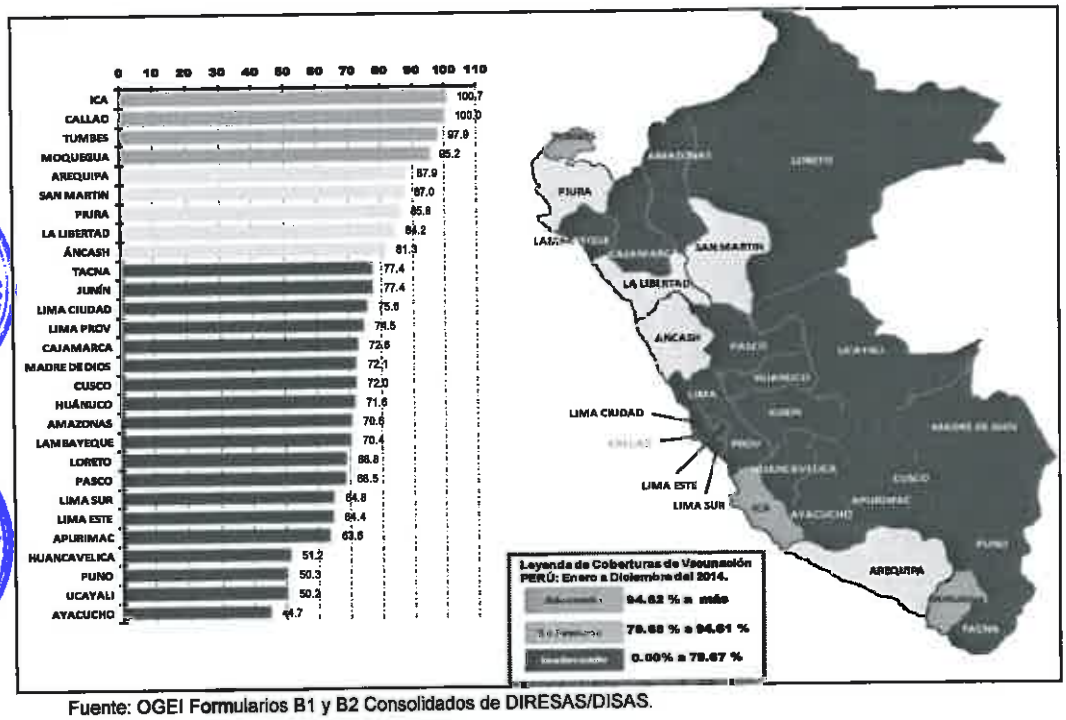


Fuente: MINSA – Oficina General de Estadística e Informática

Otra estrategia importante para disminuir las infecciones respiratorias agudas y neumonías, es la cobertura contra la influenza. Esta estrategia se implementó el año 2009 teniendo como cobertura inicial 31,6%, en el año 2010 disminuyo hasta poco más del 24%, llegando en los próximos años a incrementarse hasta el año 2014 que llego al 73.40%.

Gráfico N° 08

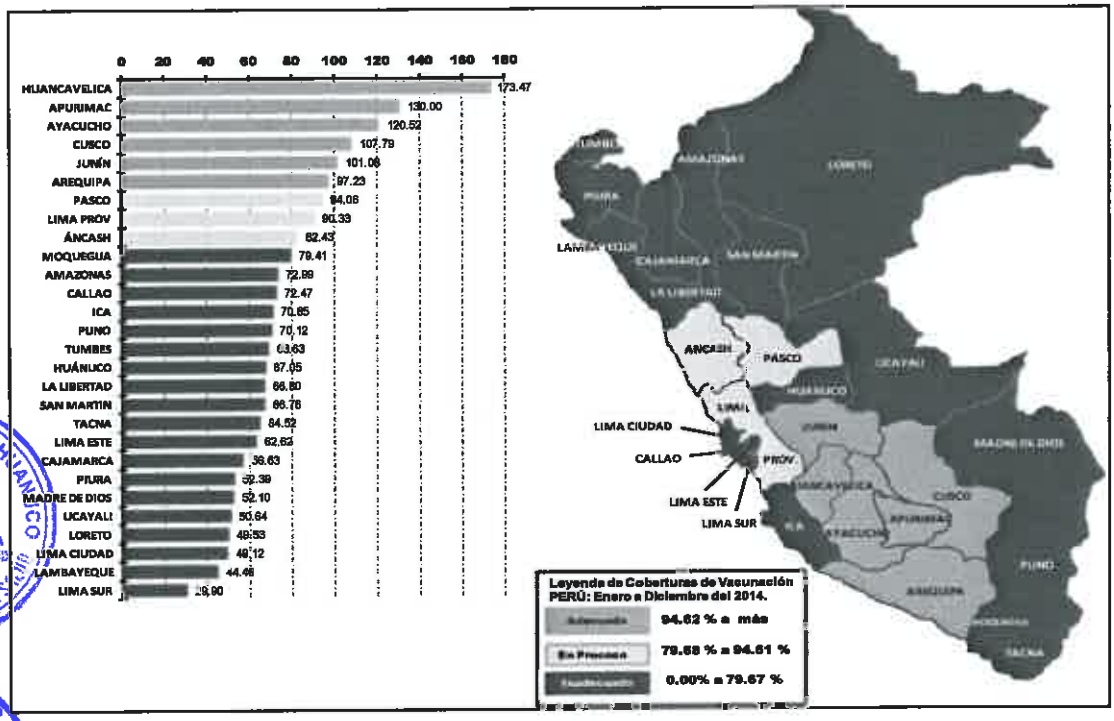
Cobertura de vacunación de Influenza en niños en niños y niñas de 7 a 23 meses, Según Regiones: PERU - 2014



Fuente: OGEI Formularios B1 y B2 Consolidados de DIRESAS/DISAS.
Elaboración: Equipo Técnico de la DAIS.

Gráfico N° 09

Cobertura de vacunación de Influenza en mayores de 65 años, Según Regiones: PERU - 2014



Fuente: OGEI Formularios B1 y B2 Consolidados de DIRESAS/DISAS.
Elaboración: Equipo Técnico de la DAIS.

Esta vacuna tuvo una cobertura de poco más del 50% durante el año 2012, bajando hasta 40.2% en el 2013, presentando para el 2014 una cobertura final en niños de 7 meses a 23 meses de 73.40% a nivel nacional, sin embargo hubieron 16 regiones naturales que tienen una inadecuada c

DAÑOS A LA SALUD

Según la revisión sistemática del impacto de la temperatura ambiental en la salud infantil publicado en el 2012 en la revista Investigación Ambiental, la vulnerabilidad de los niños a las bajas temperaturas se explicaría, fisiológicamente por que los niños tienen una mayor superficie corporal área-masa en comparación con los adultos, lo que permite una mayor transferencia de temperatura entre el medio ambiente y el cuerpo, además el sistema de termorregulación en los niños se encuentran menos desarrollados; también su mayor tasa de metabolismo, los hace más sensibles a las temperatura extrema, cardiovascularmente los estudios demuestran que los niños producen valores de gasto cardíaco algo más bajos que en los adultos, teniendo los niños, especialmente los bebés, una frecuencia cardíaca mayor que los adultos, lo que puede dar lugar a su vulnerabilidad a las temperatura extremas; por último el comportamiento , ya que los niños pasan más tiempo al aire libre y participan en actividades más vigorosas, que se traducen en un aumento de la exposición al frío y no pueden cuidar de sí mismos, dependiendo de otros para protegerlos de ambientes inseguros[29].

El aumento de enfermedades respiratorias se atribuye generalmente a la infección cruzada en lugares hacinados, también a los efectos adversos de las bajas temperaturas sobre la resistencia del sistema inmunológico a la infección respiratoria[30]. Además la susceptibilidad a las infecciones pulmonares

[29] Zhiwei Xu, Ruth A.Etzel, Hong Su, Cunrui Huang, Yuming Guo, Shilu Tong. Impact of ambient temperature on children's health: A systematic review , Environmental Research 117 (2012) 120–131.
[30] Ophir, D., Elad, Y., 1987. Effects of steam inhalation on nasal patency and nasal symptoms in patients with the common cold. Am. J. Otolaryngol. 8, 149–153.

puede aumentar a través de la broncoconstricción[31], causada por la inhalación de aire frío durante cortos períodos de tiempo, las bajas temperaturas pueden tener un efecto directo sobre las exacerbaciones agudas de asma ya que el enfriamiento brusco de la temperatura del aire puede desencadenar un ataque de asma directa o indirectamente a través de la infección viral en la vía aérea[32].

Además de las enfermedades respiratorias, las bajas temperaturas extremas están asociadas a otras enfermedades como: trastornos de la circulación en manos y pies, crioglobulinas, congelamiento extremo en andinistas, hipotermia, lesiones por frío con o sin congelación, etc.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 (ENDES-INEI), arrojan diferencias entre el aumento de casos de infecciones respiratorias agudas (IRAs), entre las hijas e hijos de mujeres sin educación, en comparación con mujeres de educación superior (16,0% frente a 11,3%). Con respecto a los quintiles de pobreza, se observó una diferencia de 3,9 puntos porcentuales entre las niñas y niños del quintil inferior comparado con los niños del quintil superior (14,1% frente a 10,2%). De otro lado, los resultados de la encuesta, muestran niveles similares de IRAs en los hogares que emplean para cocinar carbón vegetal (15,6%), leña, paja o residuos agrícolas (14,3%) y, electricidad y gas (13,0%), en niveles bajos están aquellos que utilizan bosta (6,3%). Por área de residencia, la prevalencia fue de 13,6% en el área urbana y de 12,7% en el área rural.

[31] Schaanning, J., et al., 1986. Effects of cold air inhalation combined with prolonged sub-maximal exercise on airway function in healthy young males. Eur. J. Respir. Dis. Suppl. 143, 74–77.
[32] Yuksel, H., et al., 19[illegible] asthma and atmospheric conditions. Pediatr. Int. 38, 606–610.

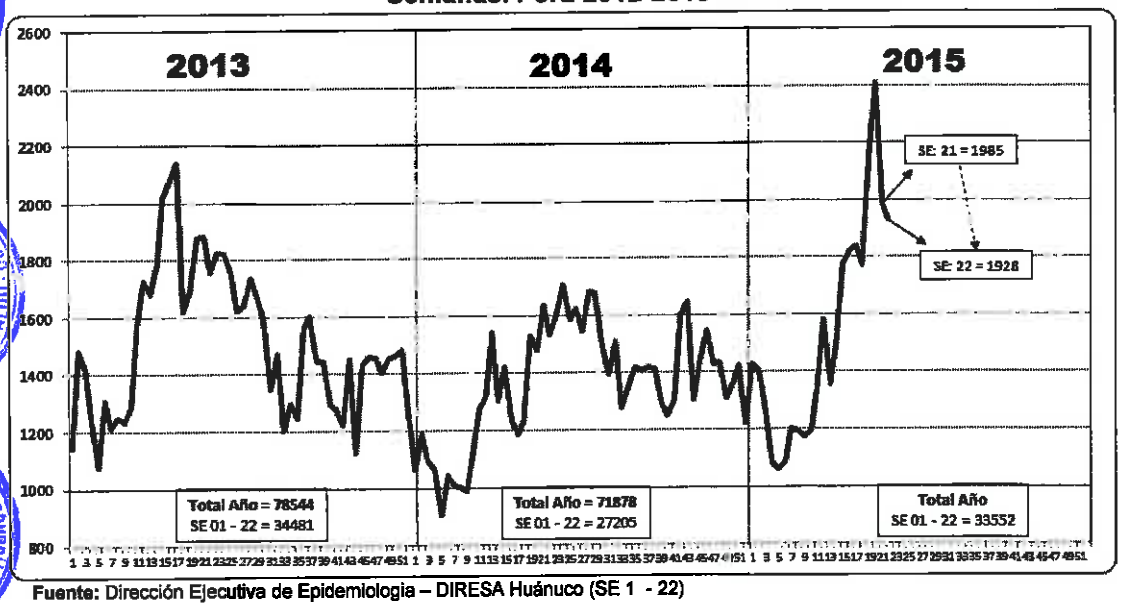
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) DURANTE LAS TEMPORADA DE BAJAS TEMPERATURAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los principales problemas de salud entre los niños menores de 5 años, es por eso la importancia de la vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas (IRA) que realiza el Ministerio de salud a travez de la Dirección General de Epidemiologia, en virtud de la Directiva Sanitaria N° 061-MINSA/DGE V.01, escenario donde está inmerso la Red de Epidemiologia de la Dirección Regional de Salud Huánuco, donde el personal de salud que brinda la atención: consigna los datos y diagnostico según CIE 10 de la historia clínica, HIS, libro de emergencia y/o egresos hospitalarios y certificados de defunción.

Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2014, en el desagregado por primeras causas específicas, se observa que, las infecciones de vías respiratorias agudas (22,3%), son el primer diagnóstico que motivó la consulta externa en los establecimientos del Gobierno Regional de nuestra región, seguidas de las afecciones dentales y periodontales (20,1%) y las Deficiencias de la Nutrición (8.5%). Además las infecciones de las vías respiratorias agudas (31%), las afecciones dentales y periodontales (21%) y Deficiencias de la Nutrición (15%) se ubican como primeras causas de consulta externa en el año 2013 en la Etapa Vida Niño. Para el año 2014, las infecciones de vías respiratorias agudas ocupan el 2do lugar con 20.5% en cuanto a consultas externas a nivel general en el departamento de Huánuco.

Según la tendencia de casos de IRAs, se observa un incremento de casos durante el periodo de invierno, entre las semanas epidemiológicas (SE) 16 a la 39, comprendida entre la tercera semana de abril y cuarta semana de setiembre, por lo que es considerado un daño trazador para bajas temperaturas, tal como se observa en el Gráfico N° 10.

Gráfico N°10
Tendencias de Infecciones Respiratorias Agudas neumonías en menores de 5 años, por Semanas. Perú 2012-2015*



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiologia – DIRESA Huánuco (SE 1 - 22)

Similar situación se puede observar en cuanto a la Incidencia Acumulada de los casos de Neumonías en niños menores de 5 años, si bien, las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel nacional y regional, estas afectan a toda la población, fundamentalmente a los menores de 5 años y adultos mayores de 65 años, y es además la primera causa de consulta y hospitalización, sin embargo las neumonías son de mayor frecuencia y gravedad.

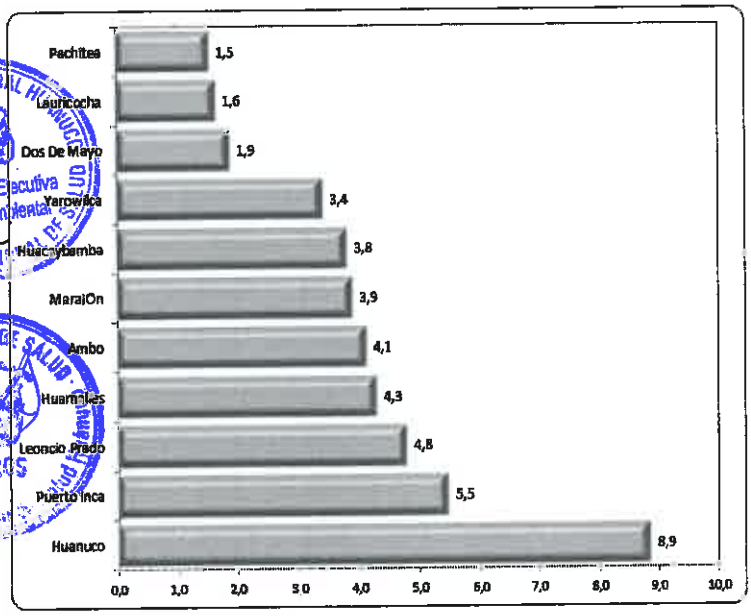
Gráfico N°11
Tasa de neumonía, defunciones y tasa de letalidad
Niños menores de 5 años, DIRESA Huánuco 2015 (SE 1 – 22)

Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiologia (*) Hasta la SE 1 - 22 del 2015

Provincias	ones										Letalidad				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Ambo	27	43	28	24	24	0	0	1	0	0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0
Dos De Mayo	14	16	26	18	12	0	1	1	1	0	0,0	6,3	3,8	5,6	0,0
Huacaybamba	35	6	34	7	11	1	0	0	0	0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Huamalies	60	59	41	18	38	0	2	0	2	0	0,0	3,4	0,0	11,1	0,0
Huanuco	314	392	297	136	265	0	3	4	1	0	0,0	0,8	1,3	0,7	0,0
Lauricocha	18	9	17	10	7	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Leoncio Prado	108	209	149	144	66	2	3	2	0	0	1,9	1,4	1,3	0,0	0,0
MaraiOn	16	10	24	8	16	1	0	0	3	0	6,3	0,0	0,0	37,5	0,0
Pachitea	40	34	92	41	14	2	4	1	1	0	5,0	11,8	1,1	2,4	0,0
Puerto Inca	31	21	23	23	22	1	0	1	0	0	3,2	0,0	4,3	0,0	0,0
Yarowilca	21	19	24	11	14	1	0	2	0	1	4,8	0,0	8,3	0,0	7,1
Total General	**684**	**818**	**755**	**440**	**489**	**8**	**13**	**12**	**8**	**1**	**1,2**	**1,6**	**1,6**	**1,8**	**0,2**

Los casos de neumonía en lo que va del año (SE 1 – 22), se viene incrementando en las últimas semanas epidemiológicas, respecto al año 2014 para el mismo periodo evaluado y en relación a los años anteriores la proporción de la reducción de 35% para el 2013 y en 40% para el 2012, con una reducción importante en las defunciones 87,5% en defunciones respecto al 2014 con una tasa de letalidad de 0,2% para el 2015, 1,8% para el 2014 y 2013 por lo que es necesario desarrollar intervenciones sostenidas para mantener la tasa de letalidad baja, ya que se nota un incremento de los casos de neumonías.

Gráfico N°12
Tasa de neumonías por provincias
Niños menores de 5 años. DIRESA 2015 (SE 1 – 22)



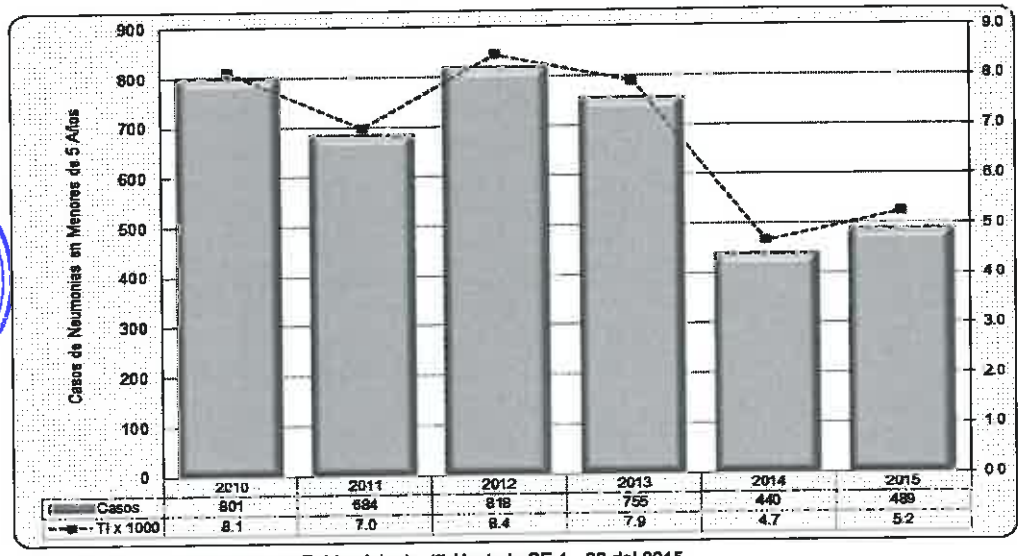
Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiologia (*) Hasta la SE 1 - 22 del 2015

Se puede observar que durante las semanas epidemiológicas (SE 1- 22), donde se observa que la provincia de Huánuco tiene una tasa de incidencia de 8,9 x 1,000 menores de 5 años, seguido de Puerto Inca, Leoncio Prado, Huamalíes y Ambo.

Las provincias de mayor altitud, por encima de los 3,000 metros sobre el nivel del mar como son Huacaybamba, Dos de Mayo, Yarowilca, Huamalíes y Lauricocha tienen una tasa de incidencia de 3,8; 1,9; 3,4; 4,3 y 1,6 por 1,000 niños menores de 5 años respectivamente. Observándose una elevada tasa de incidencia en las provincias de Huamalíes, Huacaybamba y Yarowilca, en los que se debe fortalecer el trabajo preventivo promocional.

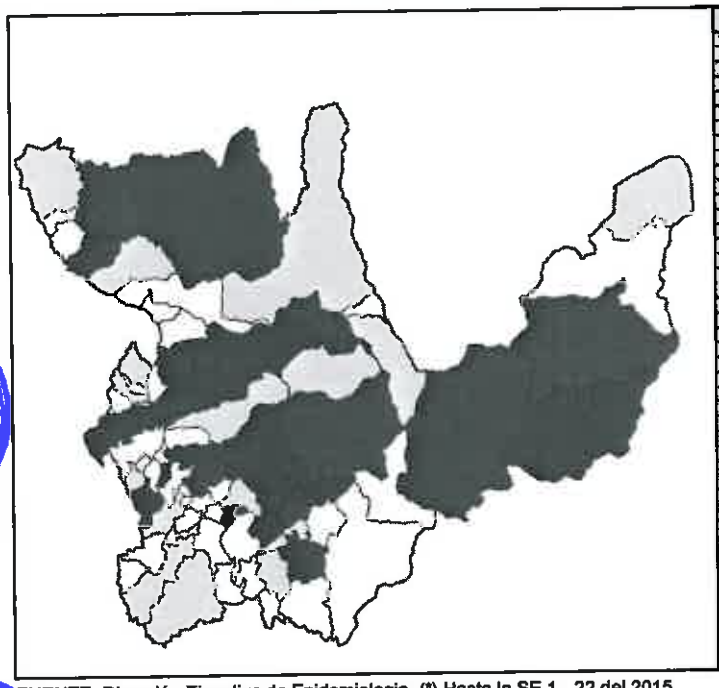
La Tasa de Incidencia (TI) de neumonías en la región es de 5.2 por 1,000 niños menores de 5 años con 489 casos presentados hasta la semana epidemiológica N° 22, superior en 49 (11.1%) casos al año 2014 del mismo periodo con una TI de 4,7 por 1,000 menores de 5 años, sin embargo en lo que respecta a los años 2010 a 2013 la tasa de incidencia es menor al del 2015, que si bien es alentador, se debe continuar vigilando la tendencia de las neumonías sobre todo en la temporada de frío y el cambio climático que venimos soportando e incidir en las intervenciones respecto a los determinantes que influyen en la población vulnerable (niños y ancianos).

Gráfico N°13
Tendencia de Neumonías en menores de 5 años por Años
DIRESA Huánuco 2010 – 2015 (SE 1-22)



FUENTE: Dirección Ejecutiva de Epidemiologia (*) Hasta la SE 1 - 22 del 2015

Gráfico N° 14
Neumonías por Distritos según Tasa de Incidencia
DIRESA HHuánuco (SE. 01 al 22) 2015



Distrito	Casos	TIA
Tomay Kichwa	8	2.1
Chavinillo	8	1.6
Puerto Inca	10	1.5
Codo del Pozuzo	8	1.4
[illegible]	[illegible]	1.2
Cayran	6	1.0
Jacas Grande	5	1.0
Huánuco	71	0.9
Quinchao	[illegible]	0.8
Pinra	6	0.6
Pinto-Rupo	45	0.6
Chalón	9	0.8
Yarumayo	2	0.7
Marañón	[illegible]	0.7
Lauzón	4	0.7
S.M.Valle	13	0.7
Llata	[illegible]	0.6
Umari	[illegible]	0.6
Luyando	5	0.6
Chuquibamba	15	0.6
Yuyapichis	2	0.6
Pampamarca	1	0.4
Arriba	4	0.5
Aparicio Pomares	2	0.1
Pillco Marca	10	0.4
Tantamayo	1	0.4
Quivilla	1	0.4
Miraflores	1	0.3
Ripan	2	0.3
Siega	1	0.3
Conchamarca	2	0.3
Huacaybamba	2	0.3
Rondos	2	0.3
Quivilla	2	0.3
Mariano Dámaso	2	0.2
San Miguel Cauri	2	0.2
Huacrachuco	3	0.2
Jesus	1	0.2
Honoria	1	0.2
José Crespo	6	0.1
Daniel Alomías	[illegible]	0.1
Huacar	1	0.1
Marías	1	0.1

FUENTE: Dirección Ejecutiva de Epidemiologia (*) Hasta la SE 1 - 22 del 2015

VULNERABILIDAD INSTITUCIONAL

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Es la Capacidad que tienen los establecimientos de salud (EESS) de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de los usuarios[33].

Tabla N° 06
Establecimientos de Salud MINSA según categorías 2014

Región / DISAS	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	Sin Categoría	Total
Amazonas	345	39	62	5	4	1	0	0	0	0	1	457
Ancash	261	85	42	10	9	3	0	0	0	0	6	416
Apurímac	213	101	30	27	2	2	0	0	0	0	3	378
Arequipa	59	123	52	12	4	0	0	1	1	0	2	254
Ayacucho	271	43	48	13	6	1	2	0	0	0	0	384
Cajamarca	575	123	99	22	7	1	0	0	0	0	0	827
Callao	0	33	9	6	1	1	1	1	0	0	0	52
Cusco	136	107	48	33	4	0	1	2	0	0	0	331
Huancavelica	276	67	49	9	3	1	0	0	0	0	1	406
Huánuco	145	99	49	5	1	1	0	0	0	0	1	301
Ica	32	65	33	6	4	1	0	0	0	0	0	141
Junín	268	151	52	11	6	1	1	0	0	2	4	496
La Libertad	64	135	53	30	19	0	0	2	2	0	0	305
Lambayeque	53	83	34	8	2	1	0	1	0	0	0	182
Lima Ciudad	1	39	78	11	0	1	0	8	7	1	0	146
Lima Este	0	41	61	5	2	2	0	2	0	0	0	113
Lima	144	118	53	2	2	5	0	0	0	0	3	327
Lima Sur	2	80	25	13	0	0	0	1	1	0	1	123
Loreto	291	32	44	10	1	1	0	1	0	0	0	380
Madre De Dios	79	20	5	0	1	1	0	0	0	0	0	106
Moquegua	23	12	23	0	1	1	0	0	0	0	0	60
Pasco	194	38	10	10	3	0	0	0	0	0	0	255
Piura	214	102	52	28	2	2	0	0	0	0	9	409
Puno	214	128	66	29	9	2	0	0	0	0	6	454
San Martin	277	22	45	15	3	1	4	0	0	0	1	368
Tacna	14	41	13	3	0	1	0	0	0	0	0	72
Tumbes	16	11	10	4	1	1	0	0	0	0	0	43
Ucayali	148	33	20	2	0	2	0	0	0	0	1	206
Total	**4315**	**1971**	**1165**	**329**	**97**	**34**	**9**	**19**	**11**	**3**	**39**	**7992**

Fuente: RENAES Marzo 2015
Elaborado: OGDN-MINSA

Según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES), hasta marzo del 2015,hay 7992 establecimientos de salud, siendo el 97,35% establecimientos de primer nivel de atención, que es la

[33] Tomado de la Normas Técnica de Salud Nº 021-MINSA/DGSP -V.03: "Categorías de los establecimientos del sector salud" aprobado con RM Nº 546-2011-MINSA

puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad: además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.[34]

Las regiones, que reportan la mayor cantidad de establecimientos de salud MINSA, son: Cajamarca, Junín, Amazonas, Puno y Ancash.

Asimismo, del total de establecimientos de salud con categoría registrada, un 54% corresponde a EESS con categoría I-1, siendo esta proporción la misma que la registrada hasta agosto del 2014, los EESS MINSA con categoría II-1, II-2 y II-E, son el 1,75% y los de categoría III-1, III-2, III-E, corresponde al 4%, la proporción de estos últimos establecimientos aumentaron a comparación del 2014 donde solo representaba el 1,5% del total de EESS.

Es importante señalar, que ante las patologías complicadas, relacionadas a la temporada de bajas temperaturas, el acceso a los establecimientos de salud de mayor capacidad de resolución, es vital, así como el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia, lo que permitirá atender oportunamente las patologías complicadas y disminuir las tasas de mortalidad.

INFRAESTRUCTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La Política Nacional de Hospitales Seguros frente a los desastres, define como hospital seguro a un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural. Cuyo término abarca a todos los establecimientos de salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad.

Es seguro porque cuenta con la máxima protección posible, asimismo las vías de acceso al establecimiento de salud y los servicios de suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones continúan operando, lo que permite garantizar su funcionamiento continuo y absorber la demanda adicional de atención médica[34].

Para realizar la evaluación de los hospitales seguros el Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Defensa Nacional implemento la utilización de la herramienta Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) propuesta por la Organización Panamericana de Salud la cual es una herramienta de evaluación rápida, confiable, y de bajo costo, que proporciona una idea inmediata de la probabilidad de que un establecimiento de salud continúe funcionando en casos de desastres. Siendo importante recalcar que el ISH no reemplaza a los detallados estudios de vulnerabilidad, sin embargo, es un primer paso importante para los países, a fin de priorizar las inversiones para el mejoramiento de la seguridad de sus establecimientos de salud.

El ISH evalúa:

1. Elementos estructurales,
   - Seguridad debido a antecedentes de la instalación de salud.
   - Seguridad relacionada con el sistema estructural y el tipo de material (Ej: Estado de la edificación, materiales, interacción de elementos no estructurales con la estructura, redundancia en la estructura, etc).
2. No estructurales
   - Líneas vitales:
   - Sistemas de calefacción, ventilación, aire acondicionado y/o agua caliente.
   - Mobiliario, equipo de oficina y almacenes.
   - Equipos médicos, de laboratorio y suministros utilizados para el diagnóstico.

[34] Tomado de la "Política Nacional de Hospitales Seguros frente a los desastres", aprobado con Decreto Supremo N° 009-2010-SA

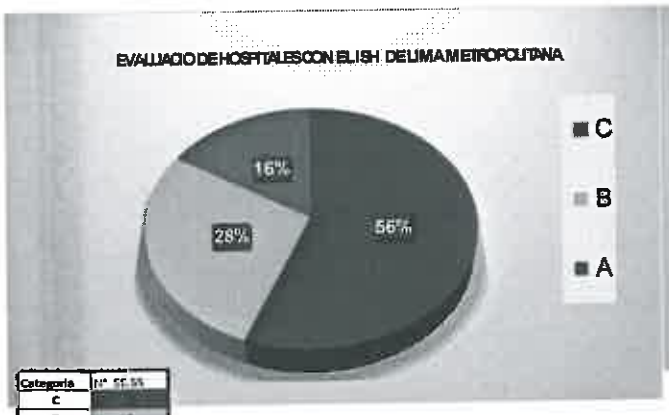
- Elementos arquitectónicos.

3. Funcionales
   - Organización del comité para desastres del establecimiento de salud.
   - Plan operativo para desastres internos y externos.
   - Planes de contingencia para atención medica en desastres.
   - Planes de mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios vitales.
   - Disponibilidad de medicamentos, insumos, instrumental y equipo.

El índice de seguridad, puede clasificar un establecimiento de salud tres niveles:

Índice de seguridad	Categoría	¿Qué se tiene que hacer?
0-0.35	C	Se requieren medidas urgentes de manera inmediata, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento no son suficientes para proteger la vida de los pacientes y el personal durante y después de un desastre.
0.36-0.65	B	Se requieren medidas necesarias en el corto plazo, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, el personal y su funcionamiento durante y después de un desastre.
0.66-1	A	Aunque es probable que el hospital continúe funcionando en caso de desastres, se recomienda continuar con medidas para mejorar la capacidad de respuesta y ejecutar medidas preventivas en el mediano y largo plazo, para mejorar el nivel de seguridad frente a desastres.

Evaluación de establecimientos de salud a nivel nacional con resultados de categoría, según ISH. Febrero 2015.



Categoría	N° EE.SS
C	[illegible]
B	[illegible]
A	[illegible]
CONST.	2
TOTAL	27

REGIONES
LAMBAYEQUE
LA LIBERTAD
TUMBES
PIURA
CAJAMARCA

Categoría	N° EE.SS
C	[illegible]
B	12
A	[illegible]
SIN EVAL.	2
TOTAL	42

*Fuente: Oficina de estudios Estratégicos y Doctrinas- Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud

REGIONES
UCAYALI
LORETO
AMAZONAS
SAN MARTIN
MADRE DE DIOS

Categoría	N° EE.SS
C	[illegible]
B	[illegible]
A	[illegible]
SIN EVAL.	1
EN CONST.	3
TOTAL	20

REGIONES
HUANCAVELICA
ANCASH
AYACUCHO
ICA
CALLAO
PASCO
LIMA PROVINCIA
HUANUCO
JUNIN

Categoría	N° EE.SS
C	[illegible]
B	[illegible]
A	[illegible]
SIN EVAL.	4
EN CONST.	2
TOTAL	56

*Fuente: Oficina de estudios Estratégicos y Doctrinas- Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud

REGIONES
HUANCAVELICA
ANCASH
AYACUCHO
ICA
CALLAO
PASCO
LIMA PROVINCIA
HUANUCO
JUNIN

Categoría	N° EE.SS
C	[illegible]
B	[illegible]
A	[illegible]
SIN EVAL.	4
EN CONST.	2
TOTAL	56

REGIONES
TACNA
AREQUIPA
MOQUEGUA
PUNO
APURIMAC
CUSCO

Categoría	N° EE.SS
C	[illegible]
B	[illegible]
A	[illegible]
EN CONST.	1
TOTAL	30

*Fuente: Oficina de estudios Estratégicos y Doctrinas- Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud

Tabla N° 07

Evaluación de hospitales a nivel nacional para determinar su grado de seguridad ante los desastres, consolidado nacional febrero 2015

REGIONES	EVALUADOS	SIN EVALUAR	EN CONSTRUCION
Macro sur	29		1
Macro centro	50	4	2
Macro oriente	16	1	3
Macro norte	40	2	
IGSS	25	0	1
Total	**160**	**7**	**7**

*Fuente: Oficina de estudios Estratégicos y Doctrinas de la Oficina General de Defensa Nacional, MINSA

De los resultados obtenidos, las perspectivas son las siguientes*:

1. Elaboración del Plan de acción 2016 - 2021 de la Política Nacional de hospitales seguros frente a desastres
2. Fortalecer a nivel de los gobiernos regionales, Los Comités regionales de Hospitales seguros frente a los desastres y acompañar los procesos de implementación y desarrollo
3. Brindar asistencia técnica a los GORES para implementar el Programa de intervención en la reducción de la vulnerabilidad de los hospitales.
4. Completar con la evaluación de los hospitales restantes, impulsar la evaluación de los EESS I-4 estratégicos a nivel nacional
5. Elaboración de los Expedientes Técnicos para el reforzamiento estructural de 14 hospitales priorizados de Lima Metropolitana.
6. Promover la elaboración de estudios de vulnerabilidad en los EESS faltantes en Lima metropolitana y a nivel regional promover el convenio MINSA CISMID GORES

*Tomados de la Exposición de la Oficina de estudios Estratégicos y Doctrinas de la Oficina General de Defensa Nacional, en el I encuentro de CPCED a nivel Nacionall, febrero 2015.

6.2.3 ESTIMACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

ESCENARIOS DE RIESGOS

Los escenarios de riesgos describen, de manera general, las condiciones probables de daños y pérdidas que puede sufrir la población y sus medios de vida en nuestro ámbito nacional, ante la ocurrencia de eventos o fenómenos de origen natural, teniendo en cuenta su intensidad, magnitud y frecuencia, así como las condiciones de fragilidad y resiliencia de los elementos expuestos (población, infraestructura, actividades económicas, entre otros)

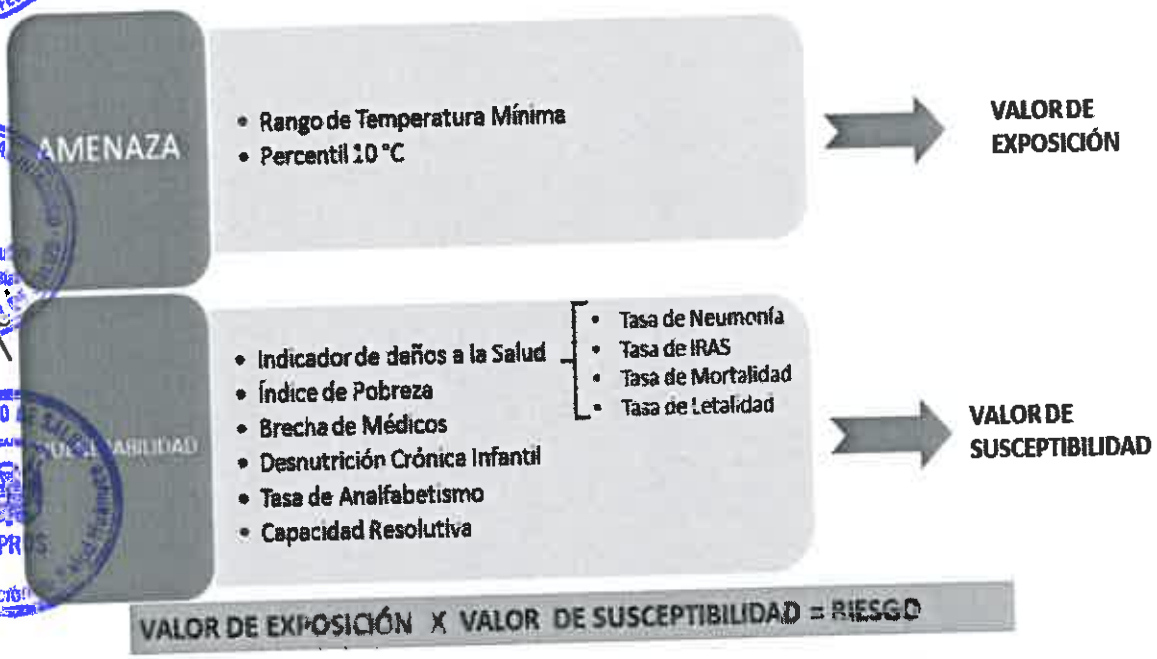
Un escenario de riesgos se inicia elaborando un argumento sólido, sustentado en datos y/o registros históricos de la ocurrencia de un fenómeno específico, generados por las instituciones técnicas y científicas, desarrollando su caracterización que ayudará a conocer su comportamiento en un espacio y tiempo determinado. Se procede a integrar la información estadística de daños y/o pérdidas de la población, así como de los demás elementos expuestos. Finalmente se logrará identificar los niveles de riesgos de los ámbitos expuestos a este fenómeno.

Esto ayudará a los tres niveles de gobierno a determinar las zonas de intervención, a través de la priorización de áreas geográficas basado en el nivel de riesgo definido.

Para la identificación de las regiones y los distritos priorizados, primero identificamos a la población vulnerable que son niños menores de 5 años y la población adulta mayor.

Gráfico N° 16

Parámetros utilizados para la identificación de los escenarios de riesgos en salud



Elaborado: Oficina de Planeamiento de la Defensa Nacional- OGDN/MINSA

Para la priorización regional se utilizó la metodología de los quartiles, siguiendo la matriz de priorización presentada con datos de nivel regional;

MATRIZ DE RIESGO REGIONAL ANTE TEMPORADA DE BAJAS TEMPERATURAS - 2015*

COMPONENTE	PONDERACIÓN (REGIONAL)	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN	BAJA 1	MEDIA 2	ALTA 3	MUY ALTA 4	FUENTE DE VERIFICACIÓN
VULNERABILIDAD (DAÑOS A LA SALUD)	0.5	Tasa de IRAS < 5 años, SE 50-2014* x 10,000	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	DGE
	3	Tasa de Neumonía en < 5 años, SE 50-2014* x 10,000	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	DGE
	2	Tasa de Mortalidad por Neumonía en < 5 años x 100, 000, SE 50 - 2014 *	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	DGE
	1	Tasa de letalidad por Neumonía en < 5 años SE 50- 2014 *	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	DGE
AMENAZA	12	Nivel de Susceptibilidad (heladas - friaje)	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	CENEPRED
VULNERABILIDAD (SOCIO ECONÓMICO)	1.5	Capacidad Resolutiva de los Establecimiento de Salud**	Tienen EESS I-4,II y III.	Tienen EESS I-3	Tienen EESS I-2	Tienen solo EESS I-1	RENAES
	0.5	Porcentaje de Brecha de Médicos*****	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	Dirección General de Gestión de Recursos Humanos - MINSA*****
	1.5	Porcentaje de Desnutrición Crónica (Indicador Talla/Edad)***	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	CENAN (INS)
	2.5	Porcentaje de pobreza****	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	INEI
	0.5	Tasa de Analfabetismo******	(cuartil 1)	(cuartil 2)	(cuartil 3)	(cuartil 4)	INEI
TOTAL	25		<25 a 25%	>25-a 50%	>50-a 75%	>75-100%	PUNTAJE

*El presente listado fue realizando tomando como base de datos la proporcionada por la Oficina de Epidemiologia del MINSA 2014 hasta la Semana Epidemiológica N° 16-39 SE

** Fuente: RENAES 2014

***Fuente: CENAN (INS) "Proporción de Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años que acceden a los EESS patron de referencia OMS-Perú- Periodo Anual 2013".

**** Fuente: INEI-2009

***** Fuente de la Base de Datos de Enero del 2014 del Observatorio de Recursos Humanos de la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA,

****** Fuente INEI - ENAHO 2012

Tabla N° 08

Priorización de regiones a nivel nacional ante bajas temperaturas 2015.

Departamento	Promedio del Nivel de Susceptibilidad por región	Brecha de Medicos	% DC (Indicador Talla/Edad) Desnutrición Crónica	Tasa de Neumonia 16-39 SE < 5 años x 10 000	Tasa de IRA' 16-39 SE < 5 años x 10, 001	Tasa de Mortalidad por Neumonia en < 5 años 16-39 SE. X 100000	Tasa de letalidad 16-39 SE. por Neumonia < 5 años	Promedio de Puntaje de Capacidad Recefativa de los EESS	Porcentaje de pobreza	Tasa de Analfabetismo	PRIORIZACIÓN
Puno	3.61	847	21	32.0	3044.2	17.09	0.053	2.59	34.9	10.51	MUY ALTA
Loreto	2.80	670	28.3	113.7	4132.4	13.04	0.011	2.60	28.7	6.89	MUY ALTA
Cusco	3.24	589	25.1	47.0	4452.6	12.69	0.027	2.55	30.4	10.76	MUY ALTA
Ayacucho	2.40	299	29.2	65.8	4918.2	21.89	0.033	2.33	36.4	13.79	MUY ALTA
Pasco	2.54	111	24.1	78.1	7350.3	12.64	0.016	2.56	31.5	6.69	MUY ALTA
Huánuco	2.26	475	28.4	64.2	3731.4	11.64	0.018	2.98	31.9	16.61	ALTA
Huancavelica	2.80	178	39.7	35.1	4892.6	10.49	0.030	2.31	30.4	14.89	ALTA
Junín	2.62	754	25.5	62.4	3020.5	12.61	0.020	2.32	24.3	5.92	ALTA
Apurímac	2.60	105	30.6	30.9	4793.2	7.83	0.025	2.65	30.0	14.48	ALTA
Ucayali	2.60	228	23	129.5	7774.0	8.66	0.007	1.67	21.2	4.33	ALTA
San Martín	2.43	505	16.6	72.0	3413.2	1.22	0.002	1.90	32.1	6.54	ALTA
Madre De Dios	3.36	18	11.5	48.9	6167.1	0.00	0.000	1.95	10.9	3.60	ALTA
Amazonas	1.07	218	31.6	61.7	7986.4	15.49	0.025	2.18	34.8	8.78	ALTA
Arequipa	2.00	420	8.8	90.5	8703.6	5.79	0.006	1.89	16.9	4.22	ALTA
Cajamarca	1.29	885	32.1	40.1	4421.3	1.28	0.003	2.35	31.1	11.83	ALTA
Piura	1.02	1202	26.6	58.0	4511.5	5.38	0.009	2.48	30.0	7.47	MEDIA
Moquegua	2.45	41	6.6	54.0	13396.2	0.00	0.000	1.70	15.6	4.81	MEDIA
Ancash	2.00	610	26.1	21.6	4770.6	0.90	0.004	2.14	23.3	9.85	MEDIA
Lima	1.84	2517	7.6	46.4	7626.5	1.51	0.003	2.25	14.6	2.26	MEDIA
La Libertad	1.70	870	21.8	27.5	4204.5	2.92	0.011	1.89	26.0	6.72	MEDIA
Tacna	1.93	108	5.1	22.1	7188.0	7.03	0.032	1.27	15.9	4.09	MEDIA
Tumbes	1.86	72	12.1	27.6	5000.2	0.00	0.000	2.00	18.4	3.39	MEDIA
Callao	1	258	8.5	50.6	7405.7	8.97	0.018	2.02	14.4	2.29	MEDIA
Lambayeque	1.03	633	18.1	27.5	4086.8	0.91	0.003	2.59	25.3	6.91	MEDIA
Ica	1.12	231	10.1	43.5	5489.6	0.00	0.000	2.05	13.3	3.13	MEDIA

Elaborado: Oficina de Planeamiento de la Defensa Nacional- OGDN/MINSA

Para la priorización distrital, se utilizó la metodología del CENEPRED, para la elaboración de escenarios de riesgo, para lo cual CENEPRED, confecciono una matriz de 6x6 (6 parámetros), conocida como matriz de comparación de pares, donde se evalúa la intensidad de preferencia de un parámetro frente a otro. Para la selección de los valores se usa la escala desarrollada por Saaty. La escala ordinal de comparación se mueve entre valores de 9 y 1/9. En la tabla N° 02 se muestra el detalle de la escala numérica y verbal.

Tabla N° 09

Escala desarrollada por SAATY

ESCALA NUMERICA	ESCALA VERBAL	EXPLICACION
9	Absolutamente o muchisimo más importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero se considera absolutamente o muchisimo más importante que el segundo.
7	Mucho más importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero se considera mucho más importante o preferido que el segundo.
5	Mas importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero se considera más importante o preferido que el segundo.
3	Ligeramente más importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero es ligeramente más importante o preferido que el segundo.
1	Igual o diferente a	Al comparar un elemento con otro, hay indeferencia entre ellos.
1/3	Ligeramente menos importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero se considera ligeramente menos importante o preferido que el segundo
1/5	Menos importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero se considera menos importante o preferido que el segundo
1/7	Mucho menos importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero se considera mucho menos importante o preferido que el segundo
1/9	Absolutamente o muchisimo menos importante o preferido que.....	Al comparar un elemento con el otro, el primero se considera absolutamente o muchisimo menos importante o preferido que el segundo
2, 4, 6, 8	Valores intermedios entre dos juicios adyacentes, que se emplean cuando es necesario un término medio entre dos de las intensidades anteriores.	

El análisis se inicia comparando la fila con respecto a la columna (fila/columna). La diagonal de la matriz siempre será la unidad por ser una comparación entre parámetros de igual magnitud. Se introducen los valores en las celdas de color rojo y automáticamente se muestran los valores inversos de las celdas azules (debido a que el análisis es inverso), realizando la comparación entre los cinco parámetros seleccionados.

Los resultados de los escenarios de riesgos en salud y la priorización distrital se encuentra en el Anexo N°2

6.6. MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN

La supervisión, ejecución, seguimiento, articulación y asistencia técnica del Plan de Prevención y reducción del riesgo en Salud frente a Bajas Temperaturas 2014-2015 será en nivel jurisdiccional de la DIRESA, estará bajo la coordinación y responsabilidad de los integrantes del Comité de Gestión de Riesgo de esta Instancia, en el marco de sus competencias.

La evaluación tiene el propósito de mejorar los procesos y lograr óptimos resultados, asimismo determinar las acciones para el mejoramiento permanente de las actividades que derivan de los objetivos frente a la Temporada de Bajas Temperaturas.

En el marco del presente Plan, la Dirección Regional de Salud y el Centro de Prevención y control de Emergencias, las Direcciones Ejecutivas comprometidas y validarán las tareas de competencia regional y local en coordinación con las redes y micro redes de salud.

Lic. Adm. Juan Edson Santamaria Ponce
COORDINADOR REGIONAL CPCED
DIRESA-HCO

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
Mg. T. Heriberto Hidalgo Carrasco
CMP: 19596 RNE: 12927
DIRECTOR GENERAL

EQUIPO DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO

| | | |

				DENOMINACIÓN DE LAS TAREAS REGIONALES																		
	Articulación a Nivel Sectorial e Intersectorial, a fin de realizar actividades para la prevención del riesgo de desastres en salud ante la temporada de bajas temperaturas	INFORME TÉCNICO	8	Remitir al PPRRD de la DIRESA HUÁNUCO ante la temporada de bajas temperaturas.		1						S/. 1,000.00	S/ 1,000.00					Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales comprometidos en la implementación de las políticas para reducir y atender el daño por factores externos. DIRESA HUÁNUCO con capacidades y herramientas para el ejercicio de la rectoría en Salud	Documentos técnicos normativos actualizados y aprobados adecuados a reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos. Documentos normativos formulados, validados, aprobados, difundidos, implementados y evaluados	Formulación y actualización de planes frente a emergencias y desastres mediante reuniones técnicas.	OPCED	
				Brindar asistencia técnica a las REDES priorizadas, a fin de fortalecer las capacidades para la formulación de sus PPRRD Regionales ante la temporada de bajas temperaturas, en coordinación con CENEPRED.		1						S/. 15,000.00	S/ 15,000.00					Autoridad Regional de Salud implementa los documentos técnicos normativos para operativizar las intervenciones orientadas a reducir el riesgo y atender el daño por factores externos. Sectores involucrados que sus políticas intersectoriales y medidas que contribuyen al cumplimiento de las prioridades de salud.	Asistencia técnica integral y acompañamiento de las intervenciones para reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos. Asistencia técnica y acompañamiento para la implementación de la política sectorial	Asistencia técnica en la formulación y actualización de planes frente a emergencias y desastres.		
				Brindar asistencia técnica a las REDES priorizadas, para la implementación de los productos y las actividades del PPR para la prevención y reducción del riesgo de desastres ante la temporada de bajas temperaturas.		1		1		1		S/200	1000					Sectores involucrados en sus políticas intersectoriales y medidas que contribuyen al cumplimiento de las prioridades de salud.	Asistencia técnica y acompañamiento para la implementación de la política sectorial	Monitoreo y supervisión de las metas físicas del PPR del rendimiento		
				Participar en la formulación del Plan Multisectorial ante Heladas y Friaje 2015		1						S/. 100.00	S/ 100.00					Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales comprometidos en la implementación de las políticas para reducir y atender el daño por factores externos. DIRESA HUÁNUCO con capacidades y herramientas para el ejercicio de la rectoría	Documentos técnicos normativos actualizados y aprobados adecuados a reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionados por factores externos. Documentos técnicos normativos formulados, validados, aprobados, difundidos, implementados y	Formulación y actualización de planes frente a emergencias y desastres mediante reuniones técnicas.		
	Articular a nivel sectorial y multisectorial, a fin de realizar actividades para la prevención del riesgo de desastres en salud por efectos de las bajas temperaturas.	INFORME TÉCNICO	3	Brindar asistencia técnica a los equipos técnicos responsables de la gestión (evaluación planificación, organización, dirección y control) de las DIRESA/GERESA priorizadas ante la temporada de bajas temperaturas, en relación a las actividades referentes a la infraestructura física y los equipos de los EESS, como apoyo en la asistencia técnica para el diseño de proyectos de inversión enfocados a la reducción y mitigación del riesgo				1		1		S/ 56,000.00	S/ 56,000.00					Autoridad Regional de Salud implementan las políticas nacionales en salud en su ámbito territorial	Asistencia técnica, supervisión y evaluación de la implementación de políticas.		DGEM	
		INFORME TÉCNICO	2	Brindar la asistencia técnica a los equipos técnicos responsables de la gestión (evaluación planificación, organización, dirección y control) de las DIRESA/GERESA priorizadas ante la temporada de bajas temperaturas en relación a las actividades referentes a los equipos de Cadena de Frío de los EESS y la infraestructura (instalaciones) correspondiente.																			
	Prevenir las enfermedades inmunoprevenibles en la población en riesgo frente a la temporada de bajas temperaturas	INFORME TÉCNICO	1	Garantizar la compra oportuna y suficiente de vacunas, jeringas y otros insumos, en coordinación con DIGEMID y DAIS	1	1	1	1		1		S/ 10,000	S/ 10,000								DARES	
		INFORME TÉCNICO	11	Gestionar el abastecimiento oportuno de vacunas jeringas y otros insumos, en coordinación con DARES y DIGEMID.	1		1			1		S/. 2,000.00	S/ 2,000.00					Población con conocimiento para la prevención, promoción y atención en la reducción de la desnutrición crónica y anemia en menores de cinco años	Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil		DGSP (CENI)	
				Brindar asistencia técnica y monitoreo a las DIRESA/GERESA priorizadas frente a la temporada de bajas temperaturas, a fin de garantizar la operatividad de los equipos y componentes de la cadena de frío.	1					1		S/. 2,000.00	S/ 2,000.00									
				Realizar el seguimiento y monitoreo del avance de la cobertura de las inmunizaciones, principalmente en las DIRESA/GERESA priorizadas frente a la temporada de bajas temperaturas.	1		1			1		S/. 2,000.00	S/ 2,000.00									
				Brindar asistencia técnica a las DIRESA/GERESA, para fortalecer las competencias del RRHH, en relación a las inmunizaciones (cadena de frío, seguro)	1		1			1		S/. 2,000.00	S/ 2,000.00									
				Asistencia técnica a los niveles Regionales, para fortalecer las competencias del nivel intermedio y lograr el oportuno y adecuado registro de las actividades de inmunización a la población en riesgo frente a bajas temperaturas en el HIS																	OGDUC	
	Mantenimiento preventivo de los equipos de telecomunicaciones, radio e infraestructura para asegurar una oportuna comunicación y coordinaciones ante las bajas temperaturas			Asistencia técnica a las DIRESA/GERESA/DISA. Redes de salud y E.S. para el mantenimiento preventivo de los equipos de telecomunicaciones y radio e infraestructura																	OGDUT	
	Promover prácticas y entornos saludables para la promoción, prevención y control de daños a la salud por enfermedades transmisibles, en los escenarios de familia, comunidad, institución educativa y gobierno local	Informe técnico	4	Implementar el Documento Técnico: Orientaciones para las acciones de promoción de la salud en los procesos de la gestión de riesgo de desastres. (bajas temperaturas)				1				S/. 31,820.00	S/ 31,820.00					Autoridad regional de salud implementa los documentos normativos para operativizar las intervenciones orientadas a reducir el riesgo y atender el daño por factores externos	Evidencia científica e información disponible para la toma de decisiones en políticas adecuadas a reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionados por factores externos		DGPS (GDS, DPCS, DPVS)	
				Implementar el módulo educativo de promoción de prácticas saludables en situaciones de emergencias y desastres en el ámbito escolar. (bajas temperaturas)				1				S/ 36,500.00	S/ 36,500.00									
				Elaborar y diseñar de ICE educacional en gestión de riesgo de desastre en: sistema local, familia, institución educativa y comunidad (bajas temperaturas)				1				S/. 48,000.00	S/ 48,000.00					Actores sociales participan coadyuvando a la implementación de la política de salud, relacionada a reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionados por factores externos	Instrumentos y capacitaciones para promover la participación ciudadana en la implementación de las políticas nacionales y sectoriales de salud orientadas a reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionados por factores externos			
				Fortalecer competencias de gobierno regional gobierno local, comunidad, autoridad regional de salud e instituciones educativas para la implementación de acciones en situaciones de emergencias y desastres (bajas temperaturas)			1	4	3			S/. 54,190.00	S/ 54,190.00					Autoridad regional de salud implementa los documentos normativos para operativizar las intervenciones orientadas a reducir el riesgo y atender el daño por factores externos	Asistencia técnica integral y acompañamiento de las intervenciones para reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionados por factores externos			
	[illegible]	INFORME TÉCNICO	14	Elaborar el Plan Regional de Comunicación de RECES [illegible]	1							S						Población con conocimiento para la prevención, promoción y atención en la reducción de la desnutrición crónica y anemia en menores de 5 años	Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil		COMUNICACIONES	
				Adaptar el Plan de Comunicación para la Gestión del Riesgo de Desastres a nivel Regional [illegible] su vez difundirlo a las REDES priorizadas		1						S										
				Diseñar [illegible] para la prevención del riesgo de desastres en salud frente a la temporada de bajas temperaturas	1							1,200				S/ 1,200.00						
				Elaborar materiales educativos [illegible]	1							5,000				S/ 5,000.00						
				Difundir mensajes para la prevención de riesgos en salud ante la temporada de bajas temperaturas a través de medios de comunicación masiva en salud radio, [illegible]	1	1	1	1	1	1		10,000				S/ 10,000.00						
				Brindar asistencia técnica y capacitar a los comunicadores de las REDES y Hospitales, a fin de lograr el apoyo en la difusión y [illegible]		1						2,000				S/ 2,000.00						
				Evaluar la ejecución del Plan Regional de Comunicación de las REDES [illegible]	1	1	1					4,000				S/ 4,000.00						

					Monitorear y evaluar el sistema de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	INFORME TÉCNICO	2	Gestionar del abastecimiento permanente y oportuno de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a los EESS de su jurisdicción.	1	1	1	1	1	1	1							Distribución oportuna y racional a los Almacenes subregionales y EESS	Niveles adecuados de abastecimiento en los subalmacenes regionales y EESS del ámbito regional	Distribución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	DEMID - DEA/ DIRESA	
								Distribuir a nivel regional, los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a los almacenes sub-regionales, para garantizar el abastecimiento oportuno a los EESS priorizados, de su ámbito.		1		1	1	1	1	S/. 5,000.00	5,000.00									
								Brindar asistencia técnica a nivel regional, a los responsables de almacenes y del servicio de farmacia, a fin de asegurar el adecuado suministro y preservación de la calidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, frente a la temporada de bajas temperaturas.	1		1		1			S/. 5,000.00	5,000.00					Recursos humanos vinculados al SISMED conocen los procedimientos operativos de los procesos del sistema de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios procesos del sistema	Cumplimiento de los procedimientos operativos del SISMED en AEM, Almacenes sub-regionales y EESS	Fortalecimiento de capacidades en aspectos relacionados al sistema de suministro	DEMID- DIRESA	
								Supervisar el oportuno y adecuado suministro de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios priorizando EESS con poblaciones más vulnerables frente a la temporada de bajas temperaturas.	1	1	1	1	1	1	1	S/. 2,000.00	2,000.00									
					Monitorear la Disponibilidad oportuna y adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en las REDES/MICROREDES.	INFORME	8	Monitorear a nivel regional, el oportuno y adecuado suministro de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios priorizando los EESS con poblaciones más vulnerables frente a la temporada de bajas temperaturas. Anexos del ICI	1	1	1	1	1	1	1	S/. 1,000.00	1,000.00					Disponibilidad de productos farmacéuticos y dispositivos médicos estratégicos y de soporte en los EESS	Suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en niveles adecuados de abastecimiento		DEMID - DEA/ DIRESA	
								Aplicar las Políticas de salud, normas y estrategias para la distribución y abastecimiento de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos Estratégicos contemplados en los protocolos de atención de las diversas estrategias sanitarias.	1	1	1	1	1	1	1											
					Fortalecer el acceso y del uso seguro y racional de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, así como fomentar las buenas prácticas de prescripción y dispensación en las REDES/MICROREDES.	INFORME	2	Monitorear a nivel regional el uso y las reacciones adversas de los productos farmacéuticos o incidentes adversos a los dispositivos médicos utilizados en la atención del riesgo por efectos de la temporada de bajas temperaturas.	1	1	1	1	1	1	1	S/. 500.00	500.00					Reporte de reacciones adversas a productos farmacéuticos e incidentes adversos a los dispositivos médicos utilizados en las atenciones por efectos de las bajas temperaturas	Calidad y seguridad de los productos farmacéuticos que se entregan en los EESS.	Promoción del Uso Racional y Farmacovigilancia	DEMID- DIRESA	
					Monitorear y evaluar el nivel de abastecimiento de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, utilizados para la atención de las enfermedades producidas por efectos de la temporada de bajas temperaturas	INFORME	2	Proyectar la seguridad de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, según los casos atendidos y el requerimiento de la demanda de la atención de salud de la población durante la temporada de bajas temperaturas	1			1										Plan de distribución con cronograma establecido	productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios disponibles en los EESS ubicados en zonas priorizadas frente a las bajas temperaturas	Distribución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	DEMID - DEA/ DIRESA	
								Implementar estrategias para garantizar el abastecimiento permanente y oportuno de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos en los EESS de su jurisdicción, con énfasis en aquellos localizados en las zonas priorizadas frente a las bajas temperaturas	1	1	1	1	1	1	1											
								Evaluar conjuntamente los resultados obtenidos de acuerdo a lo programado para la adquisición de los productos farmacéuticos y los dispositivos médicos adjudicados en la compra corporativa nacional y las compras internacionales	1	1	1	1	1	1	1											
						INFORME	2	Brindar asistencia técnica y supervisar a los responsables de los almacenes y servicios de farmacia a nivel regional, a fin de asegurar el adecuado suministro y la preservación de la calidad de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos	1	1	1	1	1	1	1	S/. 5,000.00	5,000.00					Recursos humanos vinculados al SISMED capacitados en los procesos del sistema de suministro	Recursos humanos vinculados al SISMED ejecutan en forma satisfactoria los procedimientos operativos de los procesos del sistema de suministro	Capacitación en procedimientos operativos del SISMED	DEMID- DIRESA	
								Capacitar al personal de los EESS del nivel regional en aspectos relacionados a la gestión del suministro de medicamentos	1	1		1		1		S/. 5,000.00	5,000.00									
								Monitorear el adecuado y oportuno suministro de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, priorizando los EESS con poblaciones más vulnerables frente a la temporada de bajas temperaturas	1	1	1	1	1	1	1	S/. 500.00	500.00									

| | | |

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - Dirección de Epidemiología

GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Institucionalización de la GRD

Implementación de la GRD

Actividades	Procesos	Subprocesos	Acciones prioritarias	Denominación de las actividades nacionales	Unidad de medida	Meta	Denominación de las tareas regionales	Cronograma 2015: Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Presupuesto: Mayo-Diciembre 2015	Fuente de financiamiento: RR	RDR	Y	Otras fuentes	Articulación con planeamiento: Acciones estratégicas	Articulación con POA: Desviatado esperado	Productos	Nombre de la actividad operativa	Dependencia y/o unidad responsable nacional	Observaciones
GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	Institucionalización de la GRD	Implementación de la GRD		Fortalecer la inclusión de los procesos de prevención y reducción del riesgo de desastres ante la temporada de bajas temperaturas, en los instrumentos de gestión del MINSA.	INFORME TÉCNICO	1	Desarrollar y actualizar el Plan Operativo Institucional Anual de la DIRESA HUANUCO, el cual, incluya actividades de prevención y reducción del riesgo de desastres, ante la temporada de bajas temperaturas.		1							S/. 100.00	S/. 100.00					DIRESA HUANUCO con capacidades y herramientas para el ejercicio de la rectoría en Salud	Documentos normativos formulados, validados, aprobados, difundidos, implementados y evaluados	Formulación y actualización de planes frente a emergencias y desastres mediante reuniones técnicas.	CPCED	
				Desarrollar mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones en prevención y reducción del riesgo de desastres ante la temporada de bajas temperaturas.	DOCUMENTO	1	Elaborar, difundir e implementar los instrumentos, para el monitoreo y evaluación de las acciones en prevención y reducción del riesgo de desastres, ante la temporada de bajas temperaturas.		1							S/. 250.00	S/. 250.00									
				Fortalecer las capacidades de las autoridades y funcionarios del MINSA, y de las DIRESA/GERESA, en los procesos de prevención y reducción del riesgo de desastres ante la temporada de bajas temperaturas.	DOCUMENTO	2	Desarrollar la capacitación y sensibilización a los integrantes del Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres de la DIRESA HUANUCO, incidiendo en el enfoque de los procesos de prevención y reducción del riesgo de desastres, ante la temporada de bajas temperaturas.		1							S/. 500.00	S/. 500.00									
							Fortalecer los equipos técnicos responsables de la gestión (evaluación planificación, organización, dirección y control) de las DIRESA/GERESA priorizadas ante la temporada de bajas temperaturas, en relación al buen uso y conservación de los equipos e infraestructura física de los EESS ante la temporada de bajas temperaturas.				1					S/. 10,000.00	S/. 10,000.00					Sectores incorporan en sus políticas intervenciones y medidas que contribuyen al cumplimiento de las prioridades en salud	Asistencia técnica y acompañamiento para la implementación de las políticas sectoriales.		DGIEM	
				Institucionalizar la GRD en los tres niveles de gobierno.	INFORME TÉCNICO	2	Fortalecer la GRD al incluirla en los instrumentos de Gestión del Gobierno Regional Huanuco		1							S/. 800.00	S/. 800.00					Gobiernos Regional Huanuco y Gobiernos Locales en la implementación de políticas de salud para superar la desnutrición crónica infantil.	Asistencia técnica a DIRESA para la incorporación de la política sectorial de salud en las políticas regionales y locales.		DGSP (DAIS) M SALCEDO Z	

VII. ANEXO

Anexo 1

ACTIVACION DE LA RESPUESTA E INSTITUCIONES DE APOYO

ACTIVACION DE LA RESPUESTA – ALERTA ROJA (Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01, aprobado por RM N° 517-2004/MINSA)		
¿Quién? La autoridad de salud correspondiente.	**¿Cuándo?** Se ha tomado conocimiento de la existencia de daños comprobados sobre la vida o la salud de las personas que demandan atención médica inmediata, o cuando éstos son inminentes en un plazo inmediato.	**¿Cómo?** Emitiendo la alarma correspondiente (aviso o señal) que asegure el conocimiento en tiempo real de las personas involucradas en la respuesta.
FIN DE LA EMERGENCIA: Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01		
¿Quién? La autoridad de salud que decretó la activación de las acciones de respuesta (alerta roja).	**¿Cuándo?** Se ha logrado controlar la situación o los daños que motivaron la declaración de la alerta roja.	**¿Cómo?** Emitiendo un comunicado indicando el fin de la emergencia y la sustentación de tal decisión.

COMANDO Y COMUNICACIONES, el comando es presidido por la Alta Dirección del Ministerio de Salud en coordinación con los Directores Generales en el Nivel Nacional; a nivel regional será presidido por el Director Regional de Salud y sus Directores, siendo su finalidad organizar la respuesta oportuna y adecuada frente al presente evento adverso.

COMANDO Y COMUNICACIONES:

Comando:

Comando Nacional MINSA: o Vice Ministro de Salud o Director General OGDN o Director General DGIEM o Director General DGSP o Director General DGPS o Director General DIGEMID o Director General DIGESA o Director General DGE o Director General OGEI o Director General OGA o Director General OGPP o Director General OGC	Funciones: a. Evaluar la situación generada por el evento adverso. b. Tomar decisiones para el control y atención de daños. c. Canalizar las decisiones tomadas entre los órganos de salud correspondientes. d. Hacer seguimiento de las decisiones tomadas.	Área de trabajo: Centro de Operaciones de Emergencia – COE Salud OGDN/MINSA: Guillermo Marconi 317, San Isidro, Lima.
Comando Regional: Comité de Defensa Civil DIRESA (R.M. Nº 108-2001-SA/DM). a. El Director General de la Dirección Regional, quien lo presidirá. b. El Director del Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres, quién actuará como secretario ejecutivo del comité. c. La Directora Ejecutiva de Epidemiología. d. El Director de la Dirección de Salud de las Personas. e. El Director de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas. f. El Director de la Dirección de Salud Ambiental. g. El Director de la Oficina de Administración. h. El Director de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos.	Funciones: a. Evaluar la situación generada por el evento adverso. b. Tomar decisiones para el control y atención de daños. c. Canalizar las decisiones tomadas entre los órganos de salud correspondientes. d. Hacer seguimiento de las decisiones tomadas. e. Informar al MINSA de la situación y las acciones tomadas.	Área de trabajo: Centro de Operaciones de Emergencia de la DIRESA – COE Salud DIRESA

Comunicaciones:

Radiocomunicación: ▪ COE SALUD: Frecuencia: 9300 Indicativo: OAX80	Telefonía: ▪ COE SALUD: 062 – 590200 Anexo 210 ▪ CPCED #995203086	Otros: [redacted] Juanedson8@hotmail.com Coe.diresa.hco@gemail.com Cpcedhuanuco@hotmail.com ▪ COE SALUD:

RED DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Red Asistencial del **Ministerio de Salud en coordinación con la Red Asistencial EsSALUD.**

INSTITUCIONES DE APOYO

Las Instituciones de apoyo, consignadas en el presente directorio nos permiten coordinar de manera adecuada la respuesta a nivel nacional

INSTITUCIONES DE APOYO

Institución	Tipo de apoyo	Responsable	Dirección	Teléfono
CENEPRED	Estimación de Riesgo	.		
INDECI	Evaluación de daños y análisis de necesidades Movilización y logística Ayuda humanitaria para damnificados (alimentos, abrigo, albergue)			
EsSALUD	Movilización y logística. Atención y control de daños a la salud.	.		
MIMDES	Ayuda humanitaria para damnificados (alimentos, abrigo, albergue)			
Gobierno Regional	Unidades móviles, intervención de brigadas, material logístico			
BOMBEROS	ACCIONES PARA MITIGAR.			
GOBIERNOS LOCALES	MATERIALES LOGISTICOS E INTERVENCION DE BRIOGADAS			
SECTORES PUBLICOS Y NBO PUBLICOS	TRALADO DE PACIENTES, DISPONIILIDAD DE MEDICINAS, ABRIGOS, ROPA, FRAZADAS			

Anexo 2

RED RADIAL DE LA DIRESA HUANUCO
CUADRO 1
FRECUENCIA DE OPERACIÓN DE LAS DIRESAS A NIVEL NACIONAL

CANAL 4	INDICATIVO	FRECUENCIA FIJA	FRECUENCIA OPCIONAL	TURNO	HORARIO
LIMA	OAW 88	7780	9230	24 HORAS	
APURÍMAC	OAZ 82	7780.0	7890.0	MAÑANA / TARDE	Lunes, Miércoles y Viernes 7.15 A 18.30 Martes y Jueves 7.15 a 15.30 Hrs.
AYACUCHO	OAX 85	7780.0	8220.0 5095.0	24 HORAS	ininterrumpido
ANCASH	OAX 82	7780.0	5800.0 7300.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 8 a 3.30 Hrs.
HUÁNUCO	OAX 80	7780.0	9300.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 16 Hrs.
HUANCAVELICA	OAX 86	7780.0	7810.0 LSB	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 8 a 14 Hrs. Y de 13.00 A 19.00 Hrs.
JUNÍN	OAX 87	7780.0	5600.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7 A 2.15 Hrs.
PASCO	OCB 51	7780.0	7800.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 8 a 14.30 Hrs
CAJAMARCA	OAX 96	9.230.0	7.305.6	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 12.30 Hrs. 14.30 a 18.00 Hrs.
CHOTA	OAX 97	9.230.0	8.117.5	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 13.00 Hrs. 14.15 a 17.30 Hrs.
CUTERVO	NOVEMBER 1	9.230.0	8.135.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 19 Hrs.
CUSCO	OAX 78	9.230.0	7.255.0 5,650.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 15.15 Hrs.
LA LIBERTAD	OAX 81	9.230.0	7.902.5 5.503.4	MAÑANA / TARDE	Rotativo Mensual Lunes a Sábados 7.30 a 13.30 Hrs. y de 13 a 19 Hrs.
AREQUIPA	OCW 56	10.760.0	7.418.0 6.215.0 LSB	MAÑANA / TARDE	lunes y Martes 7.30 a 15.30 Hrs Miércoles a Viernes 07.30 a 15.15 Hrs.
MOQUEGUA	OCW 54	10.760.0	8.870.0 8.810.5 6.937.5	MAÑANA / TARDE	7.30 a 19.00 Hrs.
PUNO	oct-64	10.760.0	7.780.0 LSB 7.833.0 LSB	MAÑANA / TARDE	7.00 a 19.00 Hrs.
TACNA	OCW 68	10.760.0	9,230 LSB	24 HORAS	ininterrumpido

ANEXO 3

SITUACIÓN DE RIESGO ACTUAL POR DISTRITOS FRENTE A TEMPORADA DE BAJAS TEMPERATURAS 2014 - 2015

Departamento	Provincia	Distrito	TASA DE IRAs < 5 años x 10 000	TASA DE NEUMONIAS < 5 años x 10 000	TASA DE MORTALIDAD < 5 años X 100 000	TASA LETALIDAD EN MENORES < 5 AÑOS	CAPACIDAD RESOLUTIVA	QUINTIL DE POBREZA	PRIORIZACIÓN POR CUARTILES
HUANUCO	PUERTO INCA	PUERTO INCA	7734.25	215.054	153.61	7%	I-2	1	MUY ALTA
HUANUCO	HUANUCO	YARUMAYO	6863.27	53.619	268.097	50%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	AMBO	AMBO	5175.4	104.784	45.558	4%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	HUANUCO	SANTA MARIA DEL VALLE	5766.26	73.502	36.751	5%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	YAROWILCA	CHAVINILLO	3530.48	200.182	90.992	5%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	HUANUCO	CHINCHAO	4410.49	63.419	28.827	5%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	DOS DE MAYO	MARIAS	2321.74	88.391	117.855	13%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	PACHITEA	UMARI	2329.34	93.821	32.352	3%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	PACHITEA	MOLINO	2357.94	17.897	44.743	25%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	YAROWILCA	OBAS	2178.77	44.693	111.732	25%	I-3	1	MUY ALTA
HUANUCO	HUANUCO	AMARILIS	1617.67	48.68	9.362	2%	I-4	3	ALTA
HUANUCO	LEONCIO PRADO	HERMILIO VALDIZAN	6495.18	80.386	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	MARAÑON	SAN BUENAVENTURA	5858.37	107.296	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	ARANCAY	3025.21	126.05	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	HUANUCO	CHURUBAMBA	4199.67	99.01	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	PUERTO INCA	HONORIA	4114.64	51.177	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	HUACAYBAMBA	PINRA	3071.99	142.552	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	LEONCIO PRADO	DANIEL ALOMIA ROBLES	5312.79	74.697	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	LEONCIO PRADO	MARIANO DAMASO BERAUN	4759.58	132.404	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	DOS DE MAYO	QUIVILLA	4578.31	90.361	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUANUCO	SAN FRANCISCO DE CAYRAN	5096.15	48.077	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	DOS DE MAYO	CHUQUIS	2328.77	45.662	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	AMBO	COLPAS	2817.96	99.751	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	LAURICOCHA	JIVIA	1763.01	375.723	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	LEONCIO PRADO	LUYANDO	7450.98	39.216	0	0%	I-2	2	ALTA
HUANUCO	LAURICOCHA	SAN FRANCISCO DE ASIS	2615.01	72.639	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	DOS DE MAYO	YANAS	2569.17	59.289	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	HUANUCO	QUISQUI (KICHKI)	2235.6	25.795	0	0%	I-1	1	ALTA
HUANUCO	PACHITEA	CHAGLLA	3159.26	108.583	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	MARAÑON	CHOLON	3844.94	89.052	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	PUERTO INCA	CODO DEL POZUZO	4082.22	47.801	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUACAYBAMBA	HUACAYBAMBA	3595.04	140.496	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	PACHITEA	PANAO	3251.65	71.061	0	0%	I-3	1	ALTA

HUANUCO	LAURICOCHA	RONDOS	3701.36	45.249	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	JACAS GRANDE	4368.42	31.579	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	LAURICOCHA	QUEROPALCA	2587.41	104.895	0	0%	I-2	2	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	TANTAMAYO	3627.25	40.08	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	AMBO	TOMAY KICHWA	2964.6	66.372	0	0%	I-2	2	ALTA
HUANUCO	DOS DE MAYO	LA UNION	7048.41	141.677	0	0%	I-4	2	ALTA
HUANUCO	HUACAYBAMBA	CANCHABAMBA	5073.8	18.45	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	PUDOS	4652.34	37.927	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	LEONCIO PRADO	RUPA-RUPA	5663.52	123.278	0	0%	I-3	3	ALTA
HUANUCO	LAURICOCHA	SAN MIGUEL DE CAURI	2255.54	104.302	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUANUCO	SAN PEDRO DE CHAULAN	2417.7	51.44	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	PUERTO INCA	TOURNAVISTA	6402.68	26.846	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	YAROWILCA	CAHUAC	1660.08	19.763	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	YAROWILCA	CHACABAMBA	1580.04	20.79	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	YAROWILCA	CHORAS	1027.4	17.123	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	JIRCAN	1367.19	39.063	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	YAROWILCA	PAMPAMARCA	1605.63	28.169	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	DOS DE MAYO	SHUNQUI	1526.72	25.445	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	DOS DE MAYO	SILLAPATA	902.78	23.148	0	0%	I-2	1	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	LLATA	4395.55	46.318	0	0%	I-4	1	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	CHAVIN DE PARIARCA	4051.09	18.248	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUANUCO	HUANUCO	3759.91	132.503	0	0%	I-3	3	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	MONZON	3442.3	39.117	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUANUCO	PILLCO MARCA	2624.41	50.042	0	0%	I-3	2	ALTA
HUANUCO	AMBO	SAN RAFAEL	3170.2	21.751	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUAMALIES	SINGA	4470.13	19.268	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	PUERTO INCA	YUYAPICHIS	3916.23	20.942	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	HUANUCO	YACUS	1858.9	67.189	0	0%	I-2		ALTA
HUANUCO	YAROWILCA	APARICIO POMARES	2261.31	30.151	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	LAURICOCHA	BADOS	2414.19	34.325	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	AMBO	HUACAR	2841.16	22.371	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	LAURICOCHA	JESUS	2635.56	25.221	0	0%	I-3	1	ALTA
HUANUCO	AMBO	CAYNA	3578.95	0	0	0%	I-2	1	MEDIA
HUANUCO	MARADON	HUACRACHUCO	2928.05	11.543	0	0%	I-3	1	MEDIA
HUANUCO	HUANUCO	MARGOS	1618.74	10.65	0	0%	I-3	1	MEDIA
HUANUCO	HUAMALIES	PUNCHAO	5271.32	0	0	0%	I-3	1	MEDIA
HUANUCO	HUACAYBAMBA	COCHABAMBA	2510.55	0	0	0%	I-2	1	MEDIA
HUANUCO	YAROWILCA	JACAS CHICO	1783.44	0	0	0%	I-2	1	MEDIA
HUANUCO	DOS DE MAYO	RIPAN	2887.56	0	0	0%	I-2	1	MEDIA
HUANUCO	AMBO	SAN FRANCISCO	2559.81	0	0	0%	I-2	1	MEDIA

HUANUCO	LEONCIO PRADO	JOSE CRESPO Y CASTILLO	2712.4	44.618	0	0%	I-4	2	MEDIA
HUANUCO	AMBO	CONCHAMARCA	3053.65	0	0	0%	I-3	1	MEDIA
HUANUCO	DOS DE MAYO	PACHAS	2281.92	0	0	0%	I-3	1	MEDIA
HUANUCO	HUAMALIES	MIRAFLORES	3661.76	0	0	0%	I-4	1	MEDIA

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional Concertado de Salud. Lima, Perú: MINSA; 2007.
2. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI). Manual de Conocimientos Básicos para Comités de Defensa Civil y Oficinas de Defensa Civil. Lima, Perú: INDECI; 2005.
3. Fernando Lip, Fernando Rocabado. Determinantes Sociales de la Salud en el Perú. Organización Panamericana de la Salud. Lima. 2005.
4. Ministerio de Salud (MINSA). Guía para la Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil del Sector Salud. Lima, Perú: Oficina General de Defensa Nacional (OGDN) - MINSA; 2006.
5. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021. CEPLAN 2011
6. Organización de Naciones Unidas (ONU). Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres. Informe de la Conferencia Mundial de los Desastres. Kobe, Hyogo (Japón), 18 a 22 de enero 2005. Disponible en http://www.unisdr.org. Consultado Noviembre 10, 2009.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD). Hospitales Seguros Frente a los Desastres. Disponible en http://www.unisdr.org. Consultado Noviembre 10, 2009.
8. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). Perú en cifras 2007. Disponible en http://www.inei.org. Consultado Diciembre 01,2009.
9. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI)- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 02/051. Proyecto Mapa de peligros y plan de usos del suelo y medidas de mitigación ante desastres en la ciudad de Matucana. Lima, Perú: INDECI-PNUD; 2005.
10. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Política sobre Gestión del Riesgo de Desastres - Febrero 2007.
11. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI) - Compendio Estadístico de Prevención y Atención de Desastres 2010.
12. Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del riesgo de Desastres - Manual para la Evaluación de riesgos originados por fenómenos Naturales. CENEPRED - 2013.
13. Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del riesgo de Desastres - Documento : Escenario de riesgos por bajas temperaturas 2013 –CENEPRED.