

Otras poblaciones afectadas con frecuencia por huaycos corresponden a las ubicadas en la cuenca del río Rímac, tal como ocurrió el 9 de marzo de 1987, afectando 20 poblados, 9 pueblos y 11 urbanizaciones de cinco quebradas en las zonas de Santa Eulalia y Chosica. Se calcula que fallecieron unas 300 personas, además de generar daño severo de 1 200 viviendas y daños en obras de infraestructura como agua potable y desagüe.

Los daños a la salud que se presentan para este fenómeno son lesiones severas y tendencia baja a la escasez de alimentos y movimiento de población. Existe un riesgo moderado a la aparición e incremento de casos de enfermedades por transmisión hídrica y por vectores (malaria y metaxénicas).

G.- DESLIZAMIENTO

Es un evento adverso que genera daños a la vida y a la salud de la población e incremento de la demanda de atención debido a lesiones. Por ejemplo, el 18 de febrero de 1997, en Tamburco - Abancay, en el departamento de Apurímac, se produjeron 220 desaparecidos, 50 heridos, 61 viviendas destruidas y varias hectáreas de cultivo destruidas. Otro evento recientemente registrado corresponde al sábado 10 de abril del 2004, debido al embalse del río Alcamayo en el distrito de Machu Pichu, donde se produjo un deslizamiento que afectó la ruta hacia Machu Pichu en menos de quince días se produjeron dos deslizamientos, que causó pérdidas por medio millón de dólares, según estimación del gobierno regional.

H.- INCENDIO URBANO

Este suceso, definido como la acción descontrolada del fuego sobre la vida y propiedad, se ha manifestado en los últimos años como el más destructivo, especialmente sobre la vida de las personas. Tal es el caso del incendio de grandes proporciones producido el 29 de diciembre del año 2001 en las inmediaciones de Mesa Redonda en el centro de Lima, el cual generó 267 muertes, más de 247 heridos, 143 desaparecidos y decenas de millones en pérdidas económicas, tanto en infraestructura como en mercadería de medianos, pequeños y micro comerciantes.

El 1 de enero del año 2000, un incendio destruyó gran parte de la infraestructura de un almacén de tres pisos en la cuadra 8 del jirón Miró Quesada, en el Cercado de Lima. Otro evento que ha impactado en la sociedad peruana es el producido en abril del 2002 en la discoteca «Utopía» en el Centro Comercial Jockey Plaza, que dejó una veintena de fallecidos y un número similar de heridos.

I.- ACCIDENTES QUÍMICOS / MATERIALES PELIGROSOS

La presentación de estos sucesos originan daños con consecuencias agudas y crónicas. El 2 de Junio del 2000, un camión que transportaba mercurio por cuenta de una compañía minera, derramó accidentalmente 151 Kg de ese metal (aproximadamente 11 litros), entre los Km. 114 a 155 de la carretera que une San Pedro de Lloc y Cajamarca, en las localidades de San Juan, Choropampa y Magdalena, pertenecientes a la provincia de Cajamarca, la mayoría de los pobladores del lugar procedieron a recogerlo, manipularlo y guardarlo en sus casas, en ambientes muy cerrados y de poca ventilación. Los niños fueron los principales agentes que diseminaron el mercurio por los poblados de las zonas mencionadas.

El clima caluroso de la región facilitó que el mercurio derramado pudiera vaporizarse, para luego producir una intoxicación masiva por inhalación con mercurio metálico, la que además fue probablemente influida por varios factores y características que detallamos en relación al mercurio:

- 1) El color plomizo (plateado), muy brillante era llamativo para muchos.
- 2) Se podía moldear, haciéndose inclusive bolitas y volver a juntarlas en una sola, era un juguete muy atractivo, tanto para adultos como para niños.
- 3) Es un metal que había sido derramado por un camión de la Minera y por lo tanto tenía un incalculable valor.
- 4) Probablemente dentro de este metal estaría el precioso oro, producido por ésta, por lo que se especula informalmente que algunos lo hirvieron pensando en obtenerlo.
- 5) Que ésto se podía recoger y luego vender, había ya un interés económico.
- 6) Al mercurio se le conoce también como azogue, era un buen remedio para el susto y otras prácticas espirituales.

El metal derramado en el accidente que motivó este estudio fue analizado por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del Ministerio de Salud el 13 de junio del 2000 y las características descritas fueron: muestra de mercurio en estado líquido, color blanco plateado (mercurio metálico), con una pureza de 96%, habiendo manifestado que el resto (4%) no era por contaminación de la muestra, sino por la pérdida por absorción en las paredes del envase y por volatilización que ocurre durante los análisis de la muestra y que su pureza prácticamente era de 100%.

Desde el 9 de junio en que se recibieron los primeros pacientes en el Hospital Regional Cajamarca, las personas afectadas fueron atendidas y manejadas bajo un protocolo inicial elaborado, el cual progresivamente se fue enriqueciendo con los aportes de médicos especialistas del MINSA, de profesionales toxicólogos provenientes de EE.UU (médicos consultores de la OPS; del Centro Latinoamericano de Toxicología; toxicólogos ocupacionales y médicos de la Central de Control de Enfermedades, CDC de Atlanta EE.UU); así como de la experiencia que se fue ganando con el cotidiano manejo de los pacientes hospitalizados.

Los primeros casos de intoxicación por mercurio presentaban un cuadro de rash morbiliforme difuso, (muy parecido al sarampión), incluso asociado a fiebre; el comportamiento de la enfermedad era el de una eruptiva, a no ser por el antecedente común de manipulación del mercurio metálico y la confirmación posterior por el laboratorio toxicológico. Todo esto coadyuvó a que el tratamiento de los pacientes fuera oportuno, incluso con el uso de compuestos quelantes, siendo importante resaltar el esfuerzo que se hizo para su importación, ya que en un inicio no se contaba con estos productos en el Perú. A partir de ahí se dió una titánica tarea la atención de un total de 210 pacientes, 134 de los cuales fueron casos confirmados de intoxicación por mercurio elemental.

J.- OTROS EVENTOS ADVERSOS: RIESGOS EMERGENTES Y NUEVAS AMENAZAS

En los últimos meses han ocurrido una serie de eventos que a pesar de no tener una relación directa con el Perú, pueden poner en riesgo la seguridad nacional y emergen como un riesgo potencial a la salud de los peruanos.

Los recientes sucesos, producto de atentados terroristas relacionados al fundamentalismo religioso, han puesto en vigencia la amenaza de ataques no convencionales con el uso de Armas de Destrucción Masiva (ADM); entre las más destacadas están las de origen biológico: esporas de Antrax y el virus de la viruela, esta última erradicada del mundo en 1978. Enfermedades para las cuales no contamos con las vacunas ni el equipamiento suficiente para responder si fuera el caso necesario.

La problemática del gaseoducto y su salida al mar por el pacífico sur y la modernización de las fuerzas armadas de los países limítrofes, constituyen condiciones para tomar en cuenta en la definición de conceptos y acciones de la Defensa y Seguridad Nacional así

como para fomentar la capacitación y la realización de planes de contingencia en los sectores claves del Estado Peruano, como es el de Salud.

La emergente epidemia de Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS), con más de 7 000 casos probables y más de 500 defunciones, a pesar de no tener casos registrados en Latinoamérica, constituirá una amenaza permanente en los próximos meses, ya que pondrá a prueba nuestros sistemas de vigilancia y respuesta: mientras más rápido se identifiquen los casos, menos contagios se producen.

La inclusión de emergencias «comunes» como el trauma y la muerte súbita como problemas de salud pública y la implementación y equipamiento de sistemas de atención prehospitalaria, capacitación del personal de salud en temas afines y su proyección hacia la comunidad para detectar de manera temprana los casos; impactará positivamente sobre la morbilidad de los pacientes. El desarrollo de los sistemas de atención prehospitalaria en los próximos años constituye un reto que compromete a múltiples organismos e instituciones del Sector Salud. En varios países la evolución de los sistemas de atención prehospitalaria ha demandado décadas en su diseño, implementación, desarrollo, reglamentación y financiamiento. Con los cambios producidos en los últimos años, tanto en lo conceptual como en lo tecnológico, se nos presenta una gran oportunidad para acortar distancias con estos sistemas. Además se tiene que atender accidentes y violencia en aumento. Un tercio de la población de 12 años y más, en Lima Metropolitana fueron víctimas de actos violentos: robo (19%) y robo a viviendas (12%) en 1997, agresión física (2.5%). De la población total es más común en estratos socioeconómicos bajos (3%) que estratos altos (0.7%).

3.2.- AMBIENTE INTERNO

El impacto de un fenómeno, sea natural o provocado por el hombre, sobre una población vulnerable genera efectos adversos variables dependiendo del tipo, la magnitud y la hora de ocurrencia así como las condiciones previas. En muchos de ellos, especialmente en los de impacto súbito, una primera manifestación es la ocurrencia de daños directos sobre la vida y la salud de las personas: numerosos muertos y heridos de diversa gravedad.

También con frecuencia se producen efectos sobre la infraestructura, el equipamiento y el personal de los servicios de salud. Los terremotos y las inundaciones, de alta presencia

en el Perú, afectan directamente sobre la infraestructura y el equipamiento, cuya destrucción alcanza muchas veces al personal de salud.

Controlado los primeros días los efectos directos, pueden presentarse daños secundarios, muchas veces con mayor poder de destrucción que los primeros, toda vez que las condiciones sanitarias se han visto alteradas significativamente. Se presentan e incrementan enfermedades respiratorias, entéricas, de la piel, la vista, etc. por la insuficiencia de agua segura, medios adecuados de disposición de desechos y condiciones de habitación inadecuadas (hacinamiento). También se presentan problemas de nutrición al verse afectadas la producción y reserva de alimentos de la zona.

Estas condiciones repercuten negativamente en la correlación demanda / oferta, incrementándose la primera y deteriorándose la segunda. Esta es una constante, en mayor o menor grado, en los desastres o emergencias ocurridas en el Perú.

Frente a este escenario, el Sector Salud debe garantizar:

- a. Evitar o minimizar daños sobre las personas, la infraestructura, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud (Prevención / Mitigación).
- b. Asegurar la atención de salud de la población afectada (Respuesta).
- c. Recuperar y mejorar en el menor plazo la plena capacidad operativa de los servicios (Rehabilitación / Reconstrucción).

3.2.1.- ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

El Sector Salud en el Perú esta compuesto por: el Ministerio de Salud, Seguridad Social (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, y los servicios privados. Además, se deben considerar como parte del sector los servicios de salud que son administrados por las municipalidades, parroquias y organizaciones no gubernamentales. Según las normas vigentes el Ministerio de Salud es el órgano del Poder Ejecutivo que representa la autoridad de salud a nivel nacional

El Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) cuya finalidad es lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno

saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

El SNCDS esta conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. El SNDS en el sector salud, tiene la finalidad de proponer la construcción concertada de la política nacional de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

Estando normado que el Ministerio de Salud, es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; le corresponde liderar y conducir las responsabilidades que le compete al Sector Salud en los Sistemas de Defensa Nacional y de Defensa Civil. En tal sentido, se tienen los siguientes parámetros:

- Para este propósito, el Ministerio de Salud cuenta dentro de su estructura orgánica de nivel central, con una Oficina General de Defensa Nacional, cuyo accionar se encuentra debidamente delimitada en los subprocesos a, b y e del proceso Prevención y Control de Epidemias, Emergencias y Desastres; contando, así mismo, con objetivos funcionales generales y específicos previstos en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- A nivel de las Direcciones Regionales de Salud / Direcciones de Salud se cuentan con unidades orgánicas encargadas de las responsabilidades y objetivos de la Defensa Nacional y de la Defensa Civil: los Centros Regionales para Emergencias y Desastres.
- En los hospitales, si bien existen normas que establecen la conformación y funciones de sus comités de defensa civil, no existe un órgano estructural encargado de canalizar y efectivizar los acuerdos de dicho comité, lo que dificulta el logro de adecuados niveles de seguridad y de preparación. Los establecimientos de salud de menor complejidad comparten esta situación.

Para el caso de EsSalud, se cuenta con una Oficina de Defensa Nacional que es un Órgano de Apoyo de la Presidencia Ejecutiva, la cual coordina dentro del Sistema de

Salud con el Ministerio de Salud las acciones que competen en referencia a la Defensa Nacional y Defensa Civil del Sector.

3.2.2.- INFRAESTRUCTURA

Según el Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud de 1996, se cuenta con 7 306 establecimientos de salud, de los cuales 472 son hospitales, 1849 centros de Salud, 4 868 puestos de salud y 117 otros. El Ministerio de Salud posee más del 80% de los establecimientos a nivel nacional.

La vulnerabilidad dominante en los establecimientos de salud a nivel nacional, es elevada, ya que muchos de ellos son muy antiguos habiéndose superado ampliamente su tiempo de uso, además de no haber sido contruidos para este fin, y su ubicación no es la más adecuada. A nivel sectorial no se cuenta con un programa regular que permita la realización de los estudios de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, así como la aplicación de las acciones de corrección que les permita lograr niveles adecuados de protección.

Referente a los aspectos de vulnerabilidad, cabe destacar los estudios realizados de marzo – noviembre de 1997 en los hospitales del Sector Salud, los cuales fueron realizados por MINSA–IPSS–OPS/OMS–Comunidad Económica Europea. Para ello, se tomó en consideración que la infraestructura hospitalaria representa una gran inversión social (US \$ 100 000 por cama) y que la mayoría de los hospitales del Perú se localizan en zonas de alta sismicidad.

Los hospitales evaluados en las tres etapas de los estudios fueron:

PRIMERA ETAPA, 1996:

1.Hospital Hipólito Unanue	TACNA / MINSA
2.Hospital Casimiro Ulloa	LIMA / MINSA
3.Instituto Nacional del Niño	LIMA / MINSA

SEGUNDA ETAPA, 1997:

1.Hospital Guillermo Almenara	LIMA / IPSS
2.Hospital Edgardo Rebagliatti M.	LIMA / IPSS
3.Hospital Dos de Mayo	LIMA / MINSA
4.Hospital Daniel A. Carrión	LIMA / MINSA
5.Hospital Cayetano Heredia	LIMA / MINSA
6.Hospital Honorio Delgado	AREQUIPA / MINSA
7.Hospital Regional	CUZCO / MINSA
8.Hospital Las Mercedes	CHICLAYO / MINSA
9.Hospital Eleazar Guzmán B.	CHIMBOTE / MINSA
10.Hospital Cayetano Heredia	PIURA/ IPSS-MINSA

TERCERA ETAPA, 1998:

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 1.Hospital Regional de Ica | ICA / MINSA |
| 2.Hospital Regional de Trujillo | TRUJILLO / MINSA |
| 3.Hospital Maria Auxiliadora* | LIMA / MINSA |

* Estudio parcial en el componente estructural

En estos hospitales se evaluaron las siguientes áreas críticas: Servicio de Emergencia, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidades de Apoyo Diagnóstico / Terapéutico, Comando y Comunicaciones, Servicios Generales Críticos, Suministros Críticos y Áreas de Expansión para Asistencia.

Siendo los componentes evaluados: el estructural, el componente no estructural, las líneas vitales (agua, energía, combustible y gases), los elementos arquitectónicos, el equipamiento y mobiliario en general, el equipamiento médico, funcional, organizativo, la organización del Comité y Plan de Emergencias así como la relación funcional del hospital con su entorno. Para el diagnóstico se consideraron los siguientes parámetros: *Análisis para Sismo Severo* : Ocurren 1-2 en 100 años - Intensidad VII - VIII + M.M, y el *Análisis para Sismo Moderado*: Ocurren 4 - 6 en 50 años -Intensidad VI - VII + M.M.

CUADRO 6

RESUMEN DEL ESTUDIO DE VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL EN HOSPITALES DEL PERÚ. 1996 - 1997

HOSPITAL	Área Estudiada (m2)	¿Resiste Sismo Severo?	¿Existiría Daño?	Vulnerable	Costo de Reforzamiento Estimado (US\$)
Almenara	11 614	Si	Medio		87 080
Rebagliatti	71 642	Si	Leve		5 373 150
Dos de Mayo	5 925	Si	Leve		444 356
A. Carrión	19 558	Si	Leve		250 000
C. Heredia	7 660	Difícilmente	Muy Severo		574 000
Arequipa	18 361	Si	Medio		1 377 075
Cuzco	92 474	Si	Severo		693 555
Chiclayo	1 784	Si	Severo		1 333 834
Chimbote	12 591	Si	Medio Severo		944 325
Piura	10 039	Si	Severo		752 944
				VULNERABILIDAD	11 414 319

Alta	Media	Baja	Nula

3.2.3.- RECURSOS HUMANOS

Según información del año 1999, en todas las instituciones del sector se ha producido el aumento de recursos humanos durante la década pasada, excepto en las beneficencias y otras entidades públicas. El mayor aumento se produjo en el MINSA, seguido de EsSalud y privados.

Entre 1992 y 1999 la disponibilidad de profesionales a nivel del Sector aumentó en todas las categorías: los médicos pasaron de 7,6 a 11,7 por 10 mil habitantes; las enfermeras de 5,2 a 8,0 y las obstétricas de 1,1 a 2,6. La disponibilidad de odontólogos aumentó de 0,7 a 1,1 entre 1992 y 1996. El crecimiento en el número de obstétricas respondió a la prioridad concedida a la atención materna, y en todas las categorías profesionales, respondió al fortalecimiento de los centros y puestos de salud, para incrementar las coberturas de atención en la población pobre.

La composición del personal asistencial ha variado incrementándose la proporción de personal profesional, de 44,6% en 1992 a 51,7% en 1996, mientras que el personal técnico y auxiliar constituyó el 55,4 % y el 48,3% en esos años. Para 1999 el MINSA y el Seguro Social experimentaron un incremento sostenido en el número de personal asistencial. El MINSA contaba con 7 557 médicos en 1992, 9 658 en 1996 y 11 157 en 1999; el Seguro Social registró cifras de 3 476, 4 495 y 5 237 para los tres años citados.

Si bien es cierto que el personal de salud, especialmente el local, se caracteriza por su mística y su entrega en la atención de emergencias y desastres, reconocida internacionalmente; su desempeño y resultados están mediatizados por:

- Insuficiente cultura de prevención. Se maximizan la dedicación y los recursos a las acciones rutinarias, restándole o negándole importancia a las acciones de prevención.
- El personal de salud en general, no cuenta con la capacitación y entrenamiento idóneo para la atención de emergencias masivas y desastres, debido a que su formación durante los años de estudios previos a su ingreso al Sector, se centra en la atención de situaciones de normalidad.

La capacitación no alcanza los resultados esperados debido, entre otros factores, a la alta rotación del personal. El que se capacita hoy probablemente no estará mañana en el cargo, en el servicio o en la institución.

Aun así, el número de personal es siempre insuficiente para la atención de situaciones de emergencia masiva o desastres, necesitándose el desplazamiento de personal de localidades vecinas, de la provincia, de la región o, excepcionalmente, de la capital de la República. Esta situación condiciona desfavorablemente en la necesidad de garantizar la atención de los daños a la salud, especialmente en sucesos de impacto súbito.

3.2.4.- SISTEMA DE COMUNICACIONES

El Ministerio de Salud cuenta con una de las redes radiales más completas del país; sin embargo, su cobertura no llega a la totalidad de los Establecimientos de Salud, especialmente a las ubicadas en zonas de frontera, alto andinas y de selva. Situación que dificulta el oportuno conocimiento de los eventos adversos, así como la coordinación en la referencia y contrarreferencia de pacientes, especialmente en emergencias y desastres.

Esta red radial, no cuenta con procesos y normas para situaciones específicas de emergencias y desastres. Tampoco se dispone de mecanismos de integración a redes de otras agencias relacionadas al manejo de desastres. Considerando que el Ministerio de Salud es parte integrante de los Sistemas de Defensa Nacional y de Defensa Civil, es una dificultad la inexistencia de mecanismos que permitan una comunicación y coordinación fluida entre los organismos que la conforman.

A pesar de los importantes esfuerzos del Ministerio de Salud por proveer de equipos de comunicación a todos los establecimientos a nivel nacional, todavía 4 932 servicios de salud no cuentan con este equipo.

La Seguridad Social (EsSalud) también cuenta con una importante red de comunicaciones a nivel nacional, que tienen las siguientes características técnicas:

1. Sistema de Radio-Trasmisiones VHF (a nivel Lima)

Repetidora Motorola mod. Gr - 300

Frecuencia:

Transmisión :142.600 mhz

Recepción: 138.940 mhz

Radio portátil Motorola mod. Pro - 5150

Frecuencia:

Transmisión: 138.940 mhz

Recepción: 142.600 mhz

Radio base Motorola mod. Gm - 300

Frecuencia:

Transmisión: 138.940 mhz

Recepción: 142.600 mhz

Radio portátil kenwood mod. Tk- 260

Frecuencia:

Transmisión: 138.940 mhz

Recepción: 142.600 mhz

2. Sistema Radio-Trasmisor HF (a nivel nacional)

Radio receptor / transmisor Vaesu Mod. System - 600

Frecuencia:

Transmisión / recepción

a) 5445 KHZ b) 6975 KHZ c) 7620 KHZ d) 7765 khz

Radio receptor / transmisor Vaesu Mod. Ft - 840

Frecuencia:

Transmisión / recepción

a) 5445 KHZ b) 6975 KHZ c) 7620 KHZ d) 7765 khz

CUADRO 7

FRECUENCIAS DE OPERACIÓN DE LAS DIRESAS A NIVEL NACIONAL

CANAL 4	INDICATIVO	FREC. FIJA	FREC. OPCION.	TURNO	HORARIO
LIMA	OAW 88	7 780.0		24 HORAS	
APURIMAC I	OAZ 82	7 780.0	7 890.0	MAÑANA / TARDE	Lunes, Miércoles y Viernes 7.15 a 18.30 Martes y Jueves 7.15 a 15.30 Hrs.

CUADRO 7 (Continuación)

FRECUENCIAS DE OPERACIÓN DE LAS DIRESAS A NIVEL NACIONAL

APURIMAC II - ANDAHUAYLAS	OAX 88 ALFA	7 780.0	7 715.0 7 010.0 5 090.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7 a 14.00 Hrs. 14.00 a 20.00 Hrs.
AYACUCHO	OAX 85	7 780.0	8 220.0 5 095.0	24 HORAS	
ANCASH	OAX 82	7 780.0	5 800.0 7 300.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 8.00 a 3.30 Hrs.
HUANUCO	OAX 80	7 780.0	9 300.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 16 Hrs.
CANAL 6	INDICATIVO	FREC. FIJA	FREC. OPCION.	TURNO	HORARIO
HUANCAVELICA	OAX 86	7 780.0	7 810.0 LSB	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 8.00 a 14 Hrs. y de 13.00 a 19.00 Hrs.
ICA	OCW 54	7 780.0	7 365.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes de 8.00 a 17.00 Hrs.
JUNIN	OAX 87	7 780.0	5 600.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.00 a 2.15 Hrs.
PASCO	OCB 51	7 780.0	7 800.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 8.00 a 14.30 Hrs
LIMA	OAW88	9 230.0		24 HORAS	
AMAZONAS	OAX94	9 230.0	8 176.5 8 307.5	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 13.00 Hrs. 14.30 a 16.15 Hrs.
BAGUA	OCAJ 45	9 230.0	8 315.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 08.00 a 18.00 Hrs
CAJAMARC	OAX 96	9 230.0	7 305.5	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 12.30 Hrs. 14.30 a 18.00 Hrs.
CAJAMARCA II 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.
CAJAMARCA III 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.

CUADRO 7 (Continuación)

FRECUENCIAS DE OPERACIÓN DE LAS DIRECCIONES A NIVEL NACIONAL

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.
LAMBAYEQUE	OAX 93	9 230.0	7 835.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a viernes 7.30 a 17.30 Hrs.
SAN MARTIN	OCP 94	9 230.0	9 520.0 7 520.0	MAÑANA / TARDE	Rotativo Mensual Lunes a Sábado 7 a 13 Hrs. y de 13 a 19 Hrs.
UCAYALI	OAW 90	9 230.0	7 700.0 LSB	MAÑANA / TARDE	Lunes a Sábado 7.45 a 13.45 Hrs. y de 13.00 a 20.00 Hrs.
LIMA	OAW 88	10 760.0		24 HORAS	
AREQUIPA	OCW 5	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.
JAEN	OAX 95	10 760.0	7 995.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 13 y 14 a 17.15
LORETO	OAW 89	10 760.0	8 530.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes de 07.30 a 19.00 hrs.
MADRE DE DIOS	OAX 79	10 760.0	7 677.0 7 647.0 USB	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 07.00 a 15.45 Hrs. 13.00 a 20.00 Hrs.
MOQUEGUA	OCW 54	10 760.0	8 870.0 8 810.5 6 937.5	MAÑANA / TARDE	7.30 a 19.00 Hrs.
CANAL 7	INDICATIVO	FREC. FIJA	FREC. OPCION.	TURNO	HORARIO
PIURA	OCW 76	10 760.0	5 650.0 7 780.0 LSB 7 890.0 LSB	24 HORAS	
PUNO	Oct - 64	10 760.0	7 780.0 LSB 7 833.0 LSB	MAÑANA / TARDE	7.00 a 19.00 Hrs.
SULLANA	OAX 91	10 760.0	7 165.0 7 935.0	MAÑANA / TARDE	8.00 a 15.00 Hrs. y de 13 a 20.00 hrs.
TACNA	OCW 68	10 760.0	9 230 LSB	24 HORAS	
TUMBES	OAX 90	10 760.0	7 780 LSB 7 890 LSB 9 235.0	MAÑANA / TARDE	Lunes a Viernes 7.30 a 18.30

3.2.5.- GESTIÓN DEL RIESGO Y DE LA RESPUESTA

La gestión del riesgo considera las actividades de prevención, mitigación y preparación, así como la transferencia del riesgo (aseguramiento). El Sector Salud ha avanzado en reconocer la importancia de la prevención y mitigación, y sus acciones en estas áreas se han orientado a la protección de los establecimientos de salud. Ejemplo de ello, fueron las medidas de protección de los establecimientos de salud frente a los daños asociados al Fenómeno El Niño. Además, forman parte de estas acciones la elaboración de normas técnicas para el diseño y la protección de los servicios de salud. Sin embargo, aún se requiere continuar trabajando para fortalecer las acciones de prevención y mitigación de daños en salud.

En la etapa de preparación, las responsabilidades del Sector Salud se dirigen a organizar e implementar la respuesta para hacer frente a los daños que pudieran generarse sobre la salud de las personas, la infraestructura, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud. Estas acciones deben normarse en el Plan de Respuesta de Salud, segundo gran plan que debe tener toda institución de salud para garantizar la continuidad de los servicios en los momentos en que más se le requiere; debiendo asegurar: personal entrenado en el manejo de víctimas en masa, almacenes de medicamentos e insumos médicos, sistemas alternos de energía y de agua potable, procesos en la atención pre y hospitalaria de víctimas, protección y evacuación en los establecimientos de salud, entre otros.

Las acciones de respuesta del Sector Salud se manifiestan en dos campos:

- a. **El Desastre Interno.-** Entendido como los daños significativos sobre la infraestructura, el equipamiento, los servicios y las personas del establecimiento de salud. En gran medida, esta afectación está determinada por la vulnerabilidad preexistente en los establecimientos en uno o más de sus tres componentes: estructural (elementos que soportan el peso del edificio y lo mantienen en pie), no estructural (los elementos que están adheridos al componente estructural y completan el edificio) y organizativo-funcional (elementos que determinan su funcionalidad en tiempos normales y en emergencias).

En estos casos corresponde al establecimiento de salud minimizar los daños mediante las acciones de protección interna, evacuación, control del evento destructor, atención de los daños a las personas y evaluación de daños.

- b. **El Desastre Externo.**- Definido como la afluencia masiva de víctimas para garantizar la atención de éstas, cuya respuesta está condicionada por la capacidad organizativa-funcional y/o afectación (desastre interno) del establecimiento de salud.

La respuesta de salud frente a estos desastres demandan la intervención de las diferentes áreas y niveles institucionales y sectoriales a fin de garantizar la atención de víctimas en masa (física y mental), la salud ambiental, la vigilancia epidemiológica, la vigilancia alimentaria nutricional, etc. Especialmente crítica es la atención médica de emergencia que exige respuesta inmediata con el propósito de salvar la mayor cantidad de personas y brindar el mejor tratamiento.

En tal sentido, es necesario integrar la atención prehospitalaria que articule y complemente las capacidades institucionales y posibilite la ampliación de la cobertura hacia los sectores sociales ubicados en zonas alejadas de las grandes ciudades y de menores recursos económicos.