ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD, 2010



DIRECCION REGIONAL DE SALUD CALLAO
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
REGION CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD EN LA

REGION CALLAO 2010

DEDICATORIA

Para Nuestra Población Chalaca por su Abnegada Labor y Dedicación, lo que nos permite velar por su Salud en forma Integral

AGRADECIMIENTO

Gerencia Regional de Salud
Dr. David Gonzales Sáenz
Dirección General
Dr. Ricardo Aldo Lama Morales
Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
Dra. Marisela Mallqui Osorio
Dirección de Atención Integral y Calidad de Salud
Dra. Magda Hinojosa Campos
Dirección de Servicios de Salud
Dr. Jaime Valcárcel Carranza
Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental
Ing. Manuel Antonio Burga Samame
Dirección de Ecología, Protección del Ambiente y Salud Ocupacional
Dr. Walter Portugal Benavides
Dirección de Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis
Dra. Ana Alencastre Moreno.
Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud
Odontóloga- Jenny León Mendoza
Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
Sr. Carlos Chumo Contreras
Oficina Ejecutiva de Administración
Econ. Williams Pariona Gutiérrez
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Ing. Rowland Cuya Coronado
Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
Dr. Rigoberto Robles Camarena
Dirección de Sanidad Aérea Internacional
Dra. Martha Lecca Guillen
Oficina de Informática, Estadística y Telecomunicaciones
Ing. Ruth Hidalgo Barrientos
Unidad de Estadística
Lic. Marisela Campos León
Oficina de Comunicaciones
Lic. María Victoria Navarro Villegas
Centro de Prevención de Emergencias y Desastres
Dr. Héctor Orozco Chávez
Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas
Dra. Jacqueline Velásquez Gallegos
Dirección de Laboratorio de Salud Pública
Dr. Julio Ramírez Herrera
Unidad de Seguros
Dr. Henry Serafín Gamboa Serpa
Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones
Lic. Lilian Ríos Orbegoso
Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable
Lic. Julio César García

Estrategia Sanitaria de Salud Bucal
Odont. Ruth Guillen de Tupia
Estrategia Sanitaria de Salud Mental
Dr. Francisco Bravo
Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis y Enfermedades Metaxénicas
Dr. Javier Mora Quiroz
Estrategia Sanitaria de Zoonosis
Dra. Betty Taboada Espino
Estrategia Sanitaria de Infección de transmisión Sexual-VIH-SIDA
Dr. Jorge Alcántara Chávez
Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva
Dr. Alberto Zapata Herrera
Lic. Ruth Escalante Lazo
Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles
Dr. Eduardo Nicoletti Albornoz
Calidad en Salud
Dra. Ana Perez Briones
Lic. Obs. Giovana Cusi Flores
Lic. Rosa Delgado Callergos
Etapas de Vida Niño y Adulto Mayor
Dra. Liliy Lau Chung.
Etapa de Vida Adolescente, Joven y Adulto
Lic. Inés Anzualdo Padilla
Dirección de Red de Salud Ventanilla
Dr. Marco Antonio Adrianzen Costa
Dirección de Red de Salud Bonilla - La Punta
Dr. Pedro Velásquez Gutiérrez
Dirección de Red de Salud BEPECA
Dr. Roberto Espinoza Atoche

RED DE SERVICIOS

RED BONILLA

C.S. Manuel Bonilla
C.S. Alberto Bartón
C.S. Puerto Nuevo
C.S. La Punta
C.S. San Juan Bosco
C.S. Santa Fe
C.S. Callao
C.S. José Bote rin
C.S. José Olaya
C.S. Miguel Grau
C.S. Santa Rosa
C.S. Gambeta Alta
C.S. Ramón Castilla
C.S. Acapulco
C.S. Juan Pablo II
C.S. El Ayllu
Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ)

BEPECA

C.S. Faucett
C.S. Palmeras De Oquendo
C.S. 200 Millas
C.S. Sesquicentenario
C.S. Previ
C.S. Bocanegra
C.S. El Álamo
C.S. Aeropuerto
C.S. Bellavista
C.S. Alta Mar
C.S. La Perla
C.S. Villa Sr. de Los Milagros
C.S. Carmen de La Legua

RED VENTANILLA

Centro Materno Infantil Perú Corea Pachacutec

C.S. Bahía Blanca
C.S. Ciudad Pachacutec
C.S. 03 De Febrero
C.S. Angamos
C.S. Hijos Del Almirante Grau
P.S. Defensores De La Patria
C.S. Luis Felipe De Las Casas
C.S. Villa Los Reyes
C.S. Santa Rosa De Pachacutec
C.S. Mi Perú
C.S. Ventanilla Alta
C.S. Márquez
C.S. Ventanilla Baja
C.S. Ventanilla Este
Hospital de Ventanilla

INSTITUCIONES DE SALUD PRESENTE EN LA REGIÓN CALLAO

1. EsSalud Alberto Sabogal,
2. Policlínico EsSalud María Don Rose,
3. Hospital de Essalud Luis Negreiros Vega
4. Sanidad de las Fuerzas Armadas
5. Sanidad Fuerza Aérea Peruana
6. Sanidad de la Policía Nacional
7. Centro Médico Naval
8. Legión del Real Felipe
9. Municipalidad Distrital de La Perla
10. Municipalidad Distrital de La Punta
11. Municipalidad Distrital de Bellavista
12. Universidad Nacional del Callao
13. Instituto de Medicina Legal del Callao (Morgue del Callao),
14. Instituto Nacional de Rehabilitación del Callao,
15. Hospital Nacional Daniel A. Carrión
16. Hospital San José del Callao
17. Sociedad de Beneficencia Pública Del Callao

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

DIRECTOR DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Dr. Jaime Chávez Herrera

UNIDAD DE ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

Lic. Julia Alvarado Pereda

UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Lic. Milena Calderón bedoya

Dra. Gaby González Espinoza

SECRETARIA

Marlene Cuba Ñavincopa

SOPORTE TECNICO

- Sra. Blanca Fajardo Delgado
- Sra. Roxana Molina Paz
- Srta. Yuliana Torres Aquije
- Srta. María Fernanda Miranda R
- Sr. David Pineda Cotillo
- Sra. Carmen Osccorima Vílchez

RESPONSABLES DE EPIDEMIOLOGIA

- Dr. Ricardo Contreras Ríos — Dirección de Red de Salud Bonilla-La Punta
- Dra. Etelvina Palacios Pintado — Dirección de Red de Salud BEPECA
- Lic. Delia Tarazona Lactayo — Dirección de Red de Salud Ventanilla
- Dra. Silvia Mendocilla Garcia — Hospital Nacional Daniel A. Carrión
- Lic. Ángela Garay Jiménez — Hospital San José
- Dra. Cristina Bayón Loayza — Red de ESSalud Alberto Sabogal
- Dr. Juan Velasco Miranda — Policlínico Bellavista
- Dra. Sofía Gonzales Collantes — Centro Médico Naval
- Dra. Diana Girón Silva — Clínica San José
- Dr. Victor Cornetero Muro — Luis Negreiros Vega

INTRODUCCION

El Análisis de la Situación de Salud del Callao representa para nuestras autoridades un instrumento de gestión indispensable para la toma de decisiones e intervenciones prioritarias y oportunas en salud.

La construcción de este instrumento guarda coherencia con estándares nacionales e internacionales propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que en nuestro país es impulsada y monitoreada por la Dirección General de Epidemiologia del Ministerio de Salud.

En la Región Callao hemos trabajado este documento desde fines del año 2009, generándose una coordinación estrecha intra e interinstitucional con nuestras Direcciones de Redes, Hospitales y otros prestadores de Salud del Callao, incluyendo a otros sectores como Educación.

En noviembre del año 2009 con la asistencia de las principales autoridades de instituciones públicas y privadas de la Región Callao, se firmó el acta del Real Felipe como documento base del Plan Concertado Regional de Salud del Callao, donde luego de arduas jornadas de trabajo se identificaron los principales daños que afectan a nuestra Región, esto constituyó un valioso insumo para la elaboración del ASIS 2010 de la Región Callao.

Para la elaboración del ASIS 2010, se contó con la participación a nivel institucional e interinstitucional de la Región de su Problemática Sanitaria Priorizada en la Región del Callao, donde participaron representantes de las Municipalidades, Marina de Guerra del Perú, Beneficencia Pública del Callao, de las Direcciones de Redes y de nuestra sede central, de hospitales y de otras instituciones locales. La finalidad de este taller fue priorizar los daños sanitarios en nuestra Región Callao y además darles un enfoque territorial por distritos.

Este documento tiene la particularidad de haber sido elaborado con la participación no solo de expertos de nuestra DIRESA sino de otras instituciones, mostrándose en sus diferentes secciones aspectos generales y particulares de importante relevancia para conocer nuestra realidad sanitaria.

Finalmente mencionaremos que hemos enriquecido nuestras conclusiones y recomendaciones con un enfoque regional y distrital de la situación sanitaria en nuestra Provincia.

INDICE GENERAL

Pág.

INTRODUCCION……… 09

PRESENTACION……… 11

I. INFORMACION GENERAL……..…….. 12

Información histórica .....…….. 13

1.1. Historia de la salud en el Callao .....……. 14

1.2. Antecedentes históricos de la elaboración del ASIS en el Callao .....……. 15

II. ATRACTIVOS TURISTICOS Y ECONOMICOS DE LA REGION CALLAO

2.1. Principales atractivos turísticos de la Región del Callao……..… 17

2.2. Platos y bebidas típicas ……..…….... 19

2.3. Fiestas sociales y religiosas……..... 19

2.4. Fechas célebres institucionales…… 19

2.5. Actividades productivas……..…….……. 19

III. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1. Análisis de Vulnerabilidad Territorial y Estado de Salud……. 21

3.2. Priorización de Problemas de Salud …….. 21

3.3. Análisis Causal…….. 22

IV. ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES Y EL ESTADO DE SALUD

4.1. Determinantes ambientales……. 24

4.2. Determinantes demográficos y socioeconómicos 33

4.2.1 Determinantes demográficos …….. 33

4.2.2 Composición y estructura de la población…….. 33

4.2.3. Dinámica de la población…… 35

4.2.4. Determinantes socioeconómicos…….. 38

4.3. **Determinantes relacionados al sistema de salud**…….……... 41

4.3.1. Sistema de Salud…….…….. 41

4.3.2. Disponibilidad de recursos…….. 41

4.3.3. Oferta de servicios públicos y privados de la región Callao…… 42

4.4. Determinantes políticos…… 49

4.4.1 Estructura del gasto de salud…….. 49

4.5. Análisis del estado de salud ……..……. 54

4.5.1. Análisis de la mortalidad…….…… 54

4.5.2. Análisis de la morbilidad…… 64

V. RESPUESTA SOCIAL……..…

5.1. Respuesta social de la Dirección Regional de Salud del Callao a través de sus Direcciones ……..… 70

5.2. Respuesta social de otras entidades prestadoras de salud en la Región Callao……... 134

5.3. Respuesta social de otras instituciones en la Región Callao…… .. 161

VI. ANALISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES

6.1. Principales prioridades sanitarias Distritales…….…… .169

6.2. Principales prioridades sanitarias Regionales……..…….. 170

6.3. Análisis Causal, territorios vulnerables, estrategias de intervención de daños priorizados……. 184

VII. CONCLUSIONES…….. 200

VIII. RECOMENDACIONES…… 204

IX. BIBLIOGRAFIA…… 206

I. INFORMACION GENERAL

1.1. INFORMACIÓN HISTÓRICA

En el ambiente salino y húmedo del Callao se perciben los primeros indicios de su recuperación postrada desde hace muchos años.Una recuperación impulsada por el gran peso histórico que tiene este puerto y el dinamismo de sus hombres.

El Callao es una tierra que mira hacia el mar, una zona donde hace más de diez mil años se asentaron pescadores prehispánicos para vivir de los frutos que les proporcionaba el Pacífico y construir sus edificaciones en la franja costera y los fértiles valles de los ríos Rímac y Chillón.

Fue recién en 1537, durante la conquista española que el cabildo de Lima ordena la construcción de una bodega, en lo que hoy es el puerto, con el fin, de guardar allí las mercancías que llegaban de ultramar.

Mucho se ha especulado respecto al origen de la denominación que el nombre proviene de un vocablo celta caliavo, que significa piedra pelada y chica, que se encuentra en la orilla de los cauces de los ríos y arroyos. La otra versión afirma que proviene de la palabra aborigen callao o ceayao, que significa "llamar o invocar al espíritu del paciente enfermo de la dolencia". Esto porque antes de la llegada de los conquistadores españoles se realizaban en este lugar curaciones del cuerpo y del espíritu.

Fue recién en 1547 cuando se emplea por primera vez la palabra Callao en documentos oficiales. Fue el licenciado Don Pedro de la Casca quien utilizo el término por primera vez durante su estadía en Panamá, dando instrucciones para el sometimiento de Gonzalo Pizarro, hermano del conquistador Francisco Pizarro.

Posteriormente en 1671 el Virrey Pedro Fernández de Castro, Conde de Lemos, tomando en consideración los grandes servicios que prestaba el Callao le da el título de ciudad.

Un siglo más tarde, el 28 de octubre de 1746, esta ciudad queda literalmente en ruinas a causa de un terrible terremoto que dejó con vida a tan sólo 200 personas de las cinco mil que residían en el puerto.

Los esfuerzos se aunaron para hacerla resurgir de sus escombros y fue el virrey Don José Manso de Velasco quien encausó sus energías para devolverle el sitial que ostentaba. Fue también este virrey quien ordena la creación de una fortaleza, la que hoy conocemos como la Fortaleza de Real Felipe, cuya construcción se inicia el 1º de agosto de 1747 y queda concluida 27 años después, en 1774, cuando gobernaba el virrey Manuel Amat y Juniet.

Fue el 22 de abril de 1856, cuando el Callao asciende a la categoría de Provincia Litoral por el mandato del general Santa Cruz, lo que determina la creación de un gobierno local para agilizar la toma de decisiones. El de abril de 1857 se desencadenó un hecho que daría mayor importancia a esta ciudad portuaria: todo el pueblo del Callao salió en defensa del gobierno de Ramón Castilla amenazado por el General Ignacio Prado. Este hecho le valió el reconocimiento de Castilla que le otorgó el título de Provincia Constitucional.

Quizás el hecho histórico que inflama los pechos chalacos con mayor emoción es, sin duda, el combate del 2 de Mayo de 1866. Luego de la independencia lograda por el Perú, España aún tenía pretensiones sobre nuestro país. Había reconocido la libertad y soberanía de los demás países latinoamericanos, excepto el nuestro.

Camuflados bajo la denominación de “expedición científica” en el año de 1863 arriba la flota española y toma las islas guaneras de Chincha. Se establecieron negociaciones para su devolución que resultaban humillantes para el Perú. Fue en ese crucial momento que ingresa al escenario el coronel Mariano Ignacio Prado, quien toma palacio de gobierno y emplaza las baterías a lo largo de la costa chalaca y declara la guerra a los invasores el 13 de enero de 1866.

A mediodía del 2 de Mayo, el estampido de cañones del blindado español Numancia da inicio al combate. En el fragor del combate un proyectil impacta en la torre de La Merced y muere el ministro José Gálvez. Un certero cañonazo del torreón norte deja fuera de combate al Villa de Madrid, al igual que a la Blanca y la Berenguela, las cuales optan por retirarse. A las 4 de la tarde, cinco horas después de iniciarse el combate, las naves españolas deciden retirarse y con ello el Callao y sus hombres sellan definitivamente la independencia del Perú.

1.2 HISTORIA DE LA SALUD EN EL CALLAO

1945: El Ministerio de Salud creó “Unidad Sanitaria”, (“Gota de Leche”) en el distrito del Callao.

1958: Se denominó Unidad de Salud del Callao, contando con el Programa Materno Infantil.

1968: Se inaugura el Hospital Docente San Juan de Dios del Callao (se integran el personal del viejo Hospital Guadalupe).

1970: Se fusiona el Hospital Docente San Juan de Dios y el Hospital Daniel Alcides Carrión creando el “Complejo Hospitalario “Daniel A. Carrión”, se construye el famoso túnel entre ambos hospitales

1970: Se crea el Área Hospitalaria Nº 6 integrado por el Hospital Nacional “Daniel A. Carrión”, Hospital Docente San Juan de Dios, Hospital Materno de Bellavista, servicios periféricos que no pasaban de 10 establecimientos y la Asistencia Pública del Callao.

1981: Se denomina XVIII Región de Salud (ubicado en la Escuela de Enfermeras “Daniel A. Carrión”); administrativamente tenía a su cargo: Callao, Collique, Chancay, Cajatambo y Ancón.

1986: (1º de Julio) Se da inicio a las funciones de la Unidad Departamental de Salud (UDES Callao).

1992: (20 de Agosto): Se crea la Dirección Sub Regional de Salud I Callao, conformada por 8 ZONADIS (zona de desarrollo integral de salud)

1998: (14 de abril) Dirección de Salud I Callao

1999: Se implementa el Sistema de Redes de Servicios de Salud del Callao, siendo estos:

- Primera Red Bonilla –La Punta (sede C.S. Manuel Bonilla)
- Segunda Red Gambetta (sede C.S. Gambetta Alta)
- Tercera Red Márquez (sede C.S. Márquez)
- Cuarta Red BEPECA (sede C.S. Perú Corea)
- Quinta Red Ventanilla (sede C.S. Ventanilla)

2001: Niveles de atención: Hospitales: Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" y Hospital de Apoyo "San José". Centros y Puestos de Salud: 48 establecimientos que incluyen 5 Centros de Salud de 24 horas de atención. Sanidades: Aérea y Marítima.

2003: Reestructuración en tres Direcciones de Red: Dirección de Red Bonilla – La Punta, Dirección de Red BEPECA Dirección de Red y Ventanilla y 14 Micro Redes.

2007: Se apertura el Hospital de Ventanilla.

2008: Se apertura el "Centro de Salud Materno Infantil Pachacutec Perú – Corea" (mayo)
Se reestructura las Microrredes a 13.
2009: El Gobierno Regional del Callao en el marco de transferencia del Ministerio de Salud a los gobiernos locales crea e implementa la Gerencia Regional de Salud del Callao, siendo el primer Gerente el Dr. José Carlos del Carmen Sara.

1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ELABORACIÓN DEL ASIS EN EL CALLAO

1998: Se elaboró el primer documento sobre el Análisis de la Situación de Salud del Callao

2000: Premiación con el 1º puesto a nivel Nacional por la Oficina General de Epidemiología

2001: Se realiza el análisis con la metodología de la integración de sus componentes

2008: Se desarrolla el PRIMER Análisis de Situación de Salud Regional indicando a los gobiernos regionales las prioridades sanitarias a incorporar en sus agendas, en la búsqueda de soluciones a la problemática de salud.

2009: se incorpora la metodología propuesta por el MINSA, logrando consolidar lo que se venía trabajando años anteriores sobre la priorización y análisis de problemas regionales con énfasis en la problemática sanitaria distrital.

2010: Se realiza la priorización de problemas del y análisis de los mismos, obteniendo como productos conclusiones y recomendaciones para ser utilizadas a nivel regional.

II. ATRACTIVOS TURÍSTICOS Y ECONOMICOS DE LA REGION DEL CALLAO

2.1. ATRACTIVOS TURISTICO Y ECONOMICOS DE LA REGION DEL CALLAO

La Región Callao ha sido siempre un centro productor de primera importancia en la pesca, la industria y el comercio. El Callao cuenta con el principal Puerto Marítimo Nacional e Internacional y el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez y por razones históricas y geográficas se convierte en el centro del Perú eje de comunicaciones marítimas y aéreas.

PRINCIPALES ATRACTIVOS TURÍSTICOS DE LA REGIÓN DEL CALLAO

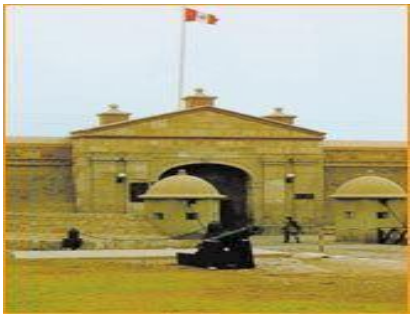
Aeropuerto Internacional "Jorge Chávez". Uno de los más importantes de América del Sur. Punto de entrada y salida de aeronaves nacionales y extranjeras, de bello diseño e instalaciones que se modernizan en forma permanente

Fortaleza del Real Felipe. Bastión que es sinónimo de defensa por la libertad del Perú. Desde allí, el 2 de mayo de 1866, se logró evitar el intento de una nueva dominación española. Su construcción se inició en 1747 que demandó 27 años para terminarla. Tiene forma de pentágono levantado en un área de 70 mil metros cuadrados donde sobresalen dos torreones: del Rey y de la Reina.

Islas Palomino y El Frontón. Existen empresas que realizan cruceros para llegar hasta sus alrededores y ver en su hábitat natural a innumerables aves y lobos de mar.

Isla de San Lorenzo. La más grande y extensa de las islas del Perú, con una extensión de 8 Km. Es desierta pero por su proximidad a La Punta, se ha pensado unirla a esta para ampliar el puerto del Callao.

Museo Naval. Aquí se guardan las reliquias más preciadas del pasado, ofrendado por nuestros héroes marinos. Destacan la espada, quepí, gemelos, condecoraciones, charreteras, cubiertos, libros de navegación y cartas del máximo héroe Miguel Grau. También se halla depositado en un sarcófago un fragmento de la tibia del Caballero de los Mares, único resto que se pudo recuperar tras su inmolación en el Combate de Angamos.



Fortaleza del Real Felipe

Terminal Marítimo. Lugar a donde arriban los diferentes barcos de pasajeros y de carga, procedentes de todo el mundo.

Terminal Pesquero. En el Muelle del Callao. Aquí, los diferentes pescadores que arriban de sus faenas diarias ofrecen sus productos a precios sin intermediarios.

La Punta. La playa más concurrida del Callao, caracterizada por ser pedregosa; también son preferidas Chucuito, Cantolao y Arenillas.

Chucuito. Balneario tranquilo y acogedor, cuya población en su mayoría son descendientes de italianos.

Colegio Militar Leoncio Prado. Ubicado en el distrito de La Perla.

Club Regatas La Unión. Uno de los más antiguos. Fue fundado en 1891 en La Punta.

Yatch Club Peruano. Fundado en 1932.

Club de Tiro de Bellavista. Fundado en 1910.

Servicio Industrial de la Marina, SIMA. Construyen naves de impecable manufactura.

Escuela Naval del Perú. Ubicada en el distrito de La Punta y donde se forman nuestros futuros marinos, siguiendo el ejemplo del Almirante Miguel Grau.

Instituto del Mar del Perú, IMARPE. Es un organismo Técnico Especializado del Sector producción, Subsector Pesquería, orientado a la investigación científica, así como el estudio y conocimiento del Mar Peruano y sus recursos, para asesorar al estado en la toma de decisiones con respecto al uso racional de los recursos pesqueros y la conservación del ambiente marino, contribuyendo activamente con el desarrollo del país.

La población económicamente activa del IMARPE está compuesta básicamente por personal bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo Nº 728 y personal contratado bajo el régimen de Contratación administrativa de Servicios (CAS).

Dentro de su política de Bienestar del personal, tiene asegurado a todos sus trabajadores indistintamente del régimen contractual en EsSalud, de acuerdo con las normas vigentes sobre el particular. Adicionalmente, los trabajadores del régimen laboral del D.Leg.Nº728 cuentan con un programa de Seguro Medico Familiar a través de una compañía aseguradora, que brinda atención de primer nivel(enfermedades de baja complejidad), a través de consultas sin costo para el trabajador, en la cual se indican medicamentos y se prescriben exámenes auxiliares de acuerdo al plan de salud contratado y en el horario programado, refiriendo a los pacientes al especialista cuando lo amerite el diagnostico, siendo las patologías más frecuentes :enfermedades respiratorias altas, enterocolitis, hipertensión arterial y dermatomicosis.

Asimismo, se realizan charlas informativas de carácter preventivo y cuando las circunstancias lo hacen necesario (Hipertensión arterial, Diabetes, Dislipidemias, Hepatitis B, Gripe AH1N1, etc.), efectuándose las campañas de vacunación programadas por el Ministerio de Salud y EsSalud.

2.2. PLATOS Y BEBIDAS TÍPICAS.

Entre las comidas representativas del Callao destacan el cebiche, la parihuela, el chupín, los choros a la chalaca, el chicharrón de calamares con salsa tártara y la corvina a la chalaca. El pescado y los mariscos son los elementos primordiales en la alimentación del Callao como en las demás poblaciones costeras. Los exponentes del arte culinario chalaco estuvieron en un principio concentrados a lo largo del antiguo muelle de pescadores y posteriormente se fueron extendiendo por sus diferentes barrios y distritos.

2.3. FIESTAS SOCIALES Y RELIGIOSAS

En estas fiestas se requiere de la participación activa y decidida de los brigadistas del Centro de Prevención de Emergencias y desastres debido a que se produce una gran movilización de los pobladores aumentándose el riesgo que se registren diferentes enfermedades o accidentes.

Entre las principales fiestas sociales y religiosas tenemos: 15 de julio la procesión de la Virgen del Carmen de la Legua, 20 de agosto Aniversario del Callao, el 28 de octubre la procesión del Señor del Mar y en noviembre la procesión de la imagen de San Martín de Porras.

2.4. FECHAS CÉLEBRES INSTITUCIONALES

Estamos incorporando una sección en la que registramos las fechas más importantes que nuestros trabajadores de salud deben conocer, para que a nivel local se vaya desarrollando una cultura sanitaria preventiva.

Entre las principales destacan el 08 de marzo el Día Internacional de la Mujer, 24 de marzo el Día Mundial de lucha contra la TBC, el 04 de Junio Día del agente comunitario de Salud, el 05 de octubre Día de la Medicina Peruana entre otras.

Del mismo modo se realizan los esfuerzos por la revalorización del recurso humano institucional, empezando por recopilar las fechas de aniversario de los establecimientos de salud de la Dirección de Salud del Callao, por ejemplo el 18 de marzo es el aniversario del C.S. Bahía Blanca y el 22 de Julio del C.S. Bellavista Perú Corea, el 18 de noviembre la Sanidad Marítima Internacional.

2.5. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

Destacan en nuestra Región las actividades en el primer Puerto Marítimo del Perú y en el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, a través de los cuales se produce un importante movimiento migratorio.

Contamos con la refinería de La Pampilla, un gran número de industrias y comercio ambulatorio.



Aeropuerto Internacional Jorge Chávez

III.ASPECTOS METODOLOGICOS

III. ASPECTOS METODOLOGICOS

El Análisis de Situación de Salud Regional (ASIS), parte de la necesidad de responder a los nuevos requerimientos que plantea el proceso de descentralización que se viene desarrollando en el país. Por tanto el eje central está constituido por el análisis de la vulnerabilidad territorial. Es un proceso que forma parte de las funciones de rectoría del gobierno en salud, por ello el presente documento es un insumo central para los procesos de toma de decisiones en salud, de manera particular en la formulación de políticas de salud y el planeamiento regional en salud.

Para la elaboración del presente documento se siguieron los siguientes pasos:

1. ANALISIS DE VULNERABILIDAD TERRITORIAL Y ESTADO DE SALUD

- **Identificación de la información a recoger**: Se procedió a identificar la información disponible, como el ASIS 2009, el documento del Plan Concertado en Salud de noviembre del 2009 y Prioridades Sanitarias Regionales, para luego ser ordenada según las necesidades y la estructura del análisis, siguiendo los criterios técnicos alcanzados por el Ministerio de Salud (Elaborada por DGE y aprobada mediante Resolución Ministerial 663-2008).

- **Búsqueda de información**: Luego de socializar los objetivos y metodología a trabajar mediante talleres de trabajo, se solicitó información relacionada a la situación de salud y sus determinantes a las diferentes redes de salud, Direcciones Ejecutivas de la DIRESA, EsSalud, otros prestadores de salud y otras instituciones de la región Callao. Así como realizar una búsqueda de la documentación publicada sobre situación sanitaria y sus determinantes.

- **Recolección de información y procesamiento de datos:** La información solicitada fue llegando en su mayor parte en forma oportuna, según los plazos establecidos en el taller de trabajo previo.

- **Análisis de datos para identificar problemas prioritarios y territorios vulnerables:** Se realizó el análisis de los datos procesados, los indicadores seleccionados y los informes obtenidos. Se identificaron los principales problemas de salud y territorios vulnerables.

2. PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD

- **Jerarquización de los problemas de salud**: Se inicia identificando y convocando a los expertos locales que realizan la validación del instrumento matriz de priorización, que sirve como insumo para la posterior priorización con los actores sociales mediante un taller. Asimismo se obtiene un listado de problemas sanitarios regional.

- **Priorización de los problemas de salud distritales**: Esta se llevó a cabo mediante un taller con actores tanto de la DIRESA, redes de salud, otros prestadores de salud y otras instituciones, mediante el trabajo con la matriz validada, que llevó a la identificación de problemas sanitarios a través de mesas distritales.

3. ANALISIS CAUSAL:

- **Organización de prioridades sanitarias regionales**: En trabajo de gabinete a partir de las prioridades distritales se organiza el listado de prioridades regionales.

- **Análisis causal y estrategias de intervención**: Se realiza una consulta con equipos de expertos para retroalimentar el análisis causal y estrategias de intervención, según los problemas priorizados.

- Elaboración de una lista de las intervenciones según problema priorizado.

IV. ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES Y DEL ESTADO DE SALUD

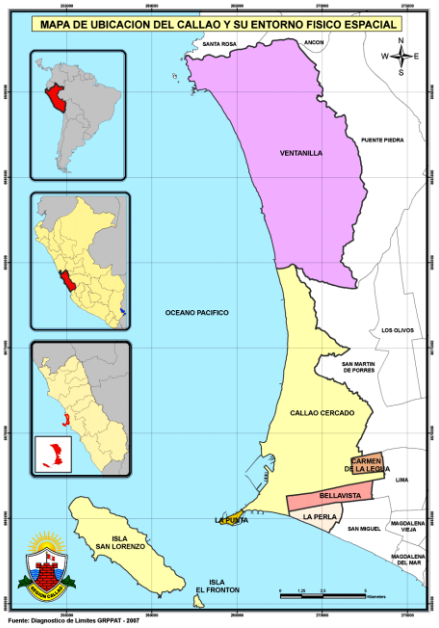
IV. ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y DEL ESTADO DE SALUD

4.1. DETERMINANTES AMBIENTALES

CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS

La Región Callao se encuentra ubicada en la costa central del litoral peruano, hacia el sector occidental del departamento de Lima; entre las coordenadas geográficas 11º 47' 50" y 12º 07' 30" de Latitud Sur, y 77º 11' 40" de Longitud Oeste.

Sus **límites** norte, este y sur pertenecen al departamento de Lima: por el norte con los distritos de Santa Rosa y Ancón, por el este con los distritos de Puente Piedra, San Martín de Porres y el Cercado de Lima; por el Sur con el distrito de San Miguel; y por el Oeste con el Océano Pacifico.



Según el último Compendio Estadístico del INEI, la Región del Callao, tiene una superficie de 146.98 km^2 incluyendo superficie continental e insular. Corresponde el 17.63 km^2 a las principales islas.

Geográficamente la Región se extiende a lo largo del litoral, comprendiendo planicies y partes bajas del valle de los ríos Chillón y Rímac.

Su territorio, se encuentra a una altitud comprendida entre cero y 534 m.s.n.m. Aproximadamente el 60% de su superficie es plana por debajo de los 40 m.s.n.m. y el resto es accidentado calinoso árido, con algunos ambientes típicos de lomas.

La **zona insular** constituida por un mar deltaico poco profundo y un grupo de islas e islotes que en conjunto abarcan un área aproximada de 450 Km2 de influencia. La superficie emergida de las islas, que llega hasta los 390.16 msnm. Abarca un área de 17.63 Km2. La zona insular constituida por un mar deltaico poco profundo y un grupo de islas e islotes que en conjunto abarcan un área aproximada de 450 Km2 de influencia. La superficie emergida de las islas, que llega hasta los 390.16 msnm. Abarca un área de 17.63 Km2.

En términos del espacio territorial los distritos de mayor importancia son Ventanilla y el Cercado Callao. Ventanilla representa el 51.24% del territorio provincial y el Cercado Callao el 30.85%, el área insular representa el 11.2% mientras que los distritos de Carmen de la Legua Reynoso, Bellavista, La Perla y La Punta sólo alcanzan el 6.76%.

Respecto a las Islas San Lorenzo y El Frontón, éstas se caracterizan por la presencia de acantilados, siendo su relieve ondulado y monticulado. En la Isla San Lorenzo se pueden distinguir tres elevaciones: el Cerro, La Mina, el Cerro Encantado y el Cerro Huanay. Todas estas elevaciones tienen una gran variedad de vocaciones turísticas, que desde una óptica de recuperación de los Balnearios de La Punta, La Perla y Ventanilla de la Provincia, representarían una excelente alternativa de recuperación del medio ambiente marino, su fauna y la actividad turística.

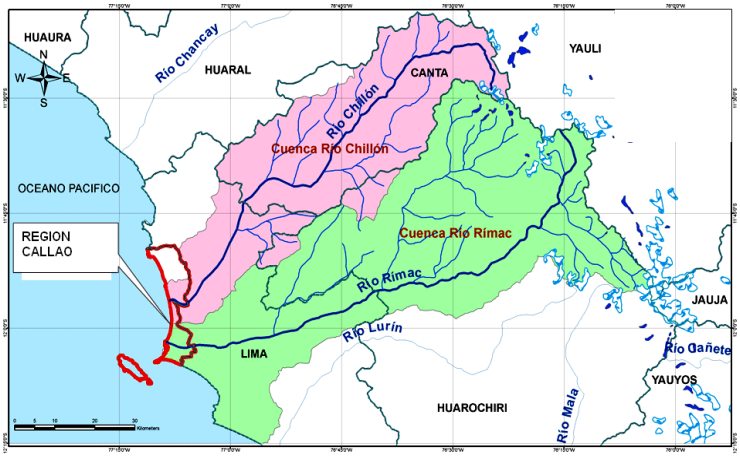
El **relieve de la Región Callao** es llano, asentada sobre los conos aluviales (abyección) de los ríos Rímac y Chillón. Al Norte del río Chillón, en el distrito de Ventanilla, y próximo al litoral se ubica el relieve formado por los cerros: Blanco, Negro, Perro, La Regla, Oquendo, entre otros. En el sector norte de dicho ámbito se ubica la playa Ventanilla, De forma extensa con un cordón litoral y albuferas. Contiguo a esta zona acuática, se encuentra una extensa área cubierta con material eólico (producto de la erosión del viento).

En general el litoral del Callao presenta sectores con alcantarillados, cuya formación por retroceso fue originada por la abrasión de las olas, las corrientes y mareas, En las playas presentan forma de "ventanas" y se dice que derivado de esa morfología proviene el nombre del distrito "Ventanilla".

La diversidad de formas de relieve que posee la región se debe al sustrato rocoso de las estribaciones sedimentarias de la Costa, a la conformación de los flujos aluviales de la Era Cuaternaria a los depósitos marinos y eólicos, así como a la acción de los factores climáticos sobre el relieve.

Entre las islas San Lorenzo y el Continente se halla un afloramiento rocoso de carácter superficial denominado "El Camotal" lo que evidencia en forma objetiva la baja profundidad existente en el tiempo geológico temprano de su conformación como isla.

Los **recursos hidrográficos** con que cuenta la Región Callao corresponde a los provenientes de las Cuencas de los ríos Rímac y Chillón, cuyo régimen fluvial depende de sus respectivas cuencas de recepción que son las áreas que reciben la carga fluvial (lluvias), principalmente en la estación de verano. La Provincia del Callao, así como gran parte de Lima Metropolitana, corresponden al cono de deyección de los ríos Rímac y Chillón.



Las cuencas de los ríos Rímac y Chillón tienen una superficie de 3,952 y 2,645 kilómetros cuadrados, respectivamente, encontrándose la zona de recolección de lluvias generalmente por encima de los 2,500 metros de altitud.

CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES

La Región Callao se caracteriza por tener un clima tropical (paralelo a los 12º de latitud Sur) sin embargo esta sufre una variación debido a la presencia de corrientes de aguas frías (Corriente de Humboldt) que no favorecen una mayor evaporación por lo que este clima tropical cambia a subtropicales con ambientes desérticos, áridos y semiáridos. El clima es templado, desértico y oceánico. El clima varía significativamente durante el fenómeno del niño en lo que respecta a la temperatura del aire. Anomalías superiores a los 5°C fueron registradas durante el niño del 97-98.

La precipitación pluvial en la Región Callao es escasa, presentando frecuentemente lloviznas, que suelen ser de larga duración, pero siempre es de poca densidad, no pasando de 1 mm por hora. En general, las lloviznas son precipitaciones uniformes, formadas sólo por gotas menores de 0,5 mm de diámetro, las que, debido a la pequeña velocidad de caída que tienen, parecen flotar en el aire, expuestas a ser arrastradas por el viento.


Mapa N° 3.1.1
Temperaturas Promedio Anual

La temperatura es el elemento meteorológico más ligado en sus variaciones al factor latitudinal. La temperatura promedio anual presenta valores comprendidos entre 18,75°C y 19,75C Los valores mínimos están cercanos al litoral y cubre parte de los distritos de La Punta, La Perla, Bellavista y Callao zona Sur (antes del río Rímac) y van en aumento a medida que nos acercamos a la zona Este en Carmen de la Legua – Reynoso, finalmente en la zona Norte del Callao en Ventanilla hasta cubrir el máximo. Esta zona costera es catalogada como una ciudad árida con deficiencia de lluvias en todas las estaciones, clima semicálido y condiciones moderadas de humedad.

La cantidad de vapor de agua que hay en el aire en cierto momento determina el grado de humedad que tiene el aire. Se puede mencionar que la **humedad relativa**, en términos generales, es mayor en el área litoral de La Punta (90%) que en el sector del parque porcino (Pampa de los Perros) los cuales oscila entre los valores de 85% y 86% y por la zona de lomas (Pachacutec) con un aproximado de 87%. Este alto porcentaje de humedad de la Región lo podemos relacionar con las Enfermedades Respiratorias que están presentes en la alta morbilidad, sobre todo infantil.

En el Litoral del Callao, la ocurrencia de **la nubosidad** está vinculada estrechamente con el proceso de inversión térmica que tiene lugar en la costa y que contribuye a saturar de humedad la atmósfera en invierno, esto se aprecia con mayor frecuencia en la zona norte del Callao, en el distrito de Ventanilla (Pachacutec) debido a su cercanía a las playas llegando a una altitud de las zonas de lomas sobre los 480 metros.

La **Región Callao** cuenta con seis distritos:

El **distrito del Callao,** fue creado como distrito mediante Decreto del 20 de agosto de **1836**. Por su importancia como puerto costero internacional, el 22 de abril de 1857, la Convención Nacional le otorgó el título de "Provincia Constitucional del Callao" con rango de departamento. Según la Ley 27867 del 16 de noviembre de 2002 (Ley Orgánica de Gobiernos Regionales), se constituye en uno de los seis distritos de la única provincia que conforma la **Región Callao del Perú**. Limita al norte con el distrito de Ventanilla, al este con la Provincia de Lima y el distrito de Carmen de La Legua-Reynoso, al sur el distrito de Bellavista y el distrito de La Perla, al oeste limita con el Océano Pacífico y con el distrito de La Punta.

Los primeros habitantes de **Bellavista** fueron cazadores recolectores y luego pescadores agricultores. Por ello, en Bellavista existen antiguas huacas o templos de barro. El distrito fue creado por la Ley 2141 del 6 de octubre de 1915

y es uno de los pocos de la metrópoli en poseer una forma regular, pues se presenta como un rectángulo cuya base está alineada con el eje de la Av. Venezuela, en el límite sur que se establece esta vía con el distrito de La Perla y el distrito limeño de San Norte, la Av. Oscar Benavides (antes Av. Colonial), representa el límite con el distrito del Callao, distrito con el que también limita al oeste en el Jr. Andrés Santiago Vigil. Al Este el distrito se extiende hasta el Hospital Naval "Santiago Távara" ó perímetro Oeste de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos el cual da inicio a la Provincia de Lima y específicamente al distrito de Cercado de Lima.

El actual distrito de **Carmen de la Legua-Reynoso**, formaba parte del antiguo camino de frondosos matorrales que existían entre Lima y Callao antiguos. Inicia su poblamiento acelerado a partir de 1940 por inmigrantes del interior del país y en la década de 1950 era una zona de extracción de materiales de construcción. Fue creado como distrito por Ley Nº 15247 del 4 de diciembre de 1964 y tiene una superficie de 2,12 kilómetros cuadrados. Su nombre se debe a que, durante los tiempos de la colonia, en esta localidad se erigió una ermita a San Juan de Dios en la cual se establecieron los religiosos Hospitalarios, esta equidistaba una legua tanto de la ciudad de Lima como del puerto de El Callao. En la actualidad, en el sitio donde se ubicaba esa ermita, se encuentra el Santuario de la Virgen del Carmen de la Legua.

El distrito de **La Perla**, fue creado por Ley Nº 15185 del 22 de octubre de 1964, tiene una extensión 2.75 kilómetros cuadrados. Limita al norte con el distrito de Bellavista a través de la Av. Venezuela, al este con el distrito limeño de San Miguel, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con el distrito del Callao. Es actualmente el distrito con mayor densidad poblacional del Perú.

El distrito de **La Punta**, fue fundada el 6 de Octubre de 1915, bajo la Ley Nº 2141. Esta histórica y turística península se encuentra en el extremo más occidental de la Región Callao, enclavada en el Océano Pacífico. Abarca un área de 0.7 Km.^{2}. Límites**:** Por el Norte, el Oeste y el Sur con el Océano Pacífico. Por el Este con el barrio de Chucuito, perteneciente al Cercado del Callao.

El 28 de enero de 1969, la ciudad de **Ventanilla** es reconocida recién como distrito, mediante Decreto Ley 17392, aunque su historia es muy antigua. Data de la época de los primeros pobladores de la costa del país, periodo Lítico y Arcaico (que incluye el desarrollo de sus actividades agrícolas en las riberas del río Chillón). Más recientemente, a inicios de los años 60', alentadas por el Gobierno Central, diversas empresas fomentan la creación de Asociaciones de Vivienda con el fin de poblar esta zona del Callao, es así como se forman las urbanizaciones "Ciudad Satélite" y "Ciudad Naval", entre los años 61 y 63, en los años 80 surge el actual Centro Poblado "Mi Perú" y en la última década la ciudadela Pachacutec, es el polo regional con mayor dinámica poblacional.

ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS

ABASTECIMIENTO DE AGUA

Abastecimiento de Agua según encuesta Nacional de Hogares ENAHO- BASE 2009:

- Consideramos a la población con acceso a agua potable las que tienen red pública dentro y fuera de la vivienda sin considerar pilón de uso público.
- En la Región Callao el 91.7% de la población cuenta con agua potable, segundo mejor indicador a nivel nacional después de Moquegua 92.6%.
- En el Perú el promedio de la población con acceso a agua potable es 70.2%, el indicador más bajo es de Huancavelica con 31.7%.

Abastecimiento de Agua según Censo 2007

- En la región Callao las viviendas del distrito de la Punta, Bellavista, Carmen de la Legua, se abastecen de agua por red pública al 100%, los de la Perla al 90% y el distrito Callao al 89%. El distrito de Ventanilla cuenta con 37% de sus viviendas con abastecimiento de agua por red pública, 63% sin red pública, de ellos 39% con camión cisterna y 19% por pilón de uso público.

Indicadores Básicos 2010 de OPS:

- En cuanto a las Américas (América del Norte-América Latina y el Caribe), la población promedio con abastecimiento de agua en el 2008 es 96%.
- En América Latina el promedio es 93%, en el área Andina es de Ecuador 94% y el más bajo Perú con 70.2%.
- En el Cono Sur 100% de la población de Uruguay cuenta con agua potable con Red Pública, el 97% de Argentina, 96% de Chile y el indicador más bajo 86% de la población de Paraguay cuenta con agua potable.
- El agua es un elemento indispensable para la vida, pero cuando no es segura se puede asociar a enfermedades sobre todo en poblaciones donde los sistemas de abastecimiento carecen de infraestructura sanitaria que garantice su calidad e inocuidad.
- En la Región Callao las zonas de riesgo para que se desarrollen Enfermedades Diarreicas Agudas, El Cólera, Dengue; relacionados con agua no segura es el distrito de Ventanilla y algunas localidades del distrito Callao, donde el abastecimiento se realiza a través de pilones o camiones cisternas, la mayoría de pacientes con EDAs Acuosas o Disentéricas de la Región Callao proceden de estos distritos.
- En la región Callao se han identificado zonas de riesgo, sobre todo en el distrito de Ventanilla y algunas localidades del distrito del Callao, donde el abastecimiento se realiza a través de pilones o camiones cisternas.

SANEAMIENTO BASICO

Saneamiento Básico según encuesta Nacional de Hogares ENAHO-BASE 2009:

- La población con acceso a saneamiento: incluye servicio sanitario con desagüé en red pública dentro y fuera de la vivienda. No incluye letrinas ni pozos sépticos.

- En la Región Callao el 97.2% de las viviendas tienen acceso a saneamiento básico, primer mejor indicador a nivel nacional.
- A nivel nacional el 84.5% de pobladores poseen este servicio, y al igual que en el abastecimiento de agua el mejor indicador es de la Región Callao 97.2%, seguido de Lima 95.2%, el más bajo es de Ucayali 39%.

Saneamiento Básico Censo 2007

- Los distritos de la Región Callao que cuentan con este servicio: La Punta (100%) Bellavista (100%), Carmen de la Legua (99%), la Perla (99%), Callao (91%).
- El 37% de las viviendas del distrito de Ventanilla cuentan con este servicio.

Indicadores Básicos 2010 de la OPS

- A nivel de las Américas: el promedio de pobladores con acceso a saneamiento es 87% (2008).
- En el Área Andina 92% de los pobladores de Ecuador tienen este servicio (cifra más alta), el segundo mejor indicador es de Colombia con 74%, seguido de Perú 68% y el más bajo es de Bolivia con 25%.
- En el cono Sur el 100% de pobladores de Uruguay cuenta con servicio higiénico desagüé, seguido de Chile 96%, Argentina 90%, finalmente el indicador más bajo es de Paraguay con 70%.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIO ELÉCTRICO según Encuesta Nacional de Hogares ENAHO-BASE 2009

- Según la mencionada encuesta la disponibilidad de este servicio de los pobladores de la Región Callao es de 99.5% siendo el mejor indicador a nivel nacional.
- A nivel de la Región Callao, los distritos de Bellavista, Carmen de la Legua, La Perla y La Punta cuenta con este servicio al 100% el distrito del Callao 98 % y el distrito de Ventanilla con 84%.
- En el Perú el promedio de pobladores que tienen disponibilidad de este servicio es 83.3%, el mejor indicador es de la Región Callao, seguido de Lima con 98.7% y el más bajo es Cajamarca 43.5%.

Energía que más se utiliza para cocinar – Censo 2007

- Entre los factores de riesgo para la producción de enfermedades respiratorias se encuentran: el humo producido por el kerosene, la leña, carbón que son utilizados como energía para cocinar.
- Según el Censo 2007 el 89% utiliza material apropiado para cocinar (electricidad, gas) ocupando el primer lugar a nivel nacional. El 13% de los pobladores del distrito de Ventanilla utilizan insumos inapropiados (kerosene, leña, carbón, otros) para cocinar, y en La Punta es el menor porcentaje de 0.24% que utilizan kerosene para cocinar probablemente en la zona de Chucuito.

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS PAREDES – Censo 2007

- Según Censo 2007 el uso de material apropiado en la Región Callao se ha incrementado al 69% conservando el cuarto lugar a nivel nacional. El departamento de Lima tiene el mejor indicador, el 78% de sus habitantes utilizan material apropiado, en cambio Huancavelica cuenta con el 5%.
- En cambio en el distrito de Ventanilla este indicador descendió del 40% según el Censo 1993 al 37% (Censo 2007), esta disminución es debida a la constante creación de Asentamientos Humanos en este distrito.
- El material inapropiado (adobe, madera, quincha, esteras, piedra con barro) utilizado para la construcción de paredes que pueden contribuir a la producción de enfermedades respiratorias, dermatológicas debido a que aloja ácaros y otros microorganismos

(Fuente: Situación de Salud en las Américas-Indicadores Básicos 2010-OPS, Situación de Salud del Perú- Indicadores Básicos 2009-DGE, Hechos Vitales 2010-Oficina de Estadística- Noti_Sp - Oficina de Epidemiología-DIRESA CALLAO)

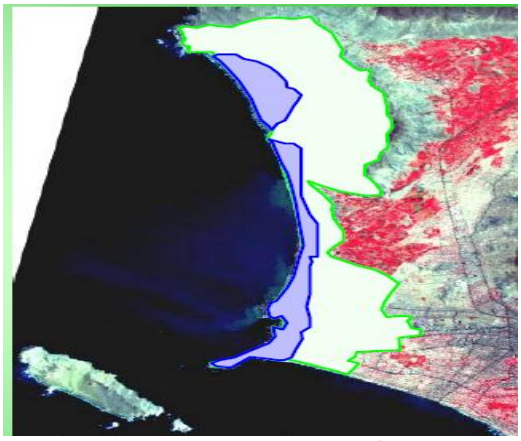
RIESGO AMBIENTAL

- Es la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que afecta directa o indirectamente el medio ambiente y al hombre.
- El alto desarrollo tecnológico de la Región Callao–Aeropuerto internacional, primer puerto marítimo, desarrollo industrial desordenado, refinería, planta de gas, entre otros- se suma a los riesgos que por ubicación costera y tipo de suelo tiene la región.

Presencia de riesgos físicos

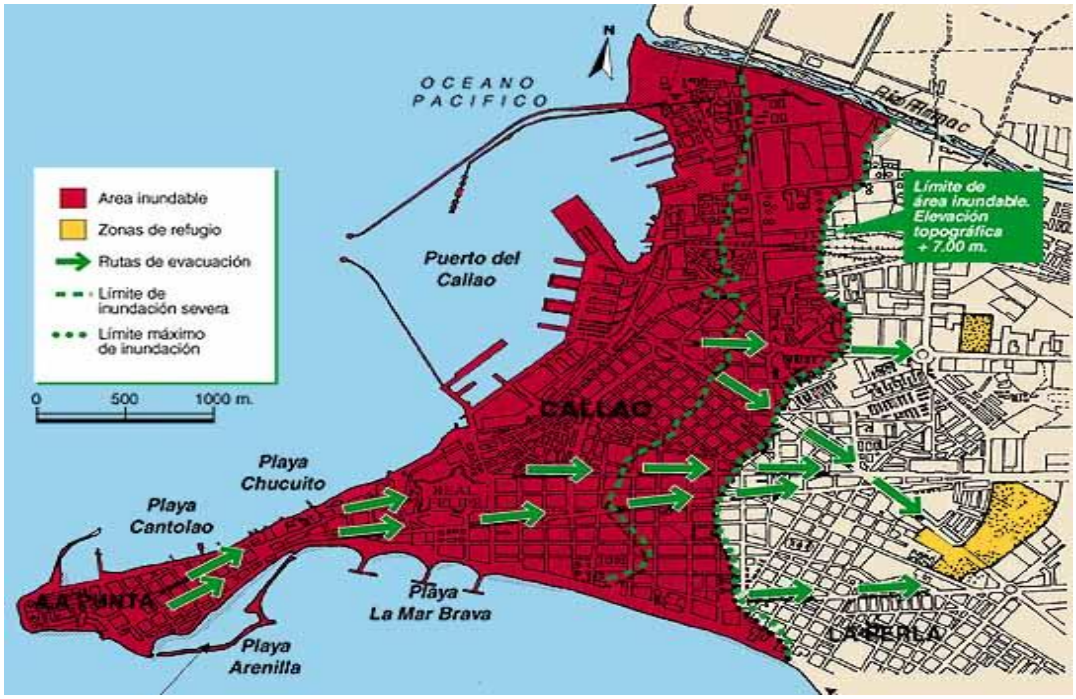
Riesgo de inundaciones

- El territorio de la Región Callao presenta zonas inundables, por su carácter de ciudad costera (elevación del nivel del mar), aproximadamente el **52,43 Km. 2. (33%) de la superficie total de la Región).**
- Dentro de estas zonas inundables se encuentran 10 establecimientos de salud: C.S La Punta, C.S Barton, C.S Puerto nuevo, C.S San Juan Bosco, C.S Juan Pablo II, C.S Ayllu, C.S Ventanilla Baja, C.S Defensores de la Patria, C. Acapulco, C.S Márquez.



Zonas Costeras inundables en la Región Callao
Aproximadamente 52,43 Km2 (33% de la superficie total de la Región)
Fuente: Oficina de Defensa Nacional y Defensa Civil, GRC, 2007

- La Región Callao tiene extensas zonas potencialmente inundables. De lo que se trata es de proteger antes que nada, la vida humana y la manera más eficaz de hacerlo es estando consciente del problema y adoptando las medidas necesarias para contrarrestarlo.
- No hay tsunami sin terremoto previo. este dependerá de la intensidad del sismo y su duración y sin dudar, se deben abandonar las zonas inundables. Se dispone de 20 a 25 minutos para hacerlo. Una persona sana, en condiciones físicas normales, puede evacuar la zona en ese lapso y desde el extremo de La Punta, por ejemplo, hasta zona segura, no hay más de 2.5 Km.
- Como se calcula en 120,000 las personas que viven en zonas a las que taparía el agua, se requiere de planificación, simulacros y la necesidad de difusión previa para que los que participen lo hagan con total conciencia.



Zonas inundables y zonas de refugio en la Región Callao.

- El comportamiento en tierra de los tsunamis es complejo, porque influyen varios factores que se conjugan de diversos modos. Sin Embargo, la topografía es una información básica que permitiría delimitar las zonas inundables con cierto nivel de confianza.
- La pendiente influye de manera importante en la penetración del tsunami en tierra. Cuando la franja del terreno es angosta y la pendiente es relativamente fuerte, la extensión de la zona inundable no es muy grande, en cambio cuando el terreno es plano, la penetración puede ser cientos de metros. En ese sentido, para el Callao Sur está definido de acuerdo a los antecedentes de tsunamis y estudios posteriores cuyos posibles epicentros se han localizado cerca de la Punta.
- Para el Callao Centro, la Inundación severa llega hasta los 4 m. en Sarita Colonia, Oquendo debido a que las olas de 5.7 m de altura disminuirían por efecto de la fricción, llegando incluso una distancia de 800 metros. Para

Ventanilla la inundación severa llega hasta los 3 metros aproximadamente y franja de inundación promedio de 600 m de tierra adentro, debido a la pérdida de carga que frena el avance del mar.

Riesgo sísmico

- En países sísmicos como el Perú es indispensable realizar estudios para estimar el Peligro Sísmico como un intento de prevenir y mitigar los daños que pudieran causar los sismos, ya que en el diseño de obras importantes debe considerarse el balance entre el costo de la obra y la seguridad de las construcciones.
- La Región Callao ha sido sometida a una serie de sismos de gran intensidad, durante los cuales en múltiples oportunidades ha sufrido cuantiosos daños materiales y pérdidas de vidas humanas.
- La principal fuente generadora de eventos sísmicos que afectan esta región es la zona de subducción, definida por la interacción de la Placa de Nazca y la Placa Continental. Esta fuente puede generar eventos de gran magnitud, los que, según la historia sísmica, en la zona de la costa central pueden alcanzar los 8.2 grados en la escala de Richter. Asimismo, la relativa proximidad de la fuente sismo genética hace que la intensidad del movimiento sísmico sea bastante considerable en la zona urbana.

Exposición plúmbica

- El plomo es un metal pesado, cristalino, de sabor ligeramente dulce, soluble en agua y extremadamente tóxico, que desde comienzos de la civilización ha sido un aditivo en la manufactura de numerosos productos comerciales como pinturas, tintes, soldaduras para envases metálicos de comestibles, como estabilizante en la fabricación de algunos tipos de plástico, en algunos tipos de gasolina, pero principalmente en la formación de la capa vidriosa de ciertos objetos de loza de barro, piezas de alfarería y cerámica.
- Las evidencias de los estudios toxicológicos, epidemiológicos, bioquímicos y fisiológicos, demuestran que el plomo tiene efectos adversos en la salud humana, sobre todo en los trabajadores expuesto directamente a este metal; no debe dejarse de lado la contaminación que ocurre en la población que habita las zonas aledañas donde se produce o transporta el plomo. Este es el caso de la población del asentamiento humano “Puerto Nuevo” en el Callao, donde se ha demostrado un alto contenido de plomo en la sangre de los niños de esta zona debido a que por ese lugar se transporta plomo sin los cuidados debidos.
- A pesar de la disminución del riesgo en la Región Callao, sigue siendo aún un problema sanitario importante para los asentamientos cercanos a los depósitos de minerales.
- De acuerdo a la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) los niños que acuden a los colegios Guadalupe y María Reiche (ubicados cerca de una extensa área de almacenamiento de minerales) registraron una media de plomo en sangre de 40.7mg/dL, mientras que en los niños de otras escuelas el nivel fue 7.5 mg/dL. Observaron que el vivir o estudiar cerca a los depósitos de plomo aumenta en casi 18 veces el riesgo de tener valores elevados de plomo en sangre.



Imagen satelital del Asentamiento Humano Puerto Nuevo, expuesto a concentrados de minerales ricos en (flechas rojas).

Fuente: Hernández M, Wegner S. Estudio demográfico de salud de niños intoxicados por plomo tercer Dosaje A.A.H.H "Puerto Nuevo"- Callao. Perú: Dirección General de Salud Ambiental; 2002

Riesgo Aédico

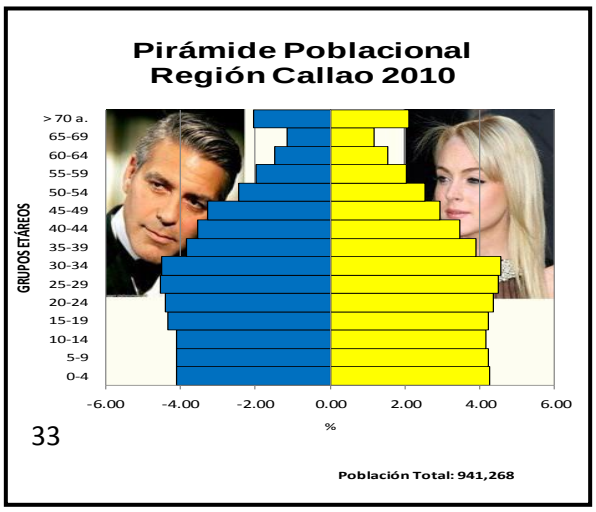
El riesgo Aédico está dado por la medida de la posibilidad de causar la transmisión del Dengue al hombre, este riesgo depende del nivel de las poblaciones del vector *Aedes Aegypti* en localidades de la Región Callao.

El 2010 se lograron desarrollar estrategias que mantuvieron los indicadores entomológicos en niveles que significaron bajo riesgo; sin embargo al finalizar el año, además de presentarse 10 nuevos casos importados, el 26.71% de la población chalaca (251,413 habitantes) se encuentra en riesgo de contraer el Dengue ante la presencia del *Aedes Aegypti* en 10 jurisdicciones sanitarias en escenario epidemiológico II: Ventanilla Este, Ventanilla Alta, Hospital Ventanilla, Oquendo, Faucett, El Álamo, Previ, Bocanegra, Sesquicentenario y Carmen de la Legua.

4.2. DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

4.2.1. DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS

Composición y estructura de la población



- La población de la Región Callao en el año 2010 suma 941,268 habitantes, su superficie territorial 146.98 km2. En el Perú, la población del 2010 fue 29, 132,013 habitantes (2009).
- La población de las Américas es de 93940, 271, 000 habitantes y de América Latina y el Caribe 588,672 habitantes. En el área andina la población del 2010 fue de 128, 646, 000 la cifra más alta

la tierra de Colombia (46,300,000hab.) seguida del Perú y la más baja de Ecuador (13,775).

- Cono Sur: El indicador más alto le pertenece a Argentina (40,666,000 hab.) y la más baja a Uruguay 3,372,000 habitantes.
- La densidad poblacional de la Región Callao es de 6404.08 habitantes km2 la más alta del país siendo la nacional 1.5 hab. km^2. El distrito de la Perla es el que presenta mayor hacinamiento con una densidad poblacional de 24, 083, 27 hab. / km^2.
- La población de la Provincia Constitucional del Callao en el año 1994 sumaba 662, 461 habitantes, 20 años después se incrementó a 941, 268 habitantes, 278,000 personas más (42%), lo que determino que se incrementen espacios de atención, recursos humanos, logísticos, tecnológicos para cumplir no solo con las actividades asistenciales sino sobre todo preventivo promocionales en sus diferentes aspectos.
- La pirámide poblacional de la Región Callao es de tipo expansivo, típico de los países en desarrollo, de base ancha, conformado por los niños de 0-4 años, la cual de esta estrechando a través de los años.
- Dentro de la estructura de la población del Callao este grupo poblacional proporcionalmente se ha reducido durante las últimas décadas, así en el año 1990 constituyó 11.09%, en 1991 (9.026%), 200 (9.30%), 2001 (9.05%), en el 2008 (8.8%), 2009 (8.64%), 2010 (8.37%).
- Esta población es la más susceptible a enfermedades, diarreicas y respiratorias constituyendo estas las principales causas de mortalidad debiendo fortalecerse las actividades preventivas promocionando para que estas disminuyan; sobre todo el fortalecimiento de la lactancia materna que ha disminuido 5% (2010, y el cumplimiento con el cronograma de vacunaciones.
- En cuanto al ciclo de vida adolescente con la actual clasificación de Etapas de Vida, de 12 a 17 años, con 96,037 habitantes constituye 10.20% de la población total, antes lo conformaban de 10-19 años con 158,737 habitantes (16.86%).
- En la población chalaco adolescente se han incrementado los problemas de pandillaje, drogadicción, violencia, prostitución clandestina y un preocupante ascenso de gestantes adolescentes 1367 (2007), 2010(2008), 2279 (2009 constituyendo el 14% del total de gestantes de la Región Callao.
- En el marco de este contexto en la Región Callao se ha incrementado la inseguridad ciudadana lo que hace necesario el enfoque multisectorial del problema.
- Así mismo en el Plan Regional de Salud del Callao se han priorizado los problemas de salud mental que está en relación con lo antes mencionado.
- Según el primer Objetivo Sanitario Nacional 2007-220 de reducir la mortalidad materna uno de los principales es reducir el embarazo en adolescentes por lo que debemos continuar fortaleciendo la estrategia de brindar atención integral y diferenciado a los adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva en todos los campos de salud de la Provincia y de educadores de pares y de promotores, juveniles capacitados para la promoción de una salud sexual responsable de adolescente y sobre todo en los distritos de Ventanilla, Callao y Carmen de la Legua.
- El ciclo de vida adulto de 20-59 años 535, 655 habitantes (56.90%) de la población, en el año 2000 (hace 11 años), la población de esta etapa de vida de la Provincia sumaba 457,839 habitantes (54.52%) de total provincial). Este ciclo de vida se ha incrementado 17% en relación al año 2000 (hace 11 años), teniendo como primeras causas de mortalidad a nivel provincial enfermedades

como VIH-SIDA-TBC Pulmonar, a eso se suman problemas de violencia familiar, depresión, suicidio, debiendo fortalecer los centros de salud de primer nivel de atención, como psicólogos en otros profesionales para la atención de estos daños.

- Este ciclo de vida adulto mayor (20-59 años) en la estructura de la población del Callao proporcionalmente se ha incrementado en los últimos de 6.94% (1995) a 7.41% (2000), 7.69 (2005), 9.18% (2008) 9.42% (2009), 9.51% (2010), debiéndose fortalecer la atención en las enfermedades no transmisibles y degenerativas desarrollándose, estrategias adecuadas para las actividades de prevención y control de estos daños. La base de la pirámide poblacional de la Región Callao esta estrechándose y el vértice ensanchándose mostrando algunos distritos una transición demográfica hacia una sociedad desarrollada como La Punta y Carmen de la Legua.
- En relación al género continúa ligero predominio del género femenino (50.03%) (470,912), menor porcentaje que los años anteriores 50.47% (435,954), en el año 2009, 51% (433,555) en el año 2008.
- La población MEF (Mujeres en Edad Fértil de 15-49 años) suman 263,100 (27.95%) y la población pediátrica 235, 277 (24.99%) constituyendo ambos 52.94% de la población provincial por lo que debemos continuar fortaleciendo los establecimientos de Salud de la Provincia en la atención del binomio madre niño, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad en estos grupos etáreo (primer delineamiento de política de Salud 2007-2020: Atención Integral de Salud a la mujer y al niño).
- Finalmente en la Provincia Constitucional del Callao existe el "doble riesgo" en relación a que las enfermedades infecto-contagiosas como TBC y el VIH-SIDA, Neumonía, constituyen algunos de los principales problemas de salud, así como las enfermedades no transmisibles como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y Cáncer, lo que determina que los establecimientos de salud de todos los sectores (MINSA-EsSalud- FF.AA. y Policiales, particulares) de la Región Callao deben estar preparados para la atención de estas patologías y desarrollo de estrategias para su prevención y control.

4.2.2. DINAMICA DE LA POBLACIÓN

DENSIDAD POBLACIONAL

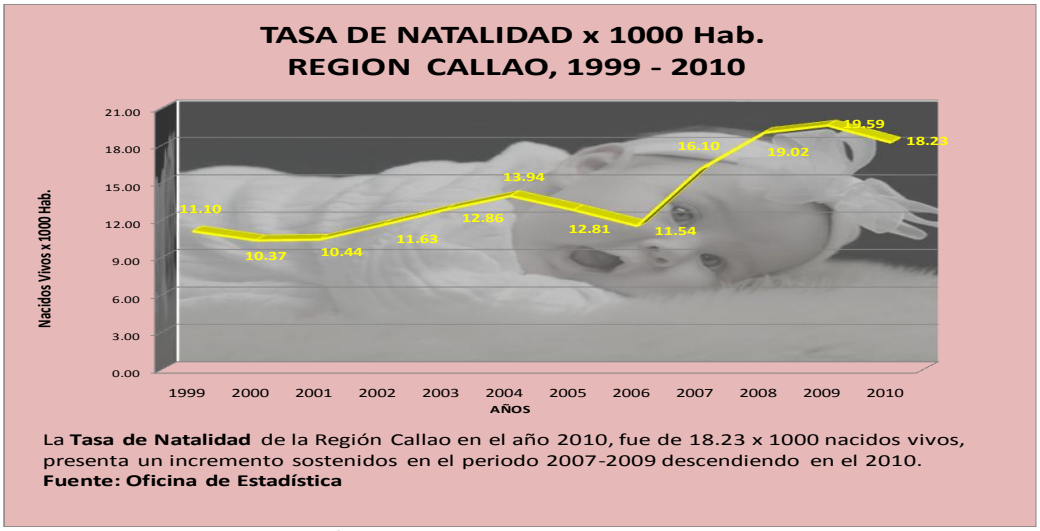
- La población de la Región Callao para el año 2010 es 941,268 habitantes basada en el Censo 2007, según Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI), remitida a la Dirección de Estadística e Informática del MINSA y enviados a la DIRESA CALLAO.
- La Densidad Poblacional de la provincia es de 6,404.05 habitantes/Km2 (2010) destacándose en particular el distrito de La Perla con 24,083.27 habitantes/km$^{2.}$
- En relación a Perú la densidad poblacional es de 22.7 habitantes/km2, el indicador más alto es de la Región Callao (6,404.05 habitantes/km2) y el más bajo es de Madre de Dios (1.4 habitantes/km2)

LA TASA DE NATALIDAD (TN)

- La tasa de natalidad del 2010 (proyectado de noviembre 2010) en el Callao es 18.23x1000 hab., siendo la del año anterior 18.98x1000 hab. el promedio nacional es de 21.36x1000 hab. (2009) siendo la tasa de Natalidad más alta a

nivel nacional de Huancavelica (31.09x1000 hab.) y la más baja de Moquegua (17x1000 hab.).

- En relación a las Américas el promedio es de 16.4x1000 hab. (2010) siendo la más alta la de Guatemala 31.9x1000 hab. y la más baja la de cuba 10.2x1000 hab.
- En el área andina la más alta la tiene Bolivia 26x1000 hab. la más baja Perú 18.23x1000 hab.
- En el cono Sur la más alta la tiene Paraguay 23.9x1000 hab. y la más baja Uruguay 14.7x1000 hab.



Fuente: Hechos Vitales/Oficina de Estadística-DIRESA CALLAO
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

NACIMIENTOS

Los nacimientos se han incrementado en la Región Callao en los últimos años. En el año 2010 se han reportado 17.167 cifra superior al año anterior.

- En el Perú se reportaron 611782 (2009) ocupando el primer lugar Lima con 160044 nacimientos y el último lugar Madre de Dios con 2705 casos.
- A nivel de las Américas se presentaron 15421100 nacimientos (2010), el Perú ocupa el 2º lugar en el área andina, después de Colombia (915200) y Bolivia el último lugar (261300). En el Cono Sur la mayor cantidad de nacimientos la tiene Argentina con 692400 y la menor cantidad Uruguay con 49600 nacidos vivos.

TASA DE CRECIMIENTO (T.C.) POBLACIONAL

- A nivel provincial la T.C. se ha incrementado a partir del 2008 (0.8%), 2009 (0.97%) y 2010 (8.97%).
- A nivel distrital la T.C. ha disminuido desde el 2003 al 2009, incrementándose en el 2010 en todos los distritos de la Región Callao a excepción del distrito de Ventanilla que incremento su población desde el año 2003 al 2009 y disminuyo en el 2010.

- La Tasa de crecimiento poblacional nacional es de 1.13%.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)

- La TGF es de 2.1 hijos x mujer, inferior a la nacional 2.6 hijos x mujer.
- En las Américas la TGF el promedio es de 2.1 hijos x mujer, distinguiéndose a Cuba con una de más bajas 1.5 hijos por mujer y Guatemala con la más alta (3.9 hijos por mujer).
- A nivel del Área Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), La más alta es de Bolivia con 3.3 hijos x mujer, la más baja de Colombia con 2.4 hijos x mujeres.
- En el Cono Sur, Chile ostenta la más baja (1.9 hijos x mujer) y Paraguay la más alta 2.9 hijos x mujer.

RAZÓN DE DEPENDENCIA (RD)

- La razón de dependencia (R.D) en la región Callao (2009) es de 46.7 por 100 habitantes a diferencia del promedio nacional 56.5 x 100 habitantes.
- La R.D. más alta la tiene el departamento de Huancavelica (83.5x 100 habitantes) y la más baja el departamento de Tumbes (45.3 x 100 habitantes).
- En relación a las Américas el promedio de R.D (2010) es 51.6 x 100 habitantes. En América Latina y el Caribe es 53x100 habitantes.
- En el Área Andina el promedio es de 55.6x100 habitantes, el indicador más alto lo tiene Bolivia con (68.2x100 habitantes) y el más bajo Colombia (52.4 x 100 habitantes).
- En el Cono Sur el promedio de R.D. es de 53.7x100 habitantes, la más alta R.D. Paraguay con 63.2 x 100 habitantes y la más baja Chile con 46x 100 habitantes.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

- En el periodo (2005-2010) la esperanza de vida al nacer en promedio para la Región Callao es 76.9 años, 74.7 años para hombres y 79.2 años para mujeres.
- El promedio nacional es 73.1 años, 70.5 años para hombres y 75.9 años para mujeres, ocupando el Callao el primer lugar con el mejor promedio de este indicador y Huancavelica el último lugar con el promedio de 68.6 años, 66.5 años para hombres y 70.8 años para mujeres.
- En relación a las Américas el promedio de este indicador es relación al 2010 es 76.2 años, 73.4 para hombres y 79 años para mujeres.
- En América Latina el promedio es 74.1 años, 71 años para hombres y 77.3 para mujeres.
- En el Área Andina la más alta es del Ecuador 75.4 años, 72.5 hombres y 78.5 mujeres, la más baja es de Bolivia con un promedio de 66.3 años, 64.2 años para hombres y 68.5 años para mujeres.
- Cono Sur: El indicador más alto es de Chile con 78.8 años, como promedio de esperanza de vida al nacer, 75.9 años para hombres, 82 años en mujeres; el indicador más bajo es de Paraguay con un promedio de 72.3 años, 70.2 años hombres y 74.4 años para mujeres.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM)

- La razón de mortalidad materna en la Región Callao es de 58.27 x 100,000 N.V. en el año 2010, incrementándose en relación al mismo periodo del años anterior (41.36x100, 000 N.V).
- La RMM Regional se volvió a incrementar en el año 2010 al igual que en el periodo 2006-2008 que presento un incremento sostenido: 12 fallecidos (2006) 9 (2007), 12 (2008), 7 (2009) y 10 (2010).
- La Razón de Mortalidad Materna de nuestro país es de 103x100, 000 nacidos vivos (2006).
- En las Américas este indicador se ha incrementado de 63.7x100,000 N.V. (2009) a 65.7x100,000 N.V. (2010), el mejor indicador es el de Canadá que disminuyo a 7.6x100,000 N.V. en relación a 8.8x 100.000 N.V. en el 2009, seguido por Estado Unidos que disminuyo de 13.3x100,000 N.V. en el 2009 a 12.7x100,00 N.V. (2010) y el tercer lugar Chile que disminuye de 18.2x100,000 N.V. (2009) a 16.9x 100.000 N.V. (2010).
- El indicador más bajo (mejor) en el área Andina lo tiene el de Venezuela 62.9x100, 000 N.V. y el más alto Perú 103x100, 000 N.V.
- En el cono Sur la RMM mas alta es de Paraguay 117.4x100, 000 N.V. y la más baja Chile con 16.9x100, 000 N.V.



- **Fuente: Hechos Vitales/Of.de Estadística-DIRESA CALLAO/Noti_Sp-Oficina de Epidemiología Elaborado por: Oficina de Epidemiología**

4.2.3. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

- La Región del Callao conforma un continuo urbano con el área metropolitana de Lima, constituyéndose en una de las principales metrópolis de la costa occidental de América del Sur, con una acelerada urbanización, donde la población metropolitana representa la tercera parte de la población del país y en cuyo territorio se concentra la dirección económica y política del mismo.
- Urbanización y modernización que ha generado desequilibrios en los usos de suelos, en su infraestructura urbana y en su estructura social local. Su actividad

económica, se relaciona con su rol de puerto y aeropuerto en la metrópoli, situación que contribuye a la consolidación de actividades complementarias, depósitos e industrias que generan a su vez crecientes procesos de migración rural urbanos que presionan y condicionan la ocupación del espacio en la región. Por ello, se constituye en una región muy significativa para la economía del país.

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH CENSO 2007)

- Para calcular el IDH se utiliza esperanza de vida, alfabetismo y matrícula en el sistema regular, y el PBI cápita. El resultado va de 0 a 1, valores más próximos a 1 nos indican mayor desarrollo humano.
- El IDH de la provincia es 0.710 superior al nacional (0.598) ocupando el primer lugar en el ranking nacional, y el último lugar es de Huancavelica 0.492
- Los distritos de Carmen de Legua y Ventanilla cuentan con los IDH más baja de la provincia.

INDICADORES DE EDUCACIÓN

- **Nivel de escolarización** de la población de 0 a 24 años 2009 es de 50.81%, quiere decir que 52 de cada 100 habitantes de 0 a 24 años se encuentra incorporado al sistema educativo en la Región. Esta cifra es la menor en los últimos años (2001-2010).
- En el comparativo a nivel nacional de este indicador en la edad de 3-5 años y de 12 a 16 años, el regional es superior al nacional, ocupando el sétimo lugar en ambos casos, en cambio en las edades de 6-11 años y 17-24 es inferior, ocupando el 21 ^{avo} y 16 ^{avo} lugar respectivamente en el ranking nacional de los mejores indicadores.
- En cuanto a la **Tasa Neta de matrícula**, el indicador ha mejorado a nivel Regional en todos los niveles y es superior al nacional en el nivel inicial y secundario, ocupando el 5to y 4to lugar respectivamente en el ranking nacional.
- En relación a niveles y sectores, el nivel inicial posee la mayor cantidad de instituciones educativas (40.26%) tanto públicas como privadas. El nivel primario de menores ostenta el alumnado más populosos (42.40%), así como la mayor cantidad de docentes (45.78%) y secciones (45.78%) del total de la región.
- En el sector privado existen la mayor cantidad de instituciones educativas (75.59%), docentes (57.14%) y secciones (53.31%); en cambio en el publico predomina el alumnado (62.33%).
- Existe un mayor promedio de alumnos por docente y alumnos por secciones en todos los niveles del sector público.
- Indicadores de Eficiencia del Sistema Educativo-Sector Público-Primario y Secundario de Menores 2001-2010-DREC.

Los indicadores a nivel primario son superiores al de secundaria

- En nivel primario 2010: Aprobado 87.36%-pasan a Recuperación 7.68%-Desaprobados 2.56% y Retirados 2.40%.

- En el nivel secundario 2010: Aprobados (87%), Pasa a recuperación 9.20%, desaprobados (2.30%) y retirados 1.50%.

1. **Los indicadores del nivel primario y secundario han evolucionado favorablemente en los últimos años**

- **Indicador: Repetidos 2009 (MINISTERIO DE EDUCACION)**
  En el nivel primario es de 3.1% y secundario 3.6% mejorando en relación al año anterior y ambos son menores que el promedio nacional 6.7% y 5% respectivamente, ocupando el 5to lugar en primario y 4to lugar en secundaria en el ranking nacional de las mejores instituciones.
- **Tasa de Conclusión de Primaria y Secundaria año 2009.**
  1 ...Estos indicadores han mejorado en el nivel primario de 12-14 años y 15-19 años y secundario de 17-19 años en relación al mismo periodo del año anterior en la Región Callao y a nivel nacional en todos los grupos de edades.
  2 **Tasa de conclusión primaria:** 12 a 14 años (85.2%), 15 a 19 años (98.2%), siendo superiores al nacional y ocupando el octavo y quinto ligar en el ranking nacional.
  3 **Tasa de conclusión secundaria:** 17 a 19 años (79.1%), 20 a a24 años (90.6%) siendo superiores la nacional y ocupado el primer y quinto lugar respectivamente en el ranking nacional.
- **Alumnos con atraso escolar** 6.1% en el nivel primario y 9.3% en el nivel secundario, siendo inferiores al nacional y ocupando el quinto y cuarto lugar respectivamente en el ranking de los mejores indicadores a nivel nacional.

NIVEL EDUCATIVO REGIÓN CALLAO CENSO 2007

- En relación al nivel educativo de la Región Callao según censo 2007, solo 2.3% de la población no tiene ningún nivel de educación, en su mayoría mujeres, de los distritos de Ventanilla, Callao, Carmen de Legua.
- En lo referente a estudio secundario: 42.91% de la población de la provincia tiene educación secundaria, predominando el sexo masculino en los distritos del Callao, Ventanilla, Carmen de la Legua.
- En cuanto a estudios superiores completos, el 11.11% de pobladores de la Región Callao cumplen con este requisito, predominando el sexo femenino (50.04%), sobre todo en los distritos Carmen de la Legua (51.49%), la Perla (50.61%) y Callao (50.58%).

TASA DE ANALFABETISMO: SEGÚN EL CENSO 2007

- La tasa de analfabetismo de la Región Callao es la mejor del país 1.6%, el promedio nacional es 10.40%, la más alta es la Región Apurímac 26.60%
- En América Latina el promedio es 8.9%(2007) teniendo la cifra más baja Cuba con 0.2% la superior Guatemala (26.8%)
- En el Área Andina la cifra más baja es de Venezuela con 4.8%, la más alta Ecuador con 15.8%.
- En el Cono Sur la cifra más alta es de Paraguay 5.4% y la más baja de Uruguay 2.1% y Argentina 2.4%

ACTIVIDAD ECONÓMICA

- Según el Censo del 2007, el 55.7% (366,706) de la población en edad de trabajar participa en la actividad económica de la provincia.
- Comparada con el Censo 1993, en este Censo la PEA (Población Económicamente Activa se incrementó en 5.2%, en 1.2% en el hombre y 9.7% en la mujer.
- En el Censo 2007 observamos la creciente incorporación de la mujer en la actividad económico, pero no ha logrado igualar a sus pares masculinos. En los 6 distritos los hombres presentan mayor tasa de actividad que las mujeres.
- La tasa de crecimiento muy por encima del varón, en todos los distritos.
- En el año 2007, según categoría de ocupación el empleado constituye 43.5% del total, el trabajador independiente 30.5% (a diferencia del 1993 cuyo porcentaje era de 20.3%), obrero 19.2%, trabajador del hogar 3.6%, trabajo familiar no remunerado 1.8% y empleador o patrono 1.4%.

4.3.DETERMINANTES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD

4.3.1. SISTEMA DE SALUD

- La Dirección Regional de Salud del Callao tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud para construir una cultura de salud y de solidaridad, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes; cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud en concertación con todos los sectores públicos y privados y otros actores sociales.
- La DIRESA Callao cuenta con 53 establecimientos de salud: 01 hospital III-1, 01 hospital II-2, 01 hospital II-1, 02 Sanidades Internacionales I-3, 04 Centros de salud I-4, 08 Centros de Salud I-3, 33 Centros de Salud I-2, 02 Puestos de Salud I-2 y 01 Centro de Desarrollo Juvenil I-1.

- Asimismo, brindan atención 08 establecimientos de salud públicos: 01 hospital de EsSalud Alberto Sabogal, 01 hospital Médico Naval, 03 Policlínicos de EsSalud, 02 Policlínicos Municipales, 01 Centro de Salud de la Beneficencia Pública del Callao.

- En el **sector no público** durante el periodo 2006 al 2009 han sido registrados y categorizados 219 establecimientos que brindan salud entre ellos: 46 Policlínicos, 70 Consultorios Médicos, 61 Centros Odontológicos, 09 Centros Obstétricos, 01 Centro Médico y 30 Servicios Médicos de Apoyo.

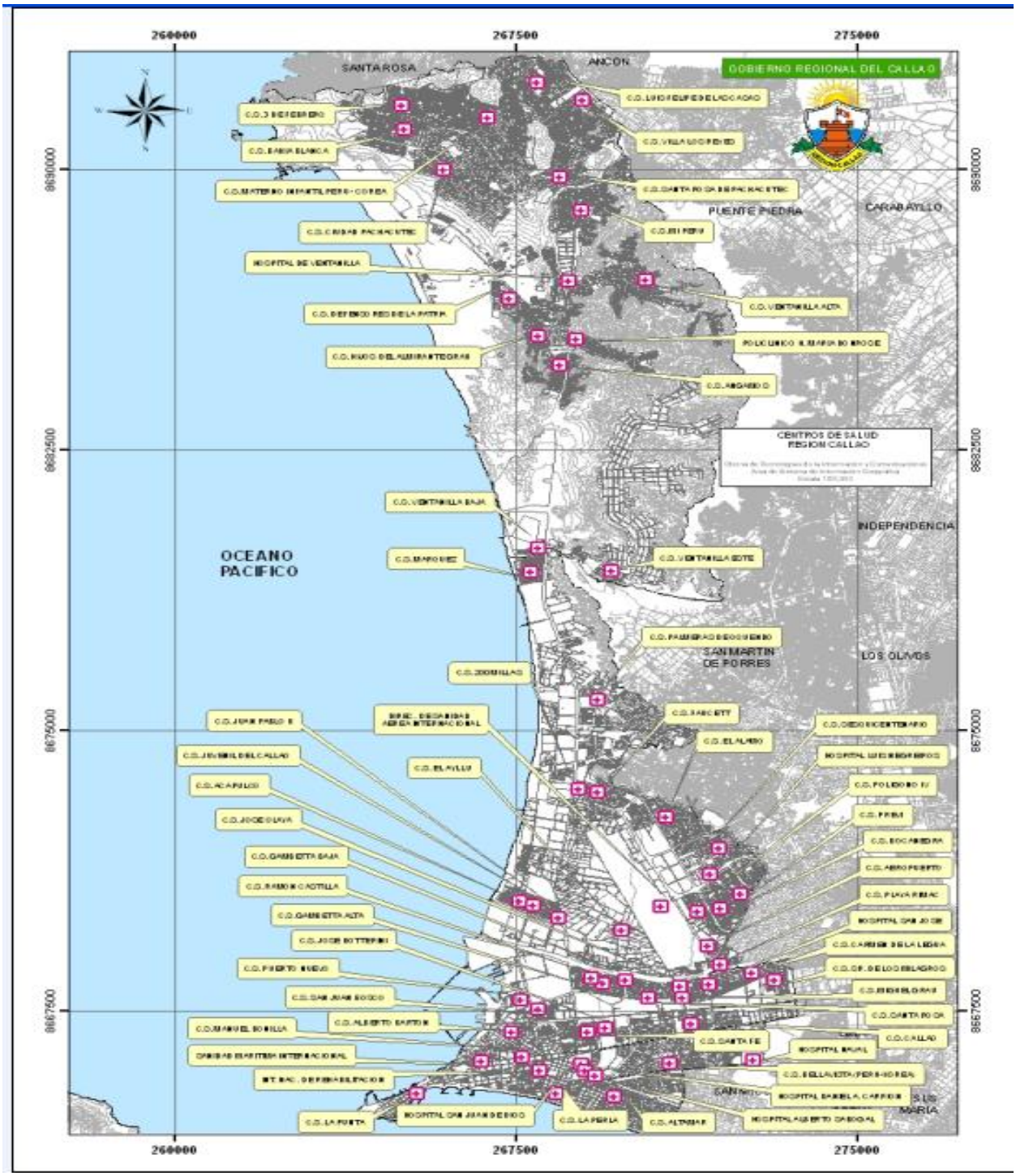
4.3.2. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS

- La DIRESA Callao a enero del 2011 cuenta con 1808 trabajadores: 977 trabajadores nombrados y 831 trabajadores Contrato CAS.
- Del total de trabajadores nombrados 341 son profesionales de la salud: 163 médicos y 176 otros profesionales de salud, 31 profesionales categorizados (abogado, contador, especialista administrativo, estadístico, entre otros), 354 Técnicos categorizados y 214 Auxiliar categorizado.

- De los trabajadores Contrato CAS: 507 son profesionales y 324 no profesionales.

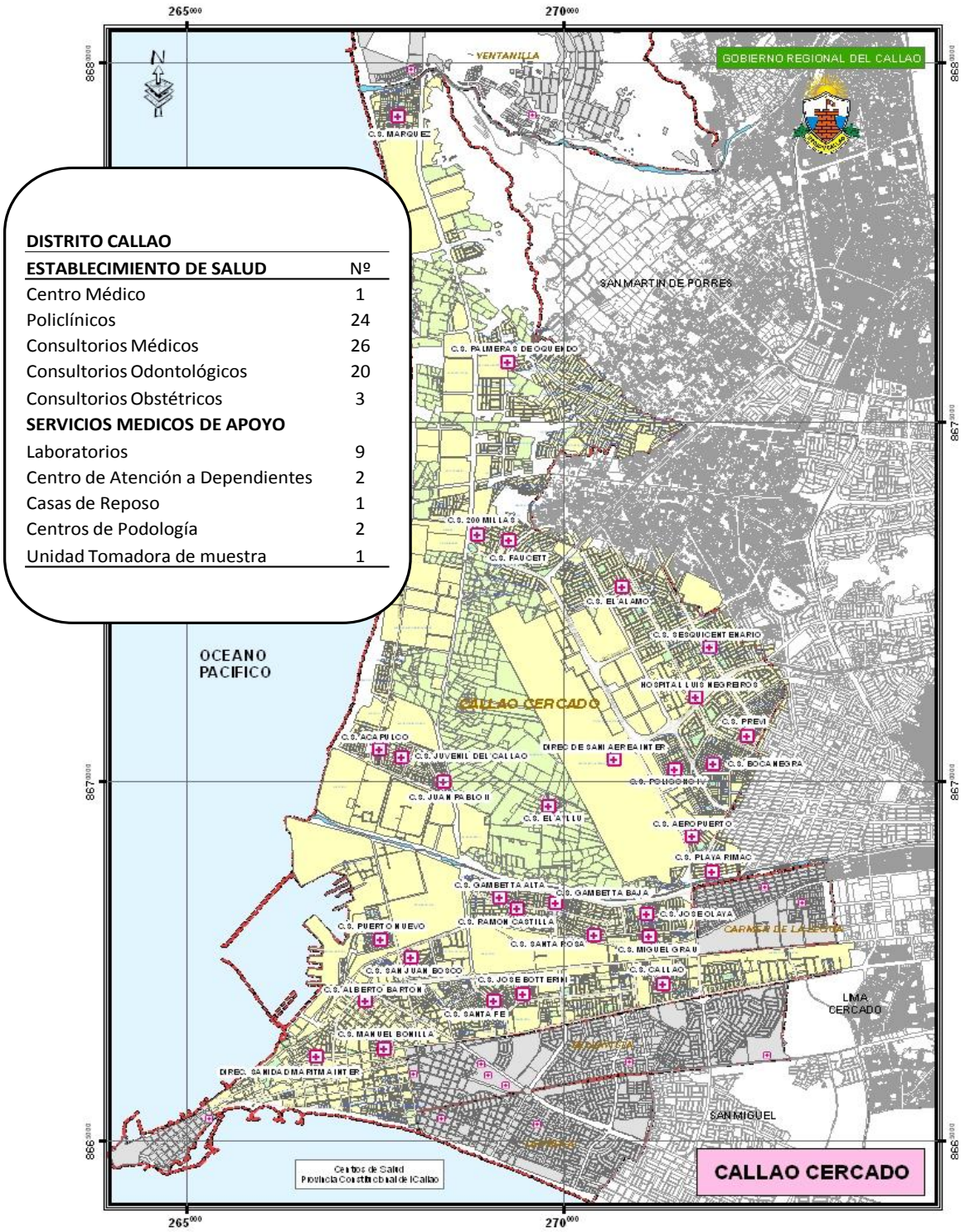
4.3.3. OFERTAS DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE LA REGION CALLAO

OFERTA DE SERVICIOS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

OFERTA DE SALUD DISTRITO CALLAO



DISTRITO CALLAO	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	**Nº**
Centro Médico	1
Policlínicos	24
Consultorios Médicos	26
Consultorios Odontológicos	20
Consultorios Obstétricos	3
SERVICIOS MEDICOS DE APOYO	
Laboratorios	9
Centro de Atención a Dependientes	2
Casas de Reposo	1
Centros de Podología	2
Unidad Tomadora de muestra	1

Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

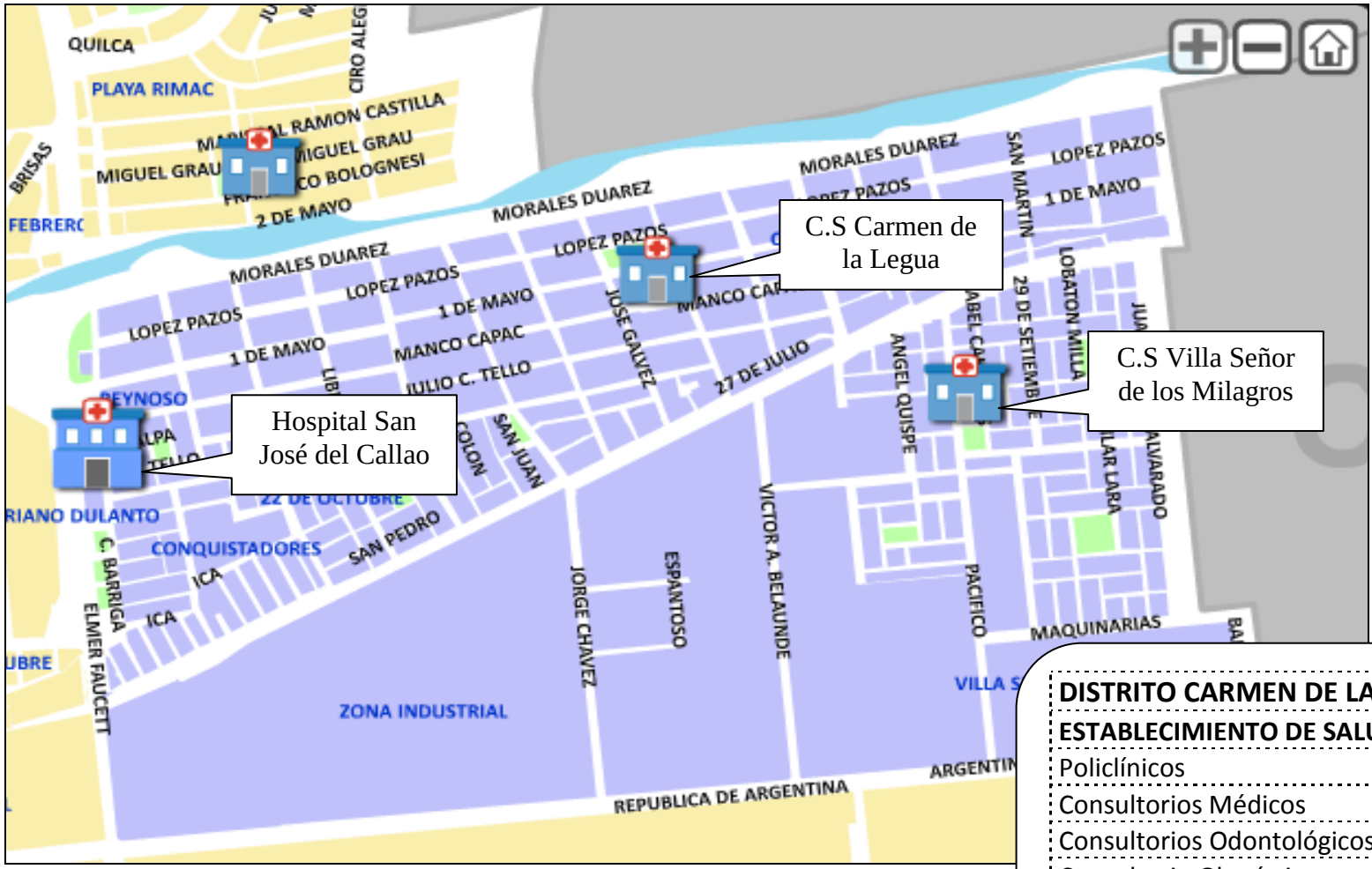
OFERTA DE SALUD DISTRITO LA PUNTA



DISTRITO CARMEN LA PUNTA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nº
Policlínicos	0
Consultorios Médicos	0
Consultorios Odontológicos	0
Consultorio Obstétrico	0
SERVICIOS MEDICOS DE APOYO	
Laboratorios	0
Centro óptico	0

Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

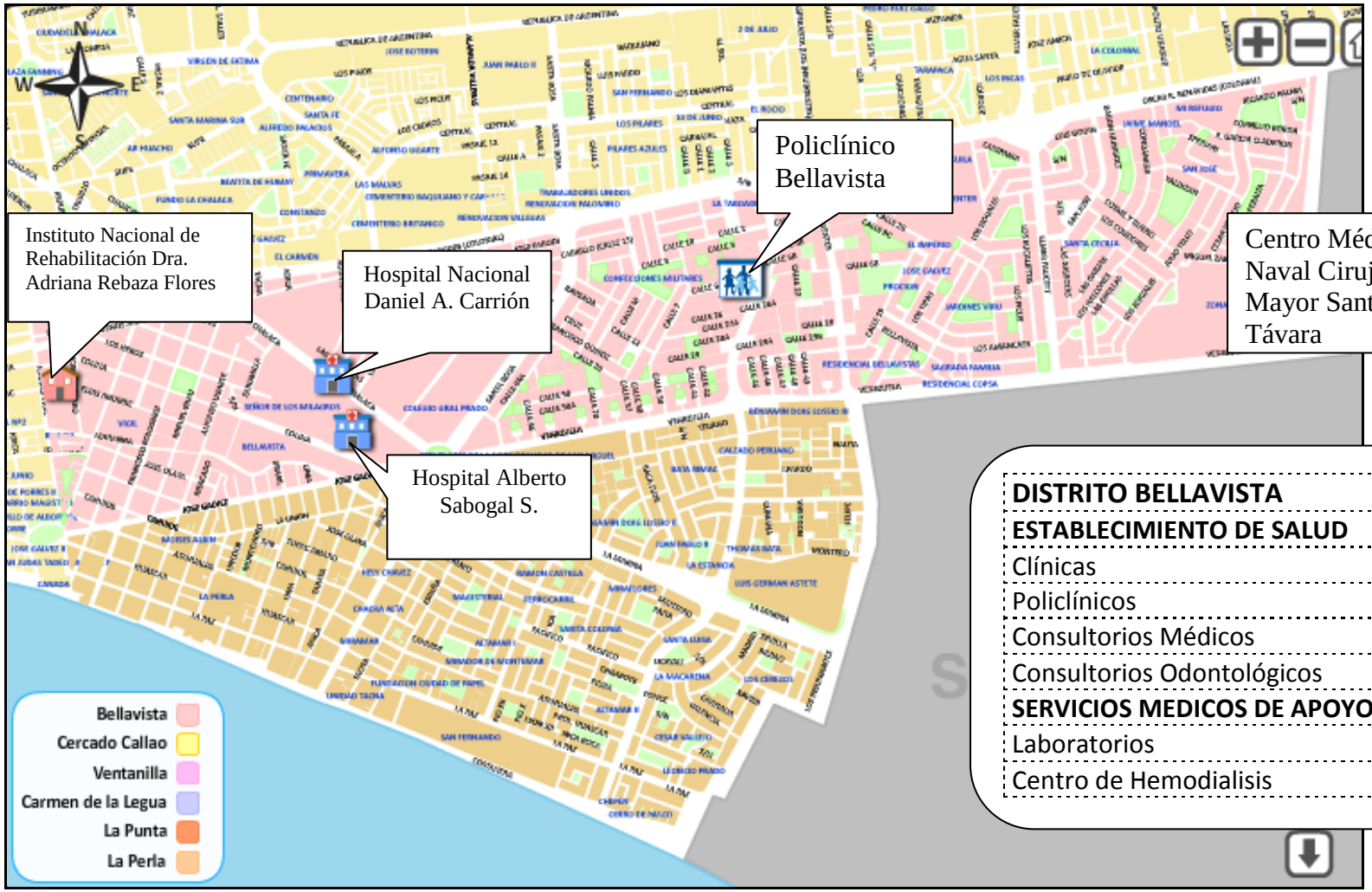
OFERTA DE SALUD DISTRITO CARMEN DE LA LEGUA



DISTRITO CARMEN DE LA LEGUA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nº
Policlínicos	9
Consultorios Médicos	11
Consultorios Odontológicos	11
Consultorio Obstétrico	5
SERVICIOS MEDICOS DE APOYO	
Laboratorios	3
Centro óptico	1

Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

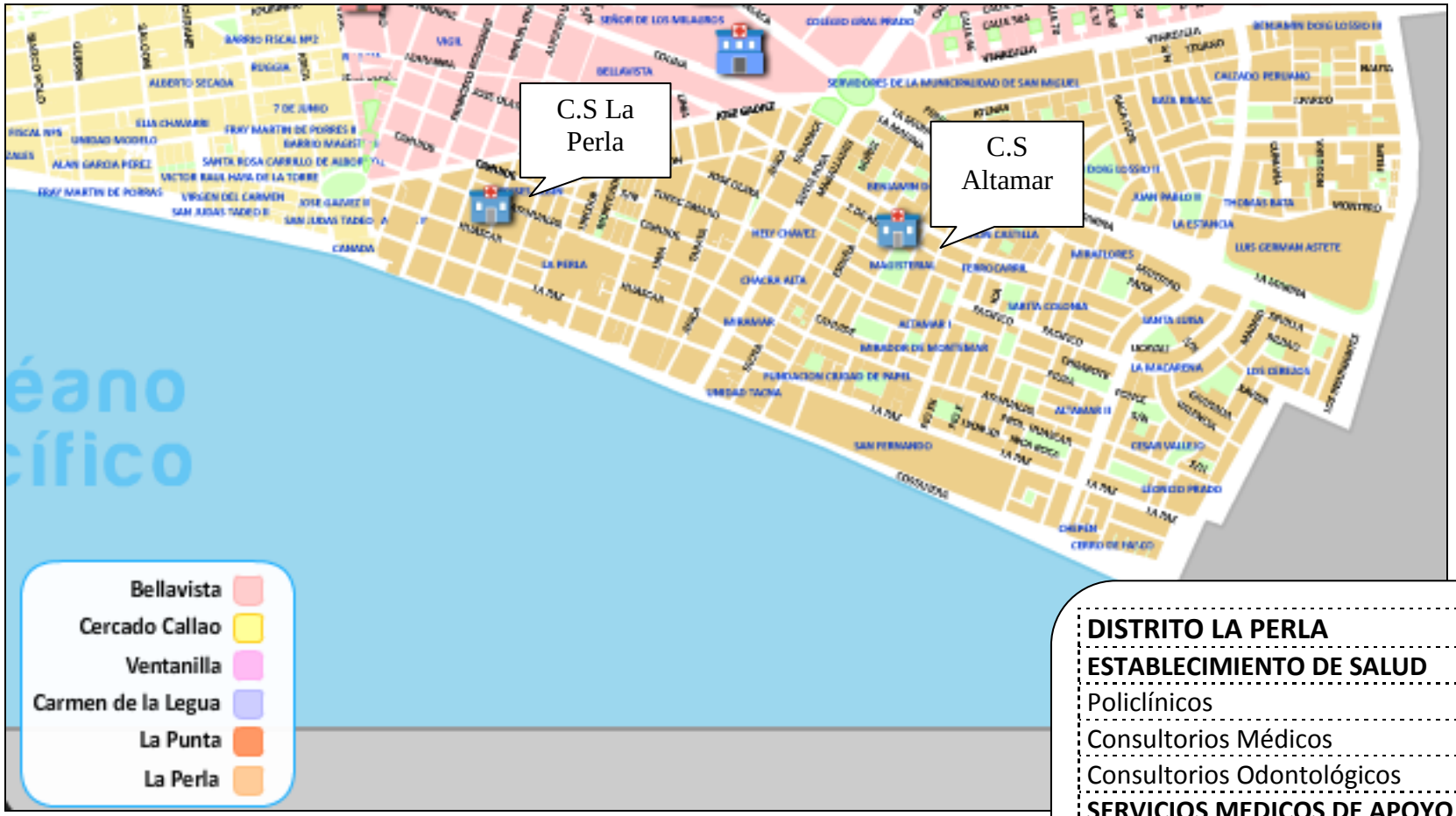
OFERTA DE SALUD DISTRITO BELLAVISTA



DISTRITO BELLAVISTA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nº
Clínicas	1
Policlínicos	3
Consultorios Médicos	8
Consultorios Odontológicos	8
SERVICIOS MEDICOS DE APOYO	
Laboratorios	2
Centro de Hemodialisis	3

Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

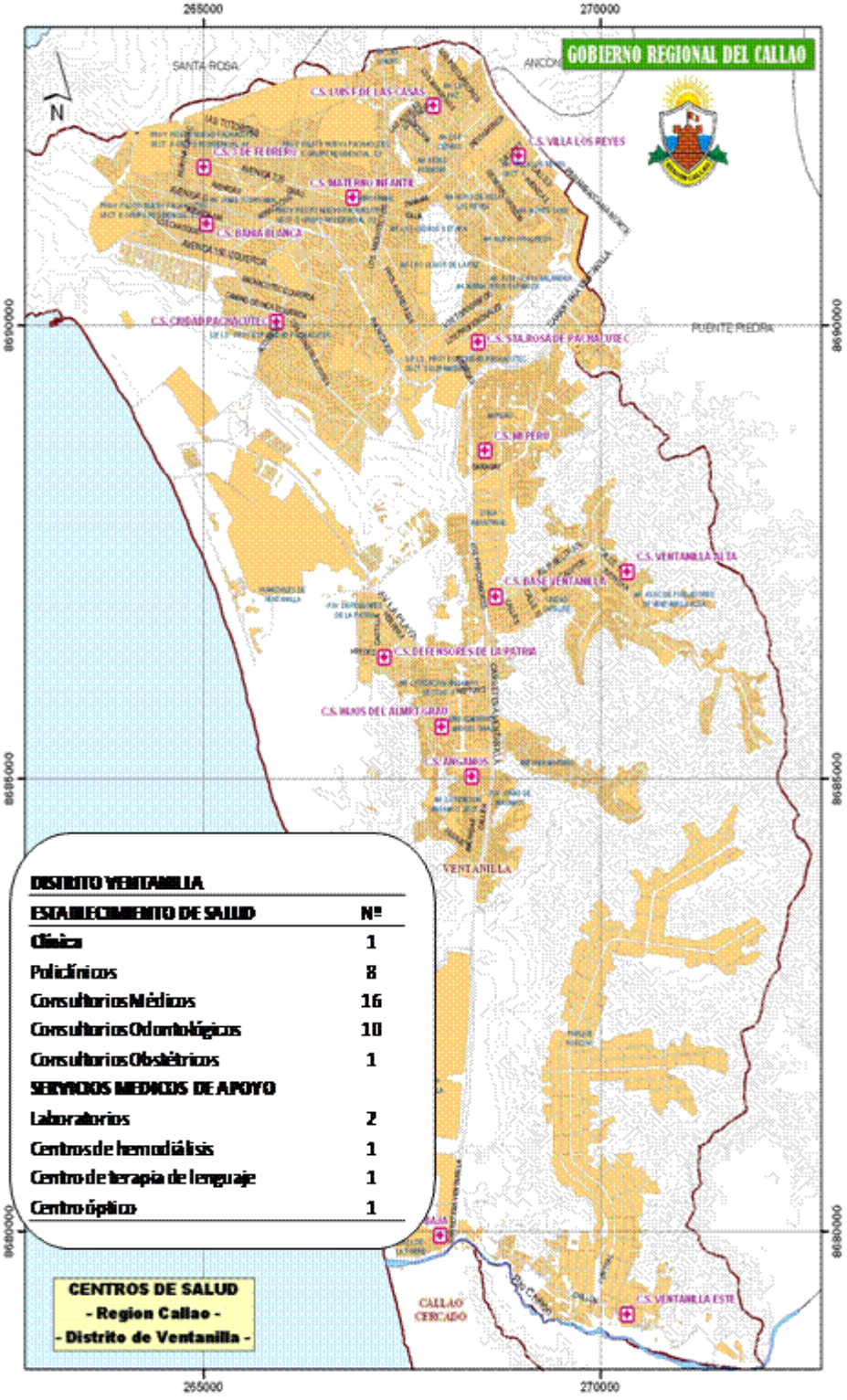
OFERTA DE SALUD DISTRITO LA PERLA



DISTRITO LA PERLA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nº
Policlínicos	2
Consultorios Médicos	9
Consultorios Odontológicos	12
SERVICIOS MEDICOS DE APOYO	
Centro de Hemodiálisis	1

Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

OFERTAS DE OTROS SERVICIOS DE VENTANILLA



DISTRITO VENTANILLA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	**Nº**
Clínica	1
Policlínicos	8
Consultorios Médicos	16
Consultorios Odontológicos	10
Consultorios Obstétricos	1
SERVICIOS MEDICOS DE APOYO	
Laboratorios	2
Centros de hemodiálisis	1
Centro de terapia de lenguaje	1
Centro óptico	1

4.4. DETERMINANTES POLITICOS

4.4.1. ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD

DIRECCION DE ECONOMIA

El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para el año 2010 ascendió a S/.53,063,141.00 Nuevos soles.

El presupuesto Institucional Modificado (PIM) ascendió en S/.62,153,743.00 Nuevos Soles con una distribución del 76% para Recursos Ordinarios,15% Recursos Directamente Recaudados,8% Donaciones y Transferencias y 1% para recursos Determinado.

INGRESOS

- La captación fue de S/.8,381,227.24 Nuevos Soles.
- La dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales recaudo el 49%.
- La dirección Ejecutivas de redes de Salud el 34% (11% corresponde al Hospital de ventanilla).
- La sede Central el 17%. (12% corresponde al saldo de Balance 2009).

DISTRIBUCION DE INGRESOS

- 10.57% Venta de Bienes: Ventas de Medicinas, Vacunas y Venta de Bases.
- 52.72% en Derechos y Tasas Administrativos: Autorizaciones, Inspecciones y Control Sanitario; Certificados Médicos, Pases Sanitarios, Carnets y/o Tarjetas de Atención y Otros Derechos.
- 23.22% Venta de Servicios: Atenciones médicas, Atención Dental, Exámenes de laboratorio, electrocardiograma, Diagnostico por imágenes, otros exámenes y otros servicios de salud.
- 0.03% Rentas de la Propiedad: Intereses por depósitos;
- 0.72% Multas y Sanciones no tributarias: Multas o sanciones y otros por incumplimiento en la entrega oportuna de los bienes o servicios.
- 0.81% Ingresos Diversos: Venta de chatarra y otros ingresos por impugnaciones, devoluciones y otros.
- 11.92% Saldo de Balance, correspondiente al saldo del ejercicio 2009.

EJECUCION DEL GASTO

- El 55.65% en Gastos de Personal y Obligaciones Sociales, Gasto del personal activo del sector público con vinculo laboral, así como otros beneficios y obligaciones del empleador (CTS y ESSALUD).
- El 1.18% en gastos de Pensiones y Otras Prestaciones Sociales, Gasto para el personal pensionista y otros beneficios del personal cesante.
- El 39.63% Gastos Bienes y Servicios, Gastos para adquisición de bienes y servicios de diversa naturaleza prestados por personas naturales sin vinculo laboral (CAS) y personas jurídicas.
- El 0.53% en otros Gastos, que no implican contraprestación de bienes y servicios, tales como transferencias financieras orientadas al gasto corriente

como son al ACLAS Forjando-Salud por las remesas recibidas del SIS (Donaciones y Transferencias).

- El 2.94% en Gastos adquisición de Activos No Financieros, por Adquisición de equipamiento médico, de oficina, de cómputo con carácter permanente así como la reposición de los mismos.

EJECUCION DEL GASTO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO

- 78% Recursos Ordinarios,
- 13% Recursos Directamente Recaudados
- 8% Donaciones y Transferencias
- 1% Recursos Determinados.

DIRECCION DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

EJECUCION PRESUPUESTAL 2009-2010

- La Ejecución Presupuestal realizada en el periodo 2010 se dio en función a las necesidades presentadas de los establecimientos de salud, considerando también al Hospital de Ventanilla.
- El porcentaje de Ejecución del año 2009 es mayor que el año 2010 con relación al Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), mientras que la ejecución del año 2009 con relación al Presupuesto Institucional Modificado (PIM)

AVANCE Y SALDO PRESUPUESTAL
AÑO 2009 VS. 2010

PERIODO	EJECUCION DEL PRESUPUESTO				AVANCE DE LA EJECUCION	
	PIA (1)	PIM (2)	EJECUCION (3)	SALDO (4)	APERTURA (3) / (1)	MODIFICADO (3) / (2)
AÑO 2009	45,781,868	62,975,441	59,079,748.00	3,895,693.00	129.05	93.81
AÑO 2010	53,063,141	62,153,743	60,211,206.28	1,942,536.72	113.47	96.87

FUENTE: SIAF-MPP 2009-2010

COMPARATIVO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL PERIODO 2009 VS. 2010
A NIVEL DE GENERICA DE GASTO

A TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO

GENERICA DEL GASTO		TODA FUENTE		
		AÑO 2009	AÑO 2010	DIFERENCIA
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	33,019,542.31	33,494,503.01	474,960.70
2.2	OBLIGACIONES PREVISIONALES	595,371.83	712,580.33	117,208.50
2.3	BIENES Y SERVICIOS	22,766,197.25	23,912,498.97	1,146,301.72
2.5	OTROS GASTOS	544,395.10	321,908.66	(222,486.44)
2.6	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2,119,632.98	1,769,715.31	(349,917.67)
	TOTAL	**59,045,139.47**	**60,211,206.28**	**1,166,066.81**

FUENTE: SISTEMA SIAF-MPP, SIAF ADMINISTRATIVO

FUENTE: SIAF-MPP 2009-2010

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL AÑO 2010

A NIVEL DE FUENTE DE FINANCIAMIENTO

GENERICA DEL GASTO		FTE. DE FTO. 1 RECURSOS ORDINARIOS				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	26,120,729	30,033,551	29,840,841.27	99.36	192,709.73
2.2	PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	741,633	777,033	595,371.83	76.62	181,661.17
2.3	BIENES Y SERVICIOS	8,657,807	12,335,636	12,286,195.11	99.60	49,440.89
2.5	OTROS GASTOS	150,000	208,845	205,581.68	98.44	3,263.32
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1,000,000	1,880,051	1,765,003.98	93.88	115,047.02
	TOTAL	**36,670,169**	**45,235,116**	**44,692,993.87**	**98.80**	**542,122.13**

GENERICA DEL GASTO		FTE. DE FTO. 2 RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	3,713,090	3,713,090	3,178,701.04	85.61	534,388.96
2.3	BIENES Y SERVICIOS	3,966,910	6,634,196	6,204,423.30	93.52	429,772.70
2.5	OTROS GASTOS	-	-	-	-	-
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1,431,699	1,526,699	238,863.50	15.65	1,287,835.50
	TOTAL	**9,111,699**	**11,873,985**	**9,621,987.84**	**81.03**	**2,251,997.16**

GENERICA DEL GASTO		FTE. DE FTO. 4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (SIS)				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.3	BIENES Y SERVICIOS	-	5,234,760	4,310,187.05	82.34	924,572.95
2.5	OTROS GASTOS	-	99,950	99,949.92	100.00	0.08
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	-	531,630	354,629.00	66.71	177,001.00
	TOTAL	**-**	**5,866,340**	**4,764,765.97**	**81.22**	**1,101,574.03**

GENERICA DEL GASTO		TODA FUENTE				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
51	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	29,833,819	33,746,641	33,019,542.31	97.85	727,098.69
52	OBLIGACIONES PREVISIONALES	741,633	777,033	595,371.83	76.62	181,661.17
53	BIENES Y SERVICIOS	12,624,717	24,204,592	22,800,805.46	94.20	1,403,786.54
54	OTROS GASTOS CORRIENTES	150,000	308,795	305,531.60	98.94	3,263.40
67	OTROS GASTOS DE CAPITAL	2,431,699	3,938,380	2,358,496.48	59.88	1,579,883.52
	TOTAL	**45,781,868**	**62,975,441**	**59,079,747.68**	**93.81**	**3,895,693.32**

Fuente: SIAF-MMP 2008 (26.01.2010)

PROYECTOS EJECUTADOS 2009-2010

- En el marco de las intervenciones realizadas a los establecimientos de salud mediante proyectos de inversión, se verifica el incremento de los servicios de calidad brindados por los establecimientos a los usuarios, lo que ha generado una mayor cobertura de la demanda de atenciones.
- En el período 2008-2009 y 2010 se han intervenido (inaugurado) 8 establecimientos de salud, mejorando notablemente su infraestructura y dotándolo de Equipamiento Biomédico de última generación.

PROYECTOS EJECUTADOS(ENTREGADOS)				
Nº	CODIGO SNIP	NOMBRE DEL PROYECTO	MONTO DE INVERSION	FECHA DE ENTREGA
2008				
1	14579	RECONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD CARMEN DE LA LEGUA	S/. 1,892,164.48	23/04/2008
2	14484	REHABILITACIÓN, AMPLIACIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD MI PERÚ	S/. 2,035,563.00	24/08/2008
3	14486	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE PACHACUTEC	S/. 1,758,333.20	14/11/2008
4	2544	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD EL ALAMO	S/. 1,670,643.57	05/12/2008
2009				
5	14526	AMPLIACIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BOSCO	S/. 1,396,994.98	23/01/2009
6	2952	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD TIPO I - VENTANILLA BAJA	S/. 1,271,885.00	09/06/2009
2010				
7	10431	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD DEFENSORES DE LA PATRIA	S/. 2,732,039.00	19/04/2010
8	112272	RECONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERU COREA-DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA-DIRESA CALLAO, DISTRITO DE BELLAVISTA - CALLAO - CALLAO	S/. 5,986,132.00	21/12/2010
TOTAL INVERTIDO			**S/. 18,743,755.23**	

FUENTE: UNIDAD DE PROYECTOS DE INVERSIÓN-DIRESA CALLAO

Se ha invertido S/. 18, 743,755.23 **Nuevos Soles** en mejorar los establecimientos de la DIRESA Callao como se muestra en el cuadro precedente. A continuación imágenes del antes y después de la ejecución de los proyectos:



Centro de Salud Carmen de la Legua



Centro de Salud Mi Perú



Centro de Salud Santa Rosa de Pachacutec



Centro de Salud El Álamo



Centro de Salud San Juan Bosco

4.5. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD

4.5.1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

MORTALIDAD GLOBAL

El INEI estima para el Perú una Tasa Bruta de Mortalidad (TMG) de 6 por 1000 habitantes. Para el año 2009 la Oficina de Estadística de la DIRESA Callao registra en la Región Callao 3,496 defunciones representando una TGM de 4 por 1000 habitantes, para una población estimada por INEI de 863,793 habitantes. Esta tasa en el Callao es mayor, si la comparamos con la de años anteriores, en que fluctuaba en menos de 3 y 3. 8 en el año 2008.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR DISTRITOS. REGION CALLAO, AÑO 2009

DISTRITOS	Nº DEFUNCIONES	POBLACIÓN	TASAS X 1000
TOTAL REGIONAL	**3,496**	**863,793**	**4.0**
CALLAO	1,780	376,507	4.7
BELLAVISTA	556	70,788	7.9
CARMEN DE LA LEGUA	186	39,930	4.7
LA PERLA	336	57,850	5.8
LA PUNTA	48	8,544	5.6
VENTANILLA	590	310,174	1.9

Fuente : Certificado de Defunción / RENIEC

- Se evidencia que de los 6 distritos el distrito de Bellavista muestra la mayor TMG 7,9 por mil hab. (556 defunciones) representando el 15.9% del total de las defunciones de toda la región; seguido por el distrito de La Perla con una TMG de 5.8 por mil hab. (336 defunciones) 9.6% de total de defunciones.
- El distrito de La Punta TMG de 5.6 por mil hab. (48 defunciones) 1.3% del total de defunciones. El distrito de Carmen de La Legua y El Callao muestran una TMG de 4.7 por mil hab, (186 y 1,780 respectivamente) 5,3% y 50.9% del total de defunciones.
- El distrito con menor TMG es el distrito de Ventanilla con 1.9 por mil hab, (590 defunciones) 16,8% del total de defunciones.

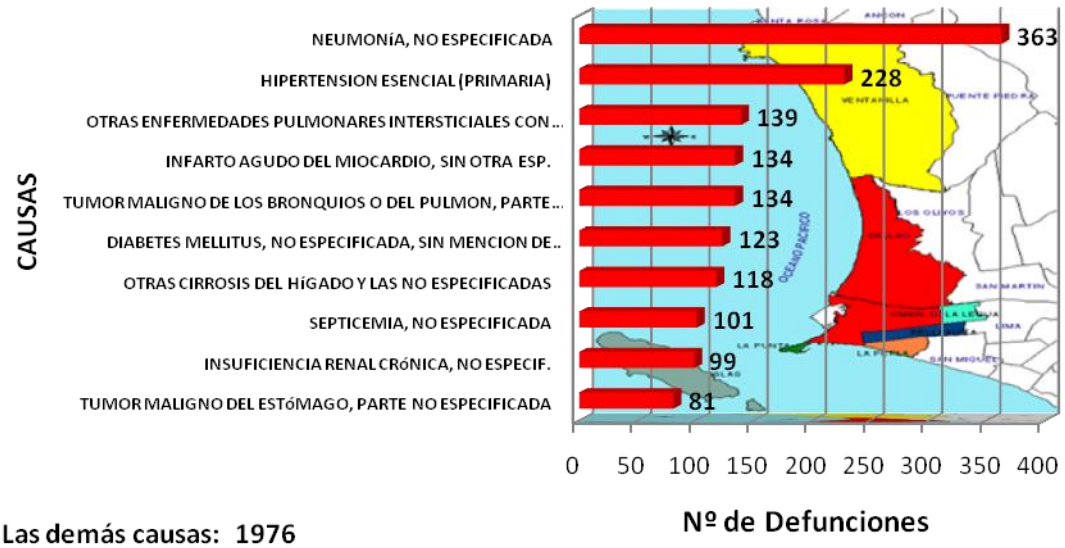


Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

- La distribución de las defunciones según sexo: el sexo masculino muere en mayor proporción 55% (1916 defunciones) que las mujeres 45% (1580 defunciones) en todos los grupos de edad.

DIEZ PRIMERAS CAUSA DE MORTALIDAD
REGION CALLAO, 2009



Las demás causas: 1976
Total defunciones: 3496

Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

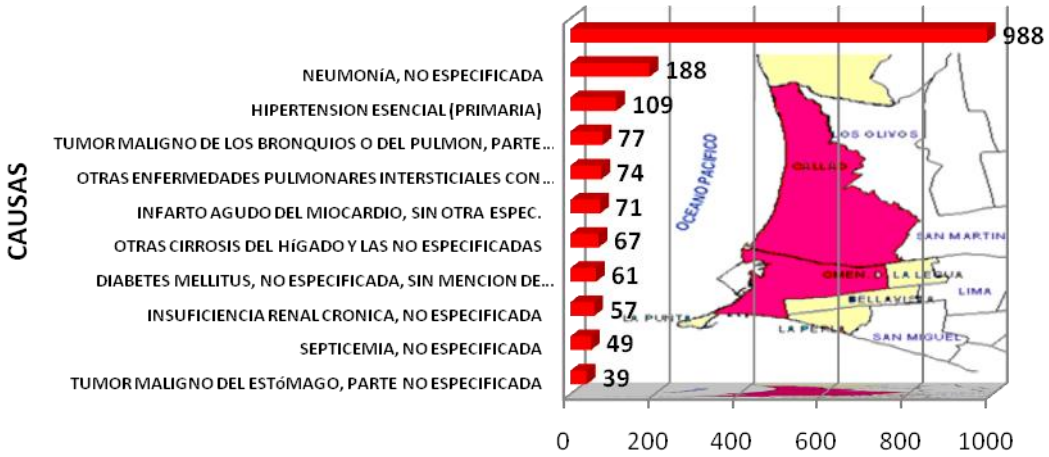
- El 2009 fallecieron 3,496 personas. La principal causa de muerte en la población de la DIRESA Callao es la Neumonía 10.38% (363 defunciones) del total de defunciones seguido por la Hipertensión Esencial 6.5% (228 defunciones).
- Como tercera causa otras enfermedades pulmonares intersticiales 3.97% (139 defunciones).
- Las otras causas de mortalidad dentro de las diez principales causas son Infarto agudo del Miocardio 3.8% (134), Tumor maligno de los bronquios o pulmón 3.8% (134), Diabetes Mellitus 3.5% (123), Cirrosis hepática 3.3% (118), Septicemia 2.9% (101), Insuficiencia Renal crónica 2.8% (99) y Tumor maligno de estómago 2.3 % (81).

MORTALIDAD POR DISTRITOS

- En el 2009 en el **Distrito del Callao** fallecieron 1780 personas, las diez principales causas fueron similares a las regionales, estas son: Neumonía 10.56% (188), Hipertensión esencial 6.12% (109), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 4.32% (77), otras enfermedades pulmonares intersticiales 4.15% (74), Infarto Agudo del Miocardio 3.98% (71), Cirrosis hepática 3.76% (67), Diabetes Mellitus 3.7% (61), Insuficiencia renal crónica

3.2% (57), Septicemia 2.75% (49) y Tumor maligno de estómago 2.19% (39)del total de defunciones del distrito Callao.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTABILIDAD DEL DISTRITO DEL CALLAO
REGION CALLAO, 2009



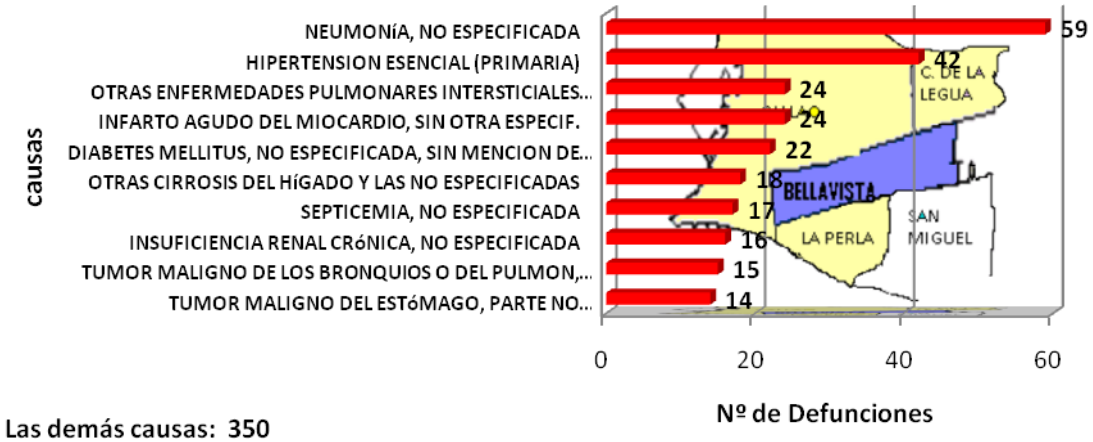
Las demás causas: 988
Total defunciones: 1780

Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

- En el 2009 en el **Distrito Bellavista** fallecieron 556 personas, las diez principales causas fueron similares a las regionales, estas son: Neumonía 10.6% (59), Hipertensión esencial 7.5% (42), otras enfermedades pulmonares intersticiales 4.3% (24), Infarto Agudo del Miocardio 4.3% (24), Diabetes Mellitus 3.9% (22), Cirrosis hepática 3.2% (18), Septicemia 3% (17), Insuficiencia renal crónica 2.8% (16), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 2.7% (15) y Tumor maligno de estómago 2.5% (14) del total de defunciones del distrito Bellavista.

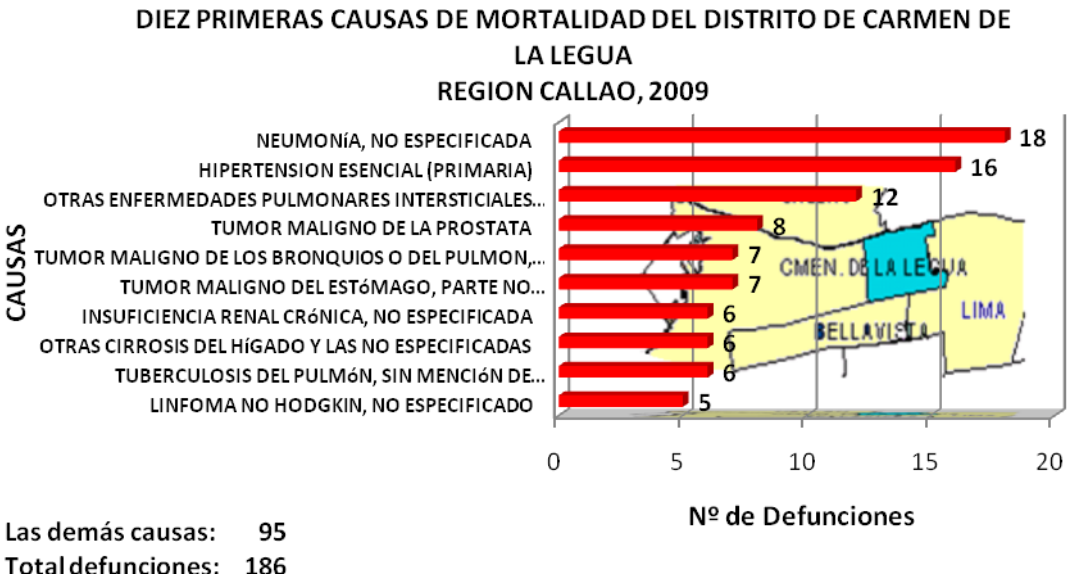
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DEL DISTRITO DE BELLAVISTA
REGION CALLAO, 2009



Las demás causas: 350
Total defunciones: 556

Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

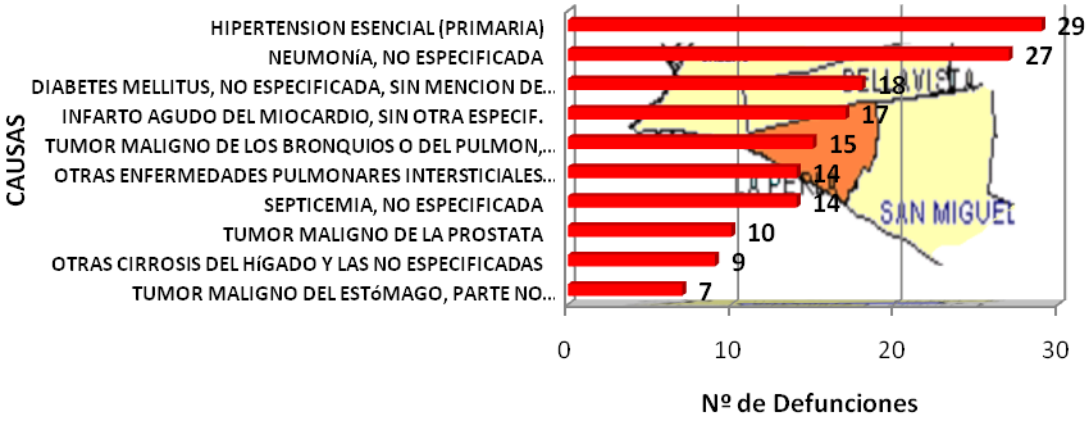
- En el 2009 en el **Distrito de Carmen de la Legua** fallecieron 186 personas, las diez principales causas fueron similares a las regionales, a excepción del Tumor maligno de la próstata, Tuberculosis pulmonar y Linfoma de Hodgkin que se incluyeron como causas de muerte en este distrito. La primera causa de morir es la Neumonía 9.6% (18), seguida de la Hipertensión esencial 8.6% (16), otras enfermedades pulmonares intersticiales 6.4% (12), Tumor maligno de la próstata 4.3% (8), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 3.7% (7), Tumor maligno de estómago 3.7% (7), Insuficiencia renal crónica 3.2% (6), Cirrosis hepática 3.2% (6), Tuberculosis pulmonar 3.2% (6) y Linfoma de Hodgkin 2.6% (5) del total de defunciones del distrito de Carmen de la Legua.
- En el 2009 en el **Distrito de La Perla** fallecieron 336 personas, las diez principales causas fueron similares a las regionales, a excepción de que en este distrito la primera causa es la Hipertensión esencial 8.6% (29), seguida de Neumonía 8% (27), Diabetes Mellitus 5.3% (18), Infarto Agudo del Miocardio 5% (17), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 4.4% (15), otras enfermedades pulmonares intersticiales 4.1% (14), Septicemia 4.1% (14), Tumor maligno de la próstata 2.9% (10), Cirrosis hepática 2.6% (9) y Tumor maligno de estómago 2% (7) del total de defunciones del distrito de la Perla.



Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

- En el 2009 en el **Distrito de La Punta** fallecieron 48 personas, las diez principales causas fueron similares a las regionales, estas son: Neumonía 14.6% (7), Insuficiencia renal crónica 6.2% (3), Infarto Agudo del Miocardio 4.1% (2), Hipertensión esencial 4.1% (2), Diabetes Mellitus 4.1% (2), Tumor maligno de sitios no especificados 4.1% (2), Tumor maligno de la próstata 4.1% (2), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 4.1% (2), Septicemia 4.1% (2) y Tumor maligno de estómago 2% (1) del total de defunciones del distrito de la Punta.
- En el 2009 en el **Distrito Ventanilla** fallecieron 359 personas, las diez principales causas fueron similares a las regionales, a excepción de que en este distrito una causas de morir es la exposición a factores no especificados, así como la Tuberculosis pulmonar y la Bronconeumonía. La primera causa de morir es la Neumonía 17.8% (64), Hipertensión esencial 8.3% (30), exposición a factores no determinados 6.1% (22), Cirrosis hepática 5% (18), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 5% (18), Tuberculosis pulmonar 4.7% (17), Bronconeumonía 4.4% (16), Infarto Agudo del Miocardio 4.4% (16), Diabetes Mellitus 4.1% (15) y Septicemia 4.1% (15) del total de defunciones del distrito de Ventanilla.

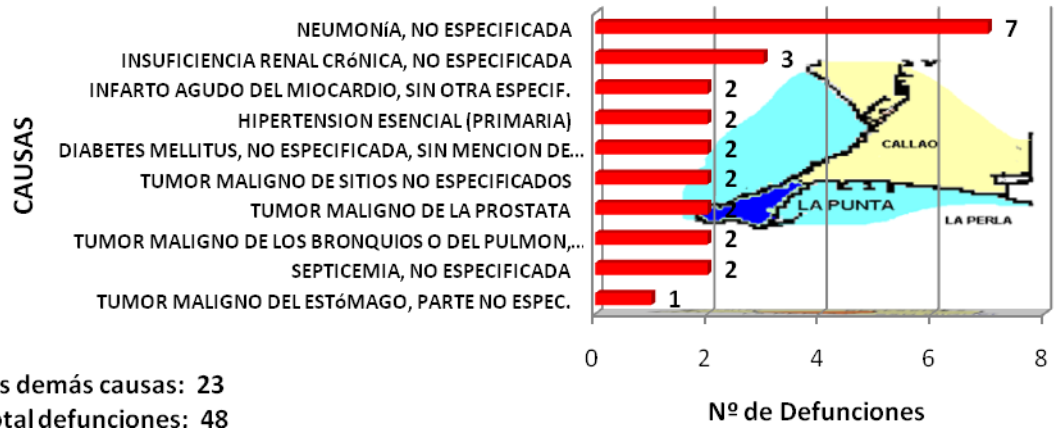
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTABILIDAD DEL DISTRITO DE LA PERLA REGION CALLAO, 2009



Las demás causas: 176
Total defunciones: 336

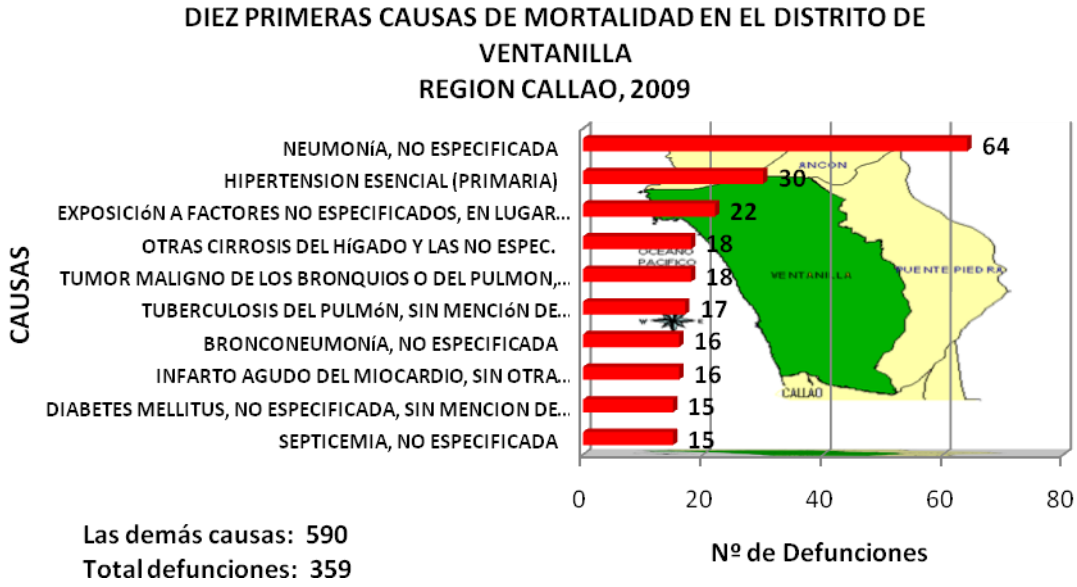
Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTABILIDAD DEL DISTRITO DE LA PUNTA REGION CALLAO, 2009



Las demás causas: 23
Total defunciones: 48

Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

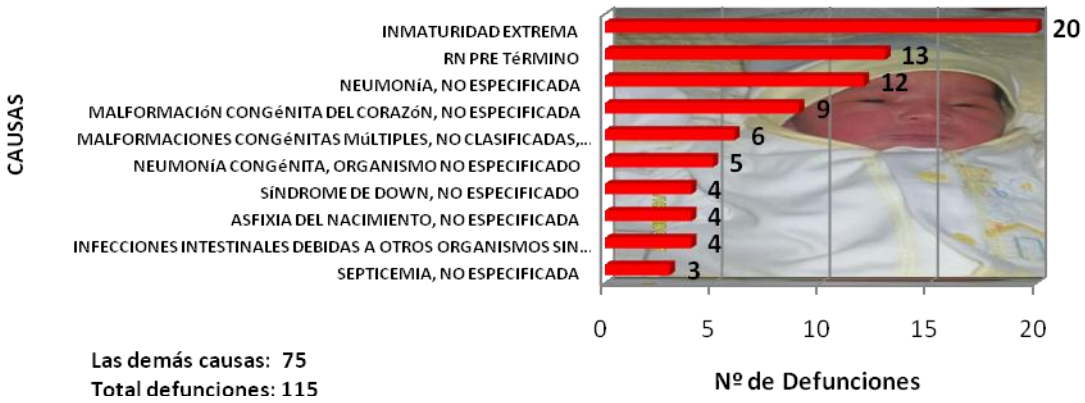


Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

MORTALIDAD POR ETAPAS DE VIDA

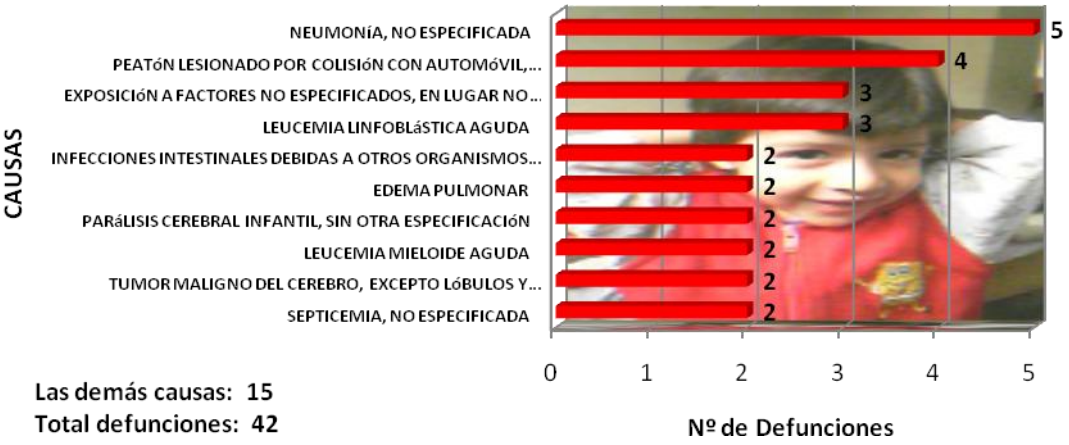
- En la **etapa de vida niño (menores de 1 año)** ocurrieron 115 defunciones. Las principales causas de muerte fueron las producidas por prematuridad del recién nacido: Prematuridad extrema 17.4% (20 defunciones), RN pre término 11.3% (13 defunciones); seguidas por las infecciosas: Neumonía 10.4% (12 defunciones) juntas representan el 39.1% del total de defunciones en menores de 1 año. Siguen en orden Malformación congénita del corazón 7.8% (9 defunciones), Neumonía congénita 4.3% (5 defunciones), Síndrome Down 3.5% (4 casos), Asfixia del Nacimiento 3.5% (4 casos), Infecciones Intestinales 3.5% (4) y Septicemia 2.6% (3).
- En la **etapa de vida niño (1 a 9 años)** ocurrieron 42 defunciones. Dentro de las diez principales causas de muerte se encuentra como primera causa Neumonía 12% (5), seguida de Peatón lesionado por colisión de con automóvil 9.5% (4), Exposición a factores no especificados 7.1% (3), Leucemia Linfoblástica aguda 7.1% (3), Infecciones Intestinales 4.7% (2), Edema pulmonar 4.7% (2), Parálisis cerebral infantil 4.7% (2), Leucemia mieloide aguda 4.7% (2), Tumor maligno del cerebro 4.7% (2) y septicemia 4.% (2).
- En la **etapa de vida adolescente (10 a 19 años)** ocurrieron 49 defunciones**,** la principal causa de morir fue la Neumonía 8.1% (4), seguida por Disparo de arma corta 6.1% (3), Edema pulmonar 6.1% (3), Agresión con disparo de arma corta 4% (2), Lesión auto infligida intencionalmente 4% (2), Parálisis cerebral 4% (2), Tumor maligno del tejido conjuntivo 2% (1), Tumor maligno de las vías biliares 2% (1), SIDA 2% (1) y Tuberculosis pulmonar 2% (1). Se observa que en esta etapa de vida las causas de muerte por violencia (Disparo de arma corta y agresión con disparo de arma corta) representan el 10.1% (5) del total de defunciones.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO
REGION CALLAO, 2009

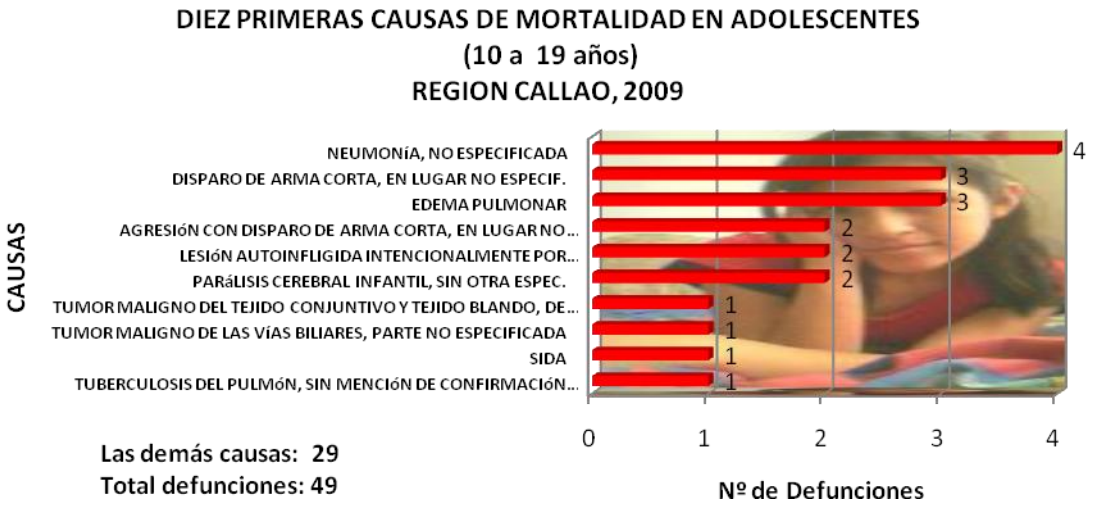


Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS (1 a 9 años)
REGION CALLAO, 2009



Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

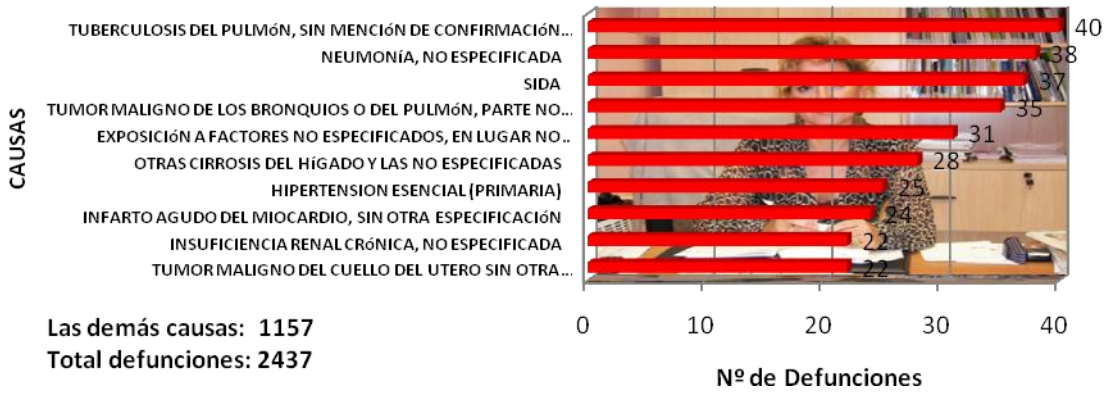


Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

- En la **etapa de vida adultos (20 a 59 años)** ocurrieron 2437 defunciones; la principal causa de morir fue la Tuberculosis pulmonar 1.6% (40), seguida por Neumonía 1.5 % (38), SIDA 1.5% (37), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 1.4% (35), Exposición a factores no especificados 1.3% (31), Cirrosis hepática 1.1% (28), Hipertensión esencial 1% (25), Infarto agudo del miocardio 0.9% (24), Insuficiencia renal crónica 0.9% (22) y Tumor maligno de cuello uterino 0.9% (22).
- En la **etapa de vida adulto mayor (mayor de 60 años)** ocurrieron 813 defunciones**,** la principal causa de morir fue la Neumonía 37.4% (304), seguida por la Hipertensión esencial 24.9% (203), Otras enfermedades pulmonares intersticiales 16.1% (131), Infarto agudo del miocardio 13.4% (109), Diabetes Mellitus 13% (106),Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 12.1% (99), Cirrosis hepática 10.8% (88), Septicemia 10.8% (88),Insuficiencia renal crónica 9.3% (76) y Tumor maligno de la próstata 9.3% (76).

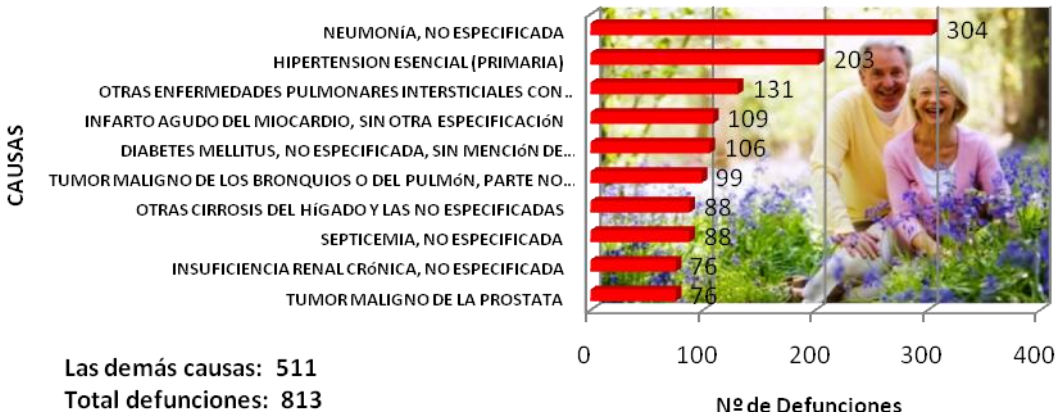
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN ADULTOS (20 a 59 años)
REGION CALLAO, 2009



Las demás causas: 1157
Total defunciones: 2437

Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DEL ADULTO MAYOR
MAYOR DE 60 AÑOS
REGION CALLAO, 2009



Las demás causas: 511
Total defunciones: 813

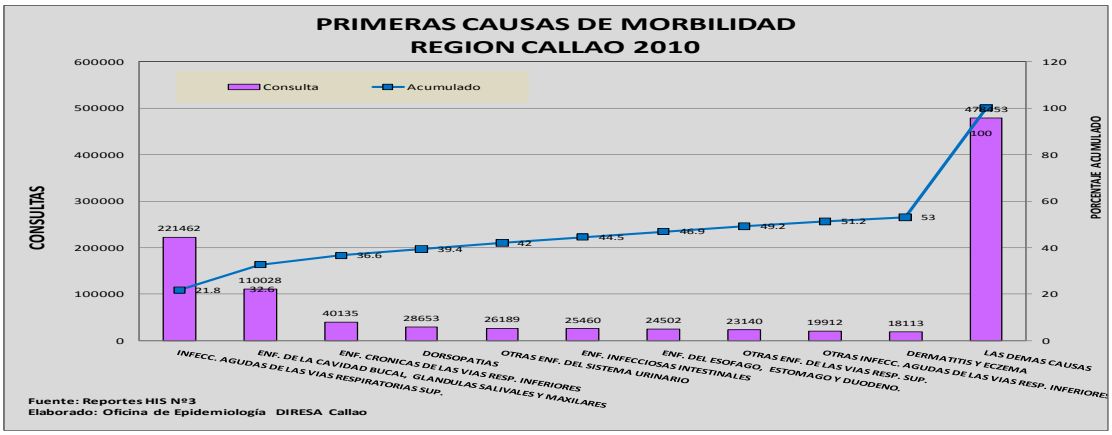
Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

4.5.2. ANALISIS DE LA MORBILIDAD

Morbilidad es definida como el conjunto de enfermedades, así como sus secuelas, incapacidades y otros problemas de salud detectados en una población determinada. La información que se presenta proviene del reporte HIS de la consulta externa de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao durante el 2010.

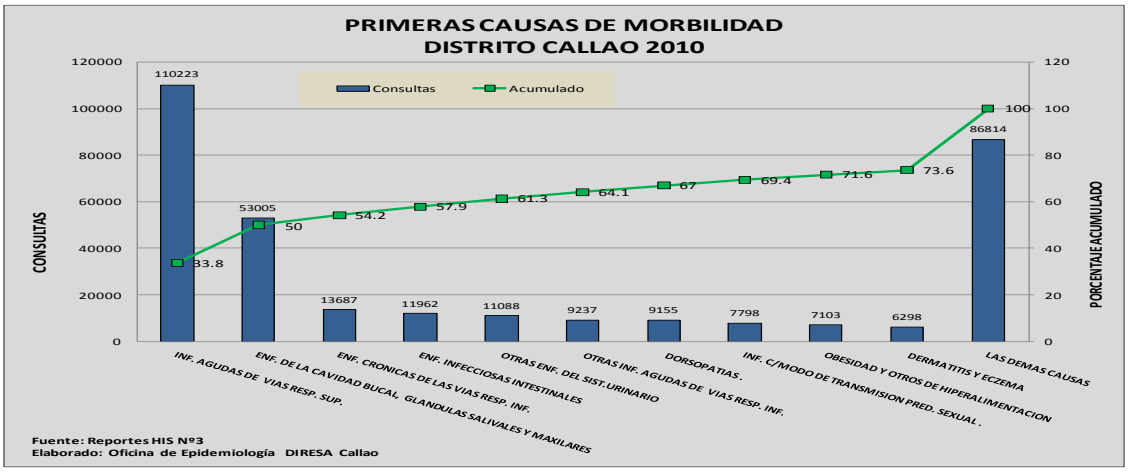
MORBILIDAD GENERAL

Los atendidos en la consulta externa de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao en el 2010 fueron 1´016,047 personas. Las principales causas de atención fueron en primer lugar las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias con 221,462 casos que equivalen al (21.85%) del total de causas de morbilidad, en segundo lugar las enfermedades de la cavidad bucal con 110,028 casos que equivalen al (108%), similar a años anteriores.



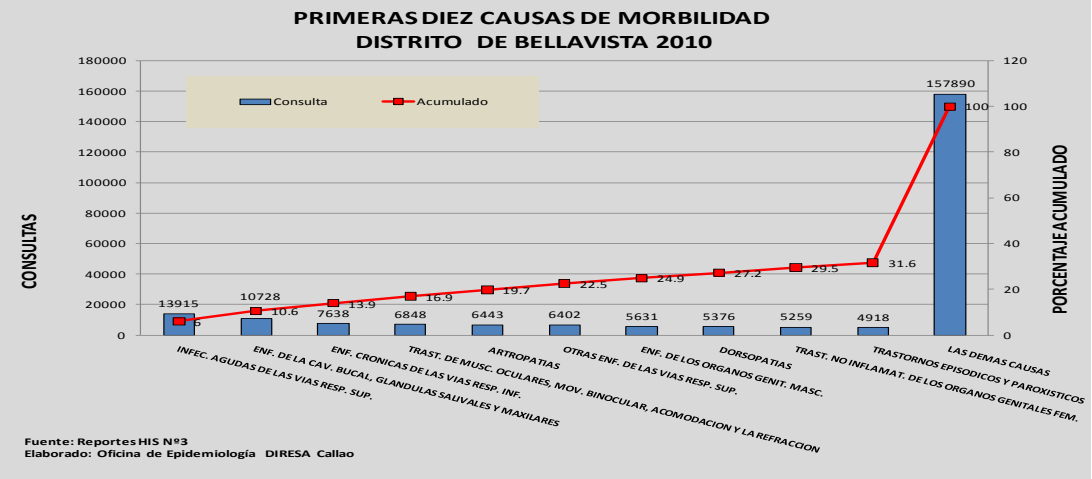
MORBILIDAD POR DISTRITOS

- En el **distrito del Callao** se realizaron 326,370 consultas; las que constituyen el 32.12% del total provincial. Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar con 110,223(33.8%), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 53,005 (50%).



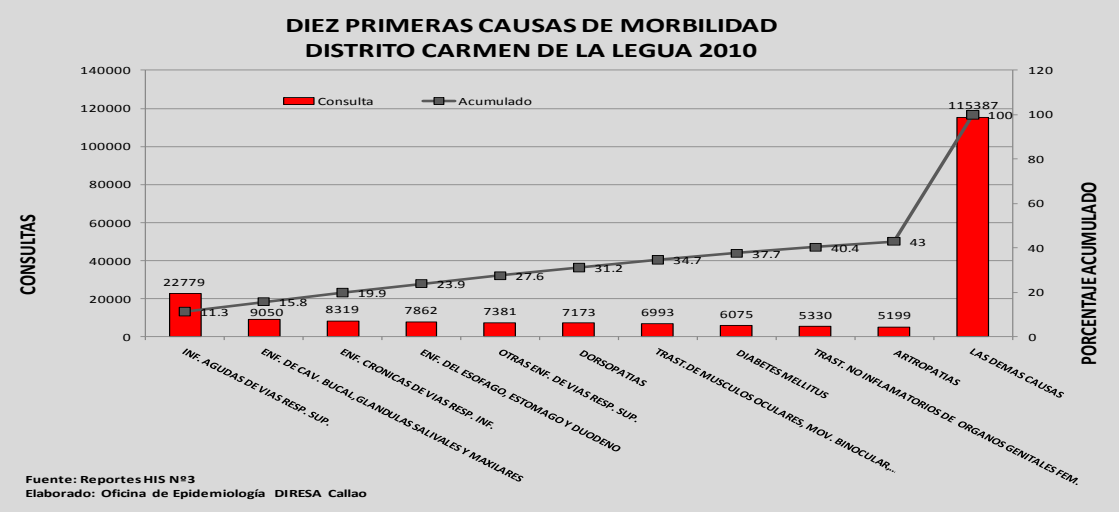
- En el **distrito de Bellavista** se realizaron 231,048 consultas; las que constituyen el 22.74% del total provincial

- Al igual que en años anteriores, las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar con 13,915(13%), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 10,728 (10.6%).

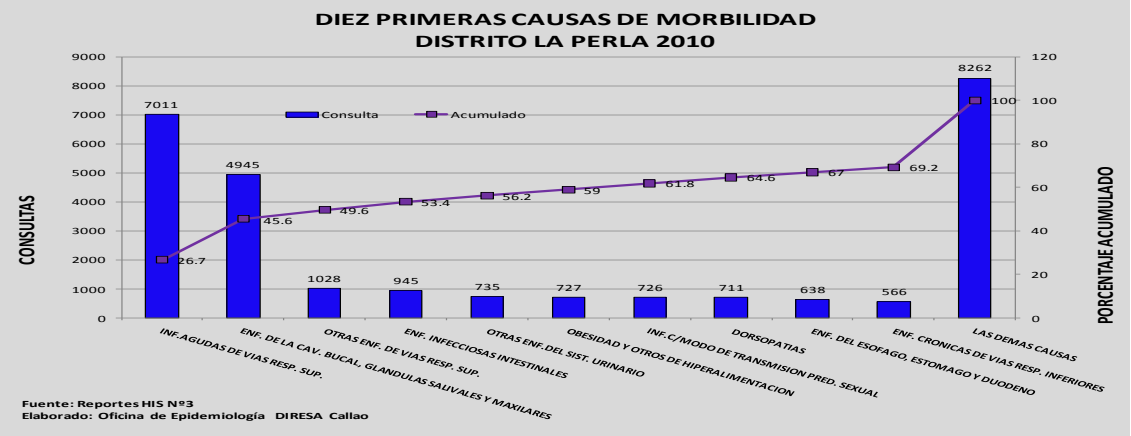


- En el **distrito de Carmen de La Legua** se atendieron 201,548 consultas, que constituyen el 19.84% del total provincial.

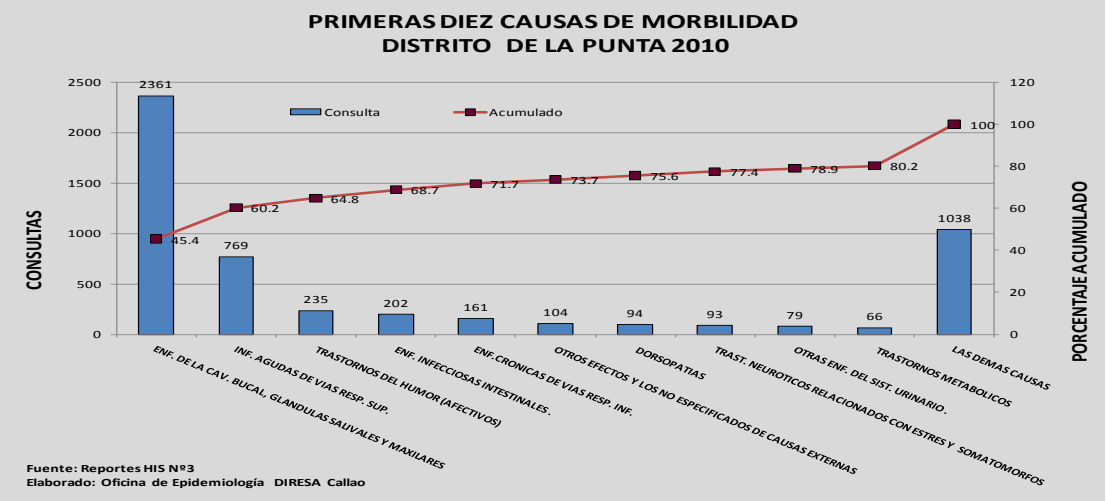
- Al igual que en años anteriores, las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar 22,779 (11.3%) las enfermedades de la cavidad bucal. las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 9,050 (45.8%)..



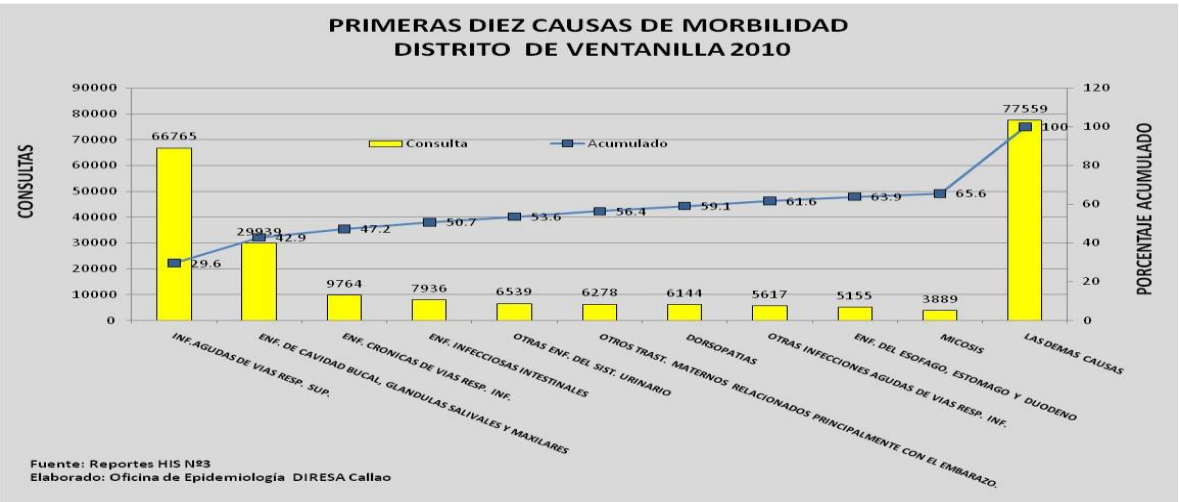
- En el **distrito de La Perla** se atendieron 26,294 consultas, las que constituyen el (2.59%) del total provincial. Al igual que en años anteriores las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar, con 7,011 (26.7%), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar, con 4,945 (45.6) Debemos mencionar que en este distrito solo atiende 1 C.S. de la DIRESA Callao.



- En el **distrito de la Punta** se realizaron 5,202 consultas; las que constituyen el (0.5%) del total provincial. Al igual que en años anteriores, 2,361 (45.4%), debemos mencionar que en este distrito solo atiende 1 C.S: de la DIRESA Callao.



- En el **distrito de Ventanilla** se realizaron 225,585 consultas las que constituyen el (22.20% del total provincial. Al igual que en años anteriores, las infecciones respiratorias agudas ocupan el segundo lugar con 29,939 (42.9%).

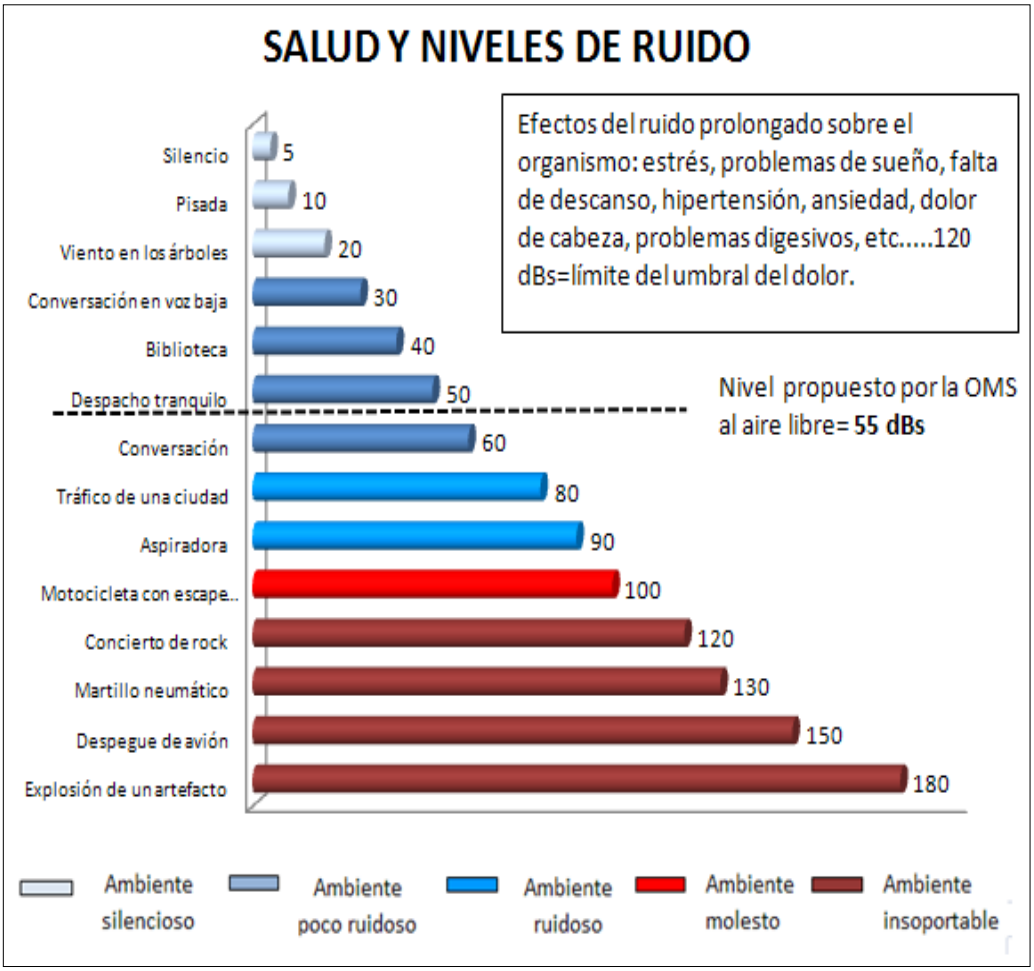


OTRAS CAUSAS DE MORBILIDAD:

Niveles de Ruidos.

- Los niveles permisibles de ruido en el ambiente, provenientes de fuentes fijas.
- Los límites permisibles de emisiones de ruido desde vehículos automotores.
- Los valores permisibles de niveles de vibración en edificaciones.
- Los métodos y procedimientos destinados a la determinación de los niveles de ruido.

SALUD Y NIVELES DE RUIDO



ESTOS SON LOS RIESGOS OCUPACIONALES MAS FRECUENTES

TIPO DE RIESGO	CLASE	EJEMPLO
FISICO :	Ruido	Carpintería
	Iluminación	Oficinas
QUIMICOS :	polvos	Barrer
	Humos	Fumar
	Vapores	Disolventes
ERGONOMICOS :	Postura	Levantamiento de objetos Pesados por tiempo
	Fuerza	Prolongado
BIOLOGICOS :	Bacterias	Baños
	Hongos	Basuras
	Vírus	Ambiente
PSICOSOCIALES :	Fatiga	largas jornadas laborares
	Monotonía	Trabajo repetitivos
	Relaciones	Mala comunicación Interpersonales
	Sobre carga de trabajo	Acumulación de trabajo
DE INSEGURIDAD:	Caídas	Escaleras o pasillos húmedos
	Cortos circuitos	Cables sueltos
	Incendio	Cigarrillos
	Explosión	Motín
	Almacenamiento	**cajas mal ubicadas**

V. RESPUESTA SOCIAL

V. RESPUESTA SOCIAL

5.1. RESPUESTA SOCIAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO ATRAVÉS DE SUS DIRECCIONES

OFICINA EJECUTIVA DE DESARROLLO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La Oficina Ejecutiva de Desarrollo de Gestión de Recursos Humanos, hacia fines del año 2009, observa lo siguiente:

Problemas

- Las estructuras funcionales no permiten un trabajo fluido de gestión administrativa.
- Existe concentración de funciones en la administración central.
- Las Redes no son Ejecutivas, las unidades no se articulan como un equipo.

Propuestas

- Plan inmediato de desconcentración administrativa.
- Priorizar la necesidad de equipos, coordinando con la de Oficina de Informática.
- Mejora del clima organizacional y laboral mediante talleres.
- Asignación presupuestal para capacitación del personal.

DIRECCION EJECUTIVA DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEL CALLAO

Debido a su importancia geográfica y regional de la Provincia Constitucional del Callao como primer puerto y aeropuerto nacional e internacional, tiene algunas necesidades elementales que cubrir y retos primordiales que asumir, así la Dirección de Laboratorio de Salud Pública de la Dirección Regional de Salud del Callao, como órgano de línea relativamente nueva, tiene como principal tarea el desarrollo de competencias y capacidades, que nos permitan controlar problemas en la Salud Pública de nuestra jurisdicción.

La Dirección de Laboratorio de Salud Pública, inició sus actividades desde el año 2005, actualmente todavía con limitación de ambientes que son insuficientes para desarrollar completamente todos los componentes delegados, obtenidos gracias a convenios de cooperación específica con socios estratégicos, con objetivos principales como: lograr las capacidades para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias toxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

Debiendo la Dirección de Laboratorio ser integrante de una infraestructura de Salud Publica regional, diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de casos e investigación epidemiológica en general.

Debiendo tener capacidad de intervención inmediata para la realización de análisis rápidos y en un elevado número de pruebas necesarias para la identificación y el control de nuevas amenazas para la salud.

Así como participar en el desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.

Contamos con la capacidad de conexión con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés.

Así como la preparación y fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos, en nuestra jurisdicción del Callao.

ACTIVIDADES Y METAS PROGRAMADAS 2009-2010

Actividades y Metas 2010

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	META FISICA OPERATIVA		TOTAL META ANUAL		
	TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA	Prog	Ejec	%
Exámenes de laboratorio			512,596	496,036	93%
	Exa. Bioquímicos	Examen	148,364	151,125	102%
	Exa. Hematológicos	Examen	138,675	134,288	97%
	Exa. Microbiológicos	Examen	145,496	145,497	100%
	Exa. Inmuno - Serológico	Examen	62,379	49,639	80%
	Exa. Citología	Examen	17,682	15,487	88%

ANALISIS RESUMEN FODA

FORTALEZAS:

- Recursos humanos proactivos, conscientes de su gran responsabilidad se encuentran plenamente sensibilizados con la Salud Publica e identificados con la Institución.
- Personal altamente calificado y capacitado
- Apoyo de la Gestión
- Interconexión con NETLAB

OPORTUNIDADES:

- Transferencia al Gobierno Regional – regionalización
- Transferencia Tecnológica por el INS
- Apoyo de organizaciones no estatales OPS Fondo Global, UPCH
- Convenio con organismos nacionales: UNMSM, PARSALUD
- Implementación y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional
- Ubicación Geográfica Estratégica (1er Puerto y Aeropuerto del País)

DEBILIDADES:

- Deficiente Infraestructura.
- Limitación de Recurso Humano.
- Gran mayoría de Equipos obsoletos.
- Falta de Mantenimiento preventivo y correctivo “oportuno”
- Abastecimiento interrumpido de materiales e insumos de laboratorio.
- Implementación parcial del Sistema de Gestión de Calidad.

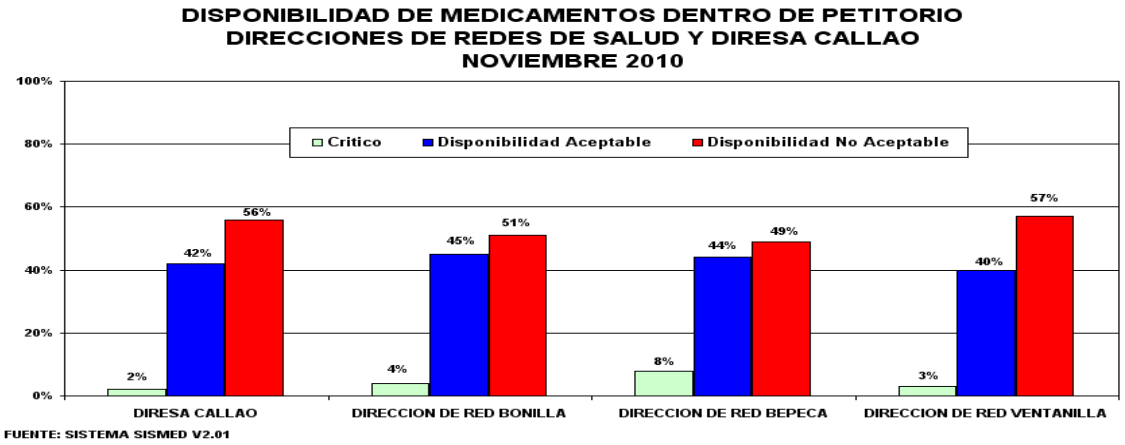
- Falta de continuidad del sistema de transporte de material biológico de los establecimientos: UTM, LL, LCR, LRR, INS.

AMENAZAS:

- Que al cerrarse el convenio quedamos sin la infraestructura de instalaciones propias de nuestra institución.
- Limitación de Recursos que dificulten la Transferencia Tecnológica Regional.
- Competencias externas en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, así como en la participación en TLC.

DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS (DEMID)

La Dirección Ejecutiva de Medicamentos, insumos y drogas lleva a cabo sus funciones a través de la Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria, que incluye las Unidades de Autorización Sanitaria y Control y Vigilancia Sanitaria y la Dirección de Acceso y Uso Racional de medicamentos, que incluye el Almacén Especializado (medicamentos, insumos y vacunas) y el Centro de Información de Medicamentos (CIM).



Este cuadro evidencia comparativamente la Disponibilidad de Medicamentos, habiéndose alcanzado un 42% de Disponibilidad Aceptable y un 2% de Nivel crítico en el ámbito de la DIRESA Callao en el año 2010.

LOGROS SIGNIFICATIVOS AÑO 2010

- Certificación de la Droguería DIRESA Callao en Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) por tercer año consecutivo.

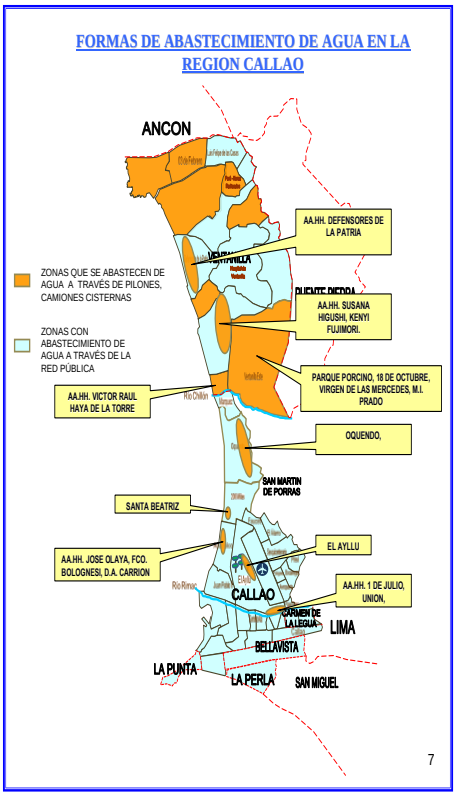
- Realización de Pasantías a Químicos Farmacéuticos de otras instituciones en la Droguería DIRESA Callao, la misma que fue aprobada con Resolución Directoral Nº 932-2010 GRC/GRS/DIRESA/DG, y Directiva Nº 014-2010-GRC/GRS/DIRESA-DGE.

DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL (DESA)

- La Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental DESA realiza sus actividades a través de la Dirección de Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis y la Dirección de Ecología, Protección del Ambiente y Salud Ocupacional.
- El agua constituye el elemento indispensable para la vida y en muchos casos se asocia a la transmisión de enfermedades, sobre todo en las poblaciones donde los sistemas de abastecimiento carecen garantice su calidad e inocuidad.
- Existe el Programa de Vigilancia y Control de la Calidad del agua del consumo humano y uso recreacional de la Región Callao.

- Se han identificado zonas de riesgo: en el distrito de Ventanilla donde se carece de agua, el abastecimiento se realiza a través de camiones cisternas (SEDAPAL),pilones comunitarios a través de reservorios administrados por la población llamados COVAAS(Comité Vecinal de Administración de Agua. En Oquendo se realiza a través de camiones cisternas y localidades que cuentan con posos subterráneos.

  Hay juntas vecinales administradores agua para consumo humano que se encarga de Playa Rimac, Villa Señor De los Milagrosy al AA:HH. Santa Rosa .En la jurisdicion del Callao cercado la mala calidad del agua se asocia a la antigüedad de las redes de distribución.



  - En el 2010 se realizaron 02 operativos a camiones cisternas y 01 operativos a surtidores. y 02 operativos a piscinas
  - Se otorgaron 58 constancias para abastecimiento de agua de consumo humano, 02 constancias a surtidores, ambos administrados por la empresa SEDAPAL y 01 constancia a proveedores de agua.
  - Con respecto a las piscinas se tiene registradas 33 ubicados en los seis distritos de la región de ellas solo funcionan 26 y 13 cuentan con autorización según Proyecto de Piscinas (según el Reglamento Sanitario)
  - Se realizaron inspecciones sanitarias a camiones y cisternas, surtidores, sistemas de abastecimiento de agua, piscinas instituciones educativas.
  - Se cuentan con puntos de muestreos establecidos en cada jurisdicción de centro de salud, estos puntos son fijos (domicilios, comedores, vasos de leche) y móviles (camiones, cisternas). Se tomaron en total 7207 muestras. De los resultados obtenidos se verificó que las muestras tomadas a nivel domiciliario presentaban contaminación microbiológica..
  - Se ha realizado la limpieza y desinfección de los reservorios de agua de los establecimientos de salud, esta actividad no se cumplió al 100% debido al cambio de empresa de saneamiento que realizaba los trabajos en la DIRESA.

A. VIGILANCIA Y CONTROL VECTORIAL

- Las actividades de vigilancia y control de Aedes Aegypti durante el año 2010, se vieron fortalecidas por las reuniones de trabajo con el personal de las Redes y Sanidades, en donde se socializaba los avances mensuales.
- La población en general participo en el lanzamiento de la campaña de lucha contra el dengue, el 1º de noviembre del año 2010, que coincide con el cambio de estación (aumento de temperatura),
- Se lograron desarrollar estrategias que resultaron en el mantenimiento de los indicadores entomológicos en niveles que significaron bajo riesgo.

B. VIGILANCIA DEL AIRE

- Los niveles de contaminantes de Material Articulado PM10 en las zonas de Ventanilla y 200 Millas ubicados en la zona norte del callao se encuentran por encima de los promedios anuales establecidos en los estándares nacionales, mientras que en los puntos ubicados en la zona de Ramón castilla, cercado del Callao, y Bellavista, dichos niveles de PM10 están debajo de los estándares referidos.
- Los casos de IRA registrados están relacionados directamente con los niveles de PM10 evaluados, observándose en la estación 200 Millas y Ventanilla se han registrados mayor número de casos, mientras que en los puntos de la zona del barrio Frigorífico, Ramón Castilla y Bellavista los casos de IRAS son menores.
- Los resultados reportados están influenciados por las diversas fuentes de emisiones las cuales son arrastrados favorecidos por los vientos sur, presentando mayor concentración de material PM10 en la zona norte del Callao Ventanilla.

C. SALUD OCUPACIONAL

- La promoción de la Seguridad y la Salud en el trabajo, así como la prevención de ocurrencia de eventos que alteran la Salud de los trabajadores, conforman la dinámica entre la obligatoriedad del empleador de proveer las condiciones que lo garanticen y la responsabilidad del trabajador en su respeto y cumplimiento.
- Las actividades del Área Funcional de Salud Ocupacional para el año 2010 se centraron en la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y la Vigilancia de la Salud Ocupacional.
- Estas actividades fueron desarrolladas por el Equipo de profesionales de Salud Ocupacional Entrenados y Capacitados en Salud Pública, Epidemiología, Docencia y Salud Ocupacional.
- Para el año 2010 se han inspeccionado 762 **pequeñas y microempresas** de las cuales el 43% no cuentan con Licencia de Funcionamiento; de los 1954 trabajadores el 74 % corresponde al género masculino y un 26 % al género femenino; y en relación a la exposición a Factores de Riesgos Ocupacionales: el 29% de trabajadores están con mayor exposición a los riesgos físicos, le siguen el riesgo químico y biológico con un 20%, el factor de riesgo psicosocial y de incendio y de explosión con un 11%, el factor de riesgo ergonómico con un 9% y por último el factor de riesgo de accidentes con un 6%.

C. VIGILANCIA DE RIESGOS OCUPACIONALES EN LAS PEQUEÑAS Y MICROEMPRESAS (PYMES) 2010

Vigilancia de Riesgos Ocupacionales en las Medianas y Grandes Empresas.

Se lleva a cabo a través de la aplicación del Formato de Información y Control de Riesgos Ocupacionales (FICRO) por Profesionales Ingenieros capacitados en Salud Ocupacional. Para el año 2010 se han visitado 91 empresas, en relación a la exposición a Factores de Riesgos Ocupacionales, el 42% de trabajadores están con mayor exposición a actos y condiciones inseguras, a riesgo físico y biológico con un 10%, el factor de riesgo químico con un 9%, el factor de riesgo ergonómico con 10% y el factor de riesgo psicosocial con un 9%

Supervisión de la aplicación de la Ficha Única de Aviso de Accidentes de Trabajo (FUAAT) en los Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao.

Se ha Supervisado la aplicación de la Ficha Única de aviso de Accidentes de Trabajo y la Ficha de Notificación de Accidentes Punzocortantes en Trabajadores de Salud de las Redes de Salud, Microrredes de Salud, Sanidades Internacionales y Hospitales de la DIRESA Callao, recordando y actualizando la información y normatividad en relación a esta actividad.

Accidente de Trabajo en el periodo analizado en el Hospital Carrión reporto 83 Accidentes de Trabajo, con una media de 7.5 por mes y desviación estándar de 1.64 casos. Grafico 1.

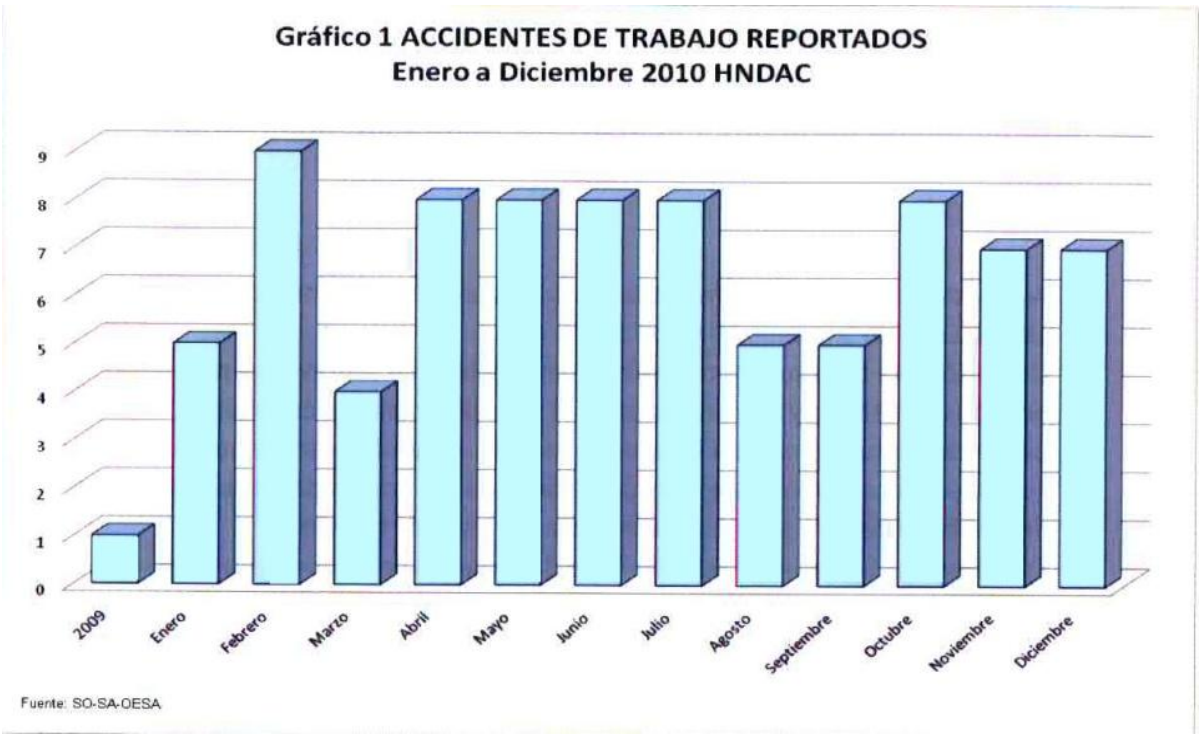
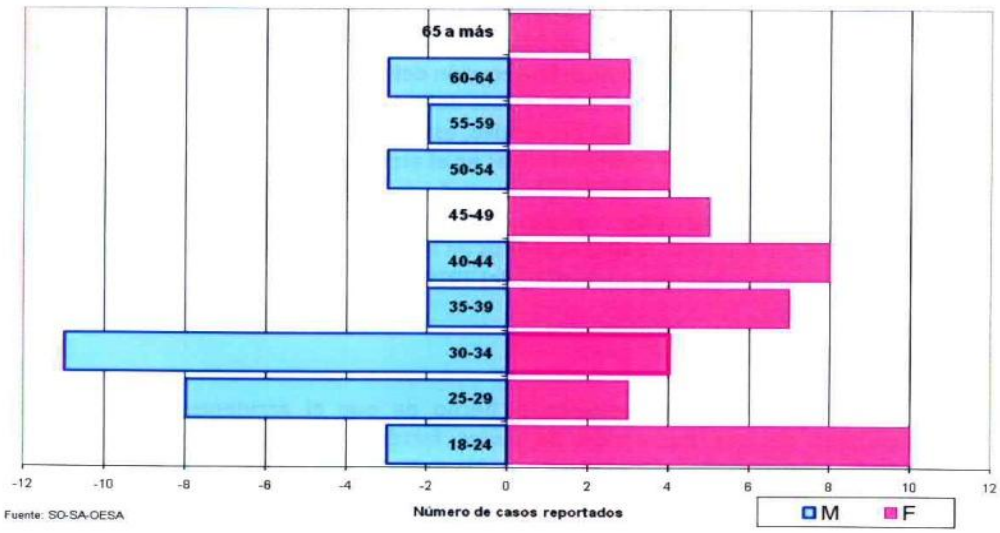


GRAFICO 2 PIRAMIDE DE ACCIDENTES DE TRABAJO
Enero a Diciembre 2010 HNDAC



De estos accidentes según los grupos de edad más afectados fueron los de 25 a 34 años con 26 casos (31.71%) seguido del grupo de 35 a 44 años con 19 casos (23.17%) y en cuanto al genero el más afectado es el femenino con 49 casos (59.04%). Grafico 2

La Vigilancia de la Bioseguridad en los establecimientos de salud de la DIRESA CALLAO

La vigilancia, permite evaluar el nivel de bioseguridad a fin de garantizar la minimización de los riesgos biológicos a pacientes, visitantes y personal de salud. Define los riesgos por cada servicio señalando puntos críticos o áreas de peligro y establece un sistema de monitoreo de riesgos biológicos que permita proveer a los establecimientos de salud los elementos necesarios para prevenirlos. Para el desarrollo de esta actividad todo el personal profesional del Área de Salud Ocupacional aplica la Ficha de Evaluación de Bioseguridad en Establecimientos de Salud de Nivel I. Durante el año 2010 se ha vigilado a 30 Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao.

Evaluación de la Bioseguridad de acuerdo al procedimiento del CENSOPAS-INS con la Aplicación de la Ficha de Evaluación de la Bioseguridad en Establecimientos del primer Nivel de atención.

Se aplico la Ficha de Bioseguridad a 48 Establecimiento de Salud de la DIRESA Callao, cuya evaluación arrojo los siguientes resultados:

1) Calificación de la prevención de Riesgos en Bioseguridad. Es necesario cuantificar en qué medida, en el Establecimiento de Salud, se está haciendo una buena práctica de Prevención de Riesgos en Bioseguridad.

   De acuerdo a los resultados de la Evaluación de la Bioseguridad a los 48 Establecimientos de Salud de primer Nivel de Atención, el 89% de los EESS practican medianamente las medidas de prevención de acuerdo a los riesgos existentes, seguido por un 75 de buenas medidas de prevención y un 4% de bajas medidas de prevención.

2) Calificación del Riesgo existente en el Establecimiento de Salud. Niveles de Riesgo.

   De acuerdo a los resultados de la evaluación de la Bioseguridad a los 48 Establecimientos de salud del primer nivel de atención de la DIRESA Callao, en el 93% de los EESS tienen un nivel de riesgo mediano, seguido de un 7% de riesgo bajo.

E. VIGILANCIA SANITARIA DE CEMENTERIOS

En la Región Callao existe 8 cementerios: Márquez, Santa Rosa, Baquijano y Carrillo asociación Judía del Perú, Asociación Británico 1956 Asociación Británico 1835 antiguo, Cementerio Baquijano y Carrillo 2 y Cementerio Centro el Gorila. La administración de los cementerios Santa Rosa Cerro, Asociación Judía del Perú, Asociación Británica (1956-1835 tienen una administración privada), todos los cementerios carecen de habilitación autorización sanitaria y licencia de funcionamiento, la mayoría cuenta con sistema de agua y desagüe todos cuentan con criaderos potenciales de AEDES -AEGYPTI.

DIRECCION EJECUTIVA DE PROMOCION DE LA SALUD (DEPS)

- La Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud es un órgano de línea de la Dirección Regional de Salud del Callao, y cuenta con la Dirección de Promoción de Vida Sana y Participación Comunitaria en Salud y la Dirección de formación para la salud.

- Las intervenciones de Promoción de la Salud, están orientadas a la implementación de los Programas de Promoción de la Salud, en los diferentes escenarios como Municipios, Comunidades, Familias y Vivienda Saludable, que fomentan estilos de vida y entornos saludables. En cada escenario se iniciaron procesos hacia la promoción de estilos de vida y entornos saludables y la formulación de acuerdos, compromisos, ordenanzas y directivas regionales.

- En el año 2010 se han intervenido en dos programas Estratégicos:

1. PROGRAMA ESTRATEGICO SALUD MATERNO NEONATAL

Se ha intervenido en los Distritos del Callao y Ventanilla, en los cuales se encuentran ubicados los bolsones de pobreza de la Región Callao. Dicha intervención se ha realizado en los siguientes escenarios:

- **Municipios Saludables Que Promueven Salud Sexual Y Reproductiva**

Es aquella municipalidad que cuenta con un Consejo Municipal (alcalde y regidores) y Comité Multisectorial capacitados y que en el marco de la gestión local territorial, implementa políticas públicas y proyectos de inversión pública simplificadas en:

Implementación de casa de espera, centro de vigilancia comunitaria para una maternidad saludable, centros de desarrollo del joven y adolescente, generando condiciones que promuevan prácticas en salud sexual reproductiva con énfasis en maternidad saludable y salud del neonato.

- **Instituciones Educativas Saludables Promueven Salud Sexual Y Reproductiva**

  Es la Institución Educativa estatal del nivel inicial, primario y secundario; cuya comunidad educativa conformada por docentes, estudiantes y padres de familia, se organiza, planifica y ejecuta acciones educativas que promuevan el desarrollo de prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, que involucra los derechos sexuales y reproductivos en el marco de una educación en valores y equidad de género, el desarrollo de la identidad sexual y autoestima, vivencia de una sexualidad satisfactoria y responsable e importancia de la planificación familiar, transversal izando habilidades sociales como la toma de decisiones, comunicación asertiva y proyecto de vida.

- **Familias Saludables Informadas Respecto De Su Salud Sexual Y Reproductiva**

  Son aquellas familias gestantes, puérperas y neonatos, que desarrollan prácticas saludables en salud sexual reproductiva con énfasis en maternidad saludable y salud del neonato.

COMPONENTE	UNIDAD DE MEDIDA	META	EJECUTADO	%
33288 Municipios Saludables Que Promueven Salud Sexual Y Reproductiva	Municipio	3	3	100%
33290 Instituciones Educativas Saludables Promueven El Cuidado Infantil Y La Adecuada Alimentación	Institución Educativa	60	60	100%
33412 Familias Saludables Informadas Respecto De Su Salud Sexual Y Reproductiva	Familia	1,900	1900	100%

Fuente: Oficina de Planeamiento

2. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Durante el año 2010 se han intervenido en los Distritos del Callao y Ventanilla, priorizados por encontrarse ubicados los bolsones de pobreza de la Región Callao, en los siguientes escenarios:

- **Municipios Saludables Promueven El Cuidado Infantil, Lactancia Materna Exclusiva Y La Adecuada Alimentación**

  Es aquella municipalidad que cuenta con un Consejo Municipal (alcalde y regidores) y Comité Multisectorial capacitados y que en el marco de la gestión local territorial, implementa políticas públicas y proyectos de inversión pública simplificadas en: centros de vigilancia comunal nutricional, saneamiento básico, agua segura, cocinas mejoradas; generando condiciones que promuevan prácticas saludables en las familias para el cuidado infantil con énfasis en el menor de 36 meses.

- **Instituciones Educativas Saludables Promueven El Cuidado Infantil Y La Adecuada Alimentación**

  Es la Institución Educativa estatal del nivel inicial, primario y secundario; cuya comunidad educativa conformada por docentes, estudiantes y padres de familia, se organiza, planifica y ejecuta acciones para promover prácticas saludables como la lactancia materna, alimentación complementaria, control de crecimiento y desarrollo, consumo de agua segura, disposición de residuos sólidos, manejo de excretas, vacunación, lavado de manos, higiene Salud Bucal, estimulación temprana y construcción de la identidad, entre otros, generando las condiciones necesarias a favor del cuidado infantil priorizando a las niñas y niños menores de 36 meses.

  Para ello, luego del trabajo con el Consejo Educativo Institucional (CONEI) o quien haga sus veces, se inicia la capacitación de los docentes e implementación de acciones; las cuales se monitorearan y evaluaran al finalizar el año escolar, a través de los estándares establecidos en la matriz de reconocimiento de logros.

LA EDUCACION PARA LA SALUD Y EL PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Problemática De Salud Ligada A La Educación En El Callao

1) Incremento de Gestantes adolescentes y de menores de 14 años
2) Bajos índices de desarrollo humano en Carmen de la Legua y ventanilla.
3) Porcentaje significativo de alumnos que pasan a recuperación desaprobados y en deserción.

En el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas las intervenciones se ejecutan a través de cuatro líneas de acción básica: a) Promoción de comportamientos saludables b) Desarrollo de entornos saludables c) Trabajo intersectorial, y d) Implementación de políticas que promuevan la salud.

En el año 2010, se obtuvo el siguiente avance, se ha implementado el Programa en 83 instituciones educativas del Callao (distribuidas en las tres Redes: Bonilla-La Punta (40), BEPECA (15) y Ventanilla (28).

PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD

- **La comunidad está organizada** y representada por las diferentes organizaciones sociales de base. Juntas Vecinales, Asociaciones de Jóvenes, Comités Locales de Salud, entre otras.
- La Participación de los Agentes Comunitarios, es de larga trayectoria, en el año 2010 se registro un total de **492** agentes comunitarios de salud activos, distribuidos en las REDES Y MICRORREDES.
- Desde las experiencias de trabajo se destaca la participación de los Agentes Comunitarios de Salud, quienes vienen desarrollando un modelo de intervención en la búsqueda activa de gestantes a fin de promover el control pre natal temprano, igualmente en la búsqueda del sintomático respiratorio, intervención en las zonas de Puerto Nuevo y San Juan Bosco implementando el sistema de vigilancia comunitaria de niños en riesgo de contaminación por plomo. Así mismo

la participación activa en la lucha contra las enfermedades prevalentes. Y el Dengue.

- Actualmente se cuenta con un gran contingente de Agentes Comunitarios de Salud (490) que se encuentran certificados por la DIRESA para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud en el contexto comunitario, constituyendo el gran capital social comunitario del Sector.

CENTRO DE PREVENCION Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

- Estructuralmente es un órgano de apoyo de dependencia directa de la DIRESA y de dependencia funcional de la GERESA, estando conformado por la Unidad de Planeamiento y Doctrina y la Unidad de Movilización. Fomentar la Cultura de Prevención, mediante la Gestión de Riesgo que permita conducir el desarrollo de competencias y compatibilidades, en la comunidad chalaca y trabajadores de la DIRESA Callao, frente a situaciones de emergencias y desastres.
- La Gestión de Riesgo se basa en la cuantificación del daño esperado, debido a la vulnerabilidad existente frente a un evento natural o tecnológico. La Región Callao por su ubicación geográfica en la región central y occidental del litoral del Océano Pacifico, surcado por los ríos Rímac y Chillón expuesta a riesgo sísmico; además, presenta un alto desarrollo tecnológico (aeropuerto internacional, primer puerto marítimo del Perú, desarrollo industrial desordenado, refinería La Pampilla, planta de gas Repsol entre otros), todo ello inmerso en una población de crecimiento desordenado, tuguriza ión, hacinamiento y baja cultura de prevención, viviendas ruinosas, alto índice de pobreza y violencia social (Delincuencia, drogadicción, alcoholismo) lo cual genera una alta situación de riesgo de una emergencia o desastre producido por un evento natural o tecnológico en un ámbito altamente vulnerable.
- La preocupación de conocer e identificar el nivel de riesgo en el Callao conlleva a la formulación de un análisis de los eventos naturales y tecnológicos que a través de sus efectos pueden causar daños a la vida y a la salud, al patrimonio, servicios, producción y al ambiente; en función directa a los diferentes determinantes de vulnerabilidad (socioeconómicos, culturales, políticos, demográficos de salud, geográficos y de uso de suelos) identificados por sectores, aéreas, zonas y microzonas. Para la formulación del referido análisis se tiene como fuente de información los antecedentes históricos de la ocurrencia de eventos adversos como, terremotos, maremotos, marejadas, inundaciones, precipitaciones, explosiones, incendios, violencia social, subversiones entre otros, bajo la premisa que “donde sucedió alguna vez un evento adverso, en el tiempo se repetirá”.
- El Sistema Único de Movilización de Atención Regional, SUMAR, comprende los siguientes sub- proyectos:

  - Integración del Servicio de Atención Local Vehicular de Ambulancias (SALVA).
  - Red Implementación de la Central Reguladora de Salud integrante de la Central Reguladora Regional Única.

- Implementación del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud (COE Salud).
- Complementación de la Red del Nuevo Botiquín de Urgencias NBU.
- Implementación del Centro de Formación en Emergencias y Desastres.
- Formación de Brigadas Institucionales y Comunitarias.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta mediante recursos logísticos.
- Participación activa en la recepción, capacitación e instalación del hospital itinerante.
- Participación en la formación de brigadas Hospitalarias del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Participación en el curso taller de Planeamiento Hospitalario frente a emergencias y Desastres para la brigada Clave Celeste - Hospital San José.
- Capacitación y entrenamiento de la Brigada Alerta Azul- DIRESA CALLAO.
- Es indispensable que conozcan como actuar frente a situaciones de emergencia y desastres mediante la educación, promoviendo cambios de actitud y desarrollando conductas adecuadas frente a riesgos de emergencias o desastres. Fomentemos la necesidad de prepararnos para enfrentar ese momento, involucremos a la población en la necesidad de estar preparados y hagamos alianzas con otras instituciones que piensen en mejorar la capacidad de respuesta de la población y de las instituciones involucradas.

ASESORÍA JURÍDICA

La Oficina de Asesoría Jurídica es el órgano encargado de asesorar en asuntos de carácter jurídico-legal a las Direcciones y Oficinas de la Dirección Regional de Salud del Callao.

La Oficina se encarga de los siguientes procesos:

- Asuntos civiles, penales, laborales y administrativos: cuyo objetivo funcional es asesorar en aspectos civiles, penales y administrativos a las diferentes dependencias de la DIRESA Callao.
- Legislación Sanitaria: cuyo objetivo funcional es analizar proyectos de normas, dispositivos y procedimientos jurídicos en lo penal, civil, laboral y administrativo, emitir opinión legal, en asuntos de legislación sanitaria.
- Impulsar las recomendaciones del Órgano de Control Institucional.

ETAPAS DE VIDA

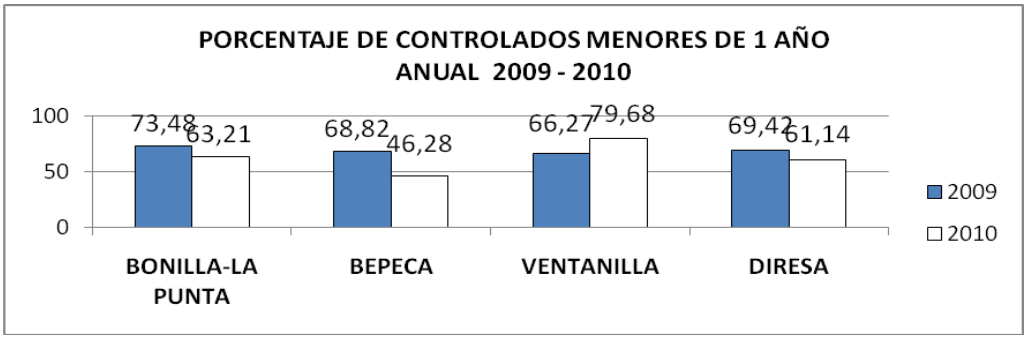
ETAPA DE VIDA NIÑO



- Población Niño abarca el periodo comprendido de los 0 a los 9 años de edad, en el Callao la población estimada de niños, para el año 2010 es de 157,324 habitantes y corresponde al 15% de la población total del Callao, de los cuales el 50% (78,807 niños) corresponde al grupo de 0 a 4 años y el 49.9% (78,517 niños) corresponde al grupo de 5 a 9 años, teniendo en la Red de Salud Bonilla-La Punta 28.8% que corresponde a 45,448 niños, en la Red de Salud BEPECA el 38.4% que corresponde a 60,463 niños; y en la Red de Salud Ventanilla el 32.6% que corresponde a 51,413 niños.
- El mayor porcentaje de la población de niños se encuentra en la Red BEPECA, en relación a la población de niños año 2,009 se ha incrementado un 11.89%.

COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

ANUAL COMPARATIVO 2009 - 2010



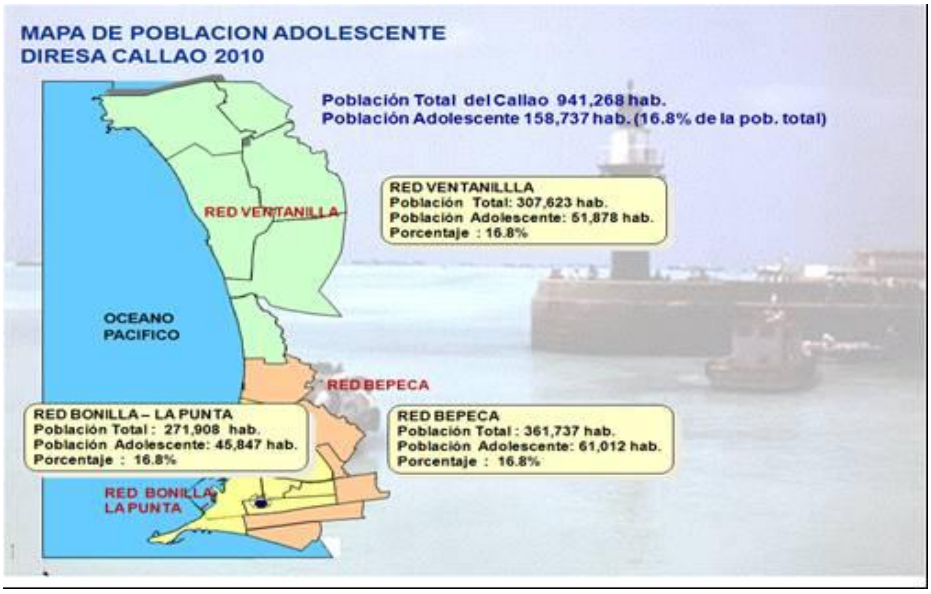
REDES	2009			2010		
	PROG	EJEC	%	PROG	EJEC	%
BONILLA-LA PUNTA	3,084	2266	73.48	3,653	2309	63.21
BEPECA	4,227	2909	68.82	4,855	2247	46.28
VENTANILLA	3,178	2106	66.27	3,485	2777	79.68
DIRESA	10,489	7,281	69.42	11,993	7,333	61.14

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

En el año 2010 podemos observar la disminución de niños controlados en relación al año 2009, cabe señalar que en relación a la meta programada se alcanzó 61%. Lo que significa la necesidad de fortalecer las actividades de la oferta del paquete de atención integral del niño y el trabajo en equipo a nivel de los establecimientos de salud.

ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

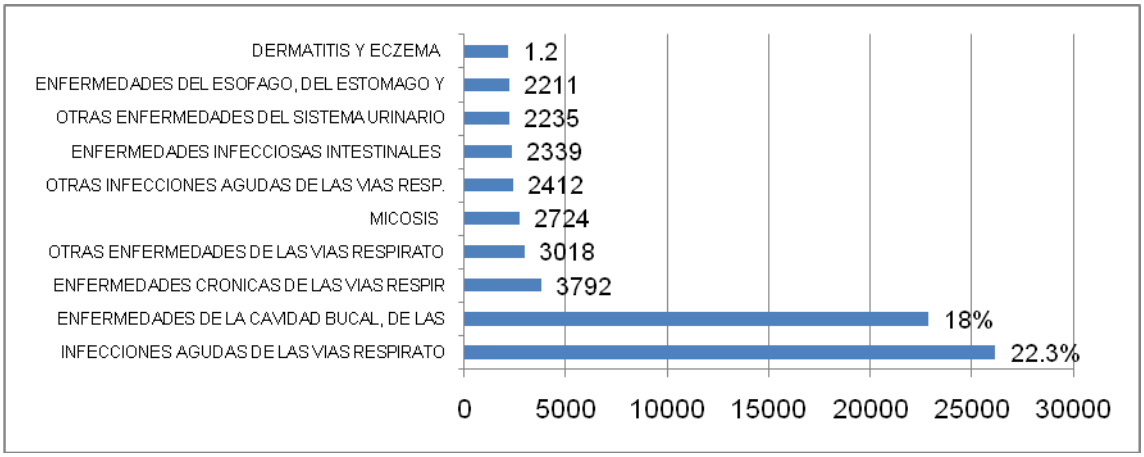
- La adolescencia como una de las etapas del desarrollo humano, se caracteriza por la presencia de cambios físicos, psicológicos y sociales, siendo necesario tener un abordaje integral de Salud, que busca la integridad de la atención de la persona, familia, comunidad y entorno en que se desarrolla, mediante la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- La Dirección Regional de Salud a nivel de todos los establecimientos de salud tiene implementado la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente, donde participa el equipo multidisciplinario para realizar las diferentes intervenciones de salud.
- A si mismo se cuenta con profesionales responsables de la etapa de vida adolescente a nivel de las tres Redes de Salud, establecimientos de Salud y el Hospital San José.





- En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud en la Dirección Regional de Salud del Callao se ha implementado en la etapa de vida adolescente la estrategia de los servicios diferenciados para la atención de los y las adolescentes; donde se fortalecen las líneas de acción : evaluación clínica, consejería, talleres y animación sociocultural.
- Entre las primeras causas de morbilidad en la etapa de vida adolescente, encontramos que la mayor carga de morbilidad la tienen las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades de la cavidad bucal, luego le siguen con un menor porcentaje las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, otras enfermedades de las vías respiratorias, micosis, otras infecciones agudas de las vías respiratorias , enfermedades infecciosas intestinales , otras enfermedades del sistema urinario, enfermedades del esófago, del estómago y finalmente dermatitis y eczema. Lo anteriormente descrito conlleva a la necesidad imperiosa de empoderar a los adolescentes en la mejora de sus estilos de vida, mediante el cambio de hábitos y comportamientos.

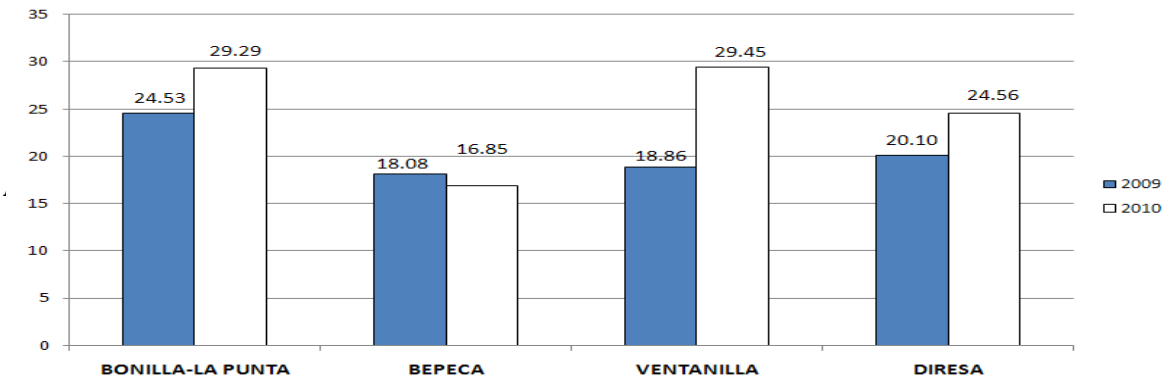
10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN ADOLESCENTES ANUAL 2010 - DIRESA CALLAO



Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL-ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE.

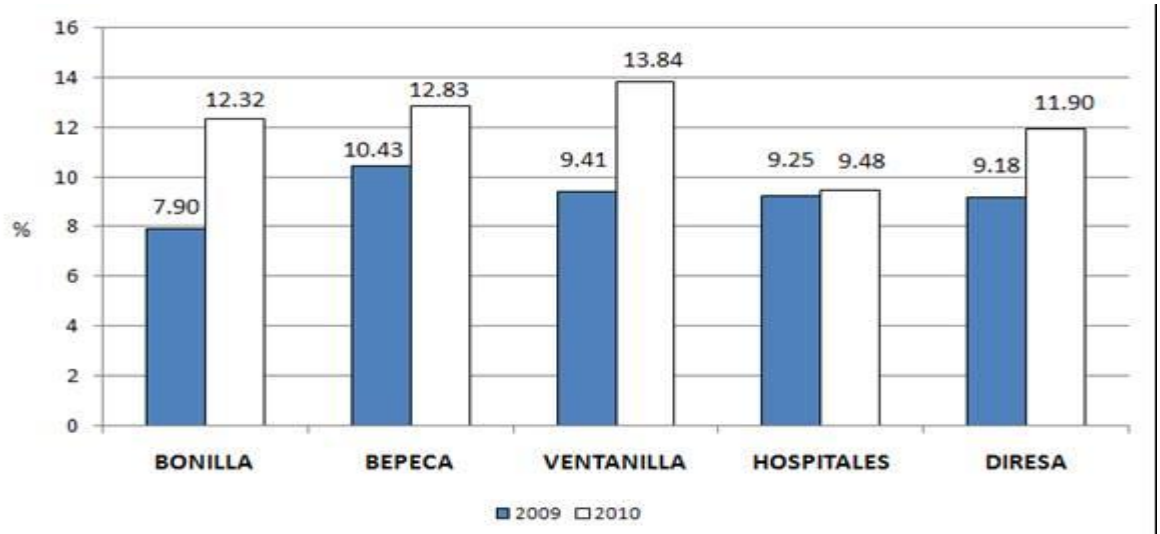
- En el presente gráfico observamos que en el año 2010 la mayor carga de morbilidad en la etapa de vida adolescente fueron las infecciones de las vías respiratorias y las enfermedades de la cavidad bucal, luego le siguen con un menor porcentaje el asma, otros trastornos del sistema urinario, rinitis alérgica, obesidad diarrea y gastroenteritis, trastornos de acomodación del ojo, acné, gastritis y duodenitis. Esta situación con lleva a fortalecer las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad permitiendo mejorar los estilos de vida de los / las adolescente.
- En relación a la extensión de uso en la etapa de vida adolescente observamos que a nivel de la DIRESA CALLAO el porcentaje de atendidos en el año 2010 en relación a la población total de adolescentes se ha incrementado en 4.5% en relación al año 2009, a nivel de Redes de Salud, la Red Ventanilla incremento en 10.6% la Red Bonilla – La Punta en 4.7% y la Red BEPECA disminuyo en 1.2%.
- Es importante continuar fortaleciendo la captación de los adolescentes en los diferentes espacios donde se encuentran, ofertando el paquete de Atención Integral de salud.



Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas

- **Gestantes Adolescentes Atendidas**

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
ANUAL 2009 – 2010



REDES	2009			2010		
	Adoles. Mujeres Atd	Gestantes	%	Adoles. Mujeres Atd	Gestantes	%
BONILLA	8896	703	7.90	6533	805	12.32
BEPECA	6403	668	10.43	6360	816	12.83
VENTANILLA	12011	1,130	9.41	8594	1,189	13.84
HOSPITALES	9,745	901	9.25	10,439	990	9.48
DIRESA	37055	3402	9.18	31926	3800	11.90

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL-ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE.

- En el presente gráfico, podemos observar que del total de adolescentes mujeres atendidas a nivel de la DIRESA Callao en el año 2010, el 11.90% fueron gestantes, comparativamente al año 2009, se observa un incremento de 2.7%, cuantitativamente observamos que se ha incrementado el número de adolescentes.
- Es importante fortalecer las actividades que se desarrollan en los servicios de atención diferenciada para los/las adolescentes, a nivel de la comunidad y de las instituciones educativas en temas relacionados a salud sexual y reproductividad, paternidad responsable y habilidades para la vida.
- En relación a los adolescentes que recibieron consejería integral del total de adolescentes atendidos a nivel de la DIRESA Callao, observamos que el año 2010 se incremento en 4.8 % en relación al año anterior; a nivel de las Redes de Salud la Red Ventanilla incremento en un 9.2%, la Red BEPECA en 5.2%, y la Red Bonilla la –Punta disminuyó en 2,9%.
- Es importante mejorar la coordinación de los profesionales de la salud, en el nivel local para evitar oportunidades, pérdidas de atención de consejería y así fortalecer los factores protectores en los adolescentes.
- Es importante fortalecer el desarrollo de las actividades de IEC para los adolescentes a nivel de las instituciones educativas y en la comunidad,

enfatizando en aspectos relacionados a la prevención de las ITS, uso adecuado del tiempo libre y habilidades para la vida.

ETAPA DE VIDA ADULTO

- La población estimada de adulto en la Provincia Constitucional del Callao para el año 2010 fue de 535,655 hab., que representa al 56.9% de la población total.
- Los establecimientos de salud de la Red de Salud BEPECA tienen asignado al mayor porcentaje de este grupo etáreo, adultos entre 20 y 59 años, llegando a una cifra de 205,849 adultos que representan al 38.4% del total. En segundo lugar, se encuentra la Red de Salud Ventanilla con 175,061 adultos asignados que representan el 32.7% finalmente en tercer lugar, se encuentra la Red de salud Bonilla con 154,745 adultos asignados que representen el 28.95 restante.



ADULTO MAYOR

- Al 2009. La población estimada de adultos mayores en la Provincia Constitucional del Callao para el año 2010 fue de 89,552 personas, correspondiendo al 9.5% de la población total. Los establecimientos de salud de la Red de Salud BEPECA tienen asignado el mayor porcentaje de esta población de 60 a más años con 34,413 que representan el 38.4% del total.
- En segundo lugar, se encuentra la Red de Salud Ventanilla, con 29,271 adultos mayores que representan el 32.7%. Finalmente, en tercer lugar, se encuentra la Red de Salud Bonilla-La Punta con 25,868 que representan el 28.9% restante. Cabe mencionar que la población de adultos mayores se incrementó en alrededor de un 10% en el año 2010.

ESTRATEGIAS SANITARIAS REGIONALES

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE INMUNIZACIONES

Diagnóstico Situacional

- La Dirección Regional de Salud del Callao cuenta con 3 Hospitales II-1, II-2, III-1 y 47 Centros de Salud, para atender a una población de 941,258 habitantes. Además de contar con otras Instituciones de Salud Públicos y Privados como: Es Salud, Clínicas, Entidades Prestadoras de Salud, Beneficencia Pública, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, que también son abastecidos para la vacunación de la población de nuestra jurisdicción a través de la Estrategia Regional de Inmunizaciones ya que se programa al 100% de población de la Región.
- Asimismo, adicionalmente y de acuerdo al criterio de no perder las oportunidades de vacunación se atiende a la población transeúnte de la Jurisdicción a través de la Estrategia Regional de Inmunizaciones ya que se programa al 100% de Población de la Región
- Asimismo, adicionalmente y de acuerdo al criterio de no perder las oportunidades de vacunación se atiende a la población transeúnte de los Distritos límites con el Callao que lo solicitan, muchas veces por la accesibilidad a los EESS
- La Región Callao tiene una población asignada a vacunar:

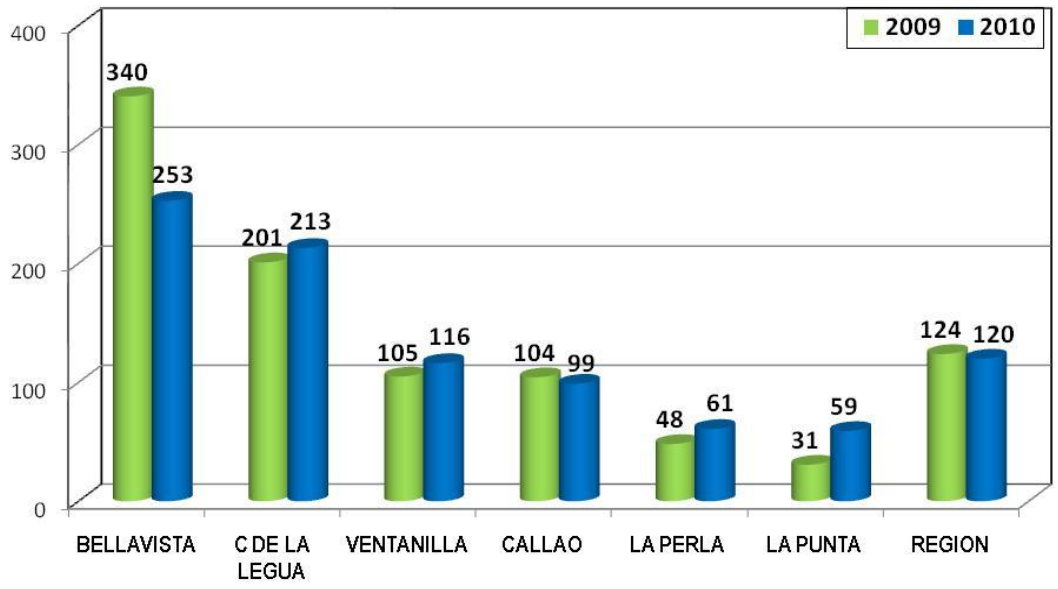
Niños menores de 5 años:	78,805
Mujeres de 10 a 14 años:	39,996
Mujeres de 15 a 49 años:	78,960
Adultos de población de riesgo:	5,500
Adultos mayores de 60 años:	89,552

- Las cobertura alcanzadas en niños menores de 1 año son: en BCG: 13, 218 (98%), Anti polio: 16,209 (107%), Pentavalente: 16,332 (108%), Rotavirus: 15,900 (101%) y en niños de 1 año: SPR: 16,056 (107%), Neumococo: 13,401 (105%) y Antiamarilica: 12,398 (93%).

COBERTURA DE NIÑOS PROTEGIDOS CON VACUNA PENTAVALENTE < DE 1 AÑO
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL INMUNIZACIONES

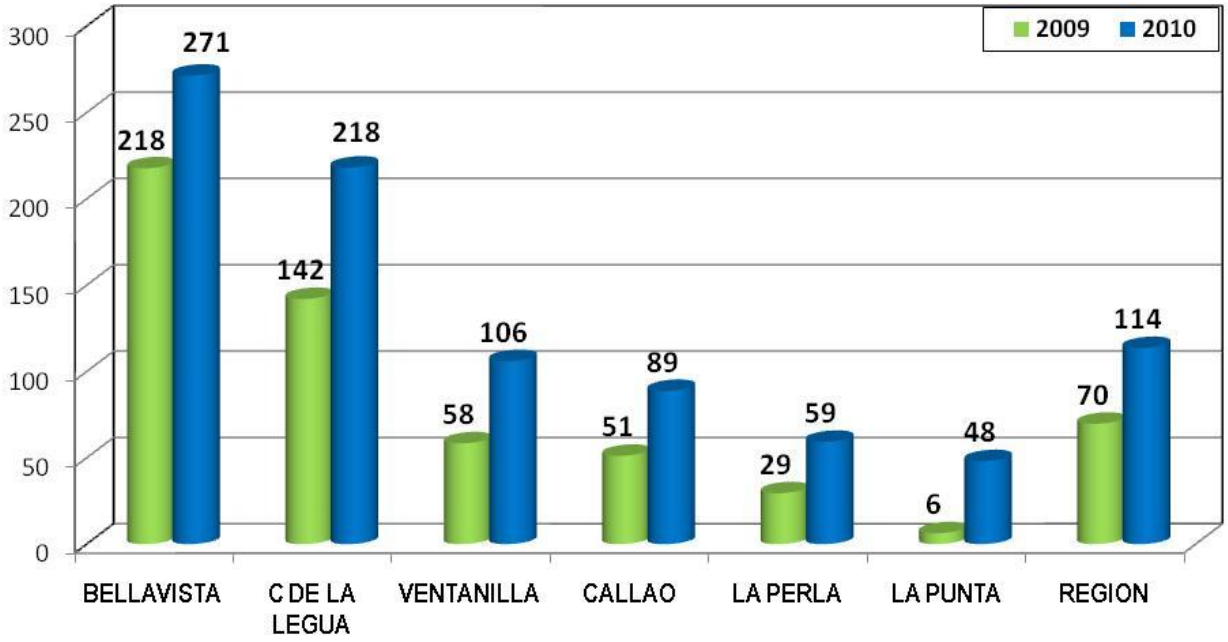
En relación a la vacuna Pentavalente se observa que las cobertura ha disminuido en relación al año anterior por el incremento de la población 2010, pero si vemos el número de vacunados éste se aprecia con aumento de protegidos.

COMPARATIVO ANUAL 2009-2010



DISTRITOS	META	2009			2010	
		N°	%	META	N°	%
BELLAVISTA	1179	4014	340	1354	3421	253
C DE LA LEGUA	665	1336	201	754	1606	213
VENTANILLA	5164	5417	105	5006	5817	116
CALLAO	6267	6537	104	7417	7332	99
LA PERLA	963	464	48	1111	676	61
LA PUNTA	143	44	31	154	91	59
REGION	**14381**	**17812**	**124**	**15796**	**18943**	**120**

COBERTURA DE NIÑOS PROTEGIDOS CON VACUNA ROTAVIRUS < 1 AÑO
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL INMUNIZACIONES
COMPARATIVO ANUAL 2009-2010



En cuanto a la vacuna Rotavirus se observa que se ha mejorado la cobertura anual, debido a que se ha promovido la vacunación y se realizó el seguimiento de vacunas en los EE SS

DISTRITOS	META	2009			2010	
		N°	%	META	N°	%
BELLAVISTA	1179	2566	218	1354	3674	271
C DE LA LEGUA	665	944	142	754	1644	218
VENTANILLA	5164	3014	58	5006	5308	106
CALLAO	6267	3205	51	7417	6580	89
LA PERLA	963	284	29	1111	658	59
LA PUNTA	143	9	6	154	74	48
REGION	**14381**	**10022**	**70**	**15796**	**17938**	**114**

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD BUCAL

- De los 51 establecimientos de salud con los que cuenta la Dirección Regional de Salud del Callao, 47 establecimientos de salud tienen servicio dental, dos más que en el año 2009 por la apertura de los servicios en Ciudad Pachacutec, Miguel Grau, Ventanilla Baja y Defensores de la Patria. De los 47 establecimientos de salud solo 10 funcionan turno tarde con personal de planta (nombrado o contratado), algunos cubren las tardes con Serumistas.
- La DIRESA cuenta con 64 odontólogos incluidos los hospitales. A nivel de Redes son 52 (28 nombrados y 24 contratados), 7 nombrados en el Hospital Carrión, 4 en el San José (3 nombrados y uno contratado) y uno en la Coordinación de la Estrategia.
- La segunda causa de morbilidad del 2009 en la Dirección Regional del Callao han sido las enfermedades de la cavidad bucal, por ello se han realizado diferentes actividades con el fin de promocionar los buenos hábitos de higiene bucal , protección contra las caries y las enfermedades periodo tales y la recuperación para lograr la función masticatoria, fonación, deglución y estética de habitantes de nuestra Región.

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES

- Los daños no transmisibles constituyen un problema de salud pública cuya prevalencia va en aumento presentándose casos a lo largo de todas las etapas del ciclo vital. El consolidado de las principales causas de mortalidad 2004-2008, en la Región Callao demuestra la presencia de insuficiencia renal crónica, tumor maligno de estómago, diabetes Mellitus, infarto agudo del miocardio, tumor maligno de bronquios y pulmón, entre las primeras diez causas.
- La DIRESA Callao cuenta con el Plan Regional de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012 oficializado a través de la R.D. 128 -2007-DG/DISA I Callao, basado en el Plan General de la ESNPCDNT 2004 – 2012. Sin embargo, el tema recién está siendo posicionado a nivel de las autoridades y personal profesional de la DIRESA. Durante el año 2009 no estaba considerada dentro de la Estructura Programática no contando con presupuesto asignado.
- En el año 2010, prioritariamente en el segundo semestre se reprograman las actividades realizándose campañas de prevención de daños no transmisibles en los trabajadores de nivel central, personal médico, promotores de salud, serumistas ingresantes y trabajadores de salud de los establecimientos de las tres redes de salud del Callao, que contribuyeron a sensibilizar y comprometerlos con la detección precoz y tratamiento oportuno de estos daños.
- Los daños No transmisibles también son reconocidos como prioridades sanitarias en el Plan Concertado Regional de Salud 2010 2015, consensuado por representantes del sector salud, otros sectores, sociedad civil y organizaciones de base. Por otro lado fueron incorporados en el concurso del Mejor Centro en Atención Integral y Calidad de la DIRESA Callao.
- Por otro lado, como, se realizo el lanzamiento del Aseguramiento Universal en Pachacutec se ha realizado la programación del PEAS habiendo sido

considerados daños No transmisibles. La realización de una línea de base en la zona de Pachacutec se hace indispensable para evaluar los resultados de la intervención. Los cinco centros corresponden a Centro Materno Infantil Perú Corea, 03 de Febrero, Bahía Blanca, Ciudad Pachacutec y Santa Rosa de Pachacutec, todos situados en la zona de Pachacutec con una población aproximada de 75 mil personas; posteriormente se aplico a todo el ámbito del Callao.

- Se ha incrementado los atendidos en las Redes y Hospitales de la DIRESA prioritariamente en obesidad, neoplasias malignas, asma bronquial, diabetes mellitus, hipertensión arterial, observándose su presencia en todas las etapas del ciclo vital lo que justifica el seguimiento a través de los grupos etarios.
- A nivel de las Redes se cuenta con tres responsables siendo profesionales de las áreas de obstetricia, medicina y enfermería.

A. INFORMACIÓN CUANTITATIVA

ATENDIDOS POR DAÑOS NO TRANSMISIBLES EN LA DIRESA CALLAO 2009-2010 EN CONSULTA MÉDICA

Daños	Año 2009			Año 2010		
	Atendidos Total	Atendidos Daños	Atendidos Daño/Atendidos Total	Atendidos Total	Atendidos Daños	Atendidos Daño/Atendidos Total
Diabetes mellitus	247,324	7667	2.19%	258,582	13,651	2.52%
Hipertensión arterial		10,097	4.59%		10,134	4.58%
Obesidad		14,591	1.57%		14,089	5.59%
Cáncer		3,375	0.92%		4,452	1.37%
Asma		23,385	6.75%		23,640	9.25%
Ceguera		390	0.02%		445	0.16%
Osteoporosis		1,425	0.66%		1,608	0.58%

Fuente HIS Estadística. Elaborado por ESRPCDNT, DAIS.

- Se observa un incremento importante en obesidad y asma bronquial, patologías que pueden ser diagnosticadas sólo con el examen médico a diferencia de HTA y DM.
  - Incremento en los diagnósticos de los daños No Transmisibles especialmente obesidad que es no sólo factor de riesgo sino también una enfermedad.

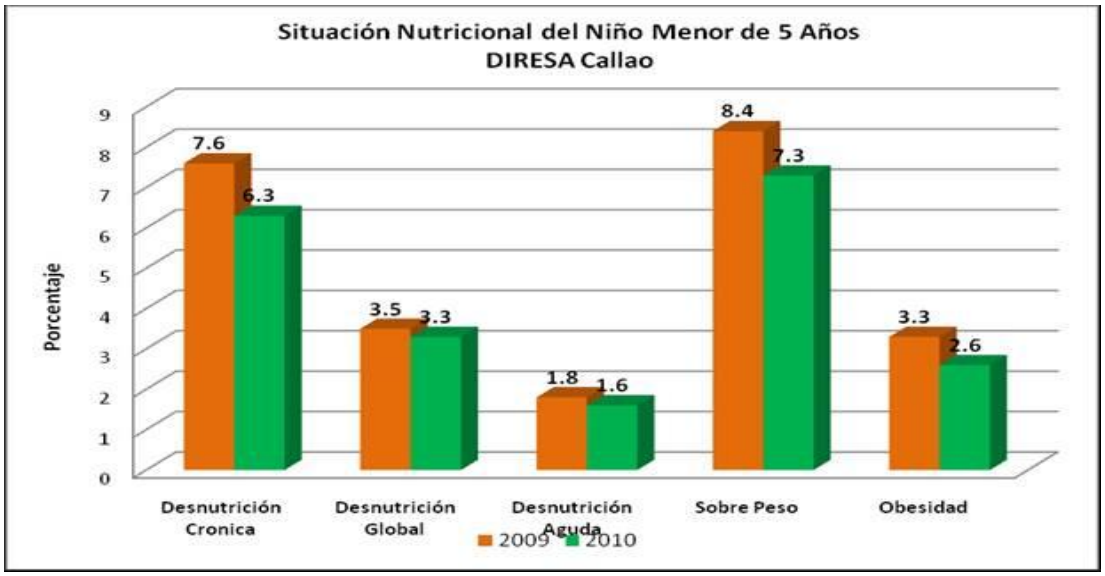
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICION SALUDABLE

- La Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable es una de las Estrategias Nacionales del Ministerio de Salud que fue creada con R.M. Nº 771-2004/MINSA; integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la reducción

de la morbi – mortalidad materna e infantil, reducción de la desnutrición crónica en la población infantil y prevención de enfermedades crónicas degenerativas; debiendo generar las sinergias necesarias para conseguir resultados esperados, debe coordinar, supervisar y monitorear las diversas actividades relacionadas a la alimentación y nutrición que se realizan en la Región Callao.

- La iniciativa de lucha contra la Desnutrición, renueva el compromiso del Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud en trabajar y apoyar los esfuerzos realizados desde el estado, la sociedad civil y el sector privado para reducir la desnutrición, factor que debe ser abordado responsablemente.
- La falta de servicios básicos como agua y/o desagüe, los ingresos económicos mínimos, educación limitada sobre el tema, han sido factores condicionantes para el incremento de la desnutrición, en niños que viven en pobreza y extrema pobreza.
- La Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable presenta las siguientes líneas de acción.
- El porcentaje de Desnutrición Crónica disminuyó en relación al 2008, además de haber un incremento en los casos de sobrepeso y obesidad.
- Se observó un aumento en los casos sobrepeso y anemia en relación al 2008.

SITUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 05 AÑOS 2009-2010 DIRESA CALLAO



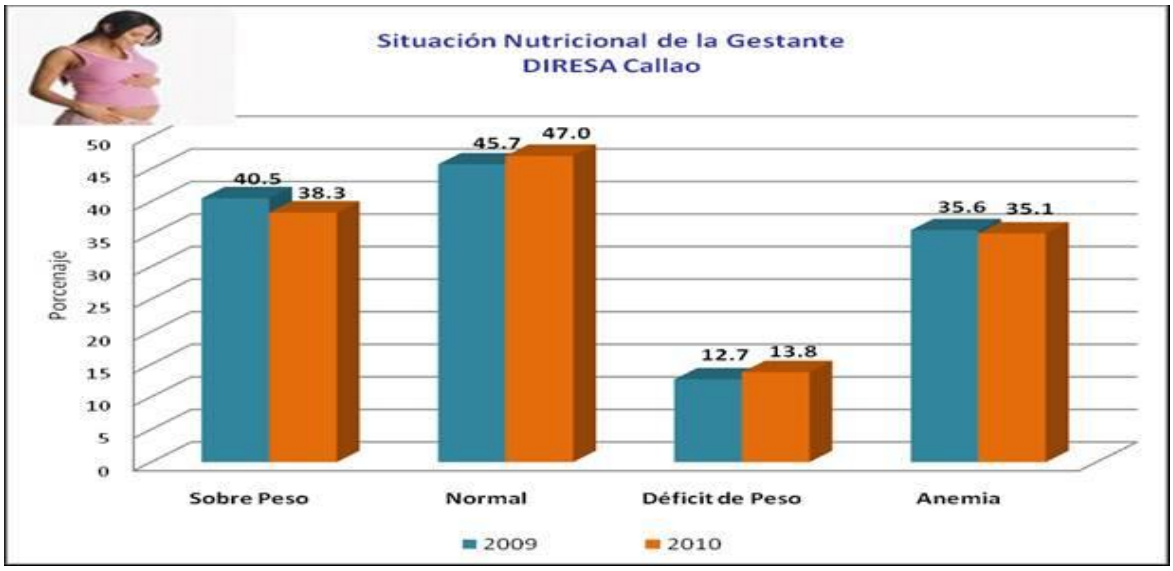
Años	Evaluados	Dn. Crónica	Evaluados	Dn. Global	Evaluados	Dn. Aguda	Sobre Peso	Obesidad
2010	67340	4223	68157	2255	67406	1057	4920	1769
2009	44290	3387	45076	1577	45249	821	3812	1491

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2010

El porcentaje de Desnutrición Crónica disminuyo en relación al 2010 en un 1.3%, además de haber un incremento en los casos de sobrepeso y obesidad. Para el año

2010 se evaluó a una mayor cantidad de niños en relación al año 2009, asimismo se observa que los indicadores nutricionales de Desnutrición Global y Desnutrición Aguda bajaron en un 0.2 % respectivamente.

SITUACION NUTRICIONAL DE LA GESTANTE 2009-2010 DIRESA CALLAO



Años	Registrados	Evaluados	Sobre Peso	Normal	Déficit de Peso	Evaluados	Anemia
2010	13897	12484	4782	5872	1720	7194	2525
2009	14580	13143	5324	6006	1666	7516	2673

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2010

- Para el año 2010 se evaluaron 13,897 gestantes en relación a las 14580 del 2009, observándose un descenso en cuanto al Sobrepeso en 2.2% y un leve aumento del Déficit de peso en 1.1%. En lo referente a Anemia, en el 2010 se evaluaron a 2525 gestantes en relación a las 2673 del 2009, teniendo un leve descenso de 0.1%.
- Se debe gestionar las coordinaciones con los Gobiernos Locales para desarrollar actividades que contribuyan a la reducción de la desnutrición crónica infantil, como la implementación de los ultimicronutrientes, la tecnología de decisiones informadas, entre otras.

- Considerar el recurso humano Nutricionista en los procesos de intervención y en la transferencia de conocimientos sobre temas de alimentación y nutrición al personal de salud de la DIRESA Callao, para la adopción de prácticas saludables en la población chalaca que ayudaran en la reducción de la desnutrición infantil en la Región Callao.

- **INDICADOR DE EXTENSIÓN DE USO**
  Atención de personas Expuestas a Rabia

ESTRATEGIA SANITARIA DE CONTROL DE ZOONOSIS

Rabia

A.- INFORMACION CUANTITATIVA: INDICADORES

- Por accidente de mordedura

Según años 2009 - 2010.



AÑOS	Nº DE PERSONAS EXPUESTAS	TASA NOTIF.X 10000	Nº.TTOS INICIADOS	% TTOS INICIADOS
2009	2393	27.70	847	35.39
2010	2187	23.23	765	34.98

ACTIVIDAD: Atención de Personas Expuestas a virus Rábico

En el Grafico, el número de personas expuestas a rabia, en los años 2008 2009 y anual 2010 es un registro de 2187 personas expuestas a rabia por accidente de mordedura. Teniéndose una tasa de notificación de 23 personas afectadas por cada 10,000 habitantes.

Asimismo de la meta programada en atención de personas expuestas se logra un 81% de cobertura de lo programado para el año 2010.

INDICADOR DE COBERTURA ANUAL 2010

AÑOS	Nº PERSONAS EXPUESTAS	Nº TTOS INICIADOS	% TTOS INICIADOS
2009	2393	847	35.39
2010	2187	765	34.98

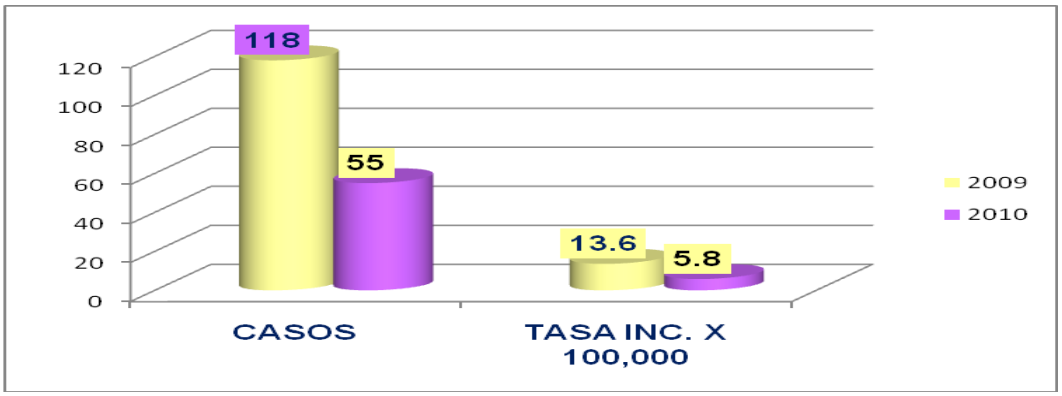
ACTIVIDAD: Inicio de tratamiento antirrábico a personas expuestas a rabia con exposición grave.

Meta programada	Avance	cobertura %
814	**846**	**104**

BRUCELOSIS

En la Región Callao, ha disminuido casi en 50%, en relación al año anterior, teniéndose los paquetes de tratamiento gratuito para pacientes en los establecimientos de salud.

La Tasa de Incidencia de Brucelosis establecimientos.

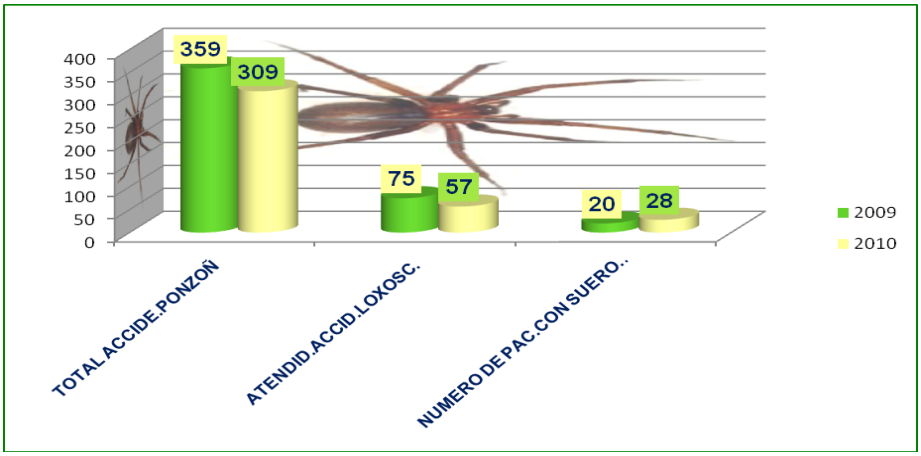


Fuente: Oficina del DAIS

De los casos programados atender de brucelosis año 2010, se alcanzo una cobertura de 42.3%., habiendo disminuido en relación al año anterior en 57.71%.

ACCIDENTES PONZOÑOSOS

ATENCIÓN DE PACIENTES CON ACCIDENTES PONZOÑOSOS AÑO 2010



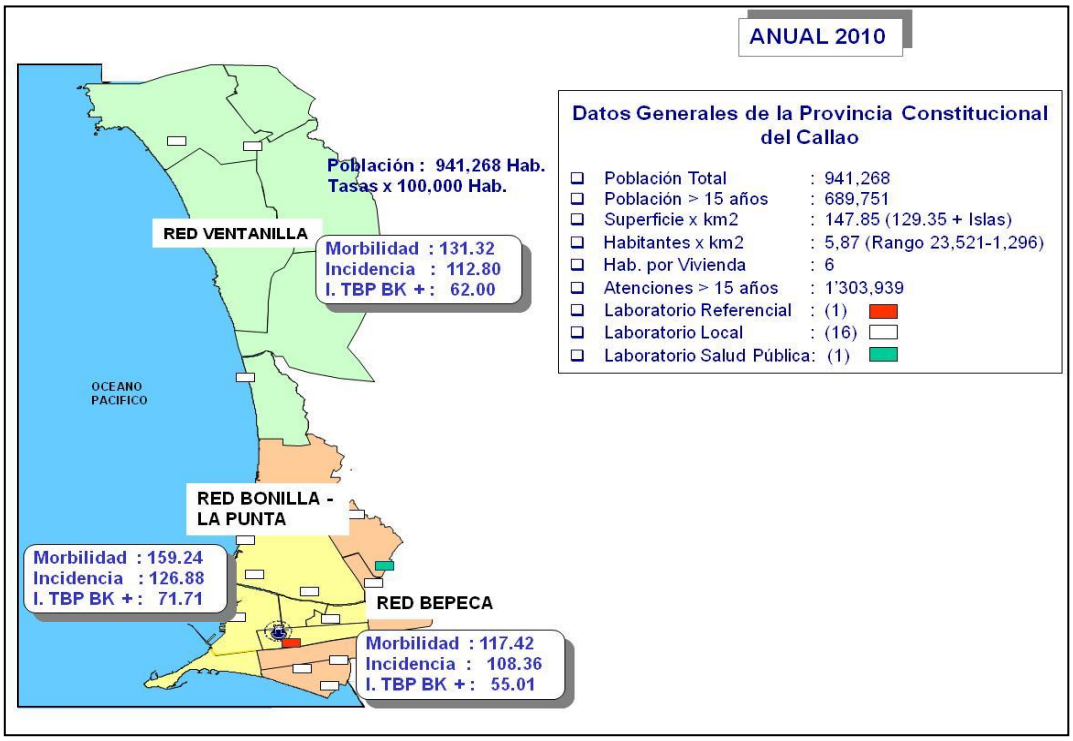
Fuente: Oficina de Estadística, ESCZ

Los accidentes ponzoñosos en la Región Callao incluyen accidentes por insectos, hormigas, y principalmente accidentes por araña loxosceles, comparativamente años 2009 y 2010, la frecuencia del total de accidentes se mantiene, habiendo disminuido ligeramente los casos de loxoscelismo en relación al año 2009, de la información recibida se tiene que se aplico tratamiento antiloxoscelico a un total de 28 pacientes, asumiendo que el resto solo recibió tratamiento sintomático, la mayoría de los registros de ponzoñosos corresponden al hospital San José, siendo necesaria contar con mayor detalle de la atención de los pacientes.

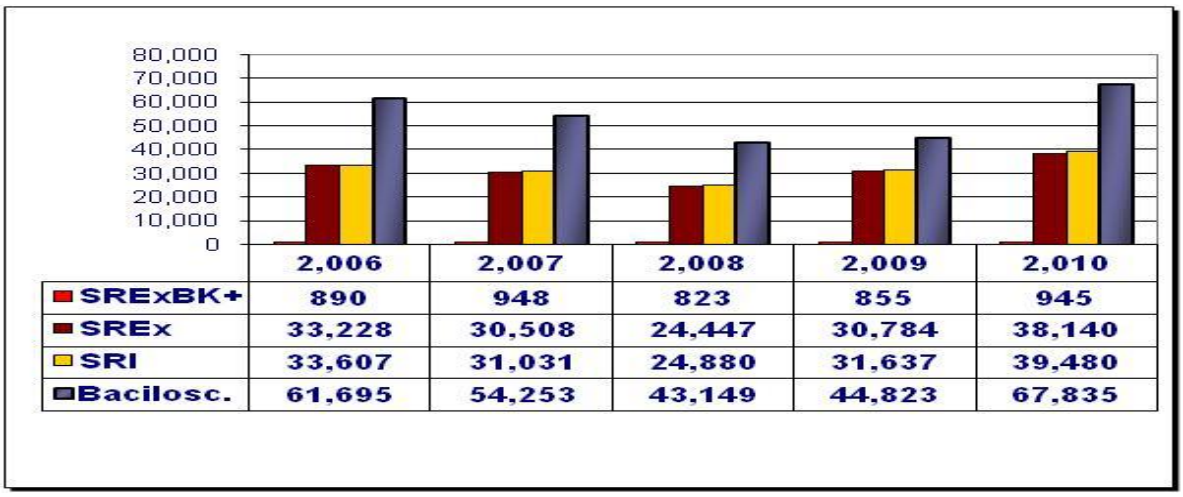
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

La Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Callao, tiene como misión garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento gratuito de la tuberculosis, en todos los servicios de salud de la Región del Callao, brindando atención integral, con personal capacitado y fomentando el autocuidado, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por Tuberculosis y Tuberculosis Multidrogorresistente así como orientar hacia conductas saludables.

NUMERO DE CASOS DE TB MDR
ESTRATEGIA SANITARIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS
2004 - 2010



SINTOMATICOS RESPIRATORIOS
ESTRATEGIA SANITARIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS
2006 - 2010



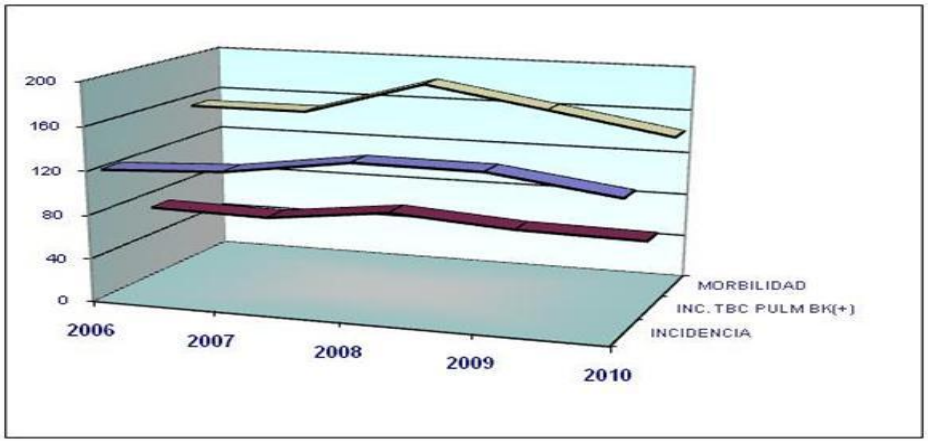
	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010
SRExBK+	890	948	823	855	945
SREx	33,228	30,508	24,447	30,784	38,140
SRI	33,607	31,031	24,880	31,637	39,480
Bacilosc.	61,695	54,253	43,149	44,823	67,835

Fuente: Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis

Este gráfico de barras nos permite observar cómo se incrementa el número de bacilos copias, de Sintomáticos Respiratorios Identificados, de Sintomáticos Respiratorios examinados y de Sintomáticos Respiratorios Examinados dactiloscopia positiva; demostrando incremento en la búsqueda, pero también mayor presencia de casos

positivos siendo estos los que mantienen la cadena de transmisión dentro de la Región.

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS ESRPyC TB - DIRESA CALLAO ANUAL 2006 AL 2010



	2006	2007	2008	2009	2010
INCIDENCIA	117	122	137	136	121
INC. TBC PULM BK(+)	65	63	76	68	66
MORBILIDAD	150	150	181	163	144

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis DIRESA. Callao.

Se evidencia una disminución de las tasas de Morbilidad, Incidencia e Incidencia BK (+) en los últimos 3 años, fenómeno que se repite a nivel nacional y que en el caso de la Región Callao esto traduce que es necesario incrementar aún más la búsqueda a fin de detectar aquellos casos que están condicionando el incremento de los casos de TBC MDR.

La tasa de incidencia de TBCP BK (+) nos indica que la posibilidad de contagio dentro de nuestra comunidad sigue siendo de alto riesgo.

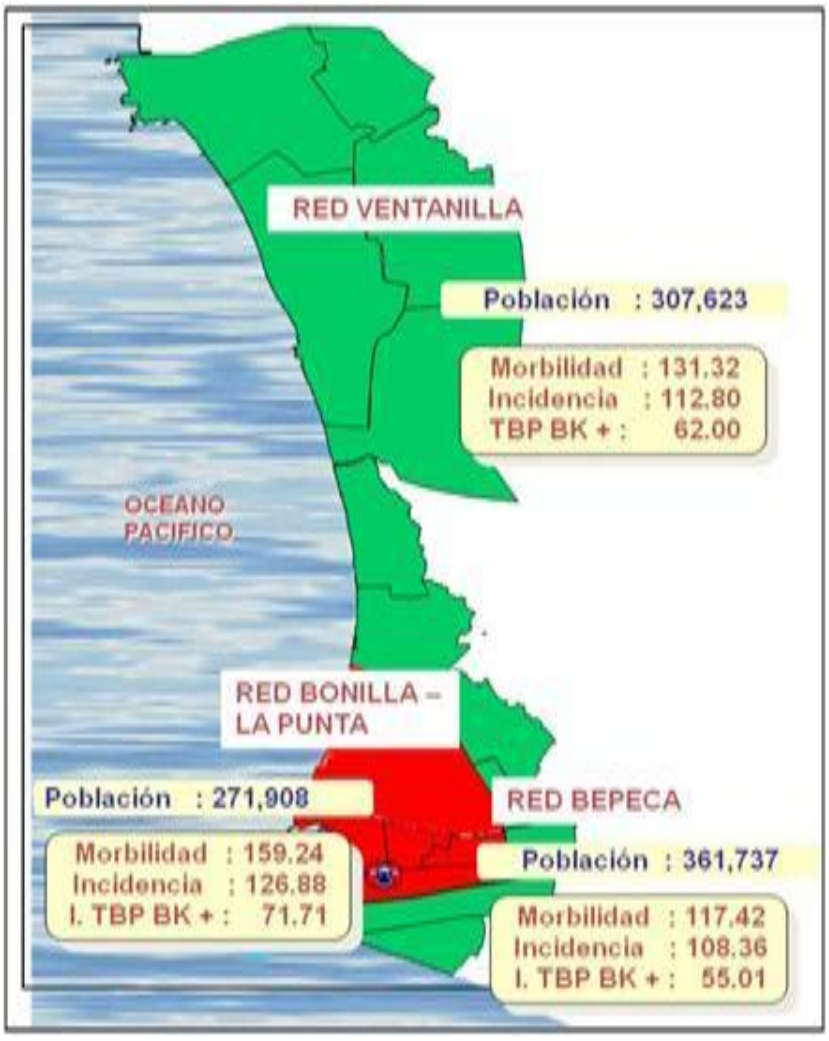
ESTRATIFICACIÓN GEOGRÁFICA DE ZONAS DE RIESGO (TBP-FPN) POR REDES (AÑO 2007 AL 2010) DIRESA CALLAO

RED DE SERVICIO	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
DIRESA	63 x 100,000 hab.	76 x 100,000 hab.	68 x 100,000 hab.	66 x 100,000 hab.
I RED BONILLA - LA PUNTA	99.9 x 100,000 hab.	102.3 x 100,000 hab.	81.3 x 100,000 hab.	71.71 x 100,000 hab.
II RED BEPECA	65.7 x 100,000 hab.	52.8 x 100,000 hab.	56.8 x 100,000 hab.	55.01 x 100,000 hab.
III RED VENTANILLA	60.2 x 100,000 hab.	69.1 x 100,000 hab.	63.4 x 100,000 hab.	62 x 100,000 hab.

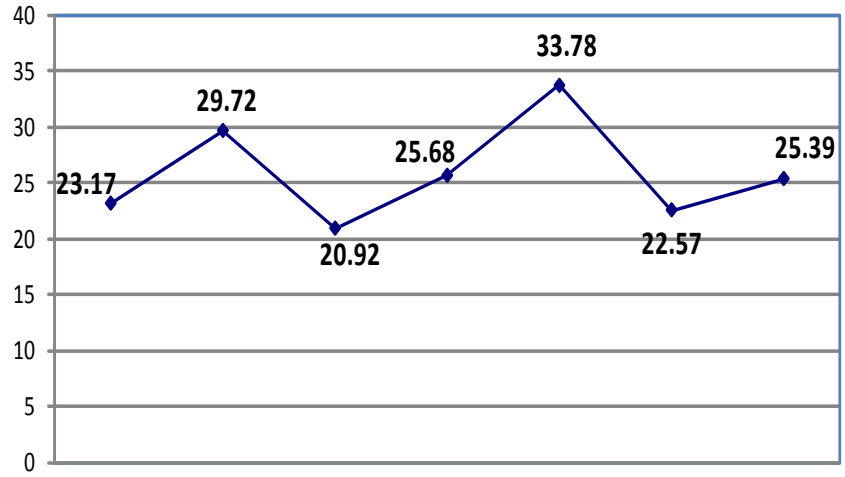
La estratificación geográfica según zonas de riesgo que está definida por la tasa de incidencia de frontis positivo, aún mantiene a la DIRESA Callao y a la Red Bonilla como zonas de riesgo, quedando la Red BEPECA y la Red Ventanilla en zona de mediano riesgo; esto implica una alta posibilidad de contagio dentro de nuestra Región.

MAPA EPIDEMIOLOGICA EN ZONAS DE RIESGO (TBP-FP)
CASOS POR REDES AÑO 2010

DIRESA CALLAO



NUMERO DE CASOS DE TB MDR
AÑOS 2004 - 20010
DIRESA CALLAO



Casos TB MDR	212	277	198	218	289	195	239

Los casos de TBC MDR han mostrado una conducta errática en estos últimos años, con subidas y bajadas, llegando este año a representar un 25.39% con 239 casos, esto nos refleja que hay una mayor posibilidad de tener pacientes con TBC MDR dentro de nuestra comunidad y si no estamos listo para esta situación, el contagio podría ser mayor entre las personas.

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, VIH Y SIDA

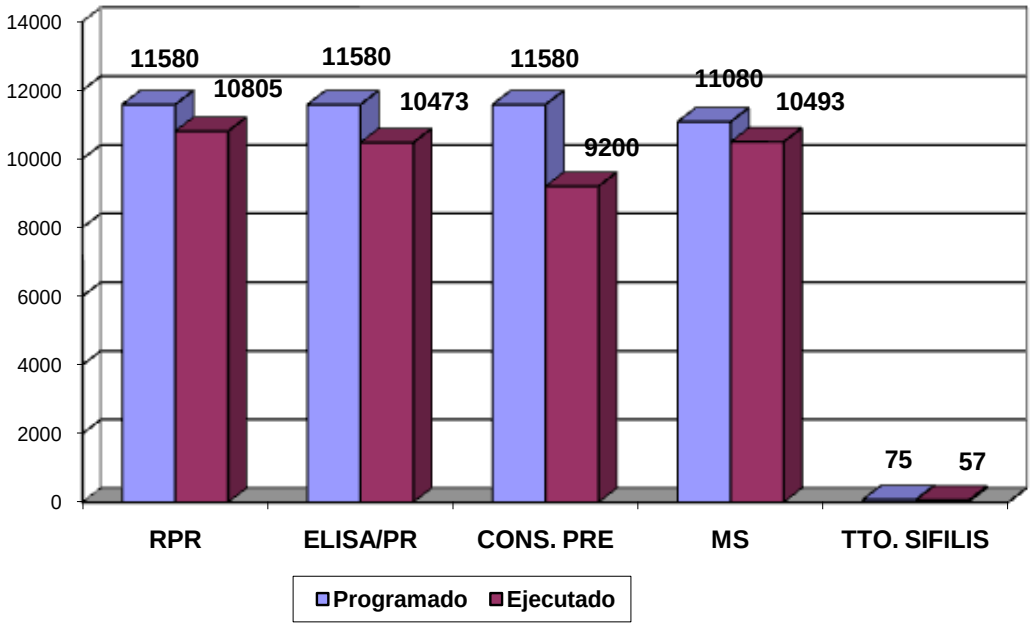
La Estrategia de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA adscrita a la Unidad Técnica de Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales, órgano de la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao.

1. La cobertura de tamizaje con RPR en gestantes que acuden al control pre natal (CPN) sufre un incremento notable en el último trimestre, sobre todo en adolescentes, lo cual probablemente se debe a la contribución del Proyecto CISNE que permitió tamizar gestantes en el mismo consultorio mediante la Prueba Rápida para Sífilis.
2. Hubo menos casos de Sífilis en adultos que en adolescentes, aunque en general el número de casos totales fue menor al programado. Reiteramos que es importante reconocer que a pesar de haber buscado no se encontraron casos.
3. La cobertura de los casos para Manejo Sindrómico de las ITS curables venían con una tendencia a la baja, pero aumentan en el 4to. Trimestre, mayormente en adolescentes, aunque en general hubo mayor demanda en los centros de salud a comparación del año pasado. Se debe fortalecer esta actividad.

Entre sus funciones están:

- Brindar asistencia técnica en ITS/SIDA a Centros de Salud, Direcciones de Redes de Salud y Hospitales.
- Realizar o apoyar investigaciones operacionales relacionadas a la estrategia.
- Formular informes técnicos de la estrategia.
- Promover la participación de la comunidad en las acciones para enfrentar las epidemias de ITS, VIH y SIDA, priorizando las poblaciones vulnerables.
- Asimismo, tiene a su cargo los siguientes procesos: Promover espacios de articulación de actividades entre los diferentes actores sociales en el ámbito de la DIRESA CALLAO: Gobierno Regional, Municipios, ONG's, MINEDU, MIMDES, etc. Para sumar esfuerzos dentro del marco normativo del Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011.
- Diseñar y difundir las actividades de promoción, prevención y atención de las estrategias sanitarias nacionales y regionales priorizadas integrándolas a los ciclos de vida.
- Elaborar y adecuar las normas técnicas, guías, protocolos y procedimientos en el área técnica de su competencia.
- Supervisar, monitorear y evaluar la aplicación de las normas técnicas, guías, protocolos y procedimientos por los coordinadores de los componentes de la unidad en las redes y hospitales de la DIRESA Callao.
- Investigar y promover la investigación y análisis de temas de interés de la unidad.
- Coordinar con los responsables de las otras Unidades Técnicas de atención integral de salud y con los responsables de las redes y hospitales.

A. INFORMACIÓN CUANTITATIVA:



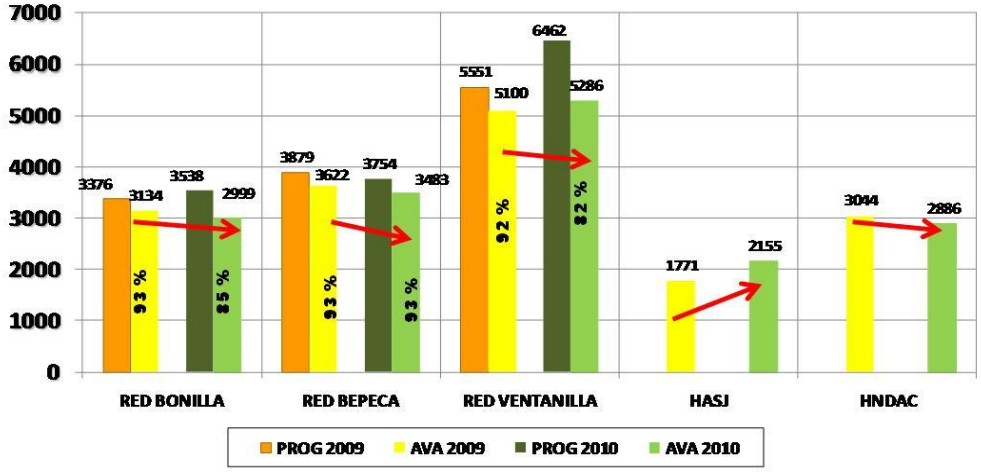
INDICADOR	PROGRAMADO	EJECUTADO	COBERTURA
Toma de muestra y diagnóstico con RPR para sífilis en gestantes con CPN	11,580	10,805	**93%**
Administración de tratamiento a gestantes con diagnóstico de Sífilis según protocolo	75	57	**76%**
Toma de muestra y diagnóstico con prueba Serológica para VIH en gestantes con CPN	11,580	10,473	**90%**
Consejería pre-test en gestantes con CPN	11,580	9,200	**79%**
Brindar tratamiento de acuerdo a protocolo de Manejo Sindrómico a los/las adolescentes diagnosticados con una ITS curable	11,080	10,493	**95%**
Cumplir con las salidas nocturnas programadas por el Equipo Itinerante del CERITS "Alberto Barton" para atención en campo de las poblaciones vulnerables TS y HSH	96	96	**100%**

ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- En **tomas de Papanicolaou** se aprecia un logro de meta anual programada del 94% (17,261) con un incremento del 21.7%(3,078) muestras tomadas de Papanicolaou más en relación al año 2009 (14,183) a pesar de la demora en la entrega de resultados, (aproximadamente 3 meses).
- En **Transmisión Vertical** se obtiene un logro del 101% (18,084) de lo programado (17,976).
- En lo que se refiere a **Parto institucional** se ha obtenido un logro del 95% (3,533) de lo programado anualmente (3,719).

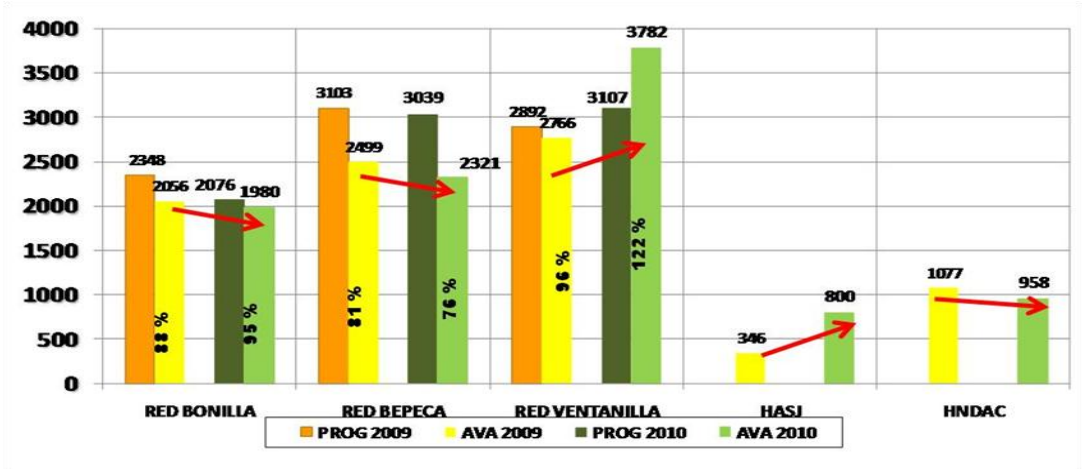
Gestantes Atendidas Comparativo por Redes y Hospitales
Anual 2009-2010 DIRESA - CALLAO

Se observa en Red Bonilla-La Punta un logro del 85% (2,999) de la meta anual



programada (3,538) con una disminución del 4% (135) respecto del año pasado, en Red BEPECA se ha obtenido un logro del 93% (3,483) de lo programado anualmente (3,754), respecto del año pasado se observa una disminución del 3.8% (139) afectando el logro de este indicador la falta de recurso humano sobre todo en los establecimientos donde solo se cuenta con la atención de gestantes en un solo turno y cuando los profesionales toman vacaciones no hay quien reemplace, el cambio del SIS al AUS también afecto este indicador pues ahora se solicita que toda gestante para inscribirse en el AUS debe acudir con su documento de identidad (DNI).

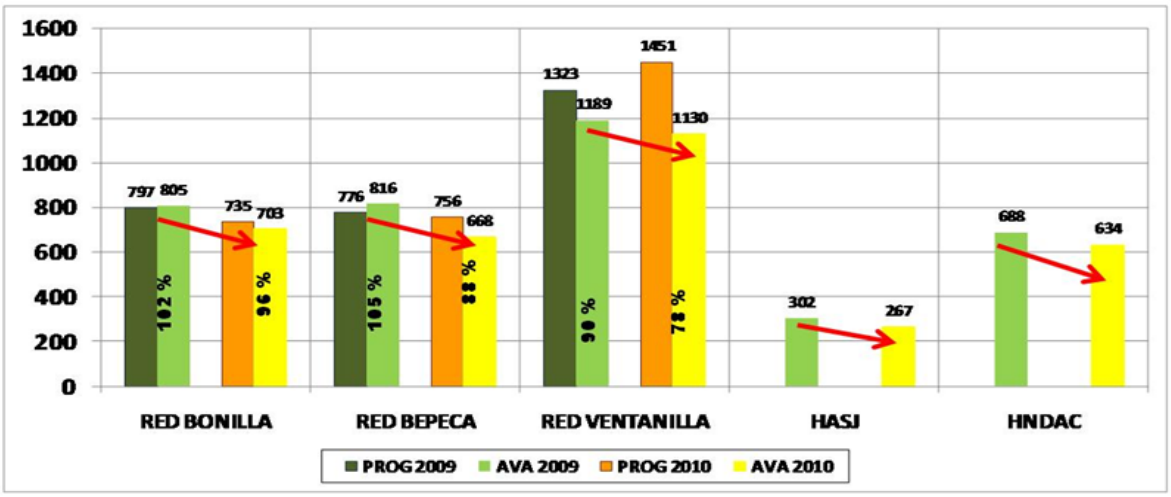
GESTANTES CONTROLADAS POR
REDES - HOSPITALES
ANUAL 2008 - 2010 DIRESA - CALLAO



Fuente: Informe Materno Perinatal Mensual

Se observa un incremento del 3.6% (186) en red Ventanilla respecto del año pasado, y una disminución en Red Bonilla-La Punta y Red BEPECA, en ambos casos el incremento de referencias por factores de riesgo se vio incrementado en ambas redes. En HSJ el incremento es del 21.6% (384) y en el HDAC se aprecia una disminución del 5%(158) en relación al año anterior.

GESTANTES ADOLESCENTES POR REDES - HOSPITALES ANUAL 2008 - 2010 DIRESA – CALLAO



Fuente: Informe Materno Perinatal Mensual

Se observa una disminución tanto en redes como hospitales, siendo en Red Bonilla del 12.6% (102), en BEPECA 23.6% (100), Ventanilla el 12.7%(81), HNDAC del 23.5% (73) y HSJ es del 11.5% (35) menos que el año anterior, en Red BEPECA se adopto como estrategia de algunos centros como Bocanegra la instalación de un consultorio en la misma institución educativa donde se realiza consejería integral y personalizada a los adolescentes una vez por semana así como en el CDJ Faucett.

UNIDAD TECNICA DE CALIDAD EN SALUD.

- La Unidad Técnica de Calidad en Salud de la DIRESA Callao cuenta con documentos de gestión institucional 2010 de acuerdo a las normas emitidas por el Ministerio de Salud y acorde a los objetivos y estrategias enmarcadas en los lineamientos de las Políticas de Calidad Nacional y Regional y contiene las líneas de acción que direccionan las intervenciones en su ámbito regional.
- Se han obtenido los resultados de los indicadores planteados en el Plan Operativo Institucional durante el primer semestre del año fiscal 2010 con la participación y el compromiso de cada una de las dependencias y entidades que conforman la Dirección Regional de Salud del Callao.

A. INFORMACIÓN CUANTITATIVA:

Las intervenciones en calidad se han desarrollado en los siguientes aspectos:

- Auditoria de la calidad
- Proyectos de mejora continua
- Seguridad del paciente
- Acreditación

Encuestas de satisfacción del usuario externo

- **AUDITORIA DE LA CALIDAD**

Actualización de Comités de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.

- Como parte del proceso de institucionalizar la gestión de Auditoria Médica era imprescindible la designación de auditores por cada Micro red de Salud en la Región Callao. Estos auditores debían estar dotados de respaldo y autoridad de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud Callao.
- Es por ello que el 22 de abril de 2010 se emite la R.D: 163-2009-GRC/GRS/DIRESA/DG actualizando los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud de las 3 Redes de salud y sus respectivas Microrredes, además de las sanidades internacionales (marítima y aérea).

Ranking de puntajes de mejora por Microrredes en la calidad del registro en la atención de Medicina

ED	MICRORREDES	PUNTAJE
VENTANILLA	MARQUEZ	61
VENTANILLA	LUIS FELIPE CASAS	58
VENTANILLA	HOSP. VENTANILLA	56
BEPECA	SESQUICENTENARIO.	55
BONILLA	ACAPULCO	53
VENTANILLA	ANGAMOS	53
BONILLA	JOSE OLAYA	45
BEPECA	BELLAVISTA	44
BEPECA	FAUCETT	43
BONILLA	BONILLA	42
VENTANILLA	TRES DE FEBRERO	40
BONILLA	GAMBETTA	37
BEPECA	AEROPUERTO	34
BONILLA	SANTA FE	31

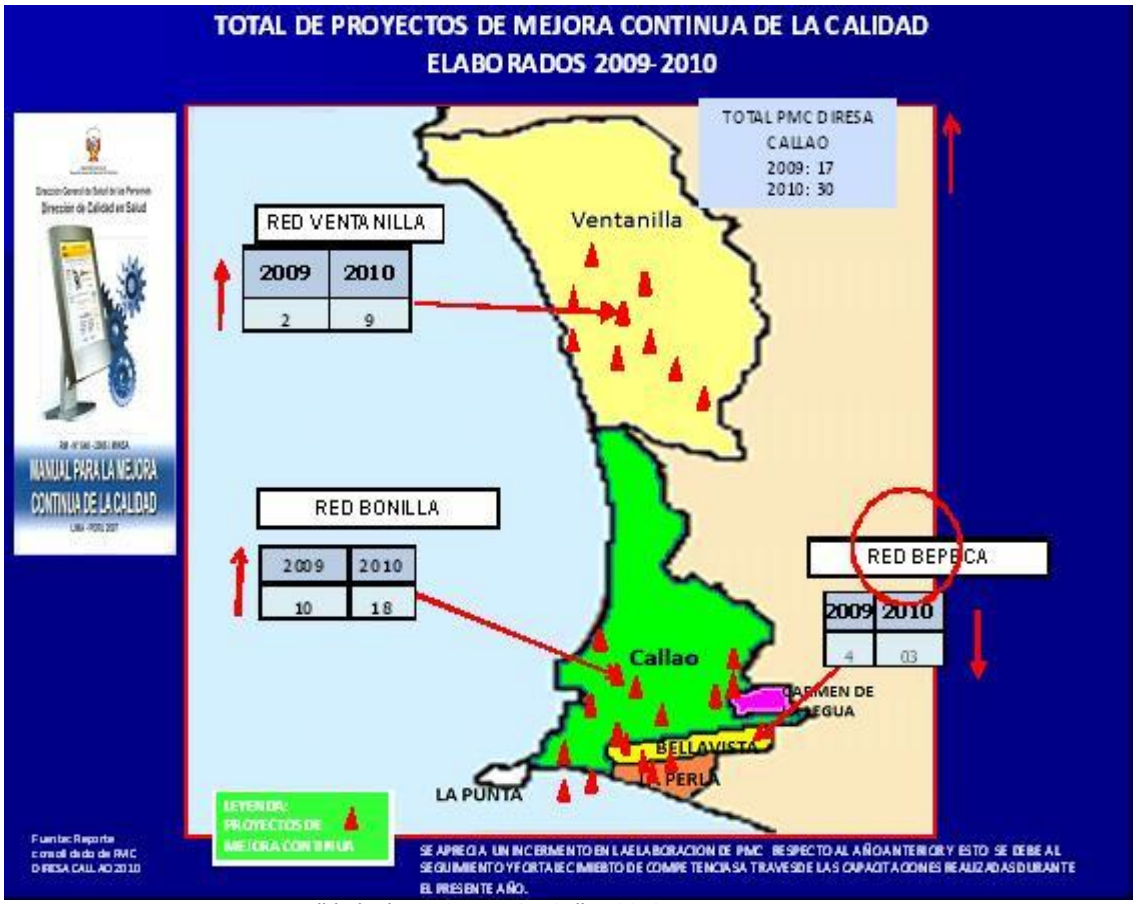
NOTA:

Considerar que el puntaje igual a **36** representa la neutralidad en la mejora, es decir, no hubieron mejoras tampoco ni empeoramiento, más de 36, significa que hubieron mejoras, menos de 36 significa que se empeoró.

PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA

- **PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA**

  Lo más significativo fue la producción de proyectos de mejora continua, sumando un total de 30 iniciativas en el año 2010.



Fuente: Reporte consolidado de PMC DIRESA Callao 2010.

Se aprecia un incremento en la elaboración de PMC respecto al año anterior y esto se debe al seguimiento y fortalecimiento de competencias a través de las capacitaciones realizadas durante el año 2010.

Asesoría en presentación de PMC al Encuentro Nacional

- El 15 de Octubre se enviaron vía correo electrónico 02 de los cuatro PMC previamente seleccionados, ya que fueron los únicos que lograron implementarse hasta la fecha límite de entrega de los PMC, requisito explícito en las bases del concurso del Encuentro Nacional. Del igual modo los Hospitales Daniel Alcides Carrión y San José del Callao presentaron su PMC implementados.

En el concurso el Callao obtuvo el siguiente resultado:

1. **Proyecto de mejora continua - Red de Salud BEPECA.**

   Trabajando con la comunidad en defensa civil en el centro de salud Faucett "**Evitando desastres en mi comunidad**" 2do. Puesto
2. **Proyecto de mejora continua - Hospital "San José"**
   Disminuyendo el tiempo de espera y la insatisfacción del usuario en el área de laboratorio central del servicio de patología clínica del Hospital San José del Callao. 2do. Puesto.
3. **Proyecto de mejora continua - Hospital "Nacional Daniel Alcides Carrión"**

   - Mejoramiento de la administración y gestión de la historia clínica para la atención ambulatoria en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 3er. Puesto.
   - Cabe resaltar que se ha logrado tener una masa crítica productora de proyectos de mejora continua de la calidad.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lanzamiento de Campaña Regional por la Calidad y Seguridad del Paciente

- En el marco de la Iniciativa de la "Alianza Internacional por la Seguridad del Paciente" promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se dio inicio a la **"Campaña Regional por una mejor calidad y seguridad de la atención en salud"** el cual tuvo como propósito promover una cultura de calidad y seguridad en la atención en todos los establecimientos de salud, como parte del derecho fundamental de las personas a la salud.

Como principales logros en Seguridad del Paciente tenemos:

- Lanzamiento de Campaña Regional por la Calidad y Seguridad del Paciente
- Elaboración y difusión de los Manuales de implementación del 1° y 2° reto global.
- Formación del personal de salud en temas de seguridad del paciente
- Ser elegidos en desarrollo de modelo CUSP
- Estudio APEAS: formación de investigadores.

- **ACREDITACION**

Formación de evaluadores internos

- Como parte del proceso de Acreditación que se viene llevando en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, la DIRESA Callao ya empezó a caminar en ese sentido realizándose la primera autoevaluación de sus establecimientos de salud en el año 2008.
- Frente al proceso y los resultados obtenidos se consideró necesaria la formación de personal para que estén capacitados y lleven adelante este proceso de manera más sólida. Por ello que se solicitó a cada jefe de red que designen a 6 personas para que fueran capacitados como evaluadores internos.

- Al final del año 2010 se cuenta con 122 evaluadores internos certificados por la Gerencia Regional de Salud.

SATISFACCION DEL USUARIO

Se realizó la primera medición Cervical realizada en marzo 2010.
Se aplicaron por Redes un Total de 2,968 encuestas:

- RED VENTANILLA : 914
- RED BONILLA LA PUNTA : 1102
- RED BEPECA : 952

Se clasificó de acuerdo al puntaje obtenido en: No aceptable, aceptable y adecuado.

	> de 75	no aceptable
	40 - 75	aceptable
	< de 40	adecuado

Cuadro N° 1 Resultado de Encuesta de Satisfacción

RED BONILLA - LA PUNTA

EESS	% INSATISFACCIÓN
Santa Fe	1,3
Gambetta Alta	2,1
El Ayllu	2,2
La Punta	3,0
Centro Desarrollo Juvenil	7,4
José Olaya	14,0
Puerto Nuevo	14,9
Miguel Grau	21,2
Ramón Castilla	22,4
San Juan Bosco	23,9
Alberto Barton	29,6
Acapulco	33,6
Manuel Bonilla	49,9
Santa Rosa	53,1
José Botterin	61,6
Callao	74,8
Gambetta Baja	90,9
Juan Pablo II	96,8

Los Centros de Salud Gambeta Baja y Juan Pablo II, son los que muestran mayor porcentaje de insatisfacción.

Cuadro N° 2 Resultado de Encuesta de Satisfacción

RED BEPECA

EESS	% INSATISFACCIÓN
La Perla	0,6
Poligono IV	20,1
Aeropuerto	24,3
Alta Mar	25,2
El Alamo	25,5
Playa Rimac	40,3
Bellavista	47,5
Sesquicentenario	58,5
Palmeras de Oquendo	62,7
Bocanegra	64,4
Carmen de la Legua	67,6
200 Millas	72,4
Previ	73,4
Faucett	79,3
Villa Sr. Milagros	95,3

Fuente: Encuesta Cervical modificada

Los Centros de Salud Faucett y Villa Señor de los Milagros son los que muestran mayor porcentaje de insatisfacción.

Cuadro N° 3 Resultado de Encuesta de Satisfacción

RED VENTANILLA

EESS	% INSATISFACCIÓN
Bahia Blanca	1,8
Defensores de la Patria	2,1
Ciudad Pachacutec	4,6
Ventanilla Baja	6,4
Luis Felipe Casas	14,2
Mi Perú	36,0
Hijos del Alm. Miguel Grau	36,6
Pachacutec Peru Corea	64,3
Angamos	67,7
Marquez	68,8
Villa los Reyes	74,1
Ventanilla Alta	76,8
03 de Febrero	83,1
Ventanilla Este	83,8
Santa Rosa de Pachacutec	97,3

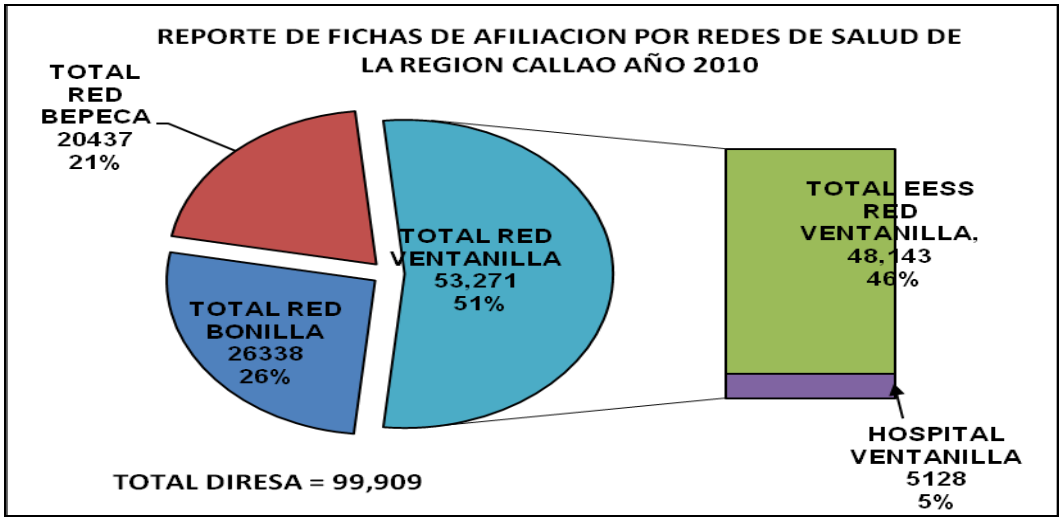
Fuente: Encuesta Cervical modificada

Los Centros de Salud: Ventanilla Alta, 03 de Febrero, Ventanilla Este y Santa Rosa de Pachacutec cuentan con mayor porcentaje de insatisfacción.

UNIDAD DE SEGUROS DE SALUD

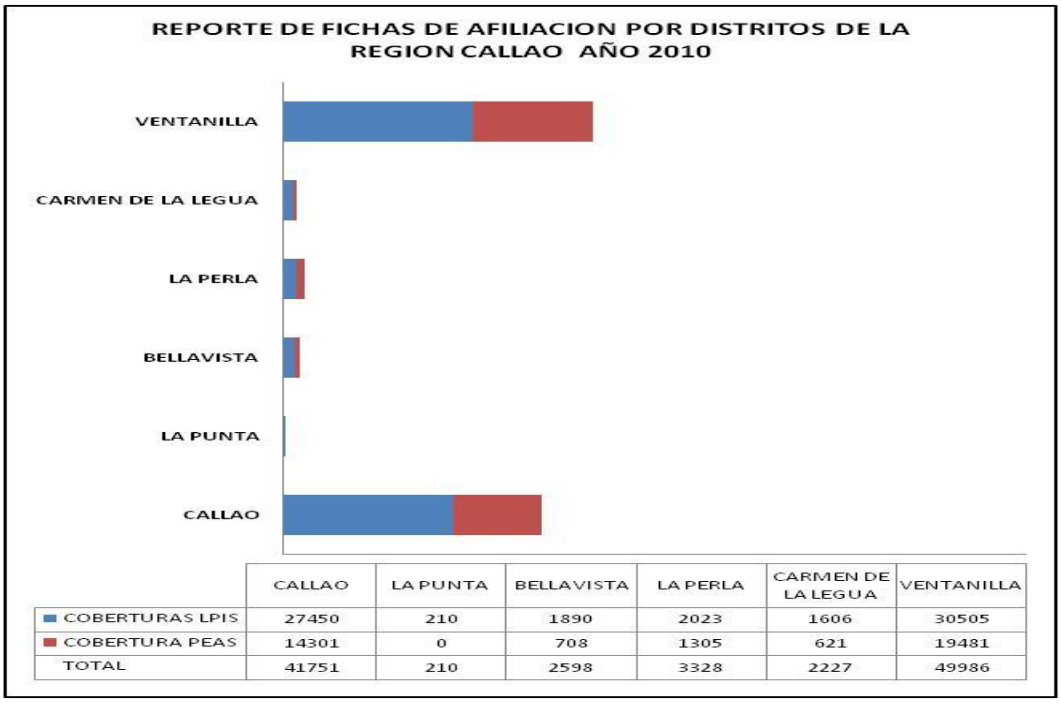
- Con RS Nº445-2001-SA, el 31 de octubre del 2001 se crea el Seguro Integral de Salud como Organismo Publico Descentralizado del Ministerio de Salud, asignándole la misión de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual de conformidad con la política del sector.
- Actualmente la Unidad de seguros de la DIRESA Callao se encuentra dentro de la estructura funcional de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y tiene a su cargo el procesamiento y digitación de las prestaciones de salud y administrativas financiadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en los establecimientos de salud.
- Desde el mes de julio del 2010 se incorporo a toda la Región Callao al Aseguramiento Universal en Salud variando el proceso y requisito para la afiliación de los pacientes, siendo ahora requisito indispensable el que la persona cuente con documento único de identidad (DNI) así como el que se encuentre calificado como elegible por el Sistema de focalización de hogares (SISFOH),que depende del Ministerio de Economía y Finanzas. La cobertura de atención para el régimen subsidiado ahora es en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- La Unidad de Seguros desarrolla las siguientes actividades.
- Afiliación al Seguro Integral de Salud, en el componente subsidiado con cobertura LPIS hasta julio del 2010 y a partir del 25 de julio del 2010,en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, afiliación al Seguro Integral de Salud al régimen subsidiado con coberturas PEAS, usando los instrumentos y normatividad vigente, mediante la siguientes tareas:
- Evaluación socioeconómica mediante la ficha de evaluación socioeconómica FESE, aplicada al núcleo familiar y realizado por la Trabajadora Social de los Establecimientos hasta el 24 de julio del 2010.
- Afiliación a población en pobreza y extrema pobreza calificada como elegible por el SISFOH-MEF, al componente subsidiado a partir del 25 de julio del 2010.
- Actualización de datos de los afiliados al SIS por diferentes motivos (cambio de domicilio, anulación, error de digitación).
- Digitación de fichas de afiliación en el sistema informativo informático del SIS hasta el 24 de julio del 2010.
- Actualmente la Unidad de Seguros de la DIRESA Callao se encuentra dentro de la estructura funcional de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y tiene a su cargo el procesamiento y digitación de las prestaciones de salud y administrativas financiadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en los establecimientos de salud

REPORTES DE FICHAS DE AFILIACION POR REDES DE SALUD EN LA REGION CALLAO



Fuente: Unidad de Seguros DIRESA Callao.

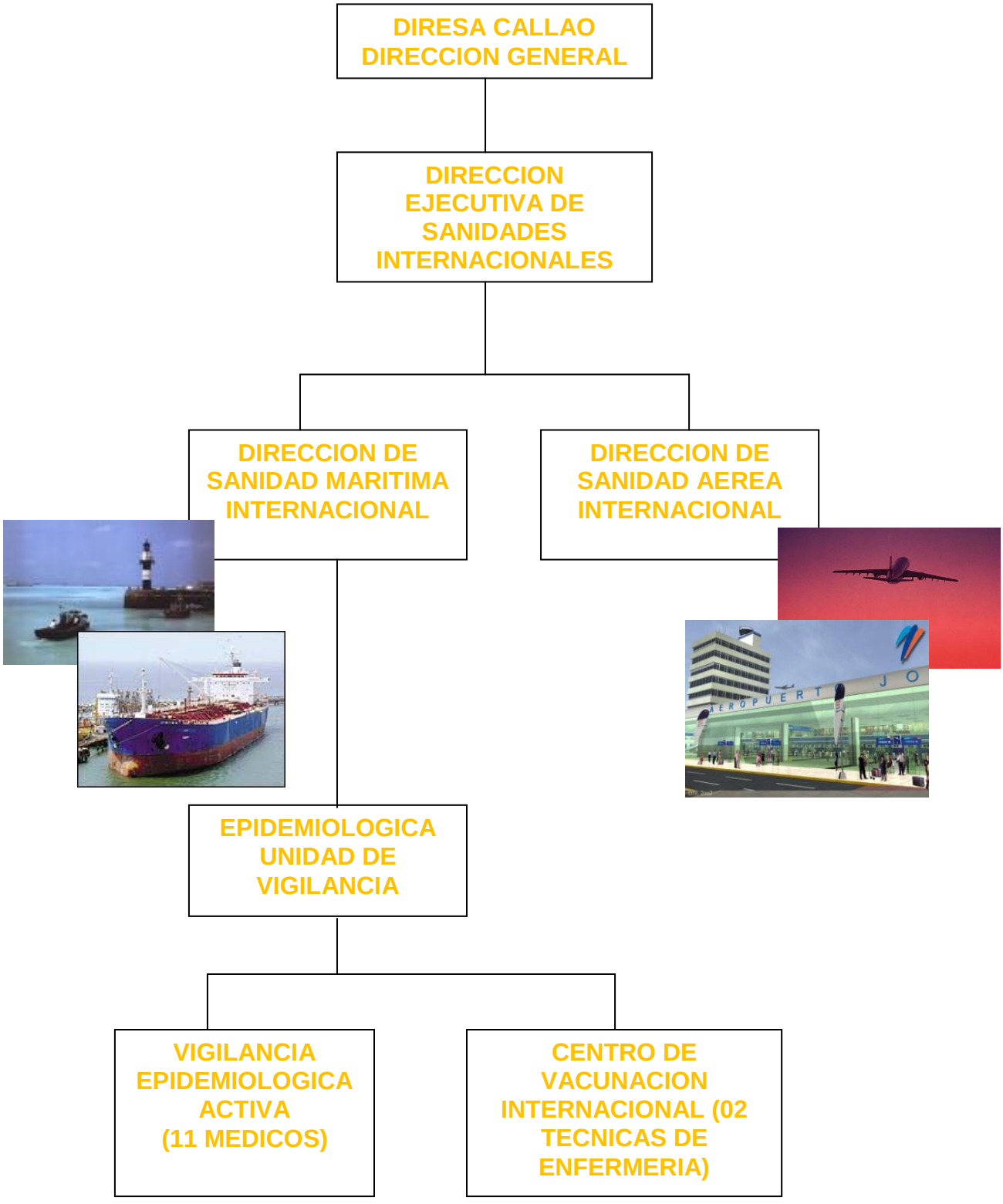
REPORTE DE FICHAS DE AFILIACION POR DISTRITOS DE LA REGION CALLAO AÑO 2010



	CALLAO	LA PUNTA	BELLAVISTA	LA PERLA	CARMEN DE LA LEGUA	VENTANILLA
COBERTURAS LPIS	27450	210	1890	2023	1606	30505
COBERTURA PEAS	14301	0	708	1305	621	19481
TOTAL	41751	210	2598	3328	2227	49986

DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES

ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDAES INTERNACIONALES



DIRECCION DE SANIDAD MARITIMA INTERNACIONAL

- Prevenir y controlar el ingreso y salida de epidemias a través de personas, vectores - alimentos.
- Efectuar la recepción y despacho sanitario de todas las naves que ingresan y/o salen del Puerto bajo su jurisdicción, para cumplir con la Fiscalización de las Normas Sanitarias
- Realizar la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles de Reglamentación Internacional.
- Efectuar Inspecciones Sanitarias periódicas de las Instalaciones del Puerto.
- Llevar a cabo la Vigilancia y Control del Saneamiento Ambiental, así como el control de la elaboración de los alimentos, tanto en las instalaciones de tierra como naves de acuerdo a las Normas Nacional e Internacionales Vigentes.
- Realizar Educación, Promoción y Prevención de la salud de las personas, tanto naturales como extranjeras que participen en actividad marítima o hagan uso de sus Instalaciones.
- Llevar a cabo la Vigilancia y Control en salud Ambiental, así como el control de la elaboración de los alimentos, tanto en las instalaciones de tierra como naves de acuerdo a las Normas Nacional e Internacionales Vigentes.

OTORGAMIENTO DE LIBRE PLÁTICA

Es el Acto Administrativo por el cual la Autoridad de Salud (Sanidad Marítima) emite opinión favorable para el ingreso de una Nave a Puerto. (Art. 24 Reglamento de Recepción y Despacho de Naves D.S.Nº 014-2005-MTC. RSI - 2005

ACTIVIDADES

LOGROS DE LOS ULTIM0S 5 AÑOS

RECEPCION Y DESPACHO DE NAVES NACIONALES é INTERNACIONALES DSMI					
ACTIVIDAD / AÑOS	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
RECEPCION	3,069	3,143	3,110	3,262	3,599
DESPACHO	3,089	2,871	3,082	3,281	3,221

Presentación de Afiche Informativo y Difusión de Actividades, distribuido a todas las Autoridades y Agencias Marítimas del Puerto Callao en el 107 Aniversario de Sanidad Marítima Internacional (20/11/2010)

,







INTERVENCION DEL EQUIPO DE SANIDAD MARITIMA AL BAP MOLLENDO 17/07/2009





BAP MOLLENDO

HIGIENE OCUPACIONAL

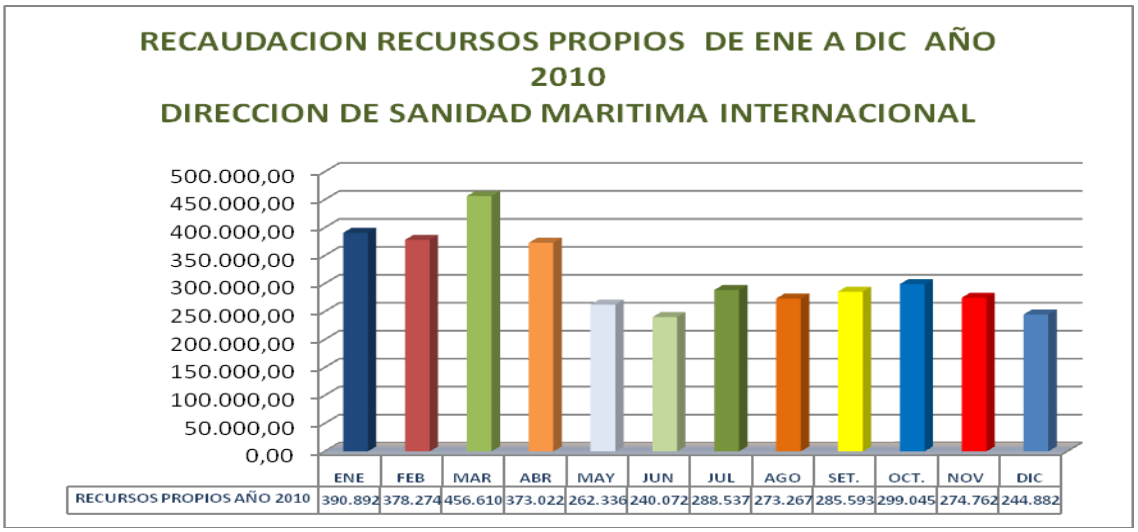
Se busca identificar, reconocer.evaluar y controlar los factores ambientales que se originen en los lugares de trabajo y que puedan afectar la salud de los trabajadores.
Para lograrlo hacemos:

- Identificación de agentes de riesgo e Implementación de controles
- Evaluar con la ayuda de mediciones técnicas, la magnitud de los riesgos para determinar su real peligrosidad.
- Verificar que los elementos de protección personal sean los adecuados**.**

SEGURIDAD OCUPACIONAL

Todas aquellas actividades a la identificación y control de las causas de los accidentes de trabajo.
Para vivir seguros tenemos que:

- Inspeccionar y comprobar el buen funcionamiento de equipos
- Analizar las causas de los accidentes de trabajo
- Elaborar y actualizar estadísticas de accidentes de trabajo
- Desarrollar programas de inducción y entrenamiento para prevenir accidentes.



DIRECCION DE SANIDAD AEREA INTERNACIONAL

- La Sanidad Aérea Internacional es un órgano de línea de la DISA I Callao, dependiente de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales; cuenta con unidades de Administración, Vigilancia Epidemiológica y de Salud Ambiental; brinda atención al usuario nacional e internacional las 24 horas del día, a cargo de personal profesional y técnico, capacitado y comprometido con su institución. , se encuentra ubicado en el Aeropuerto Internacional “Jorge Chávez”, es la Instancia Técnica Referencial Nacional, de las Sanidades Aéreas del País.
- La Sanidad Aérea Internacional es la Autoridad Sanitaria en el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, principal punto de entrada a nuestro país, reconocida por las diferentes instituciones públicas y privadas aeroportuarias; encargada de la vigilancia en salud pública internacional y de la aplicación de medidas sanitarias

encaminadas a prevenir la propagación internacional de enfermedades, relacionadas con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) ante el riesgo de la exportación o importación de casos humanos, vectores portadores de infección o contaminación o mercancías contaminadas. Así mismo, brindar acceso a un servicio médico de atención de urgencia y emergencia, el control sanitario inspección de aeronaves y mantenimiento de un entorno saludable entre otros.

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico es órgano asesor de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud Callao, a cargo de diseñar, asesorar y evaluar los procesos de planeamiento estratégico, finanzas y organización. Sus objetivos funcionales son:

- Conducir el proceso presupuestario, formulando y programando el presupuesto institucional, y evaluando la ejecución del gasto y el logro de las metas.
- Formular el Plan Operativo Anual de la Dirección Regional de Salud y evaluar sus resultados, en coordinación con las Unidades Orgánicas de la Institución.
- Proponer a la Dirección General los modelos organizacionales, acorde a la normatividad vigente.
- Asesorar a la Dirección General y a las Unidades orgánicas de la institución en acciones de racionalización.
- Proponer a la Dirección General las normas y políticas necesarias sobre planificación y presupuesto.
- Proveer información sobre el proceso presupuestario y el avance del Plan Operativo para facilitar la toma de decisiones.
- Asesorar a la Dirección General y a las Unidades Orgánicas de la Institución en asuntos y procesos propios de su competencia.

Acciones relevantes de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

- En el año 2010 ha tenido una actuación continua y constante en la búsqueda de un mayor presupuesto a fin de satisfacer las necesidades prioritarias de los servicios mediante el cumplimiento de compromisos de pago por nombramiento, adquisición de bienes y servicio y activos no financieros. De las actividades más importantes se puede mencionar que se gestiono lo siguiente:
- Transferencia presupuestal para cubrir el Nombramiento de Personal Profesional No Médico y Nombramiento de personal Profesional Administrativo, Técnico Asistencial y Personal de Servicio.
- La ejecución presupuestal de las actividades estratégicas.
- La ejecución presupuestal de los proyectos.
- Se ha participado activamente en el escenario de las inversiones del Sector Salud de la Región Callao, fomentando el mejoramiento de la oferta de servicios mediante intervenciones de Infraestructura y Equipamiento Biomédico. De las actividades más importantes se puede mencionar lo siguiente:
- Ha gestionado el financiamiento de los Proyectos del Fideicomiso Regional.
- Asumió el reto de ejecutar 20 Perfiles Menores para el Equipamiento de servicios Materno Infantiles.
- Ha desarrollado 02 Perfiles de Proyectos de Inversión, priorizados en el Presupuesto Participativo 2010.

Requerimiento para el logro en 2011

- Requerimiento de Recurso Humano para la Unidad de Organización.
- Mayor apoyo logístico e implementación de equipos informáticos.
- Fortalecer el Trabajo en Equipo, con la participación de todos los integrantes de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico adscriptos a la DIRESA Callao.

Nº	PROYECTOS	CODIGO SNIP	MONTO DE INVERSIÓN (S/.)
1	IMPLEMENTACIÓN DE UN HOSPITAL DE CONTINGENCIAS EN LA REGION CALLAO	89285	9,996,447.00
3	REMODELACION DE LAS REDES SECUNDARIAS DE AGUA Y DESAGUE DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO	117974	5,809,492.00
2	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL CENTRO DE SALUD BASE ACAPULCO DE LA MICRO RED ACAPULCO DE LA RED BONILLA-DISA I-REGION CALLAO	111255	4,595,604.00
4	IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE CIRUGIA Y MEDICINA DE DIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	118049	4,752,042.00
5	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA AFRONTAR LOS DESASTRES EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO	118976	5,319,578.00
6	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO	119247	5,113,916.00
TOTAL			35,587,079.00

FUENTE: UNIDAD DE PROYECTOS DE INVERSIÓN-DIRESA CALLAO

- Ejecución en un 90% de los 20 Perfiles Menores para el Equipamiento de los Servicios Materno Infantiles.
- La DIRESA Callao en cumplimiento con los acuerdos del Presupuesto Participativo 2010, está desarrollando a la fecha (02) dos proyectos priorizados a nivel regional. La Inversión a realizar suma en total ***S/. 6, 842,012.00 Nuevos Soles***. A continuación se muestra los proyectos en formulación.

Nº	CODIGO SNIP	PROYECTOS	MONTO DE INVERSIÓN (S/.)	UNIDAD FORMULADORA	ESTADO SITUACIONAL
1	143157	CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD SESQUICENTENARIO	S/. 3,703,650.00	G.R.C.	Proyecto Viable, priorizado en el Presupuesto Participativo 2010
2	143140	CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA	S/. 3,138,362.00	G.R.C.	Proyecto Viable, priorizado en el Presupuesto Participativo 2010
TOTAL INVERSIÓN			S/. 6,842,012.00		

FUENTE: UNIDAD DE PROYECTOS DE INVERSIÓN-DIRESA CALLAO

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

- La Oficina de Epidemiología es un órgano asesor de la Dirección Regional de Salud del Callao, cuya función principal es asesorar a la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao, acerca de las tendencias epidemiológicas, prioridades sanitarias nacionales, regionales y de servicio de salud, investigación sanitaria, promoción de la educación epidemiológica y desarrollo de la Red del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica dentro de su jurisdicción.

- La Red de Vigilancia Epidemiológica de la Región Callao cuenta con 66 unidades notificantes integrados por profesionales de los establecimientos de salud de la DIRESA-Callao, de la FF.AA y Policiales, de EsSalud y privados de la Región Callao. Se vigilan enfermedades Transmisibles y No transmisibles y daños a la Salud como accidentes de tránsito.

SISTEMA DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA

1. En el año 2010 hemos fortalecidos la información epidemiológica mediante el Portal de Salud del Callao (link actualidad epidemiológica) donde todo el Perú en especial las autoridades sanitarias de la Región Callao disponen de información del Callao en temas epidemiológicos para la toma de decisiones sanitarias ya que esta actualizada semanalmente.

2. EPINOTICIAS: A partir de Mayo 2010 la Oficina de Epidemiologia elabora diariamente Epinoticias en la cual se consigna las noticias en relación a todos los daños y eventos que afectan a la población a nivel mundial, Nacional y Regional. Son socializadas vía e-mail a los Directores de la DIRESA Callao, a los Directores de Redes y a la Red de Vigilancia Epidemiológica del Callao y Lima.

3. Elaboración del PRIMER MANUAL EPIDEMIOLOGICO DE CAMPO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN CALLAO con información epidemiológica y de Salud Publica que podrá ser utilizado por los trabajadores de Salud de la GERESA, Callao, contribuyendo a fortalecer sus competencias a fin de optimizar la respuesta ante cualquier evento o daño que se presente en la Región Callao y así minimizar sus consecuencias.

INTERSECTORIALIDAD

- Se fortaleció el trabajo de la Red de Epidemiologia de la Región Callao sobre todo con la respuesta rápida y coordinada ante los 8 brotes que se presentaron en el año 2010.

- Mantenimiento de las capacidades técnicas epidemiológicas de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Región Callao mediante el Taller de MOPECE (Módulos de Principio de Epidemiologia para el Control de Enfermedades) con manuales aprobados por la OPS.

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

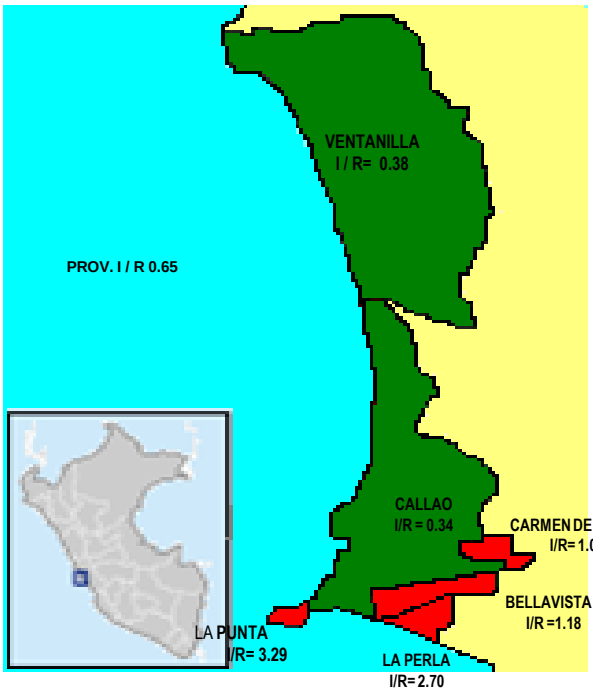
VIGILANCIA DE INMUNOPREVENIBLES

- En este aspecto epidemiológico se trabaja con el Índice de Riesgo Epidemiológico que es una forma sencilla de valorar por distritos cuan protegida esta nuestra población frente a aquellas enfermedades prevenibles por vacunas, se considera en el numerador a los susceptibles, que son la suma de los no vacunados más los no inmunizados (5% del total de vacunados de los últimos 5 años), sobre la población del último año, es decir la población total asignada por el INEI el 2009.

- Para mejorar estos indicadores es necesario incrementar mayor número de recursos humanos profesionales de enfermería ya que estamos trabajando con una población subestimada. Así como reforzar el trabajo extramural, sistema de referencia de niños vacunados, monitorear las dosis mensuales administradas y monitoreo rápido de coberturas.

- El 2010 los distritos del Callao están en riesgo de contraer estas enfermedades inmunoprevenibles.

INDICE DE RIESGO PARA POLIOMIELITIS EN NIÑOS < DE 1 AÑO REGION CALLAO 2006-2010*



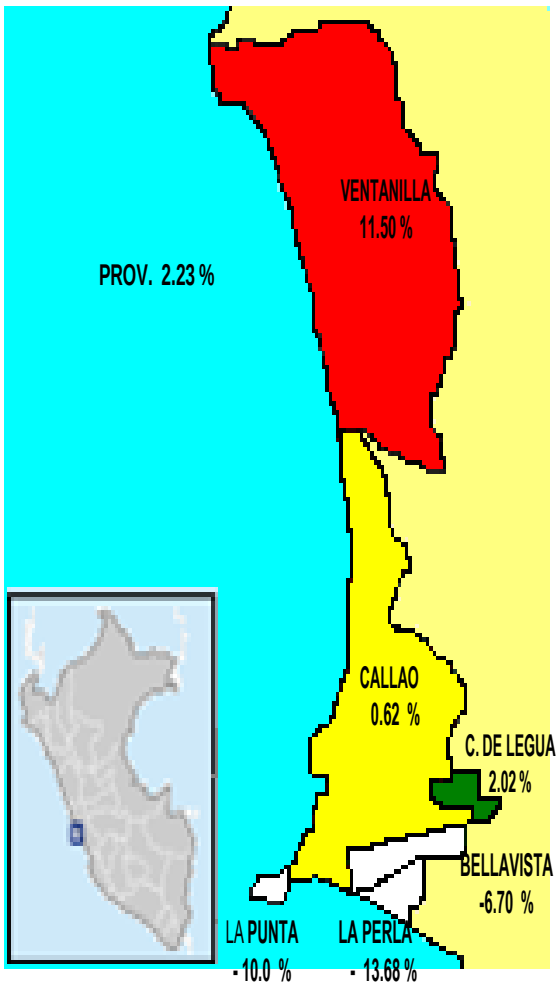
Información hasta Diciembre2 010*

TABLA DE RESUMEN DE INDICE DE RIESGO OPV 2010*

RANGOS	POBLACION	SUSCEPTIBLES	Nº DISTRITOS	% DISTRITOS
IR >0.8	15469	4419	4	66.6 %
IR 0.50-0.79	0	0	0	0
IR 0.0 - 0.49	56394		2	33.3 %
TOTAL	71863	4419	6	100

La Región Callao tiene una población de 71863 niños menores de 1 año de los cuales 4 distritos se encuentran con un I.R mayor a o.8 es decir con un acumulo de susceptibles de 4419 niños que se encuentran en riesgo de desarrollar la enfermedad por la reintroducción o brotes de Poliomielitis Los distritos que presentan mayor riesgo son: La perla La Punta con I/R es > a 2.

DESERCION PARA LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITIS EN NIÑOS < DE 1 AÑO
REGION CALLAO 2009 – 2010*



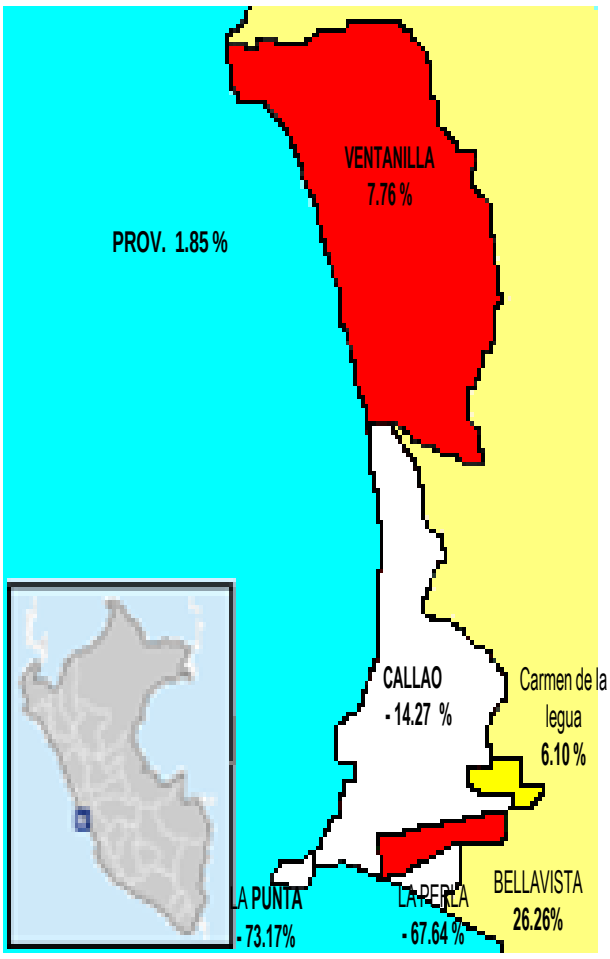


TABLA DE RESUMEN DESERCIÓN OPV-2009*

	N° Distritos	% Distritos
Des ≥ 10.0%	1	16.6 %
Des 5.0 - 9.9%	1	16.6%
Des 0.0 - 4.9%	1	16.6%
Des < 0.0%	3	50 %
TOTAL	6	100%

TABLA DE RESUMEN DESERCIÓN OPV-2009*

	N° Distritos	% Distritos
Des ≥ 10.0%	2	33. 4 %
Des 5.0 - 9.9%	1	16.6 %
Des 0.0 - 4.9%	0	0 %
Des < 0.0%	3	50 %
TOTAL	6	100%

Información hasta Diciembre del 2010

ESCENARIO POR DISTRITO PARA LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITIS
DIRESA CALLAO – 2010*

PROVINCIAS DISTRITOS	DESERCION	IR %	ESCENARIO
CALLAO	- 14.27	0.34	I
BELLAVISTA	26.26	1.18	IV
C.L. LEGUA	6.10	1.05	IV
LA PERLA	67.64	2.70	III
LA PUNTA	73.17	3.29	III
VENTANILLA	- 7.76	0.38	I
PRO.CALLAO	- 1.85	0.65	I

LEYENDA

ESCENARIO	DESERCION	IR
I	NEGATIVO	Menor de 0,8
II	MAYOR DE 5	Menor de 0,8
III	menor de 5	Mayor de 0.8
IV	MAYOR DE 5	MAYOR DE 0.8
ZONA DE SEGURIDAD	Entre 0 y 5	Menor de 0,8

Información hasta Diciembre del 2010

Distritos en escenario I

1. **Distrito Callao**
2. **Distrito Ventanilla**

Debe llevar a cabo :

• Intensificar el seguimiento de niños.

Distritos en escenario III

1. **Distrito la Perla**
2. **Distrito la Punta**

Debe llevar a cabo:

•Monitoreo rápido de coberturas

•Referencia y contra referencia

•Vacunación masiva en menores de 5 años.

Distritos en escenario IV

1. **Distrito Bellavista**
2. **Distrito La Perla**
3. **Distrito Carmen de la legua**
4. **Distrito La Punta**

Estos 4 distritos presenta alto I/R y tasa de deserción alto.

Debe llevara a cabo:

•Desarrollar monitoreo de coberturas.

•Visitas domiciliarias de seguimiento.

• Capacitación permanente a los RRHH sobre el esquema de vacunación.

INDICE DE RIESGO PARA LA VACUNA DE PENTAVALENTE EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO REGION CALLAO 2006-2010*

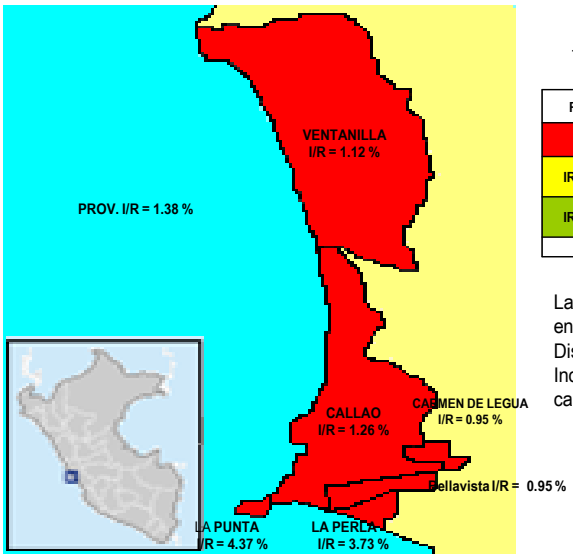


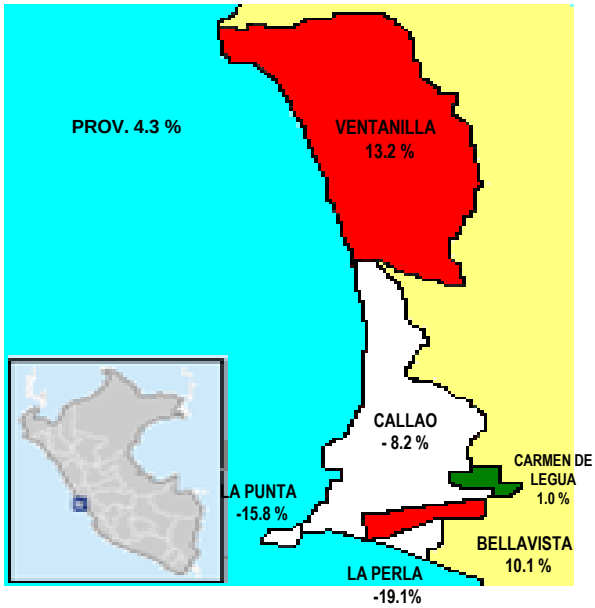
TABLA DE RESUMEN INDICE DE RIESGO PARA PENTAVALENTE 2009*

RANGOS	POBLACION	SUSCEPTIBLES	Nº DISTRITOS	% DISTRITOS
IR >0.8	71863	16302	6	100%
IR 0.50-0.79	0	0	0	0%
IR 0.0 - 0.49	0	0	0	0%
TOTAL	71863	16302	6	100%

La Región Callao para la Vacuna Pentavalente se encuentra con I/R ALTO mayor de 2, el 100% de sus Distritos
Incrementa a posibilidad de un brote o reintroducción de casos de Tos Ferina.

Información hasta Diciembre del 2010

DESERCION PARA LA VACUNA DE PENTAVALENTE EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑOS REGION CALLAO 2009 – 2010*



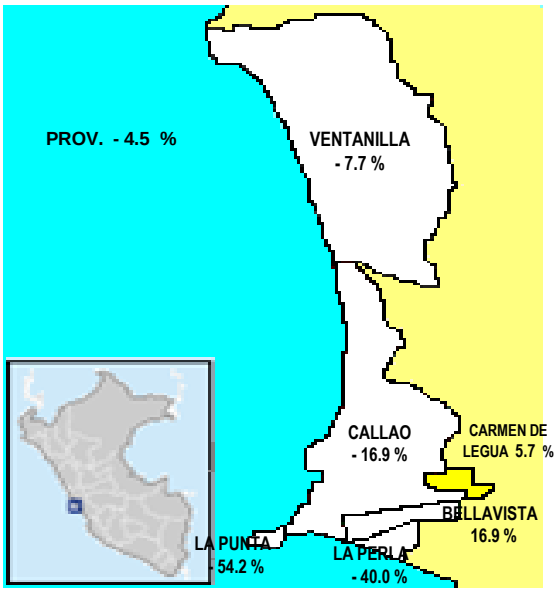


TABLA DE RESUMEN DESERCIÓN PENTAVALENTE - 2008

	N° Distritos	% Distritos
Des ≥ 10.0%	2	33.3 %
Des 5.0 - 9.9%	0	0
Des 0.0 - 4.9%	1	16.7
Des < 0.0%	3	50.0
TOTAL	6	100%

TABLA DE RESUMEN DESERCIÓN PENTAVALENTE - 2009

	N° Distritos	% Distritos
Des ≥ 10.0%	0	0 %
Des 5.0 - 9.9%	0	0 %
Des 0.0 - 4.9%	0	0 %
Des < 0.0%	6	100 %
TOTAL	6	100%

Información hasta diciembre del 2010

ESCENARIO POR DISTRITO PARA LA VACUNA PENTA DPT DIRESA CALLAO 2008

PROVINCIAS DISTRITOS	DESERCION	IR	ESCENARIO
CALLAO	- 16.92	1.26	III
BELLAVISTA	16.9	0.95	III
C.L. LEGUA	5.7	0.95	IV
LA PERLA	- 40.0	3.73	III
LA PUNTA	- 54.2	4.37	III
VENTANILLA	- 7.7	1.12	III
PRO.CALLAO	- 4.5	1.38	III

LEYENDA

ESCENARIO	DESERCION	IR
I	NEGATIVO	Menor de 0,8
II	MAYOR DE 5	Menor de 0,8
III	menor de 5	MAYOR DE 0.8
IV	MAYOR DE 5	MAYOR DE 0.8
ZONA DE SEGURIDAD	Entre 0 y 5	Menor de 0,8

La Provincia Constitucional del Callao se encuentra en Escenario III con un I/R Alto y una Deserción Alta.

Los distritos en escenario III

1. **Distrito del Callao**
2. **Distrito de Bellavista**
3. **Distrito de la Perla**
4. **Distrito de la Punta**
5. **Distrito de Ventanilla**

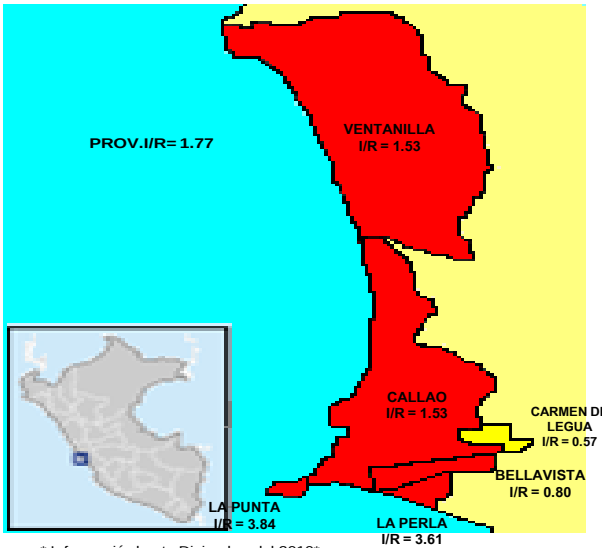
El distrito con escenario IV

1. **Distrito de Carmen de la Legua**

Para estos escenarios se recomienda:

- Investigaciones operativas: monitoreo de coberturas.
- Sistema de referencia y contra referencia.
- Monitorear denominadores con actividades. Masivas en guarderías, nidos, casa cuna etc.
- Evaluar intervención masiva de vacunación en menores de 5 años.
- Vacunación de seguimiento intensificada
- Fortalecer el programa en sus componentes
- Monitorear calidad de atención, oferta de vacunas.
- Evaluar intervención masiva de vacunación en menores de 1 año.

INDICE DE RIESGO DE SAR/RUB EN NIÑOS DE 1 AÑO REGION CALLAO 2006-2010*



* Información hasta Diciembre del 2010*

TABLA DE RESUMEN INDICE DE RIESGO SPR 2010*

RANGOS	POBLACION	SUSCEPTIBLES	Nº DISTRITOS	% DISTRITOS
IR >0.8	99488	24990	5	83 %
IR 0.50-0.79	3451	322	1	17 %
IR 0.0 - 0.49	0	0	0	0
TOTAL	102939	25312	6	100%

La Región Callao se encuentra con un I/R Alto es decir > 0.8 que se encuentra el (83%)5 distritos y solamente el 17% se encuentra en un I/R 0.5 que es el distrito de Carmen de la Legua.
El distrito con mayor número de susceptibles es el distrito de Ventanilla con 12,249 niños.

DESERCION PARA LA VACUNA SAR/RUB EN NIÑOS DE 1 AÑO
REGION CALLAO 2009 – 2010*

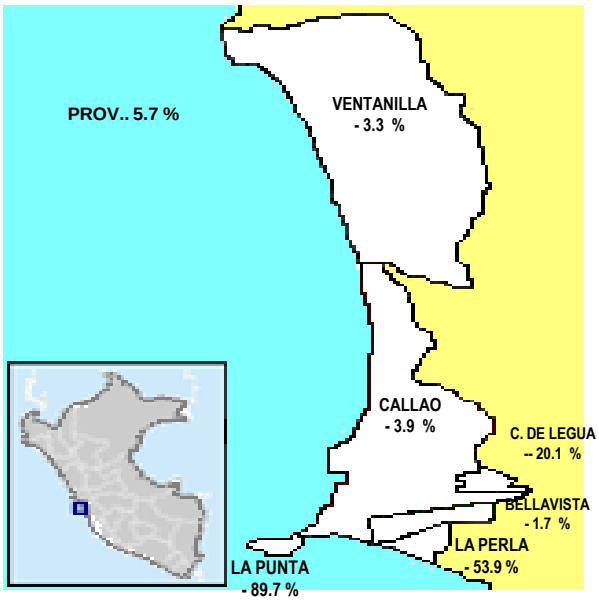


TABLA DE RESUMEN DESERCIÓN SPR 2009

	N° Distritos	% Distritos
Des ≥ 10.%	0	0%
Des 5.0 - 9.9%	0	0 %
Des 0.0 - 4.9%	0	0 %
Des < 0.0%	6	100%
TOTAL	6	100%

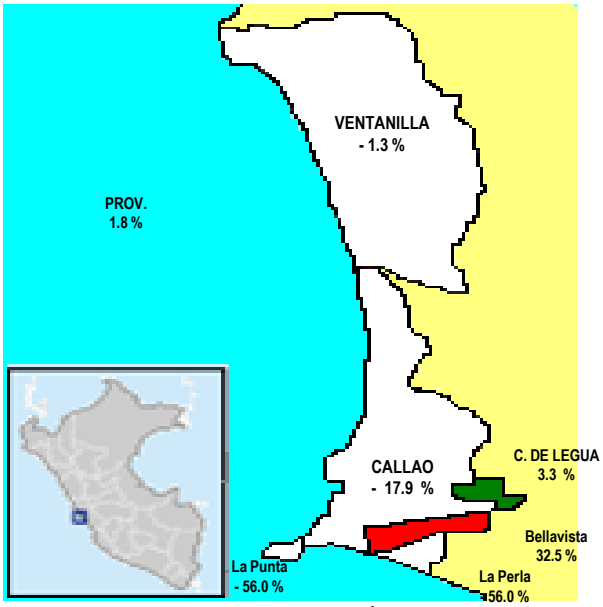


TABLA DE RESUMEN DESERCIÓN SPR 2010*

	N° Distritos	% Distritos
Des ≥ 10 %	1	16.7 %
Des 5.0 - 9.9%	0	0
Des 0.0 - 4.9%	1	16.7 %
Des < 0.0%	4	66.6 %
TOTAL	6	100%

Información a Diciembre del 2010

ESCENARIO POR DISTRITO PARA LA VACUNA SPR SR DIRESA CALLAO – 2010*

PROVINCIAS DISTRITOS	DESERCION %	IR	ESCENARIO
CALLAO	- 17.9	1.53	III
BELLAVISTA	32.5	0.80	IV
C.L. LEGUA	-3.3	0.57	Seguridad
LA PERLA	- 56.0	3.61	III
LA PUNTA	- 56.0	3.84	III
VENTANILLA	- 1.3	1.53	III
PRO.CALLAO	1.8	1.77	III

LEYENDA

ESCENARIO-	DESERCION	IR
I	NEGATIVO	Menor de 0,8
II	MAYOR DE 5	Menor de 0,8
III	menor de 5	MAYOR DE 0.8
IV	MAYOR DE 5	MAYOR DE 0.8
ZONA DE SEGURIDAD	Entre 0 y 5	Menor de 0,8

Información hasta Diciembre del 2010*

Distritos en Escenario III

1. **Distrito Callao**
2. **Distrito de la Perla**
3. **Distrito la Punta**
4. **Distrito de Ventanilla**

Se recomienda desarrollar:

- Intensificar actividades de Vacunación regular
- Activar brigadas de seguimiento.
- Desarrollar Investigaciones Operativas
- Monitoreo De Coberturas.
- Activar Sistema de referencia y contra referencia.
- Monitorear denominadores con actividades masivas.

Distrito en Escenario IV

1. **Distrito de Bellavista**

Se recomienda monitorear calidad de atención oferta de vacunas.

Vacunación masiva en menores de 5 años

VIGILANCIA DE METAXÉNICAS:

DENGUE

- Es una enfermedad de riesgo para la salud pública mundial, nacional y regional. Así pues continua existiendo e incrementándose la amenaza que existan casos autóctonos de Dengue en el Callao, considerando que tenemos en 3 distritos (Callao, Ventanilla, Carmen de la Legua) de los 6 distritos, la presencia del Vector Aedes Aegypti y que estamos rodeados por zonas de Lima con alto índice Aédico, por lo que en el año 2010 se trabajó el Plan de Fronteras de Lucha contra el Dengue conjuntamente con la Disa Lima Ciudad.
- A la SE. 52-2010 se han confirmado 5 casos de Dengue sin señales de alarma con lugar de exposición Loreto 3 casos (60%) de Piura 1 (20%) y 1 caso de Madre de Dios (20%). Con lugar de residencia en Ventanilla 1 (20%), Los Olivos 2 (40%), Villa María del Triunfo 1 (20%), San Martin de Porres 1 (20%) según lugar de atención en el Hospital San José 3 (60%) y Centro Médico Naval 2 (40%), las edades fluctúan 26 y 49 años.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:

IRAS, NEUMONIA, NEUMONIA GRAVE, SOBA-ASMA

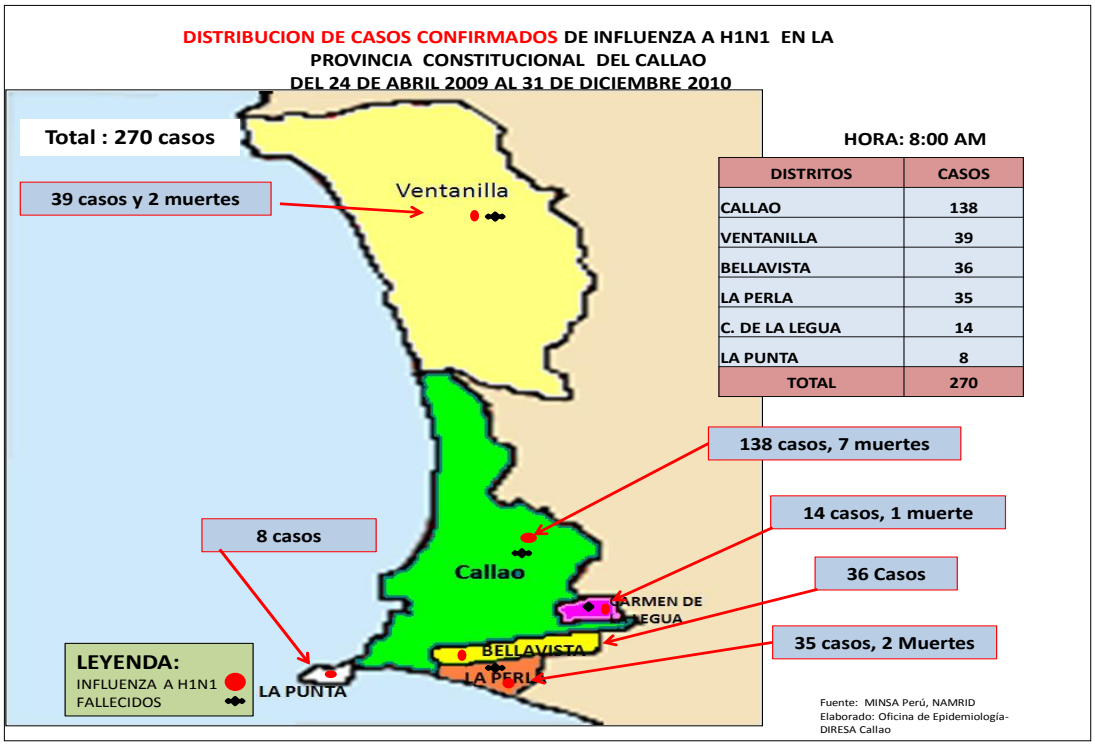
- Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las primeras causas de morbi mortalidad en la Región Callao en los últimos años.
- Hasta la SE.52 del 2010 se han reportado 139113 casos de IRAs atendidos en los EESS de la Región Callao, 832 de Neumonía, 155 casos de Neumonía Grave y 21579 casos de SOBA-ASMA.
- Para evaluar las zonas de riesgo para enfermedades respiratorias agudas en la Provincia Constitucional del Callao, hemos considerado conveniente excluir los atendidos en los establecimientos de EsSalud, también excluimos los pacientes procedentes de Lima y otros.
- Las IRAs de pacientes procedentes del Callao suman 100690, las neumonías 467, neumonía grave 132 y SOBA-ASMA 16554.
- Las IRAS en su mayoría son atendidas en las Redes de Servicios de la DIRESA Callao, en cambio las Neumonías, Neumonías Graves y SOBA-Asma en los hospitales.
- La mayoría de casos de IRAs, Neumonías, Neumonías Graves y SOBA-ASMA proceden del distrito de Callao, Ventanilla y Carmen de la Legua.
- El grupo etáreo de 1-4 años es el más comprometido: en IRAs con (66.20%), en cuanto a Neumonía con (60.38%), en <2 años en Neumonía Grave con (36,36%) y en SOBA-ASMA <2 con (67,08).
- La Tasa de Incidencia (TI) de IRAs a nivel Regional es 13,205.3 x 10,000 superior a la nacional (11,493.01 x 10,000 hab.. En Neumonías la TI Regional es de 59.3 x 10,000 hab. inferior a la nacional (64.54 x 10,000 hab). En relación a Neumonía Grave la TI es de 16.7 x 10,000 hab. inferior a la nacional (46.30 x 10,000 hab). En cuanto a SOBA – ASMA la TI regional es de 2103.1 x 10,000 hab superior a la nacional 722.48 x 10,000 hab.
- Defunciones: Se han notificado 4 defunciones por Neumonía 1 (25%) <de 2 meses 2 (50%), 2-11 Meses, 1 (25%) de 1-4 años:

Con comorbilidad:

- ✓ Prematuridad (25 semanas)
- ✓ Síndrome convulsivo
- ✓ Cardiopatía congénita A cianótica.
- ✓ Encefalitis de Etiológica a determinada

INFLUENZA AH1N1:

- En el año 2010 se implementa la Vigilancia de la Influenza AH1N1, a todos los establecimientos de Salud de la Región Callao, desde que la OMS anuncio al mundo el 24 de Abril que se había presentado una nueva neumonía que produjo muerte primero en México y después en el resto del mundo.
- Mediante Ayuda Memoria, diariamente vía e-mail se informaba a los Directores de la DIRESA y a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Región Callao la Situación de la Influenza AH1N1 a nivel mundial, nacional y regional hasta el 31 de Diciembre del 2010.
- Desde el 29 de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010 se reportaron 526,060 casos confirmados con 18,449 fallecidos a nivel mundial, en el Perú 10,041 casos con 248 fallecidos.
- En la Región Callao se confirmaron 427 casos, de las cuales 270(63.2%) procedían de la Provincia Callao. De estos 138(51.11%) procedente del distrito de Callao, 39 (14.44%) de Ventanilla, 36 (13.33%) de Bellavista, 35 (12.96%) de La Perla, 14 (5.19%) de Carmen de la Legua 8 (2.96%).
- Fallecieron 21 pacientes 9 (42.86%) procedían de Lima y otros lugares y 12 de la Región Callao, de estos 7 (58.33%) residían en el Callao, 2% (16.66%) en La Perla, 2 (16.66%) en Ventanilla, 1 (8.33%) en Carmen de la Legua.
- Lugar de atención de fallecidos Hospital Carrión 4 (33.33%) Centro Médico Naval 2 (8.33%) EsSalud Alberto Sabogal 6 (50%).

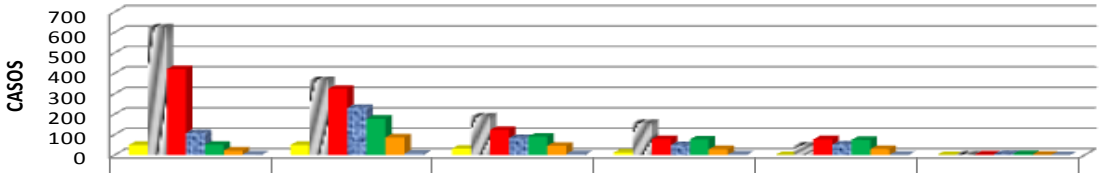


DISTRITOS	CASOS
CALLAO	138
VENTANILLA	39
BELLAVISTA	36
LA PERLA	35
C. DE LA LEGUA	14
LA PUNTA	8
TOTAL	270

VIGILANCIA DE SÍNDROME GRIPAL

- La vigilancia de Síndrome Gripal se inicia en el año 2005 teniendo como único centro notificante del C.S. Bonilla-La Punta.
- Son considerados casos de síndrome gripal, toda persona que presenta fiebre mayor o igual a 38ªC, de inicio brusco y tos o dolor de garganta (puede acompañarse de otros síntomas como mialgias, postración, cefalea o malestar general), según la DIRECTIVA Nº 057-MINSA OGE V.01 (2009).
- La curva de casos de Síndrome Gripal del año 2010 está debajo de la del 2009 con picos en las SE. 29, 37, 39, 42 con tendencia al incremento de casos en los 2 últimas semanas del año 2010.

VIGILANCIA DE SINDROME GRIPAL POR GRUPO DE EDAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
2005* AL 2011**



	Menor de 1 año	1 a 4 año	5 a 09 año	10 a 19 año	20 a 64 año	65 a más año
2005	49	49	31	12	0	0
2006	624	367	189	157	47	3
2007	420	324	123	78	77	2
2008	107	230	83	48	51	4
2009	50	177	90	76	74	5
2010	22	86	45	28	29	1
2011	3	7	4	2	1	0

- A la SE. 52-2010 se han reportado 211 casos de Síndrome Gripal: <de 1 año: 22 casos (10.43%) de 1 a 4 años: 86(40.76%), 5-9 años: 45 casos (21.32%) de 10-19 años: 28 (13.27%), 20-64 años: 29 (13.74%) >65 años: 1 (0.47%).

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

- A nivel nacional y regional las Enfermedades Diarreicas causadas por entero patógeno que contaminan agua y alimentos son una causa importante de morbilidad, en nuestros niños menores de 5 años contribuyendo al incremento de la desnutrición.
- A la SE 52-10 las 66 unidades notificantes han reportado 55,446 casos de EDAs ACUOSAS atendidos en los establecimientos de salud ubicados en la Región Callao, de los cuales 45.34% son atendidos por los establecimientos de EsSalud, 8.05% proceden de Lima y otros, 46.72% son pacientes que residen en la Provincia los cuales disminuyeron 0.6% de casos en relación al mismo periodo del año anterior. A la SE 52 continuamos realizando la vigilancia de Cólera, teniendo el último caso confirmado en 1998.
- A la SE 52-10 se han notificado 413 casos de EDAs DISENTERICAS de atendidos en los establecimientos de salud de la Provincia, el 83.06% de estos

casos son pacientes procedentes de la Provincia, 33.1% de casos menos en relación al mismo periodo del año anterior y 16.95% proceden de Lima y otros.

- Para zonificar las Areas de riesgo de este grafico hemos excluido los pacientes atendidos por los EESS y los pacientes de Lima y Otros.

SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN:

- Las Redes de Servicios atienden 19.16% de EDAs ACUOSAS notificadas en la Provincia y los Hospitales del MINSA (HNDAC, H. San José y H. Ventanilla) el 27.46%, los establecimientos de ESSALUD (45.34%) otras instituciones 8.05%. A través de los años han disminuido los pacientes que acuden a los Centro de Salud para la atención de este daño, en cambio se ha incrementado en los Hospitales.
- Recordemos que somos primer nivel de atención y debemos atender este daño y realizar la educación sanitaria respectiva. Los centros de salud atendieron 32.21% de casos de EDAS DISENTERICAS, incrementando su atención en relación a años anteriores, a su vez los hospitales de MINSA atendieron 50.85% de estos casos, disminuyendo en relación con años anteriores, las otras instituciones atendieron el 16.95% de casos restantes.

ZONA DE RIESGO

SEGÚN MAGNITUD LUGAR DE PROCEDENCIA:

- La mayoría de pacientes con EDA Acuosa y/o Disentérica proceden del distrito Callao 59.95%, Ventanilla 25.62%.

TASA DE INCIDENCIA:

Las zonas de severo riesgo para EDAS ACUOSAS son los distritos de Callao y Carmen de la Legua .La Tasa de Incidencia Acumulada de este daño a nivel regional es (274.9 x 10,000 habitantes) menor que la nacional (357.50x 10,000 habitantes).

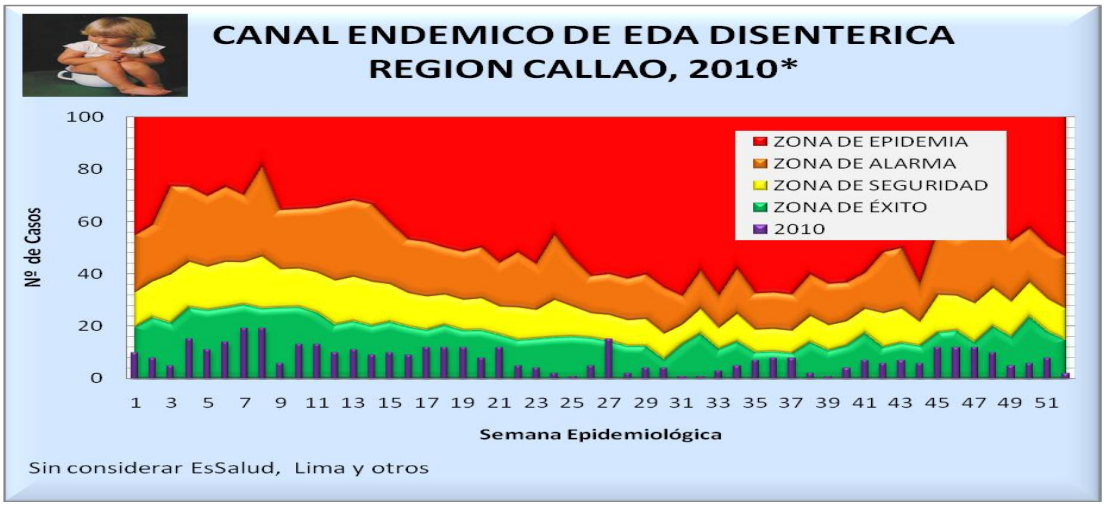
- Las zonas de severo riesgo para EDAS DISENTERICAS son los distritos de Ventanilla, Callao y Carmen de la Legua .La Tasa de Incidencia Acumulada de este daño a nivel regional es (3.5 x 10,000 habitantes) menor que la nacional (21.06x 10,000 habitantes).

SEGÚN GRUPO ETÁREO:

La mayor cantidad de casos de EDAs ACUOSAS se presenta en mayores de 5 años (58.37%) de casos, seguido de niños de 1-4 años con (26.49%) de casos, y finalmente los menores de 1 año con (15.12 %) de casos. Igualmente en las EDAs DISENTERICAS la mayor cantidad de casos se presenta en mayores de 5 años con (47. 1 año (22.75%).

60%) de casos y en menores de 1-4 años (29.64%) de casos y en los menores de

1 año (22.75%).



La curva de casos de EDAs Disentéricas en el año 2010 se ubica en la zona de éxito con algunos picos en la zona de seguridad.

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN EL CALLAO

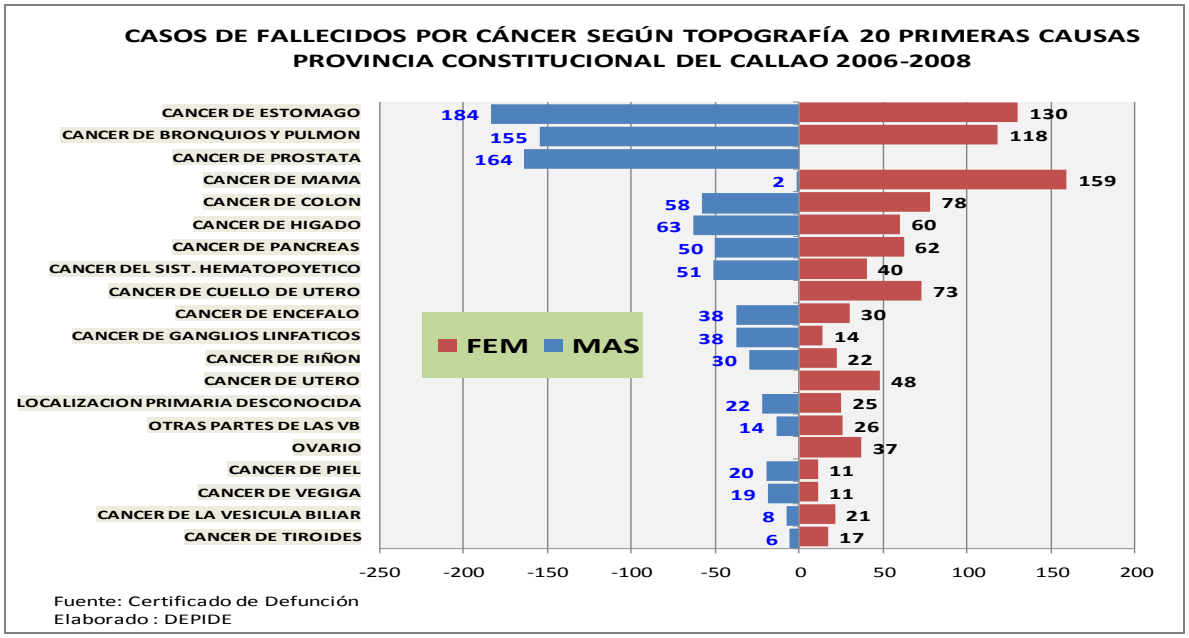
- Las Enfermedades No Transmisibles representan la carga de morbilidad más importante para los países industrializados y su incidencia está aumentando rápidamente entre los países en desarrollo debido a la transición demográfica y a los cambios en el modo de vida de la población.
- En el Callao desde el año 2000 las ENT ocupan las 10 primeras causa de mortalidad en la Región Callao estando consideradas el infarto Agudo de miocardio, Enfermedad Cerebro Vascular, Diabetes Mellitus, Tumor Maligno de estómago, Tumor de Bronquios y Pulmón
- Consideramos como daños prioritarios de la Región Callao en el tema de Enfermedades No Transmisibles: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer.

VIGILANCIA DE CÁNCER

- Contempla los registro de certificados de defunción por cáncer de la DIRESA Callao del 2006 al 2008 .El registro se realiza en la Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao.
- El cáncer es uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel Mundial, en nuestro país el cáncer se ha convertido en la segunda causa de muerte.
- Al revisar los ASIS del periodo 1999 al 2009 de la DIRESA Callao ubicamos al cáncer de estómago y cáncer de bronquio y pulmones entre las 10 primeras causas de mortalidad en la Provincia Constitucional del Callao causando el 2.31% y 5% del total de fallecidos ocupando el 10º y 5º lugar respectivamente en la estructura de la tabla de mortalidad en el año 2009.
- El Ministerio de Salud desde el 2006 estableció la Vigilancia Epidemiológica del cáncer con la emisión de la RM Nº 660-2006/MINSA, que aprueba la Directiva

Sanitaria Nº 004-MINSA/DGE-V.01,"Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer – Registros Hospitalarios".

- En estos años fallecieron 8,773 habitantes en la Provincia del Callao de ellos 2,126 (24.23%) presentaron neoplasias. ocupando los primeros lugares según ubicación topográfica se encuentra el cáncer de estómago, cáncer de bronquios y pulmón, cáncer de próstata y cáncer de mama.
- De estos fallecidos son de sexo femenino 1078 casos (50.71%), sexo masculino 1048 (49.29%).Los varones fallecen por cáncer más frecuentemente a partir de los 70 años en cambio la mujer a partir de los 50 años. La relación mujer/hombre fallecido por cáncer es 1.03/1.
- Según certificado de defunción el sexo masculino es el más comprometido en el cáncer de estómago y fallecen entre 70 y 89 años. La relación hombre/mujer con este cáncer es 1.42/1. Este cáncer es más frecuente en el distrito Callao, esta Neoplasia es más frecuente en el sexo femenino en el distrito de Ventanilla.
- El cáncer de bronquio y pulmón es más frecuente en el varón. El grupo etáreo más afectado es de 70-79 años en el sexo femenino como el masculino. La relación hombre/mujer es 1.31/1. Según lugar de procedencia el cáncer de bronquio y pulmón es más frecuente en el distrito Callao. El sexo masculino es el más afectado en todos los distritos a excepción de Bellavista y Carmen de la Legua.
- Los varones fallecen por cáncer de próstata más frecuentemente entre los 70 y 89 años. Observamos también que el grupo de 55 a 64 años está comprometido. Según lugar de procedencia, 146 casos (89.02%), proceden de la Región Callao.
- El cáncer de mama es más frecuente entre los 60-64 años (13.66%) La mayoría de los casos de cáncer de mama proceden del Callao (59.03%).En el periodo 2006-2008 se han presentado 2 casos de cáncer de mama en el sexo masculino en los grupos de edad de 50-54 años y 80-84 años.
- Los Centros de Salud que realizan la prevención primaria deben fortalecer la educación sanitaria que brindan a la población en relación a factores que reduzcan los riesgos a desarrollar cáncer.



VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CALLAO

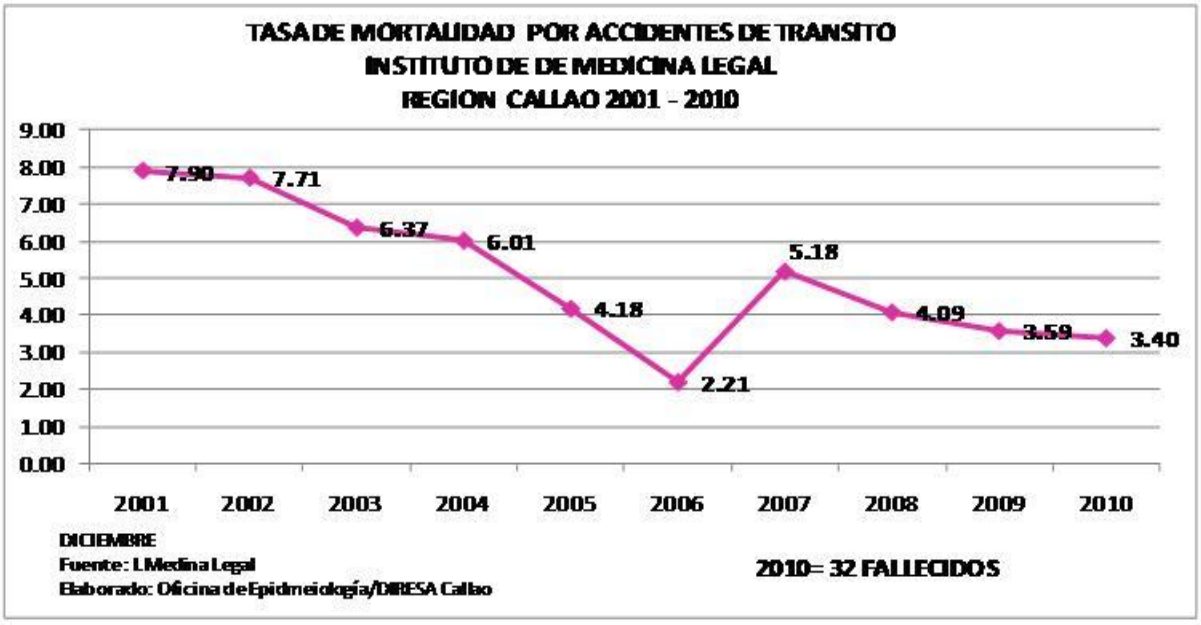
- **Comité Multisectorial de Vigilancia y Prevención de Accidentes de Tránsito** fue constituido el año 1999 por la DISA I Callao (ahora DIRESA) a través de la Oficina de Epidemiología conformado por 25 Instituciones: Hospitales del MINSA, EsSalud, Centro Médico Naval, Instituto de Medicina Legal, Instituto Nacional de Rehabilitación, DREC, Municipalidades. Organizados en 5 equipos de trabajo: Equipo de Vigilancia Epidemiológica, de Información y difusión, de Atención del Accidentado, de Investigación y Seguimiento, de Educación y Prevención.
- Desde la Constitución del Comité, la DIRESA Callao asumió la Presidencia y Secretaria Técnica; con reuniones mensuales los terceros martes de cada mes hasta el año 2004
- La Región Callao desempeñó el cargo de presidencia y secretaria Técnica a partir del año 2005, con reuniones hasta el 2006, no llamándose a reuniones a partir del 2007.

VIGILANCIA DE LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CALLAO

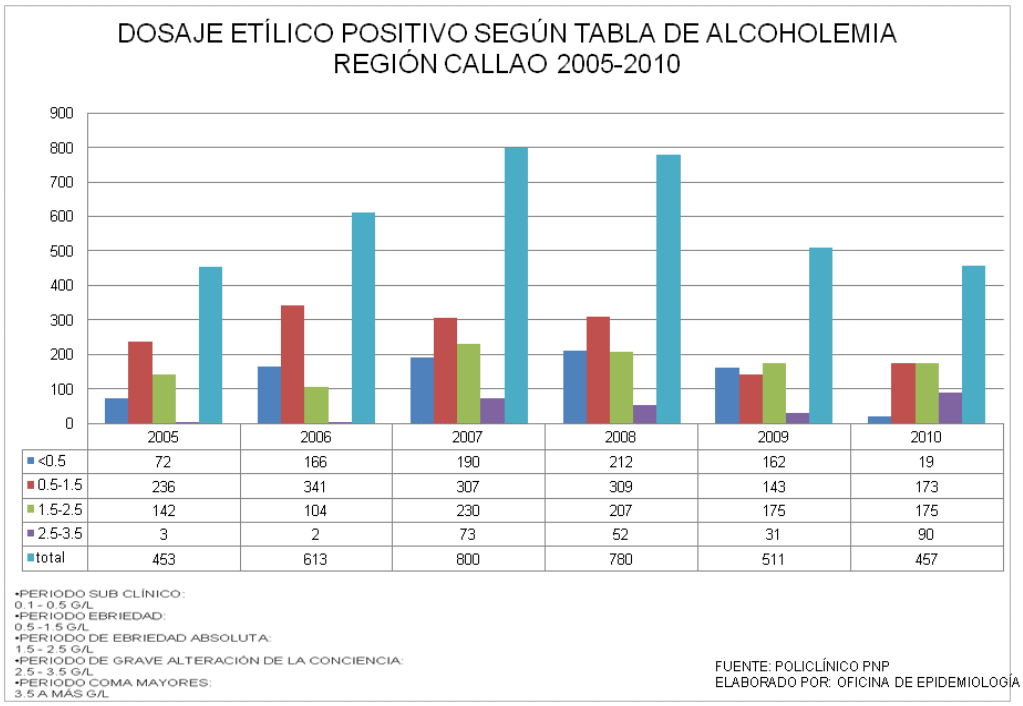
- Vigilancia de lesiones por accidentes de tránsito (nacional): notifica el Hospital San José (desde el año 2005) y el Hospital Daniel Alcides Carrión (desde el año 2009), el Centro Me3dico Naval desde el año 2010.
- Vigilancia en otras Instituciones (Regional): Oficina de Epidemiología de la DIRESA recibe reportes de accidentes de tránsito fatal y no fatal por la PNP, el Dosaje etílico del Policlínico de la PNP, los fallecidos por accidente de tránsito por el Instituto de Medicina Legal.
- La Vigilancia de Accidentes de Tránsito es realizada por la Oficina de Epidemiología desde el año 2001, al inicio con variables de nombre, edad, sexo, diagnostico, lugar de procedencia, con el transcurso de los años, la iniciativa se transforma ennacional.
- En Abril del 2007 se oficializa la Vigilancia mediante Resolución Ministerial Nº 308 – 2007/MINSA 16 de Abril del 2007, que obliga a todos los establecimientos de salud a notificar los accidentes de tránsito mediante una ficha especial con diversidad de variables que cubren los datos de tiempo, lugar, persona.
- En el año 2010 se han notificado 605 casos de lesionados por accidentes de tránsito, 2.72% de casos más en relación al año anterior (589).
- El mes de mayor accidentalidad es el mes de Setiembre los días viernes, sábado y domingo de 15 - 18 hrs.
- La mayoría de estos accidentes se realizan en las avenidas, los más afectados son los pasajeros, de sexo masculino de 25 – 29, 20-24 años y el sexo femenino de 5-9 y 20-24 años, con diagnóstico de traumatismo, dados de alta en gran porcentaje.
- El mayor porcentaje de accidentes de tránsito ocurren en el distrito del Callao
- Los lesionados por Accidentes de Tránsito son llevados a los establecimientos de salud por el ocasionante, el vehículo ocasionante es el automóvil y el tipo de accidente es el choque con 277 casos (45.79 %) del total, incrementándose 31.28% en relación al mismo periodo del año anterior (211). El atropello

siempre ha ocupado el primer lugar, actualmente se han reportado 194 casos (32.7%) del total, 17.09 % de casos menos que el 2009 (234) .

- Los fallecidos por Accidente de Tránsito suman 32 en el año 2010 a diferencia de 31 (2009).35 (2008) ,44 (2007).



- La tasa de mortalidad (T.M.) ha disminuido en el año 2010 a 3.40 x 100,000 hab. a diferencia de 3.59 x 100,000 hab.(l 2009),4.09 (2008),5.18 (2007)
- La T.M. mas alta se ubica en el grupo de 70-74 años en el año 2010, mayores de 80 (2009),75-79 años (2008).70-74 años (2007).Recordemos que el indicador Esperanza de Vida al Nacer de la Región Callao (76.9 años) es el más alto del país (73.1 años)



	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<0.5	72	166	190	212	162	19
0.5-1.5	236	341	307	309	143	173
1.5-2.5	142	104	230	207	175	175
2.5-3.5	3	2	73	52	31	90
total	453	613	800	780	511	457

- En el periodo 2005-2010 el Policlínico PNP procesó 3614 muestras de Dosaje etílico positivo:
- Primer periodo 22.72 %, segundo periodo 41.37%, tercer periodo 28.58% y cuarto periodo 7.33%.
- Disminución del Total de casos positivos desde el año 2007
- En el segundo período de 0-5-1.5 gr/l: de ebriedad, euforia, verborragia y excitación del conductor, pero con disminución de la tensión y perdida de la eficiencia en actos más o menos complejos y dificultad de mantener la postura, tiene el mayor porcentaje de casos, 41.37% en el periodo 2005-2010.
- Incremento de casos y porcentaje de dosajes etílicos positivos en el cuarto período de grave alteración de conciencia (2.5 a 3.5 gr. / l.) en el año 2010: En este periodo el conductor se encuentra en estupor, coma, apatía, falta de respuesta a los estímulos, marcada descoordinación muscular, relajación de esfínteres.

5.2. Respuesta Social de Otras Entidades Prestadoras de Salud en la Región Callao

POLICLINICO BELLAVISTA

MORBILIDAD MEDICINA INTERNA 2010	TOTAL
Hipertensión Esencial (Primaria)	3158
Examen Médico General	1219
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Sin Mención De Complicación	1079
Infección De Vías Urinarias, Sitio No Especificado	720
Hipotiroidismo, No Especificado	479
Hiperlipidemia Mixta	440
Osteoporosis No Especificada, Sin Fractura Patológica	**437**
Artrosis, No Especificada	289
Historia Personal De Enfermedades Endocrinas	250
Lumbago No Especificado	191
Sub Total	8666
Otros diagnósticos	8582
TOTAL	17248

MORBILIDAD PEDIATRIA 2010	TOTAL
Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	4899
Examen Para Comparación Y Control Normal	2133
Faringitis Aguda, No Especificada	1954
Rinitis Alérgica, No Especificada	965
Asma Mixta	940
Control De Salud De Rutina Del Niño	894
Asma, No Especificado	624
Amigdalitis Aguda, No Especificada	618
Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen	499
Adenovirus Como Causa De Enfermedades	262
SUB TOTAL	14630
OTRAS ENFERMEDADES	11465
TOTAL	**26095**

MORBILIDAD GINECOLOGIA 2010	TOTAL
Examen Ginecológico (General) (De Rutina)	2370
Estados Menopáusicos Y Climatericos Femeninos	1424
Vaginitis Aguda	1422
Supervisión De Otros Embarazos Normales	871
Supervisión De Primer Embarazo Normal	674
Amenorrea Secundaria	532
Supervisión De Embarazo De Alto Riesgo	447
Otros Trastornos Menopáusicos Y Perimenopausicos Especificados	435
Vaginitis Atrófica Postmenopáusica	389
Primera Consulta Preventiva En El Año	208
SUB TOTAL	9148
Otros diagnósticos	**4033**
TOTAL	**13181**

Nº	LISTADO DE ENFERMEDADES EN < 1 año, 2010	Total
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1005
2	Examen para comparación y control normal	407
3	Control de salud de rutina del niño	324
4	Faringitis aguda, no especificada	188
5	Diarrea y gastroenteritis	148
6	Anemia por deficiencia de hierro	89
7	Bronquiolitis aguda debido a otros microorganismos	67
8	Rinitis alérgica, no especificada	64
9	Dermatitis del pañal	57
10	Bronquiolitis aguda, no especificada	55
Otros		**1233**
TOTAL		**3637**

Nº	MORBILIDAD EN NIÑOS (1 a 14 años) 2010	Total
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3497
2	Examen para comparación y control normal	2443
3	Faringitis aguda, no especificada	1976
4	Asma mixta	785
5	Rinitis alérgica, no especificada	620
6	Amigdalitis aguda, no especificada	599
7	Asma, no especificada	496
8	Control de salud de rutina del niño	468
9	Diarrea y gastroenteritis	447
10	Parasitosis intestinal	337
Otros		8488
TOTAL		**20156**

Nº	MORBILIDAD EN EL GRUPO DE 15 A 24 AÑOS, 2010	Total
1	Examen médico general	**685**
2	Amigdalitis aguda, no especificada	**311**
3	Faringitis aguda, no especificada	**281**
4	Supervisión de primer embarazo normal	**248**
5	Lumbago no especificado	**196**
6	Examen ginecológico general de rutina	**163**
7	Infeccion de vías urinarias	**155**
8	Vaginitis aguda	**155**
9	Rinifaringitis aguda	**144**
10	Diarrea y gastroenteritis	**133**
Otros		**4028**
TOTAL		**6499**

MORBILIDAD CICLO ADULTO (25 a 65 años), 2010	TOTAL
Examen Médico General	3783
Hipertensión Esencial (Primaria)	2163
Examen Ginecológico (General) (De Rutina)	1538
Lumbago No Especificado	1412
Amigdalitis Aguda, No Especificada	1187
Faringitis Aguda, No Especificada	1145
Infección De Vías Urinarias, Sitio No Especificado	954
Vaginitis Aguda	879
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Sin Mención De Complicación	873
Hiperlipidemia Mixta	812
Sub Total	14746
Otros Diagnósticos	**24962**

MORBILIDAD CICLO ADULTO MAYOR, 2010	TOTAL
Hipertensión Esencial (Primaria)	4306
Examen Médico General	1299
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Sin Mención De Complicación	895
Infección De Vías Urinarias, Sitio No Especificado	479
Osteoporosis No Especificada, Sin Fractura Patológica	437
Artrosis, No Especificada	405
Faringitis Aguda, No Especificada	375
Hiperlipidemia Mixta	372
Lumbago No Especificado	355
Gonartrosis, No Especificada	339
Subtotal	9262
Otros Diagnósticos	11694
TOTAL	**20956**

RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN

El Policlínico Bellavista cuenta con profesionales calificados identificados con la Institución encargados de cumplir con los objetivos Institucionales en lo que se refiere a la prevención, diagnóstico oportuno tratamiento y Rehabilitación de los problemas de Salud de los asegurados. La población del distrito de Bellavista es 80,682 habitantes y la población adscrita la constituyen 53,123 asegurados.

Somos uno de los dos establecimientos de salud de primer nivel en todo el distrito. Es así como, por ejemplo, el número de Médicos por cada mil habitantes es de 0,01 mientras que el número de Odontólogos por cada mil habitantes es de 0,02.

Nro.	PROFESIONALES	CANTIDAD	Nº de Profesionales x 1000 Habitantes
1	Médicos	16	0,44
2	Enfermeros	8	0,22
3	Odontólogos	3	0,05
4	Asistenta Social	1	0,02
5	Obstetrices	2	0,05
6	Psicólogos	1	0,02
7	Químico Farmacéutico	1	0,02
8	Otros*	17	0,44

Proyección a la comunidad

Los costos de prevención, promoción e intervención son mínimos frente al costo social y familiar de las Enfermedades es por ello que el Policlínico Bellavista en su calidad de centro modelo y pionero en su género se proyecto el año 2009 ha realizar las siguientes actividades:

Visitas a empresas: 43

Charlas de salud: 248

Talleres de salud: 186

Actividades de comunicación masiva: 13

Visitas domiciliarias: 194

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La población asegurada al Policlínico Bellavista de la Red Asistencial Sabogal está conformada en forma preponderante por el Ciclo de Vida Adulto y Adulto Mayor.

2. Se ha organizado la Oferta de Servicios en Base a nuestro Perfil de Demanda y a las Patologías de Interés Institucional.

3. Se ha logrado incrementar las atenciones con prioridad en los Paquetes Preventivos por Ciclos de Vida.

4. De acuerdo a lo observado en la morbilidad por servicios en medicina interna se ha optimizado este servicio, ya que en 2009 la principal causa de atención era resfrió común, lo cual ha cambiado en el 2010.

5. Se ha mejorado el registro del diagnostico, según lo observado en la reducción de casos de Cáncer “sobre diagnosticados” para el nivel y capacidad resolutiva de nuestro Policlínico.

6. De acuerdo a lo observado la demanda del 2010 ha sido superior a la demanda 2009 y 2008 pero hay que tener en cuenta que la población adscrita por atender ha aumentado en un 48 % del 2008 al 2010, y el número de médicos no ha aumentado por lo que se debe buscar estrategias para atender y conseguir la satisfacción del usuario y no descuidar la calidad de atención.

7. Según el Perfil de Demanda el mayor número de atenciones se brinda en la población adulta y adulta mayor por lo que es necesario priorizar los recursos en estos dos ciclos de vida de acuerdo al perfil de morbilidad siendo la principal causa de atención Hipertensión Arterial y el Examen Médico General.

8. Durante el año 2010 se ha desarrollado Capacitación y Socialización de Guías de Práctica Clínica de las patologías de mayor demanda.

9. En cuanto a los casos de cáncer se observo que las principales casos fueron de cáncer de próstata y cáncer de mama por lo que se debe realizar campañas de despistaje con la finalidad de detectar precozmente así mismo buscar estrategias para que estos pacientes sean referidos oportunamente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La población asegurada al Policlínico Bellavista de la Red Asistencial Sabogal está conformada en forma preponderante por el Ciclo de Vida Adulto y Adulto Mayor.

2. Se ha organizado la Oferta de Servicios en Base a nuestro Perfil de Demanda y a las Patologías de Interés Institucional.

3. Se ha logrado incrementar las atenciones con prioridad en los Paquetes Preventivos por Ciclos de Vida.

4. De acuerdo a lo observado en la morbilidad por servicios en medicina interna se ha optimizado este servicio, ya que en 2009 la principal causa de atención era resfrió común, lo cual ha cambiado en el 2010.

5. Se ha mejorado el registro del diagnostico, según lo observado en la reducción de casos de Cáncer “sobre diagnosticados” para el nivel y capacidad resolutiva de nuestro Policlínico.

6. De acuerdo a lo observado la demanda del 2010 ha sido superior a la demanda 2009 y 2008 pero hay que tener en cuenta que la población adscrita por atender ha aumentado en un 48 % del 2008 al 2010, y el número de médicos no ha aumentado por lo que se debe buscar estrategias para atender y conseguir la satisfacción del usuario y no descuidar la calidad de atención.

7. Según el Perfil de Demanda el mayor número de atenciones se brinda en la población adulta y adulta mayor por lo que es necesario priorizar los recursos en estos dos ciclos de vida de acuerdo al perfil de morbilidad siendo la principal causa de atención Hipertensión Arterial y el Examen Médico General.

8. Durante el año 2010 se ha desarrollado Capacitación y Socialización de Guías de Práctica Clínica de las patologías de mayor demanda.

9. En cuanto a los casos de cáncer se observo que las principales casos fueron de cáncer de próstata y cáncer de mama por lo que se debe realizar campañas de despistaje con la finalidad de detectar precozmente así mismo buscar estrategias para que estos pacientes sean referidos oportunamente.

HOSPITAL VENTANILLA

RRHH por grupos ocupacionales y especialidades 2009

En vista de la demanda creciente en relación a las prestaciones de salud, se ha iniciado una política de cobertura de la atención especializada, de tal forma que se brinda atención por diez especialidades médico-quirúrgicas.

RECURSOS HUMANOS POR GRUPO OCUPACIONALES HOSPITAL DE VENTANILLA – 2010

HOSPITAL DE VENTANILLA	N°
MEDICOS	64
ODONTÒLOGOS	03
ENFERMERAS	41
OBSTETRICES	26
QUIMICO FARMACEUTICOS	01
NUTRICIONISTA	02
TECNÒLOGO MÈDICO	11
PSICÒLOGO	01
ASISTENTA SOCIAL	04
TECNICOS DE LABORATORIO	04
BIÓLOGO	02
TECNICOS DE ENFERMERÍA	91
RADIÓLOGOS	03
TÉNICOS ADMINISTRATIVOS	53

Fuente: Área de recursos humanos - Hospital de Ventanilla. 2010

Pese a que el número de atenciones ha sido menor con respecto al año pasado, existe una brecha en el número de trabajadores de salud con los que cuenta el Hospital Ventanilla. Según el último cuadro de asignación de personal (CAP) que corresponde a Junio de 2008, se habría cubierto la necesidad de personal administrativo y técnico-asistencial. Sin embargo, el análisis de la demanda y oferta de prestaciones de salud en cada servicio hospitalario revela la necesidad de modificar el CAP y adecuarlo a la realidad local. Producto de este análisis, se ha estimado la Brecha en Recursos Humanos de la siguiente manera:

BRECHA DE RECURSOS HUMANOS
HOSPITAL VENTANILLA

Médicos Especialistas	**36**
Obstetras	8
Enfermeros(as)	8
Psicología	2
Nutricionista	2
Técnicos de Enfermería	16
Técnico Sanitario	2
Personal Administrativo	20
Personal de Cocina	4
Total	98

CONSULTA EXTERNA

Atenciones por servicios

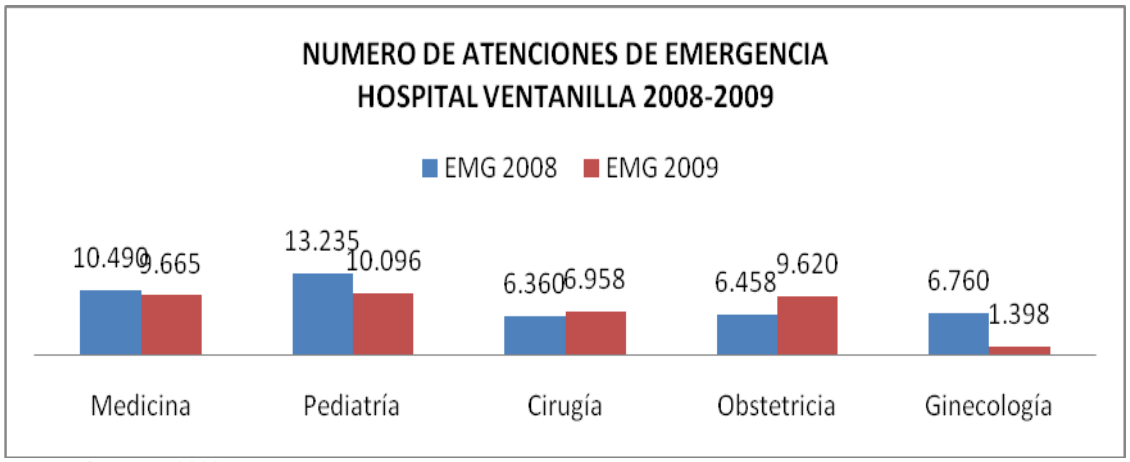
Atenciones en Consulta Médica Hospital Ventanilla 2008-2009

CONSULTA MÈDICA	2008	2009
Medicina Interna	6287	7380
Neumología	648	688
Dermatología	2389	2565
Urología	904	1355
Traumatología	1799	2181
Cardiología	318	153
Cirugía General	2571	2727
Otorrinolaringología	768	2084
Pediatría General	9431	6934
Ginecología	10390	7720

Fuente: OEI - HV-2009.

EMERGENCIA

Número de atenciones clasificadas por servicios



Fuente: OEI - HV-2009.

HOSPITALIZACION

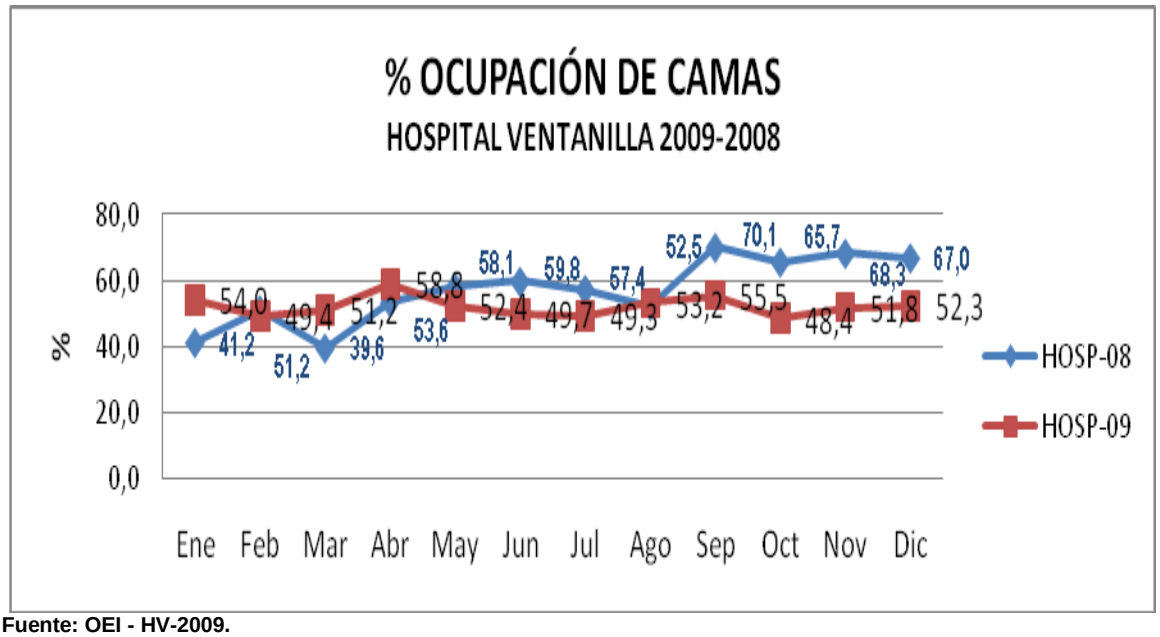
Número de camas por servicios

Servicio	Número de camas	Porcentaje del total
Pediatría	06	11,5
Medicina Interna	13	25,0
Cirugía y Anestesiología	06	11,5
Gíneco-Obstetricia	27	51,9
Total	**52**	**100,0**

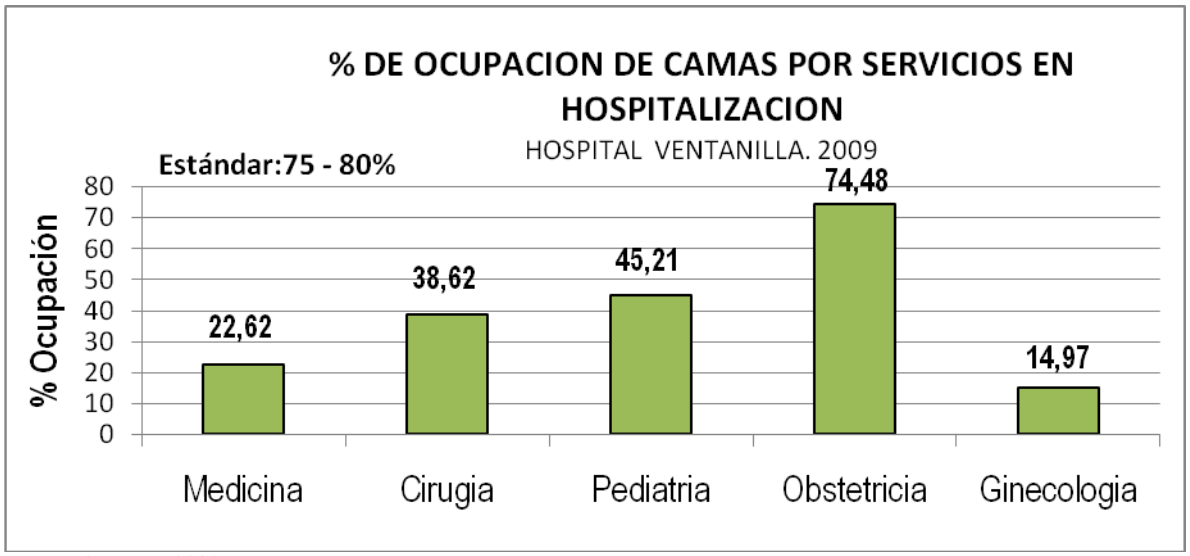
Fuente: OEI – HV – 2009

Porcentaje de ocupación versus camas

% de Ocupación de Cama.



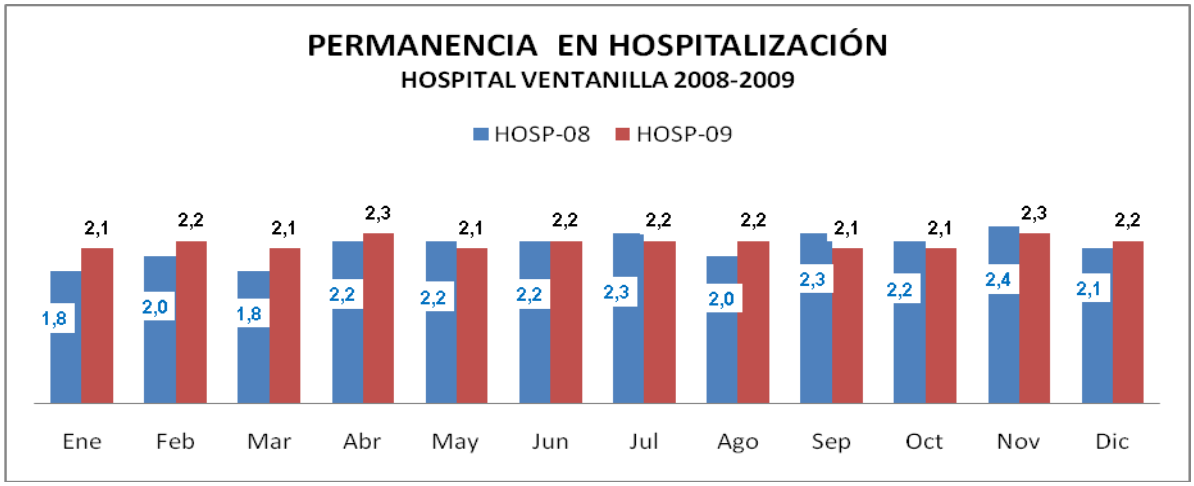
Fuente: OEI - HV-2009.



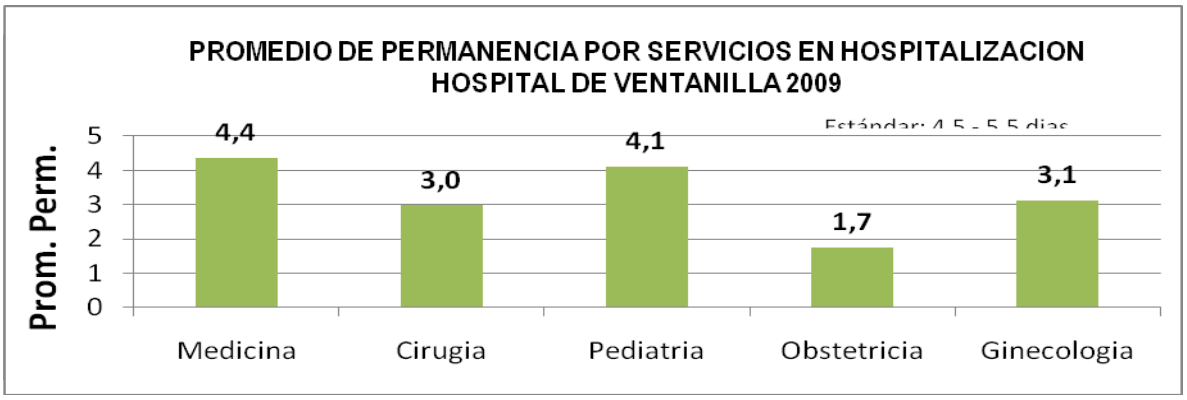
Fuente: OEI - HV-2009.

Promedio de permanencia o estancia

Se evidencia un ligero aumento en la permanencia de pacientes en hospitalización, siendo para el año 2009 de 2.2 días, en comparación con el año 2008 en el que fue de 2.1. Se observa que durante el 2009, en el servicio de medicina los pacientes permanecen 4,4 días promedio en comparación con el servicio de Obstetricia cuyo promedio es de 1.7 días.



Fuente: OEI - HV-2009.



Infecciones Intrahospitalarias

No se han reportado Infecciones Intrahospitalarias hasta la fecha.

Número de partos institucionales

Se produjeron 3063 partos en el Hospital de Ventanilla, de los cuales el 16% fueron cesáreas.

Número de cesáreas

Para el 2009, de cada 100 partos atendidos, 14 fueron cesáreas, observándose una disminución con respecto a la tasa de cesáreas del 2008 que fue de 17.3 cesáreas por cada 100 partos atendidos.

MORBILIDAD – MORTALIDAD

Entre las diez primeras causas de morbilidad en Consulta Externa, se encuentran en primer lugar, las Infecciones Respiratorias.

DESCRIPCIÓN		Total
1	Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	4392
2	Enfermedades De La Cavidad Bucal, De Las Glándulas Salivales Y De Los Maxilares	2839
3	Enfermedades Crónicas De Las Vías Respiratorias Inferiores	1604
4	Dorsopatias	1432
5	Enfermedades Inflamatorias De Los Órganos Pélvicos Femeninos	1128
6	Enfermedades Infecciosas Intestinales	854
7	Trastornos No Inflamatorios De Los Órganos Genitales Femeninos	748
8	Enfermedades Del Esófago, Del Estomago Y Del Duodeno	678
9	Enfermedades Hipertensivas (I10 - I15)	616
10	Micosis	622
Otras Causas		19845
TOTAL		**34758**

Fuente: OEI - HV-2009

En general, en el distrito de Ventanilla, la principal causa de mortalidad fue la Hipertensión Primaria y sus complicaciones.

Ord.	Cod. CIE X	Causas	Total
1	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	**43**
2	J18.9	Neumonía, NO ESPECIFICADA	**32**
3	A16.2	TUBERCULOSIS DEL Pulmón, SIN Mención DE CONFIRMACIóN Bacteriológica O HISTOLóGICA	**25**
4	B24	SIDA	**19**
5	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL Crónica, NO ESPECIFICADA	**19**
6	J18.0	Bronconeumonía, NO ESPECIFICADA	**17**
7	C34.9	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL Pulmón, PARTE NO ESPECIFICADA	**15**
8	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTóMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	**14**
9	V03.1	PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA, ACCID. DE TRANSITO	**14**
10	K74.6	OTRAS CIRROSIS DEL HíGADO Y LAS NO ESPEC.	**13**
Las demás causas			**284**
Total			**495**

Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC (2008)

3.2. Respuesta Social de otras entidades prestadoras de salud en la Región Callao

HOSPITAL ESSALUD ALBERTO SABOGAL

Durante el 2010 se realizaron 497,561 atenciones en todos los servicios de consulta externa, mostrándose un descenso de 65,407 atenciones.

CONSULTA EXTERNA		
Atenciones por servicios		
TOTAL	AÑOS	
	2009	2010
	562,968	497,561

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

En el servicio de Emergencia se brindaron 239,511 atenciones, evidenciando una disminución del 2.67% con respecto al año 2009.

EMERGENCIA		
Número de atenciones clasificados por servicios		
TOTAL	AÑOS	
	2009	2010
	245,917	239,511

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

En el servicio de Emergencia se realizaron 245,917 atenciones, se experimentó una disminución del 3.67% con respecto al año 2008.

HOSPITALIZACION		
Rendimiento cama por mes		
TOTAL	AÑOS	
	2009	2010
	5.68	4.7

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

En el cuadro se observa que en el 2010 se atendieron 1970 partos institucionales lo que represente un descenso en relación al 2009 de tenciones de 3,255 partos que equivale a 165.22%. En relación a las cesáreas, se ha producido un incremento poco significativo en relación al 2009.

OTROS				
Nº partos institucionales			Nº cesáreas	
TOTAL	AÑOS		AÑOS	
	2009	2010	2009	2010
	5,252	1,970	2,227	2,274

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA - HOSPITAL ALBERTO SABOGAL

COMPARATIVO 2009-2010

				CONSULTA EXTERNA			
2009				**2010**			
CODIGO	**DIAGNOSTICO**	**488,004**	**100%**	**COD**	**DIAGNOSTICO**	**562,968**	**100%**
	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	16155	2.9%		ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIENTO	12887	2.6%
	ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIENTO S	12993	2.3%		HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	9045	1.8%
	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	10246	1.8%		HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	8802	1.8%
	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INS	9145	1.6%		ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INS	7708	1.5%
	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	8159	1.4%		TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	7525	1.5%
	ASMA, NO ESPECIFICADO	7916	1.4%		ASMA, NO ESPECIFICADO	6804	1.4%
	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	7653	1.4%		ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	6798	1.4%
	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6740	1.2%		LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6619	1.3%
	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6593	1.2%		FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6495	1.3%
	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	6235	1.1%		PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	5843	1.2%

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

HOSPITAL EMERGENCIA - ALBERTO SABOGAL

COMPARATIVO 2008-2009

EMERGENCIA							
2,009				**2,010**			
COD.	**DIAGNOSTICO**	**255,288**	**100 %**	**COD.**	**DIAGNOSTICO**	**245,917**	**100 %**
	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	17086	6.9		FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	18058	7.5
	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	15521	6.3		DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	15734	6.6
	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	8420	3.4		RINIFARINGITIS AGUADA RESFRIADO COM.	9472	4.0
	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	8271	3.4		LUM BAGO NO ESPECIFICADO	7887	3.3
	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	7139	2.9		DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PART.	7574	3.2
	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	7088	2.9		INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	7550	3.2
	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6747	2.7		AMIGDALITIS AGUDA ,NO ESPECIFICADA	6835	2.9
	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	6444	2.6		HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	6431	2.7
	ASMA, NO ESPECIFICADO	6244	2.5		ASMA, NO ESPECIFICADO	6148	2.6
	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	5549	2.3		AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	5969	2.5

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA" (CEMENA)

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental durante el año 2010 ha logrado una mejora sustancial en cuanto a recurso humano e infraestructura lo que ha permitido reforzar el área de Vigilancia Epidemiológica y programar para el 2011 el inicio de actividades en el área de Salud Ambiental.

La Oficina cuenta con un Área de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria y Control de Brotes; Área de Salud Ambiental; Área de Análisis, Investigación y Capacitación Epidemiológica; y Área de Gestión y Asesoría a la Gestión para lo cual se cuenta con Médico Infectológo, dos Enfermeras, una Técnica de Enfermería y una Secretaria.

GENERALIDADES

I. Indicadores Geográficos

La Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú en la Región Callao tiene a su cargo el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" (CMN "CMST"), el Hospital de la Base Naval del Callao y la Posta de Ventanilla.

II. Indicadores Demográficos

La población naval usuaria de los servicios de salud de la Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú son 205,156 de los cuales 38,168 son titulares y 166,988 son familiares.

III. Recursos Humanos

Se muestra la relación y número de Personal de Salud por grupo ocupacional que labora en el Centro Médico Naval "CMST"

Recurso Humano por Grupo Ocupacional en el CMN "CMST"

PERSONAL DEL CMN "CMST"	
ESPECIALIDAD	**TOTAL**
Médicos	288
Médicos residentes	62
Cirujano Dentista	76
Químicos Farmacéuticos	18
Enfermeras/Enfermeros Navales	558
Psicólogo	15
Asistenta Social	6
Biólogos	3
Nutricionistas	8
Tecnólogos Médicos	32
SERUMs	12
Técnico de Salud	560
Profesional Docente	2
Técnico Docente	2
Auxiliar Docente	2
Profesional Administrativo	31
Técnico Administrativo	137
Auxiliar Administrativo	135
Otros	325
TOTAL	**2,272**

Fuente: Oficina de Personal

IV. Los servicios de la cartera que cuenta el CMN "CMST" son los siguientes:

- Medicina Interna
- Cirugía General
- Gineco-Obstetricia
- Pediatría
- **Subespecialidades de Medicina**
  - Cardiología
  - Dermatología
  - Endocrinología
  - Gastroenterología
  - Geriatría
  - Hematología
  - Medicina de Enfermedades infecciones y Tropicales.
  - Medicina Física y Rehabilitación
  - Neumología
  - Neurología
  - Nefrología
  - Oncología
  - Psiquiatría
  - Reumatología

- **Subespecialidades de Cirugía**

  - Cirugía de Cabeza y Cuello
  - Cirugía de Tórax
  - Cirugía de Transplantes
  - Cirugía Oncológica
  - Cirugía Pediátrica
  - Cirugía Plástica
  - Oftalmología
  - Otorrinolaringología
  - Neurocirugía
  - Terapia del dolor
  - Traumatología y Ortopedia
  - Urología

- Unidades de Cuidados Intensivos (UCI):
  - UCI Médica de Adultos
  - UCI Pediátrica
  - UCI Neonatal
  - UCI Quirúrgica
- Diagnóstico por Imágenes:
  - Ecografía
  - Radiología
  - Tomografía
  - Resonancia Magnética
  - Medicina Nuclear
- Estomatología

Atenciones en Consultorios Externos según Especialidad durante el 2010

	ESPECIALIDAD	Nº ATENCIONES
1	Cardiología	22,395
2	Cirugía de Cabeza	914
3	Cirugía de Tórax	1,817
4	Cirugía de Trasplantes	202
5	Cirugía General	2,811
6	Cirugía Oncológica	941
7	Cirugía Pediátrica	922
8	Cirugía Plástica	1,707
9	Dermatología	16,431
10	Endocrinología	10,005
11	Gastroenterología	12,940
12	Geriatría	10,358
13	Ginecología / Obstetricia	19,703
14	Hematología	2,993
15	Medicina Física	6,691
16	Medicina General	18,405
17	Medicina Hiperbarica	194
18	Medicina Interna	4,978
19	Nefrología	1,895
20	Neumología	10,860
21	Neurocirugía	1,313
22	Neurología	9,646
23	Oftalmología	11,543
24	Oncología	3,166
25	Otorrino	9,845
26	Pediatría	12,476
27	Psiquiatría	5,539
28	Reumatología	5,815
29	Terapia del Dolor	665
30	Enfermedades Transmisibles	1,129
31	Traumatología	12,809
32	Urología	13,976
TOTAL		**235,084**

- Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

A. *HOSPITALIZACIÓN

I. Indicadores Hospitalarios

Se observa que las Salas de Hospitalización del CMN “CMST” tienen un grado de uso de camas promedio de un 56.40 %, con un promedio de permanencia por paciente de 18.21 días, un rendimiento de paciente/cama al año (número de pacientes que usan una cama en un año) de 16.63, un promedio de censo diario paciente de 15.44 pacientes/día y un intervalo de sustitución paciente cama (tiempo de cama desocupada) de 9.57 días.

Las Salas con mayor grado de uso fueron Traumatología (97.61%) seguido Medicina de Varones (90.21%) y de Urología y Especialidades Quirúrgicas (82.12%) y las Salas de menor grado de uso fueron Neonatología (24.78%), Gineco Obstetricia (27.60%) y Clínica de Familiares (27.87%).

Las Salas con mayor promedio de permanencia en días fueron la Sala de Tisiología (79.76) seguido de la Sala de Psiquiatría (30.69); y las de menor mayor promedio de permanencia en días fueron la Sala de Gineco Obstetricia (4.23) seguido de la Sala de Neonatología (4.33).

La Sala de Pediatría tuvo el mayor rendimiento paciente (35.71) y la Sala de Tisiología el menor rendimiento paciente (1.04).

Sala con mayor intervalo de Sustitución fue la Sala de Tisiología (219.31 días) y la Sala con menor intervalo de sustitución la Sala de Traumatología (0.73 días)

Se observa que los Servicios de Cuidados Intensivos del CMN “CMST” tienen un grado de uso de camas promedio de un 41.02%, con un promedio de permanencia por paciente de 20.92 días, un rendimiento de paciente/cama al año de 7.00, un promedio de censo diario paciente de 2.60 pacientes/día y un intervalo de sustitución paciente cama de 30.75 días.

El Servicio de Cuidados Intensivos con mayor grado de uso fue el Servicio de Cuidados Intensivos Médico (44.97%) seguido del Servicio de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (41.82%) y del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátrico (28.40%).

El Servicio de Cuidados Intensivos con mayor promedio de permanencia en días fue el Servicio de Cuidados Intensivos Médico (22.08) seguido del Servicio de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (20.38) y del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátrico (11.36).

El rendimiento paciente fue mayor en el Servicio de Cuidados Intensivos Médico (12.63), y bajo en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátrico (3.67) y el Servicio de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (2.63).

El intervalo de sustitución se refiere a los días promedio de cama desocupada, en el 2010; siendo mayor en el Servicio de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (80.90), seguido del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátrico (71.27), y menor en el Servicio de Cuidados Intensivos Médico (15.91).

Indicadores de Ambientes de Unidades de Cuidados Intensivos durante el 2010

SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS		Nº DE CAMAS	INDICADORES HOSPITLARIAS				
			INDICADORES				
			Grado de Uso (%)	Promedio de Permanencia (DIAS)	Rendimiento (Paciente)	Promedio de Censo diario (Paciente)	Intervalo de Sustitución
MEDICOS	UCI-M	8	44.97	22.08	12.63	3.6	15.91
QUIRURGICOS	UCI-Q	8	41.82	20.38	2.63	3.3	80.90
PEDIATRICOS	UTI-P	3	28.40	11.36	3.67	0.9	71.27
TOTAL		**19**	**41.02**	**20.92**	**7.00**	**2.60**	**30.75**

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

II. *Infecciones Intrahospitalarias (IIH)

La Vigilancia de IIH en el CMN "CMST" se realiza de forma activa y selectiva en las salas de:

- Cirugía General (Sala de Varones, Sala de Damas y Urología y Especialidades Quirúrgicas).
- Cuidados Intensivos (Médica, Quirúrgica, Pediátrica y Neonatal)
- Gineco-obstetricia
- Medicina (Geriatría, Medicina de Damas y Varones)

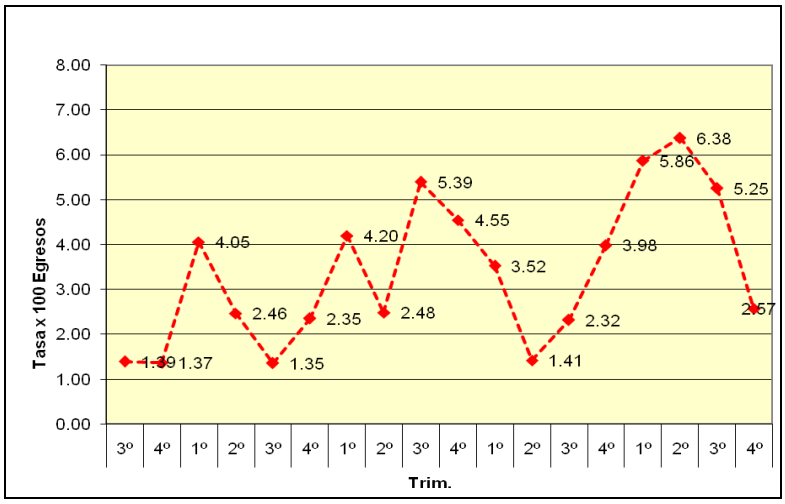
Asimismo se realizan dos estudios de prevalencia en los meses de Junio y Diciembre.

a. Incidencia

En el año 2010 las Tasas de Incidencia Acumulada trimestrales por cada 100 egresos fueron: en el primer trimestre de 5.86 (N = 665), en el segundo trimestre de 6.38 (N = 643), en el Tercer trimestre de 5.25 (N = 609) y en el cuarto trimestre de 2.57 x 100 egresos (N = 506). (Gráfico N° 1)

En el Gráfico N° 1 de la Incidencia Acumulada de Julio del 2006 a Diciembre 2010 se observa una línea de tendencia ondulante con un pico en el segundo trimestre del 2010 y posterior caída en el último trimestre. (Gráfico N° 1).

“Tendencia de la Incidencia Acumulada de IIH - Julio 2006 - Diciembre 2010”. CEMENA

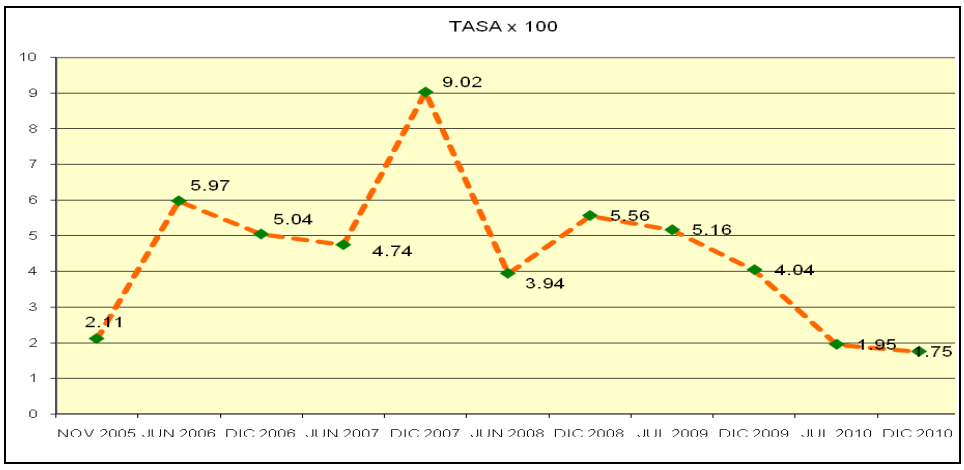


b. Prevalencia

En el Centro Médico Naval “CMST” se realizan dos estudios de prevalencia al año, en los meses, de junio y noviembre respectivamente y en él se consideran todas las Infecciones Intrahospitalarias, tanto las asociadas y no asociadas a factores de riesgo.

De Noviembre del 2005 a Diciembre del 2010 se observa una tendencia decreciente de los casos de IIH; con Tasas de Prevalencia en Noviembre del 2005 de 2.11 (N = 237), en Junio del 2006 de 5.97 (N = 271), en Diciembre del 2006 de 5.04 (N = 258), en Junio del 2007 de 4.74 (N = 274), en Diciembre del 2007 de 9.02 (N = 244), en Julio del 2008 de 3.94 (N = 279), en Diciembre del 2008 de 5.56 (N = 252), en Julio del 2009 de 5.164 (N = 213) y en Diciembre del 2009 de 4.04 (N = 198).), en Julio del 2010 de 1.95 (N = 256), y en Diciembre del 2010 de 1.75 (N = 229).

“Tendencia de la Prevalencia de IIH en el CMN “CMST” - Año 2005 – 2010



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Morbilidad

De las Diez primeras causas de Morbilidad en Emergencia y Consulta Externa en el 2010, se observa que los casos de Hipertensión Arterial fue la patología con mayor número de atenciones que demandaron atención en el CMN “CMST” en el año 2010.

Diez primeras causas de Morbilidad en Emergencia y Consulta Externa en CEMENA- 2010

N°	CIE-10	Diagnóstico	N° Atenciones
1	I10	Hipertensión Esencial (Primaria)	18952
2	J00	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común	14521
3	H60	Otitis Externa	7521
4	K29	Gastritis Y Duodenitis	7521
5	K30	Dispepsia	6952
6	E11	Diabetes Mellitus	6425
7	J02	Faringitis Aguda	4985
8	H10	Conjuntivitis	4889
9	L23	Dermatitis Alergica De Contacto	4528
10	J03	Amigdalitis Aguda	4251

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

De las Diez primeras causas de Morbilidad en por Grupos de Familia - CIE-10 en el 2010, se observa que las Enfermedades del Sistema Respiratorio fueron las patologías más prevalentes entre las causas de morbilidad que demandaron atención en el CMN “CMST” en el año 2010.

B. MORTALIDAD

En la Tabla de las Diez primeras causas de Mortalidad en el CMN “CMST” en el año 2010, se observa que las patologías más frecuentes como causa de muerte fueron el Shock séptico (32) y la falla orgánica multisistémica (18).

Diez primeras causas de Mortalidad en CEMENA- 2010

Causas de Mortalidad más frecuentes en el 2010		
1	SCHOCK SEPTICO	32
2	FALLA ORGANICA MULTISISTEMICA	18
3	SEPSIS	9
4	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	9
5	CARCINOMATOSIS	8
6	CANCER GASTRICO	7
7	SINDROME ISQUEMICO	5
8	CANCER DE PULMON	5
9	SCHOCK CARDIOGENICO	4
10	NEUMONIA	4

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

Las causas infecciosas fueron las más prevalentes entre las causas de morbilidad en el CMN “CMST” en el año 2009.

C. CONCLUSIONES

- Las Enfermedades de Notificación Obligatoria más prevalentes fueron la Malaria (29 confirmados) y la influenza A , (10 confirmados).
- En relación a los indicadores Hospitalarios en las Salas de Hospitalización:
  1. El grado de uso de las camas de hospitalización fue mayor en la Sala de Traumatología y de Medicina de Varones y el menor en Neonatología.
  2. El promedio de permanencia del paciente fue mayor en la Sala de Tisiología y el menor en Ginecología.
  3. El rendimiento, (se refiere al número de pacientes que usan una cama) fue mayor en la Salas de Pediatría y el menor la sala de Tisiología.
  4. El intervalo de sustitución (es el tiempo de cama desocupada entre una y otra hospitalización) fue mayor en la Sala de Tisiología y la menor en la Sala de Traumatología.
  5. En relación a los indicadores Hospitalarios en los Servicios de Cuidados Intensivos:
     1. El grado de uso de las camas de hospitalización, el promedio de permanencia del paciente y el rendimiento, (se refiere al número de pacientes que usan una cama) fue mayor en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos.

2. El intervalo de sustitución (es el tiempo de cama desocupada entre una y otra hospitalización) fue mayor en el Servicio de Unidad de Cuidados intensivos Quirúrgica.

- En relación a las Infecciones Intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivo invasivo la mayor tasa de Infecciones de Tracto Urinario asociadas a catéter urinario permanente se presentó en las salas de cirugía en el mes de febrero.
- En relación a las Infecciones Intrahospitalarias asociadas a procedimientos mayor tasa de Infecciones de Herida Operatoria fueron las prostatectomias.
- Las tasas de Prevalencia del 2010 mostraron un descenso significativo.
- Las causa de Morbilidad más frecuente en consulta externa y emergencia fue Hipertensión Arterial y por grupo de Familia fueron las Enfermedades del Sistema Respiratorio.
- Las causas infecciosas fueron las más prevalentes como causa de muerte durante el 2010.
- En la Unidad de inmunizaciones las vacunas con mayor demanda fueron las de Influenza seguido de la de Difteria / Tétanos.
- La Incidencia de casos de VIH/SIDA diagnosticados muestra una tendencia al descenso.
- La Incidencia de Tuberculosis muestra una discreta elevación y en su mayoría son con baciloscopia negativa.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

El Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, está ubicado en el Jr. Vigil Nº 535, distrito de Bellavista, Región del Callao, cuenta con un terreno de 9,630 m^2. Construcción de material noble y consta de 5 bloques.

ANALISIS DE MORBILIDAD

En este apartado se va a describir los daños que ocasionan discapacidades en los pacientes que acuden al INR, se va a identificar la gravedad de la discapacidad y su relación con los daños etiológicos y daños principales para poder priorizar luego los aspectos de la Vigilancia Epidemiológica de discapacidades y las estrategias para prevenir deficiencias y discapacidades y disminuir la gravedad de las mismas.

Hospitalización

A.- Distribución del total de egresos hospitalarios por servicios

Durante el año 2010 se tuvo 130 Egresos del Servicio de hospitalización de pacientes con lesión medular.

B.-Principales causas de Egresos Hospitalarios en general y por grupos de edad

Podemos observar que la causa más frecuente de hospitalización en el Servicio de Lesiones Medulares es debido a **Causas externas de traumatismo** en un 76.90% de los casos, entre las cuales tenemos los traumatismos por caídas 29.20 % accidentes de tránsito 28.50% y traumatismo por lesión por armas 13.10% correspondientes a este grupo. Entre las de Etiología No Traumática 23.10% se encuentran principalmente las lesiones medulares de etiología Infecciosa en un 30% de este grupo.

La mayoría de pacientes hospitalizados pertenecían al grupo etario de 20 a 64 años 83.8% edad eminentemente productiva, seguido de los pacientes entre 10 a 19 años 11.5 %, como se observa en la tabla.

INDICADORES EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DEL INR DEL 2009-2010

CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACION					
Atenciones		Nº camas		% Ocupación camas		Promedio de permanencia	
2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
36941	35113	32	32	87,8	91.28	92.6	80.2

Fuente: INR-DIS

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA Y DE EMERGENCIA

MORBILIDAD	
10 primeras causas de morbilidad de consulta externa y emergencias	
2009	2010
*Trastornos Posturales	*Trastornos Posturales
*Retardos Del Lenguaje	*Retardos Del Lenguaje
*Reumatismo Extra-Articular	*Reumatismo Extra-Articular
*Trast.Hipercineticos De La Niñez	*Trast.Hipercineticos De La Niñez
*Retardo Mental	*Retardo Mental
*Enfermedades Reumáticas	*Enfermedades Reumáticas
*Trastornos Del Desarrollo	*Trastornos Del Desarrollo
*Encefalopatía Infantil	*Trast.De Desarr. Habilidad. Escol.No Esp.
*Trast.De Desarrollo.Habilidad.Escol.No Esp.	*Alteraciones De Audición
*Alteraciones De Audición	*Encefalopatía Infantil

Fuente: Oficina de Estadística e Informática. INR.

Primeras causas de morbilidad del servicio de hospitalización 2009 – 2010 INR según etiología

Morbilidad del Servicio de Hospitalización	
2009	**2010**
***LESION MEDULAR DE ETIOLGIA TRAUMATICA**	***LESION MEDULAR DE ETIOLGIA TRAUMATICA**
*Traumatismo por caídas	*Traumatismos por Caídas
*Traumatismos por Caídas	*Accidentes de Tránsito
*Traumatismos por lesión por armas	*Traumatismos por lesión por armas
*Traumatismos por Aplastamiento	*Traumatismo por Aplastamiento
*Traumatismo por Golpes	
***LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA**	***LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA**
*Lesión Medular de etiología Neoplásica	*Afecciones del Encéfalo No Neoplásicas
*Afecciones del Encéfalo No Neoplásicas	*Lesión Medular de etiología Neoplásica
*Otra enfermedad de la Médula espinal	*Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
*L.Med. Adquiridas - BACTERIANAS	*L.Med.de etiología Vascular
*L.Med. Adquiridas –VIRALES	*Tumores SNC

Fuente: Oficina de Estadística e Informática. INR.

El Perfil de la Demanda es la atención mayoritariamente de pacientes, procedentes del departamento de Lima (48.19%) y la Provincia Constitucional del Callao (45.89%). La Mayor afluencia de los distritos de: Callao Cercado, San Martín de Porres, Lima Cercado, Bellavista y San Miguel. Los niños menores de 9 años (53.4%).

DINÁMICA POBLACIONAL. CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y RELACIONADAS: MORTALIDAD, NATALIDAD

Mortalidad	**3.9**	Fallecidos/año
Natalidad	**16.9**	Nacidos/año

Varones	IMA	Tec. Joven	Neumonía	BNM	Tumor de estomago	TBCP	Cirrosis	IR. Crónica	Hopoxia Anoxica	Falla multiorgánica
Mujeres	Neumonía	HTA	BNM	Tumor maligno de estomago	Enferm. Led.Aguda	TBC P'	IMA	IR. Crónica	shock septico	Insuficiencia Cardíaca

Fuente: POLICLINICO. HNA. MARIA DONROSE SUTMÖLLER

5.3. RESPUESTA SOCIAL DE OTRAS INSTITUCIONES EN LA REGIÓN CALLAO

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

La Oficina de Bienestar Universitario es responsable del Centro de Salud, cuya población objetivo en más del 90% la constituyen los alumnos de la universidad. Además atiende a los docentes, personal administrativo y personal contratado.
El Centro de Salud de la UNAC cuenta con dos médicos, dos odontólogos, 2 psicólogos y 1 químico-farmacéutico como profesionales de la salud.

Tabla de Atendidos y atenciones del 2009

SERVICIO	ATENCIONES	ATENDIDOS
Medicina	1790	1392
Psicología	841	563
Odontología	1264	321
Laboratorio	589	246
TOTAL	**4484**	**2522**

Elaboración: Oficina de Epidemiología

El consultorio de Medicina con 39%, seguido de Odontología con 28% encabezan las atenciones durante el 2010.

Una actividad importante son los exámenes a los ingresantes. Asimismo se realizaron Campañas de despistaje de Enfermedades No Trasmisibles, Psicología, Odontología y prevención del VIH/SIDA.
Son factores que atentan contra un buen desempaño del establecimiento de salud, la baja demanda, la no atención dental por las tardes, las tarifas relativamente altas para el usuario universitario, la falta de botica, la renuncia del responsable de psicología clínica y el termino del convenio con Psicología de USMP.
La UNAC. Cuenta con los siguientes profesionales:

PROFESIONALES ESPECIALIZADOS- AÑO 2010

ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	58
ESPECILIDAD EN CENTRO QUIRURJICO	57
ESPECIALIODAD ENFERMERIA INTENSIVA	28
ESPECIALIDAD EN GERENCIA DE SALUD	52
ESPECILIDADE N SALUD PÚBLICA	**25**

MAESTRIA

MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD	62
MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD-SEDE HOSPITAL CARRIÖN	30
MAESTRIA GERENCIA EN SALUD-SEDE INEN	30

TITULO –AÑO-2010

LICENCIADOS EN ENFERMERIA	159

MUNICIPALIDAD DE LA PERLA

El análisis situacional se realiza en función a los programas de Salud que se llevan a cabo en la Municipalidad Distrital de La Punta.

1. Centro Médico Municipal.
2. Tópico de Urgencias y Emergencias.
3. Campañas Integrales de Salud.
4. Programa de Lucha contra las Drogas.
5. OMAPED
6. Consultorio Psicológico

1.- Problemas Priorizados en Salud de su Distrito:

Los problemas priorizados en Salud de nuestro distrito fueron los siguientes:

1. HTA
2. Diabetes
3. Consumo de drogas (Legales e ilegales)
4. Sobre peso en niños.
5. Discapacidad física
6. Discapacidad mental
7. Enfermedades degenerativas en el Adulto Mayor

Tiene como FODA:

FORTALEZAS

- Compromiso de la Gestión Municipal en temas de salud del vecino punteño y de Chucuito.
- Apoyo de las diferentes áreas de la Municipalidad en las actividades de salud.
- Apoyo de la Alta Dirección y la Gerencia de Desarrollo Humano en la realización de actividades de salud.
- Se contaba con presupuesto para atenciones de salud en los diferentes niveles de atención.
- Personal profesional altamente capacitado.
- Personal identificado y comprometido con la institución.

OPORTUNIDADES

- Buena disposición del vecino a participar en actividades relacionadas a salud.
- Apoyo de instituciones de salud pública y privadas.
- Apoyo de laboratorios químicos y otras instituciones relacionadas a temas de salud, en las Campañas Integrales.
- Políticas Públicas de Salud.

DEBILIDADES

- Infraestructura del CMM y el Tópico de emergencia.
- Poca participación y compromiso del personal del Centro de Salud, en las actividades de salud programadas por la MDLP.
- No contar con una ambulancia para el distrito.

AMENAZAS

- No contar con planes conjuntos para la ejecución de actividades, con el Centro de Salud del Distrito.
- No contar con el apoyo de Instituciones de salud pública y privadas.

LOGROS:

- ✓ Participación activa de los profesionales y el personal de la GSBS, en las actividades de salud dirigidas a la comunidad.
- ✓ Participación de la comunidad en actividades de prevención y promoción de la salud.
- ✓ Posicionamiento del Tópico de emergencia y Centro Médico Municipal, como alternativas para atenciones de salud.
- ✓ Empoderamiento de la MDLP en temas de salud.
- ✓ El Distrito cuenta con un Programa dedicado a la prevención, tratamiento, reinserción social y laboral de personas con problemas de consumo de drogas.
- ✓ Implementación del Taller de Gimnasia Mental (Prevención de Alzheimer) en el CIAM.

MUNICIPALIDAD LA PUNTA

El análisis situacional se realiza en función a los programas de Salud que se realizan en la municipalidad.

- Centro Médico Municipal
- Tópico de Urgencias y Emergencias.
- Campañas Integrales de Salud.

1.- Problemas Priorizados en Salud de su Distrito

Los problemas priorizados en salud de nuestro distrito fueron los siguientes:

- HTA
- Diabetes
- Consumo de drogas (Legales e ilegales)
- Sobre peso en niños
- Discapacidad física
- Discapacidad mental
- Enfermedades degenerativas en el Adulto Mayor.

Tiene como Análisis FODA:

FORTALEZAS

- Compromiso de la Gestión Municipal en tema de salud del vecino punteño
- Apoyo de la diferentes aéreas de la municipalidad en las actividades de salud.
- Apoyo de la alta dirección y la gerencia de desarrollo humano en la realización en las entidades de salud.
- Se contaba con presupuesto para la atenciones en salud en los diferentes de niveles de atención
- Personal profesional altamente capacitado e identificado y comprometido con la Institución.

OPORTUNIDADES:

- Buena disposición del vecino a participar en actividades relacionadas a salud.
- Apoyo de Instituciones de Salud Públicas y Privadas.
- Apoyo de laboratorios químicos y otras instituciones relacionadas a temas de salud, en las campañas Integrales.
- Políticas públicas de Salud.

DEBILIDADES:

- Infraestructura del CMM y el tópico de emergencia.
- Poca participación y compromiso del personal del Centro de Salud, en las actividades de salud programadas por la MDLP.-
- No contar con una ambulancia para el distrito.

AMENAZAS:

- No contar con planes conjuntos para la ejecución de actividades, con el Centro de Salud del Distrito.
- No contar con el apoyo de instituciones de salud pública y privada.

LOGROS.

- Participación activa de los profesionales y el personal de la GSBS, en las actividades de salud dirigidas a la comunidad
- Participación de la comunidad en actividades de prevención y promoción de la Salud.
- Posicionamiento del tópico de emergencia y centro médico municipal como alternativas para atenciones de salud.
- Distrito cuente con un programa dedicada al prevención, tratamiento , reinserción social y laboral de personas con problemas de consumo de drogas
- Implementación del taller de Gimnasia mental (Prevención de Alzhéimer), en el CIAN (Centro Integral de Atención al Adulto mayor).

BENEFICIENCIA PÚBLICA DEL CALLAO

La Gerencia de Producción y Asistencia Social a través de la Sección Servicios de Salud se encarga de brindar atención de consultas médicas externas en Medicina, Pediatría, Obstetricia, Oftalmología, Psicología, Odontología, Terapia Física y Podología. Además de los servicios de Laboratorio y Enfermería.
En relación al servicio de terapia física recién ha iniciado su atención a partir del mes de noviembre.
Asimismo, en el presente año no ha habido atención de podología.
La atención preventiva promocional es por medio de vacunas para niños y adultos, consejerías sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), VIH SIDA y Planificación Familiar.
Así mismo, durante el año 2010 desde febrero a noviembre se brinda atención gratuita en el establecimiento con campañas de salud, con la finalidad de promocionar nuestros servicios y cumplir con las diferentes estrategia sanitarias preventivas, pará descarte de enfermedades como. Hipelcolerestolemia, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Anemia, Descarte de Cáncer Ginecológico de Cuello Uterino y Osteoporosis,

etc. dirigido al público en general, especialmente para las personas de escasos recursos económicos con la finalidad de realizar en ello un atención integral de Salud, beneficiándose a 2,479 pacientes. En este rubro se vacuno contra la Influenza.
Durante el ejercicio 2010 se beneficiaron 2479 pacientes en las campañas de Salud Gratuitas.

Entre sus fortalezas tiene:

- La reducida tarifa de las consulta s y procedimientos clínicos está al alcance de la población chalaca.
- La atención es personalizada y rápida
- La calidad de servicio que brindan los profesionales de la Salud y personal administrativo.
- Se tiene pacientes continuadores, lo que demuestra la calidad de atención que se brinda.
- Se trabaja coordinadamente el programa de Inmunizaciones, Crecimiento y Desarrollo con el C.S. Alberto Barton, el cual otorga gratuitamente para aplicarse en el centro de salud de la institución.
- Se trabaja el programa de Planificación Familiar con el C.S. Manuel Bonilla Callao el cual brinda otros insumos para la atención.

LOGROS

- Se ha equipado el área de archivo de la sección servicios de salud C:S. con un quipo de computo el cual permite registrar información que se tiene que trasmitir vida internet ala DIRESA callao.
- La identificación de los profesionales de la Salud y administrativos con el C.S.permite que se doble esfuerzos para cumplir con las metas trazadas.
- La información solicitada realización a salud ha sido brindada en forma oportuna.
- Se ha logrado cumplir con un promedio de 85% de las metas trazadas.
- Los laboratorios efectúan campañas de salud con el C.S. y autorización de la Institución, financiando íntegramente el costo de insumos a utilizarse.
- La campañas preventivas de salud incluyen un incremento de enfermedades y mortalidades del Callao.
- Las campañas de Salud d da mayor difusión al centro de salud, por lo que se incrementan el numero de atenciones.

CLINICA SAN JOSE

OBJETIVO PERSPECTIVA HACIA EL PACIENTE

Implementar sistema de comunicación y gestión de la calidad para aumentar la satisfacción y fidelización de nuestros pacientes.

a) Desarrollar un sistema de comunicación por tipo de cliente.
b) Implementar un sistema de gestión de la calidad y satisfacción.
c) Implementar un sistema de fidelización de los clientes.
d) Adquisición, renovación y mantenimiento de los equipos.
e) Ampliación de servicios saturados.

AMENAZAS

- Ingreso de grupos de poder y competencia más agresiva en nuestro segmento.
- Concentración de las compañías de seguros que cuentan con mayor poder de negociación.
- Quedar rezagada ante otras clínicas por no caminar al ritmo de las exigencias del mercado y las necesidades de cambio.
- La falta de capacitación y actualización del personal.
- La resistencia al cambio.
- La falta de capacidad económica – financiera (liquidez).
- El contar con personal no motivado.
- El contar con un sistema informático poco confiable.

OPORTUNIDADES

- Desarrollar nuevos convenios corporativos.
- Crear programas y proyectos de interés para la institución.
- Hacer alianzas estratégicas.
- Ofrecer la Clínica a Médicos del Área del Callao.
- Potenciarla en algunas especialidades (Ginecología, Neonatología, Pediatría,
- Traumatología.)
- Existen servicios aún no ofrecidos en el mercado.
- Mayor concentración de población objetivo dentro del área de influencia

VI. ANALISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES E INTERVENCIONES EN SALUD

VI. ANALISIS DE LA PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES E INTERVENCIONES EN SALUD

La priorización en salud es la selección de los servicios, programas o actividades de salud que se proporcionarán primero, con el objeto de mejorar los beneficios en salud y la distribución de los recursos en salud, constituyéndose en una **herramienta** para I**mplementar la política** definida en el sector salud.

En noviembre 2009 se realizó el Taller para la elaboración del Plan Concertado Regional de Salud del Callao 2010-2015, donde se priorizaron los problemas sanitarios regionales, los cuales sirvieron de insumo para la priorización del presente ASIS 2010.

La metodología empleada fue a través de la validación del instrumento a usar para la priorización a través de juicio de expertos locales con enfoque social, político y sanitario.

6.1. Principales Prioridades Sanitarias Distritales

En el taller para determinar las Prioridades Sanitarias Regionales realizado en la DIRESA Callao el día 4 de abril del 2011, que contó con la participación de representantes de diferentes Instituciones representativas de la Región, se establecieron las prioridades de manera distrital para luego hacer un consenso de las regionales.
A continuación se presentan las prioridades sanitarias 2010 por distritos:

Prioridades Sanitárias Distrito Callao

1. TBC, TBC MDR y TBC XDR
2. Morbi-mortalidad Materna y perinatal
3. ITS, VIH-SIDA
4. Enfermedades Inmunoprevenibles
5. Hipertensión arterial
6. Diabetes Mellitus
7. Salud mental, violencia y drogas
8. SOBA – Asma
9. Malnutrición

Prioridades Sanitarias Distrito Bellavista

1. Alta tasa deTBC,(TBC MDR y TBC XDR)
2. Alta tasa de enfermedades odontobucales
3. Alta tasa de trastornos nutricionales en menores de 5 años y gestantes
4. Alta de enfermedades prevalentes de la infancia (retraso en el crecimiento y desarrollo, de nutrición crónica y mortalidad infantil.

Prioridades Sanitarias Distrito Ventanilla

1. Malnutrición: obesidad, anemia y desnutrición crónica
2. Embarazo en adolescentes
3. Infecciones intrahospitalarias
4. TBC, TBC MDR y TBC XDR
5. Hipertensión arterial
6. Diabetes Mellitus
7. Accidentes de tránsito

8. Inadecuada distribución RRHH
9. ITS, VIH-SIDA
10. Inadecuada manipulación de alimentos

Prioridades Sanitarias Distrito Carmen de La Legua

1. Hipertensión arterial
2. Salud mental y violencia
3. ITS, VIH-SIDA
4. Abuso de alcohol y drogas
5. TBC, TBC MDR y TBC XDR
6. Diabetes Mellitus
7. Malnutrición: obesidad, anemia y desnutrición crónica
8. Ansiedad, estrés y depresión
9. Delincuencia
10. Enfermedades de la cavidad bucal

Prioridades Sanitarias Distrito La Perla

1. HTA
2. Diabetes
3. Consumo de drogas
4. Sobre-peso en niños
5. Discapacidad Física
6. Discapacidad mental
7. Enfermedades degenerativas del Adulto mayor
8. Delincuencia y pandillaje
9. Violencia intrafamiliar
10. ITS, VIH-SIDA
11. Hipertensión Arterial
12. Diabetes Mellitus
13. Morbi-mortalidad materna y perinatal

Prioridades Sanitarias Distrito La Punta

1. **Hipertensión Arterial**
2. **Diabetes Mellitus**
3. **Consumo de drogas (Legales e ilegales)**
4. **Terremotos**
5. **Maremotos**
6. **Sobrepeso en niños**
7. **Discapacidad física y mental**
8. **Enfermedades degenerativas en el Adulto mayor**

6.2. Principales Prioridades Sanitarias Regionales

Luego de realizada la Priorización de Problemas Sanitarios distritales se procedió a consensuar las diez primeras prioridades sanitarias regionales, las cuales se detallan:

En primer lugar en los 6 distritos se situó Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, TBC MDR y XDR, ITS-VIH/SIDA, Malnutrición, Salud Mental, Morbimortalidad Materna, Accidente de Tránsito, SOBA, ASMA, Rabia.

Como observamos en el taller de priorización de problemas en ningún distrito fue incluido Dengue, esto debido a que la población en general no percibe el potencial riesgo de la transmisión de esta enfermedad, pues como hemos revisado en capítulos anteriores en nuestra región existe el riesgo de transmisión de la enfermedad, debido a la presencia del Vector Aedes Aegypti en diez localidades de nuestra región. Por ello hemos visto necesaria la inclusión de dicho problema en el análisis y como prioridad sanitaria de nuestra Región Callao, así como las Infecciones respiratorias, debido a su importancia en salud pública sobre todo por la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes como es el caso de Influenza AH1 N1.

6.3. Análisis De Las Prioridades Sanitarias Priorizadas

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

TUBERCULOSIS PULMONAR Y TBC-MDR

La tuberculosis es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección transmisible más importante en los seres humanos. Desde el 19 de noviembre del 2009 mediante la RD-068-2009-DGSP-MINSA, **el Perú ha declarado en Emergencia Sanitaria, "a nivel nacional la situación del control de la tuberculosis, tuberculosis multi-resistente y extremadamente resistente".** Y dentro de las regiones de riesgo elevado, junto a Lima, se encuentra la **Región Callao**. Esta declaratoria se debe –entre otras razones- a que **"el Perú es el segundo país en América con el mayor número de personas afectadas de Tuberculosis y actualmente tiene el mayor número de personas afectadas con tuberculosis multiresistente (TB-MR) en la región de las Américas"** y además, "desde el año 1996 se ha detectado en nuestro país una forma de TB ultrarresistente o extremadamente resistente (TB-XDR), casi incurable, que desafía la capacidad de respuesta nacional y pone en peligro todo el sistema de salud". Sin embargo, esta declaratoria tampoco ha podido sacar de la situación de "invisibilidad" a la TB entre líderes políticos, sociales y decidores. Y teniendo en cuenta que esta enfermedad es prevenible, curable y afecta especialmente a la población económicamente productiva, es imprescindible que este tema sea una prioridad en la agenda de trabajo de los gobiernos y de la sociedad civil.

TB en el mundo

Más de dos mil millones de personas —es decir, un tercio de la población mundial— están infectadas con el bacilo de la tuberculosis. De estas personas, una de cada 10 contraerá tuberculosis activa en algún momento de su vida. Las personas afectadas por el VIH están expuestas a un riesgo mucho mayor. Se calcula que en 2007 hubo 9,27 millones de casos incidentes de TB en todo el mundo, es decir más que los 9,24, 8,3 y 6,6 millones registrados en 2006, 2000 y 1990, respectivamente. La mayoría de esos casos se registraron en Asia (55%) y África (31%); en las regiones del Mediterráneo Oriental, Europa y Américas las cifras correspondientes fueron del 6%, 5% y 3%, respectivamente. Los cinco países con mayor número de casos fueron la India (2,0 millones), China (1,3 millones), Indonesia (0,53 millones), Nigeria (0,46 millones) y Sudáfrica (0,46 millones). El 80% de todos los casos se produjo en sólo 22 países y la mitad de los casos nuevos se producen en seis países asiáticos. En 2007, murieron de tuberculosis 1,77 millones de personas (de las que 456 000 tenían el VIH), lo que equivale a unas 4800 muertes al día. El número absoluto de casos incidentes de TB está aumentando debido al crecimiento de la población, la tasa de

incidencia está disminuyendo, aunque a ritmo lento (menos del 1% al año). La tasa de incidencia está disminuyendo en cinco de la seis regiones de la OMS; la excepción es la Región de Europa, donde se mantiene más o menos estable. Se calcula que en 2007 hubo 0,5 millones de casos de TB multirresistente (TB-MR), el 85% de los cuales corresponden a 27 países (15 de ellos de la Región de Europa). Los cinco países con mayor número de casos de TB-MR son la India (131 000), China (112 000), la Federación de Rusia (43 000), Sudáfrica (16 000) y Bangladesh (15 000). A finales de 2008, 55 países y territorios habían notificado al menos un caso de TB ultrarresistente (TB-XDR).
La estrategia de la OMS *Alto a la Tuberculosis* aspira a llegar a todos los pacientes y alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir al 50%, para 2015, la prevalencia y mortalidad por tuberculosis. Los indicadores aceptados son una Tasa de detección de casos bacilíferos del 70%, como mínimo, y una Tasa de éxito del tratamiento de esos casos de al menos un 85%.

TB en Las Américas

La Tuberculosis (TBC) considerada como un grave problema de salud pública en diversos países del mundo, se ha convertido en la región de las Américas en una enfermedad que afecta a gran número de personas de distintas edades. Tal es así que anualmente se diagnostican unos 231 mil casos nuevos de esta enfermedad, cada año se reporta en la región el deceso de 53 mil personas a causa de esta patología. En nuestra región la tuberculosis se presenta con mayor incidencia en personas entre 15 y 49 años de edad, y la tasa de mortalidad es de 6 por cada 100 mil habitantes, mientras que en el mundo mueren 28 por cada 100 mil habitantes. América Latina representa entre un 5 a 6 por ciento de todos los casos registrados de tuberculosis en general. Brasil es uno de los que forma parte de los 22 países más afectados del mundo y el que lidera la región, esto se debe a su enorme población. Después de Brasil, le sigue el Perú, uno de los países con la mayor incidencia, seguido de Colombia, Honduras y Haití. En cuanto a la tuberculosis multiresistente Perú lidera el subcontinente, seguido de Brasil.

TB en el Perú

Actualmente el Perú continúa padeciendo una severa endemia de TB. La distribución de casos de TB en el Perú no es homogénea, observándose concentraciones significativas, en las zonas urbanas periféricas. Así, Lima y Callao representan en términos epidemiológicos casi el 58% de la morbilidad por TB. En la costa peruana se asienta el 90% de los casos de TB. Asimismo, el Perú padece una severa endemia de TB-MDR. La mayor proporción de casos en retratamiento para TB-MDR se encuentra en la costa peruana (96.7%). Lima y Callao concentran casi el 83% de estos casos.

Tuberculosis en el Callao

La Tuberculosis sigue representando en la región Callao un problema de salud pública. Fue seleccionada como el primer problema sanitario regional e incluido como prioridad sanitaria en 5 de los seis distritos de la región. Esta situación se ve reflejada en los Indicadores Epidemiológicos de nuestra Región, a saber:

Situación TB en la Región Callao 2010

INDICADOR	VALORES
Tasa de Morbilidad	120.58 x 100,000 habitantes
Tasas de Incidencia	143.63 x 100,000 habitantes
Tasa de Incidencia TBP F (+)	66.29 x 100,000 habitantes

Fuente: ESRPyC TB

Si bien la búsqueda de sintomáticos respiratorios se ha incrementado durante el año 2010 en la Región (31,637 vs. 24,880 el año 2008), esto no ha sido suficiente, debido a que este incremento no ha sido proporcional con el incremento en el número de atenciones (1'283,165 vs. 839,205 en el 2008). Esto hace que nuestro indicador trazador para la tuberculosis esté en 2,5 siendo lo ideal que llegue a 5, lo que demuestra que nuestra búsqueda y esfuerzos son aún insuficientes.

Nº Casos TB 2009

TB	TBP F (+)	TB MDR	TOTAL
1178	586	165	**1575**

Fuente: ESRPyC TB

Del número total de casos de TB en el año 2009 (1575 casos), debe resaltarse que 586 casos (37,2%) son pacientes con Tuberculosis Pulmonar con BK positivo, es decir, que son las personas potencialmente contagiantes dentro de la comunidad. Asimismo, el número de pacientes nuevos con TB-MDR es de 165 casos (10,48%), lo que confirma a la Región como un territorio vulnerable para esta forma severa de la enfermedad y un reto para el Sistema de Salud Regional.

Territorios vulnerables

A nivel de las tres Redes Sanitarias con que cuenta la Región, muestran un panorama diverso, siendo sus Indicadores Epidemiológicos los siguientes:

Situación de TB a nivel de Redes Sanitarias

INDICADOR	Red Bonilla	Red BEPECA	Red Ventanilla
Tasa de Morbilidad	196,23	154,16	139,88
Tasas de Incidencia	157,50	126,71	119,76
Tasa de Incidencia TBP F (+)	81,33	56,81	63,49

Fuente: ESRPyC TB-Tasas por 100,000 habitantes

Por los Indicadores por Redes de salud presentados, podemos mencionar que la Red Bonilla-La Punta, en donde la tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar frontis positivo, cuyo valor es superior al promedio Regional, representa un alto riesgo para la Población sana de dicho territorio que se encuentra propensa al contagio. En dicha Red de salud los centros de Salud con mayores Indicadores son Bonilla, San Juan Bosco y Gambeta Alta. En esta Red, muchos casos se encuentran asociados a VIH y el número de casos de TB-MDR aumentó en este año a diferencia de las otras dos Redes.

En la Red BEPECA, durante el 2009 disminuyó el número de contactos examinados y de pacientes con TB-MDR y mejoró el porcentaje de quimioprofilaxis para los

contactos de nuevos pacientes. En esta Red, los Centros de Salud con indicadores de mayor riesgo son: Bellavista, Bocanegra y Playa Rímac.

En la Red Ventanilla, aunque la incidencia es la menor de la Región, durante el año 2009 disminuyeron los contactos examinados, la quimioprofilaxis y el indicador trazador. Y los Centros de Salud más vulnerables son 3 de Febrero, Hospital Ventanilla y Mi Perú.

Por otro lado, el problema de adherencia al tratamiento, en la Región está muchas veces asociado a pacientes drogodependientes y marginales, lo cual es un nuevo y complejo reto, pues esta condición tiende a aumentar los abandonos al tratamiento. Asimismo, en la Región Callao existe desde agosto del 2008, la prueba rápida llamada MODS, para el diagnóstico precoz de TB-MDR, en un periodo de 7 a 21 días. Esto permite iniciar el tratamiento con drogas de segunda línea en forma rápida y aunada a la supervisión en la administración de los medicamentos (DOTS PLUS), poder conseguir un mayor porcentaje de curación.

Análisis causal

Son reconocidas por la comunidad de intervención en Tuberculosis las relaciones estrechas entre las condiciones sociales de vida y la vulnerabilidad y exposición al riesgo de infectarse y enfermar de TB. Por ello, toda planificación que intente una respuesta integral no sólo deberá considerar el análisis de la endemia como medición de los daños y riesgos, sino complementariamente, analizar las condiciones sociales que hacen posible la ocurrencia de la enfermedad y su propagación, así como las principales barreras para su tratamiento y cura.

Existe ya un sentido común que asocia tuberculosis a pobreza, sin embargo una aproximación más cuidadosa nos exige reconocer que es la pobreza fundamentalmente urbana, asociada a desnutrición, condiciones de vivienda inadecuadas, hacinamiento, entre otras, las condicionantes de infectarse y enfermar.

Población:

La tendencia a un crecimiento poblacional importante de la zona urbana, fundamentalmente en Lima Metropolitana y las ciudades de la costa coincide con los lugares de mayor prevalencia de Tuberculosis en el país, generando de un lado mayor Población expuesta al riesgo de contraer la enfermedad y al mismo tiempo incrementando las condiciones de pobreza y desigualdad urbanas propicias para colocar a las poblaciones en mayores niveles de vulnerabilidad.

Empleo:

Existe aún una baja cobertura de seguro en la población ocupada, altísimo nivel de empleos informales de baja productividad y con prolongadas jornales laborales, elevados riesgos laborales y escasa remuneración. Por tanto, la situación del empleo en el país es condicionante de la presencia de la enfermedad y de las formas en las cuales se responde a ella.

Vivienda:

Condiciones inadecuadas de vivienda pueden propiciar el desarrollo de la Tuberculosis en la Población que vive en viviendas con varios hogares (familias), muchas personas por vivienda y pocas habitaciones en la vivienda. Dado que el 63.2% de las viviendas tienen 3 o menos habitaciones, lo cual interpretado conjuntamente con el dato de habitantes por vivienda, nos lleva a concluir que un porcentaje importante de la Población peruana vive en condiciones de hacinamiento (Según Naciones Unidas, 3 o más personas por habitación), lo cual constituye un factor de riesgo, en el caso de viviendas que albergan hogares con un familiar con tuberculosis.

Pobreza:

La pobreza se traduce en severas insuficiencias en dimensiones básicas de la vida, tales como estados nutricionales adecuados, buenos estándares de salud y avances educativos. Estados nutricionales que afectan las capacidades de los individuos para enfermar de Tuberculosis.

Por otro lado, la desigualdad en la distribución de los ingresos, más que los indicadores de pobreza, puede representar una explicación de la concentración de los casos de TB en regiones del Perú con determinadas características: un mayor desarrollo económico y una mayor desigualdad del ingreso (como Lima y Callao), que si bien es cierto no son regiones con niveles relativos altos de pobreza si muestran grandes inequidades en el ingreso.

La relación entre TB, pobreza y desigualdad, es una tarea aún pendiente de reflexión y análisis.

Una aproximación al perfil del paciente que enferma de TB a partir de una encuesta realizada a 450 pacientes nos informa lo siguiente: 57,3% de varones, 81% en edad de trabajar (entre 15 a 45 años), 56,4% soltero, 85% con estudios secundarios a más, un 68.7% de enfermos y sus familias en pobreza (1 de 3 en pobreza extrema), 41,8% con vivienda con características físicas inadecuadas, aunque un 29% tenía con algún tipo de capacitación laboral, el 67,6% estaba en desempleo y sólo el 12% de los pobres con TB reciben la asistencia alimentaria ofrecida.

Impacto económico de la TB

Las cifras estimadas en el cuadro adjunto sugieren que con una inversión de US$ 24,696,000.00 en tratamiento de TBMDR en Perú se evito más de 400,000 nuevas infecciones en cinco años, asimismo se evitó más de 41,000 nuevos enfermos de TBMDR en los próximos cinco años y más de 45,000 muertes. De no haberse realizado dicha inversión, el Estado peruano y la cooperación internacional habrían tenido que invertir más de US$ 123 millones en los siguientes años para evitar 41,000 nuevos casos de TBMDR. En conclusión, por cada dólar invertido en tratar pacientes con TBMDR se ahorró cinco nuevos dólares.

Confección Tuberculosis y VIH

Se estima que en el Perú, el 40 % de las personas con infección por el VIH desarrollarán TB en algún momento de su evolución. En la Región de las Américas .La coinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un factor de riesgo que agrava la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis (TB), especialmente en Países en desarrollo como el nuestro, ya que este virus induce una inmunodepresión progresiva que favorece la reactivación de la TB en personas con Infección Tuberculosa Latente y la progresión hacia la enfermedad en aquellas con primo infección o reinfección tuberculosa. Por otro lado, existen pruebas que indican que la enfermedad tuberculosa agrava el curso de la infección por el VIH.

El Perú, a raíz de la implementación exitosa de la terapia corta directamente observada (DOTS) que hizo del Programa Nacional de Control de la TB (PCT) un modelo para países con alta endemia, fue removido en el año 2,000 de la lista de los 22 países responsables del 80% de casos.

La Tasa de Mortalidad por TB en la Población Peruana ha disminuido en 21.6 % con respecto al inicio de la década de los noventa. Desde el advenimiento de la Terapia Antirretroviral Altamente Efectiva (TARGA), el curso natural de la enfermedad cambió y debe prestarse atención al comportamiento de ésta en pacientes no tratados, para recordar cómo evoluciona naturalmente. A medida que aumentan los niveles de

multiplicación viral van profundizándose la inmunodeficiencia y aumentando consecutivamente la morbimortalidad por infecciones oportunistas.

El año 2009 el 73% de los 7,007 pacientes nuevos al tratamiento TB que se trataron en Lima-Callao accedieron a una prueba para despistaje de VIH. de ellos el 1.5% son pacientes con co-morbilidad TB/VIH-SIDA y de ellos el 7.8% (6 pacientes) recibía tratamiento antiviral para VIH. Siendo que el 80% de la endemia por VIH en el Perú se concentra en Lima y Callao, es probable que la prevalencia de TB/VIH en el resto del país sea mucho menor.

TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE - TB MDR

El tratamiento de la Tuberculosis Multidrogorresistente es quizás uno de los puntos más difíciles del manejo de esta enfermedad, por lo que debería ser realizado por médicos especialistas. Este punto cobra aun más importancia al tratarse, en múltiples ocasiones, de la última oportunidad que va tener el enfermo para poder curarse. El tratamiento para la TB MDR es costoso, sin embargo en nuestro país, éste se brinda de manera gratuita**.** Un factor a considerar con sumo cuidado es la adherencia al tratamiento**,** hecho que depende exclusivamente del paciente y de su entorno familiar (soporte emocional) pues es ampliamente conocido el hecho de que la ingesta de múltiples drogas genera reacciones adversas de diversa índole. En los países como el nuestro donde la endemia (carga de la enfermedad) es elevada se constituye en acción prioritaria la adecuada calificación de los pacientes para poder garantizar su acceso al régimen terapéutico óptimo, reconociendo los factores de riesgo de aquellos pacientes que potencialmente podrían tratarse de casos de TB MDR. Es importante resaltar que el tratamiento para Tuberculosis en nuestro país es diariamente supervisado por el personal de salud, nunca es entregado al paciente para su autoadministración en el domicilio, ésta característica del tratamiento es la que nos permite asegurar el éxito terapéutico.

Estrategias de intervención

Dentro de las estrategias que se aplican en la Región tenemos la información semanal a la Dirección de las Redes de captación de sintomáticos respiratorios (desde el cuarto trimestre del 2010), las visitas domiciliarias integrales, fortalecimiento del equipo de trabajo en Redes y Microrredes y las supervisiones y monitoreo de actividades de los centros de salud.

Dentro de las actividades, una de las más importantes y que tiene mucho que ver con cortar la cadena de transmisión es la captación de sintomáticos respiratorios para el diagnóstico y tratamiento oportuno que disminuyó durante el 2010. Junto al control de contactos y la quimioprofilaxis en menores de 19 años, que deben mejorar en la Región, nos debe permitir que la población esté libre de contagio.

Finalmente, las alianzas estratégicas regionales, la DIRESA junto a Prisma, ASPAT, ADRA, Impacta, junto a las coordinaciones interinstitucionales, con EsSalud, Marina y Fuerza Aérea, son estrategias exitosas que deben seguir siendo fortalecidas.

MORTALIDAD MATERNA

La maternidad es un derecho y un noble fin social, la gestación y el parto no tendrían por qué ser peligrosos. La mortalidad materna es un importante problema de salud pública en el Perú y por ende en el Callao, no solo desde el aspecto sanitario sino porque es expresión de las profundas desigualdades sociales, económicas y

culturales, entonces no es sólo un indicador de salud, sino que es un indicador de desarrollo de los pueblos; además de las implicancias sociales que genera una muerte materna, constituyéndose en un profundo drama social, al quedar muchas veces recién nacidos huérfanos y hogares abandonados.

La mortalidad materna, afecta mayormente a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones migrantes y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados.

En este grupo humano inicia el primer eslabón de la pobreza. La falta de recursos económicos para acceder a los servicios o la falta de adaptación de éstos frente a sus expectativas de atención de calidad, hace que ellas se autoexcluyan del sistema en unos casos y en otros recurran a su cultura y costumbres, utilizando los servicios de parteras empíricas no cualificadas para detectar los riesgos.

La mortalidad materna tiene una disminución lenta que se explica por las situaciones de deterioro de las condiciones de vida en general, que afectan particularmente a los estratos más pobres de la población.

El Callao, a pesar de tener buenos indicadores de salud en lo que respecta a atención del parto institucional, no escapa a esta realidad y es por ello que el tema de la muerte materna se convierte en una prioridad de salud para la Región.

Vulnerabilidad

En el histórico de nuestra Región hasta el 2010 tenemos un acumulado de 10 muertes maternas identificándose como aéreas geográficas vulnerables los distritos de Callao 41.33%, Ventanilla 22.66% y Bellavista 21.33%.

En cuanto a grupo etáreo vulnerable, el 97.3% se concentra en el grupo joven y económicamente activo, entre los 15 y 39 años y dentro de este el 27,4% les corresponde a las mujeres entre 25 y 29 años.

Sin embargo es importante señalar que en el grupo adolescente de 15 a 19 años la mortalidad para el año 2009 representa casi el 50% del acumulado en los 9 años anteriores; siendo este el otro grupo altamente vulnerables.

Causalidad

La muerte materna pude ser clasificada de acuerdo a las causas que la ocasionan en:

Muerte materna directa, se produce como resultado de una complicación obstétrica, del estado de embarazo, parto o puerperio, o por intervenciones, u omisiones o tratamiento incorrectos.

Muerte materna indirecta, se produce por causa no obstétrica, como resultado de una enfermedad preexistente o una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, parto o puerperio, pero que es agravada por la adaptación fisiológica que produce la gestación.

Muerte materna no relacionada, es la muerte de una mujer en el curso de un embarazo, producida por causas accidentales o incidentales.

En el Callao en los últimos 10 años, el 70.66% de las muertes son directas, las principales causas son las infecciones, hemorragia, enfermedad hipertensiva del embarazo y aborto.

Existe la tecnología para intervenir sobre las causas y evitar las muertes maternas, sin embargo aún se siguen produciendo muertes por las mismas causas que se han

mantenido invariables en los últimos 20 años y que además eran las causas por las que morían las mujeres en los países desarrollados hace más de 50 años, lo que estaría reflejando las insuficiencias del sistema para la atención de la salud materna.

Estrategias de intervención

Dentro del análisis de la causalidad de las muertes que se han producido en el Callao, se ha podido identificar algunos determinantes sobre los que se hace necesario intervenir a fin de lograr la reducción de la muerte materna en nuestra Región; así tenemos:

Desde salud, se ha identificado una importante relación de las muertes tanto maternas como perinatales con factores asociados a la prematuridad, casi en un 70 a 80%, específicamente con la amenaza de parto prematuro, teniendo como causas subyacentes las infecciones urinarias, vaginales y la enfermedad hipertensiva del embarazo. Así mismo esta última mantiene una relación muy estrecha con el aumento brusco de peso.

Todo esto nos permite diseñar nuestras intervenciones futuras, haciendo incidencia en la identificación y tratamiento adecuados y oportunos de las infecciones durante la gestación y sobre factores nutricionales; todo ello acompañado de un estrecho seguimiento desde los servicios del Sistema de salud con calidad y competencia, lo que significa motivación y capacitación del personal en los diferentes niveles de atención e instituciones prestadoras.

Así mismo es necesario seguir considerando los múltiples factores de riesgo asociados a la muerte materna como son:

- **Generales:** Edad, multiparidad, embarazo no deseado, intervalo intergenésico, falta de atención pre natal, talla, bajo nivel educativo.
- **Oobstétricos:** Abortos, Embarazo ectópico anterior, Prematuridad, Pre eclampsia, Cesáreas previas, Hemorragias.
- **Personales:** Hipertensión, infecciones urinarias, infecciones vaginales, tuberculosis, diabetes, desnutrición, anemia.

La mujer en los extremos de la vida reproductiva tiene riesgo 6 veces mayor de morir.

Para una adolescente hay mayor morbilidad relacionada con la anemia, escasa ganancia de peso, infección urinaria, estados hipertensivos gestacionales y parto quirúrgico.

Desde los otros sectores, existe también una estrecha relación entre muerte materna y nivel educativo de la mujer; por lo que es necesario concertar y tener como horizonte a corto, mediano y largo plazo mejorar la educación de las niñas de nuestra Región, objetivo que además se condice con los Objetivos del Milenio.

La mejora del nivel educativo de las mujeres redunda en una mejor valoración de su salud y por ende cuidado de la misma, mejores expectativas de vida y de desarrollo lo que le permitirá acceder al mundo laboral en mejores condiciones y mejorar su nivel económico y también el de sus familias; de otro lado ya se ha visto y demostrado en muchos países y otras experiencias que al incorporar a las mujeres en el manejo de los recursos económicos de los hogares ellas adquieren una mejor posición, capacidad de negociación y toma de decisiones, tanto para el cuidado de su salud como para el de sus hijos.

Es por lo expresado líneas arriba, que afirmábamos al inicio que en las mujeres se inicia y perpetúa el círculo de la pobreza, más aún si se trata de embarazos adolescente que truncan muchas expectativas de desarrollo personal y social.

Es en ellas en quienes se hace necesario priorizar las intervenciones educativas, de promoción del empleo y desarrollo económico, y en la salud de las mujeres; ya que por los resultados que se esperan esto no se convierte en un gasto sino en una inversión para el desarrollo de la Región.

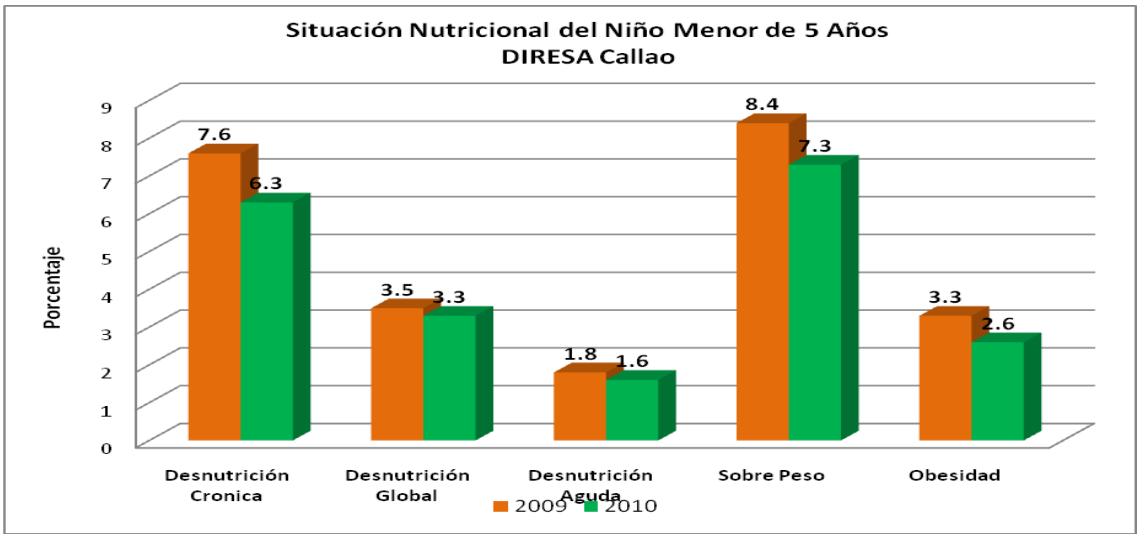
MALNUTRICION: ANEMIA, DESNUTRICIÓN Y OBESIDAD

Las carencias de micronutrientes, es decir deficiencias de vitaminas y minerales, constituyen la forma de malnutrición más generalizada del mundo. Más de dos mil millones de personas sufren en el mundo de distintos tipos de carencia de micronutrientes.

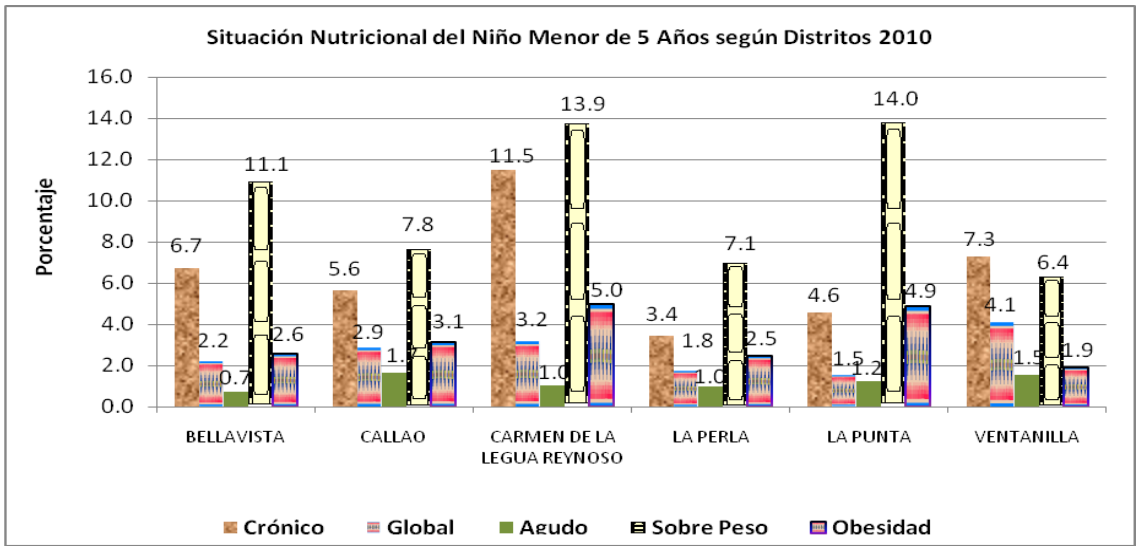
De acuerdo con estimaciones de la OMS/UNICEF/ONU, la deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más ampliamente extendida en el mundo. Pese a que el problema es más grave en los países de economía agrícola, las naciones industrializadas no escapan a este mal; mientras en éstas 11% de sus habitantes presenta anemia por deficiencia de hierro, en aquellos, el padecimiento afecta a cerca de la tercera parte de la población. La prevalencia de la deficiencia subclínica de hierro es al menos el doble que la de la anemia. Se puede estimar que más de la mitad de la población de la región de América Latina y el Caribe actualmente presenta deficiencia de hierro.

Vulnerabilidad

La escasez de hierro no se distribuye de manera homogénea a lo largo de la población. Los grupos más vulnerables son las **mujeres en edad reproductiva** -en especial las embarazadas-, los **niños** y los **adolescentes**. Se debe a que en dichas etapas de la vida las demandas de hierro se incrementan en forma notoria y en ocasiones la dieta no es suficiente para cubrirlas. La anemia tiene serias consecuencias en la calidad de vida. Estas repercusiones están ligadas a la disminución de la eficiencia de transporte de oxígeno a los diferentes tejidos del cuerpo, que es una función prioritaria del organismo. Durante la etapa de crecimiento y desarrollo, el impacto de la deficiencia de hierro y la anemia acarrean graves consecuencias, entre otras áreas, en la psicomotora e intelectual que en ocasiones solo se evidencian a largo plazo.

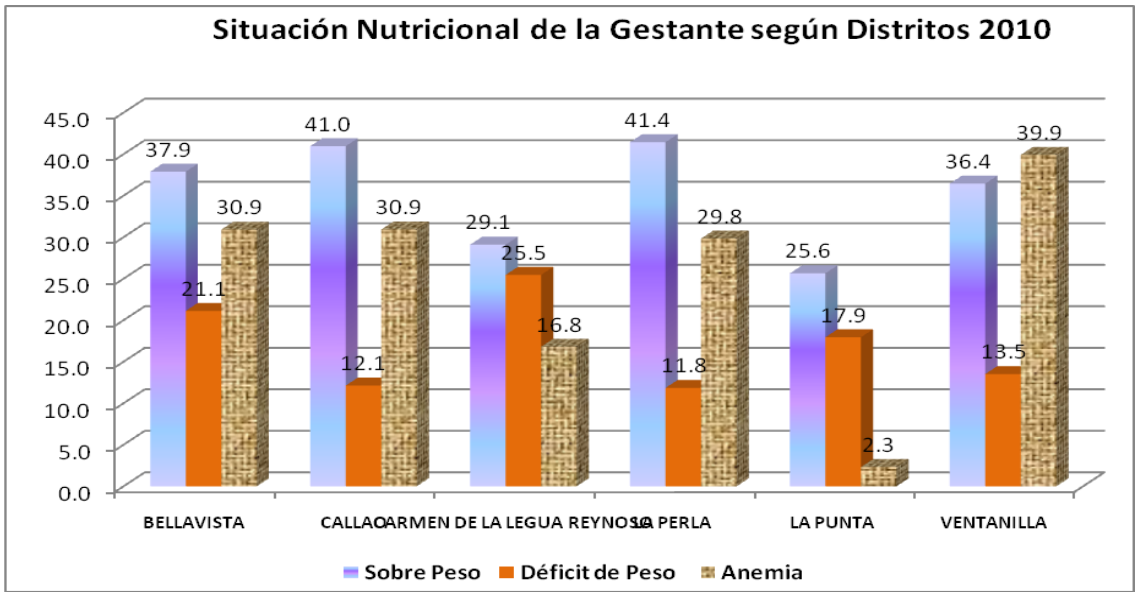


El porcentaje de Desnutrición Crónica disminuyo en relación al 2010 en un 1.3%, además de haber un incremento en los casos de sobrepeso y obesidad. Para el año 2010 se evaluó a una mayor cantidad de niños en relación al año 2009, asimismo se observa que los indicadores nutricionales de Desnutrición Global y Desnutrición Aguda bajaron en un 0.2 % respectivamente.



DISTRITOS	Evaluado	Nº Crónico	Evaluado	Nº Global	Evaluado	Nº Agudo	Nº Sobre Peso	Nº Obesidad
BELLAVISTA	268	18	270	6	270	2	30	7
CALLAO	35765	2013	36299	1041	35850	597	2783	1116
CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	774	89	810	26	782	8	109	39
LA PERLA	2980	102	3002	53	2994	29	212	74
LA PUNTA	328	15	328	5	328	4	46	16
VENTANILLA	27184	1985	27406	1124	27140	416	1739	515
TOTAL DIRESA	67299	4222	68115	2255	67364	1056	4919	1767

Estado Nutricional según distritos - 2010

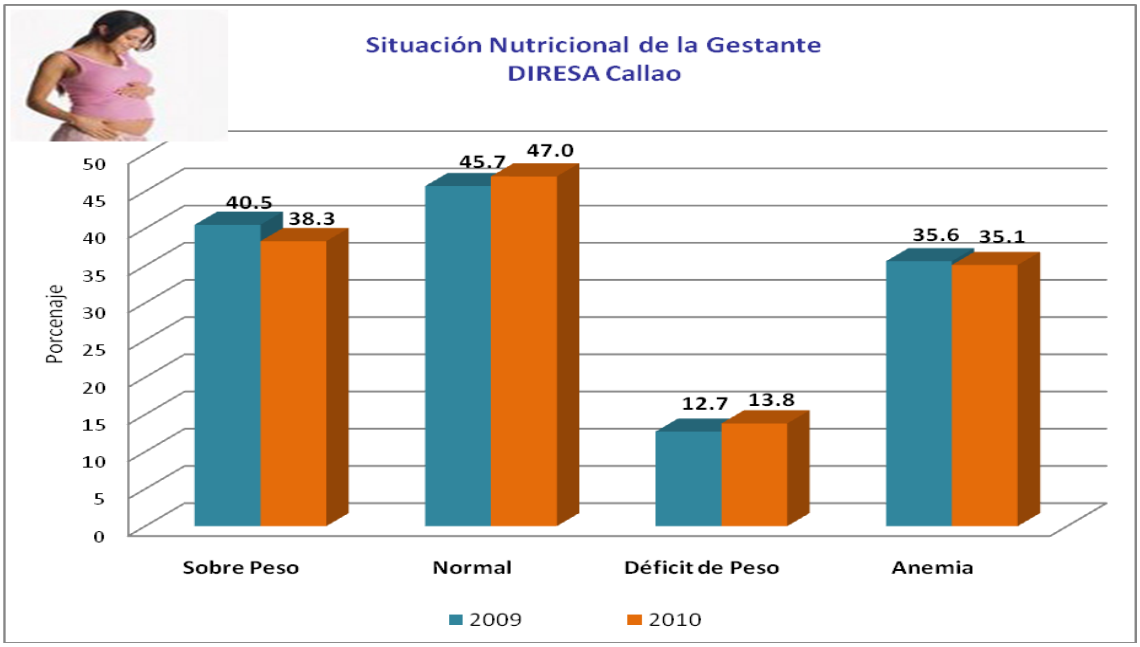


DISTRITOS	Evaluados	Sobre Peso	Normal	Déficit de Peso	Evaluados	Anemia
BELLAVISTA	161	61	65	34	110	34
CALLAO	7423	3040	3453	900	4703	1454
CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	220	64	98	56	232	39
LA PERLA	321	133	141	38	285	85
LA PUNTA	39	10	22	7	43	1
VENTANILLA	6494	2367	3230	878	3868	1544
TOTAL DIRESA	**14658**	**5675**	**7009**	**1913**	**9241**	**3157**

Como **DISTRITOS**, se tiene que la mayor cantidad de evaluados se realizo en Callao (7423), seguido de Ventanilla (6494). El mayor porcentaje de Sobrepeso se encuentra en Callao (41%), seguido de La Perla (36.4 %). En cuanto al Déficit de peso el mayor porcentaje se encuentra en Carmen de La Legua (25.5 %) y Bellavista (21.1%). En lo referente a Anemia el mayor porcentaje se encuentra en Ventanilla (39.9 %), seguido de Callao (30.9%) y Bellavista (30.9%).

Carmen de la Legua Reynoso (17,9%) y Bellavista (13,3%) y la **obesidad** regional fue mayor en Carmen de la Legua Reynoso (7,7%) y el distrito Callao (3,6%).

A nivel del sistema nervioso, los niños con deficiencia de hierro presentan en mayor o menor medida irritabilidad, apatía, alteraciones del lenguaje, disminución de la atención y/o concentración y, lo más importante, produce afectación del desarrollo psicomotor y coeficiente intelectual.



Años	Registrados	Evaluados	Sobre Peso	Normal	Déficit de Peso	Evaluados	Anemia
2010	13897	12484	4782	5872	1720	7194	2525
2009	14580	13143	5324	6006	1666	7516	2673

Para el año 2010 se evaluaron 13897 gestantes en relación a las 14580 del 2009, observándose un descenso en cuanto al Sobrepeso en 2.2% y un leve aumento del Déficit de peso en 1.1%. En lo referente a Anemia, en el 2010 se evaluaron a 2525 gestantes en relación a las 2673 del 2009, teniendo un leve descenso de 0.1%.

Estrategias de intervención

Las Estrategias Regionales para los problemas de nutrición se basan en promover hábitos nutricionales adecuados, fomentar estilos de vida saludable, promover el diagnóstico nutricional y promover políticas de salud en nutrición regional.

Dentro de las principales actividades que se realizan encontramos las sesiones demostrativas de preparación de alimentos, las sesiones educativas en temas de alimentación y nutrición saludable, spots radiales con mensajes nutricionales saludables, paneles educativos en temas de alimentación y nutrición saludable, un estudio de línea de base sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de la madre y/o cuidador del niño en el Callao. Asimismo, actividades como caminatas masivas, pasacalles y coordinación con los colegios para fomentar la promoción de alimentación y poncheras saludables.

ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES: HIPERTESION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y CÁNCER

Los daños No transmisibles son definidos como Enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos periodos de incubación o latencia; largos periodos subclínicos y clínicos; con frecuencia episódicos y sin tratamiento específico y sin resolución espontánea con el tiempo.

Actualmente constituyen un problema de salud en el mundo; y su mayor prevalencia es en la población adulta. En la Región Callao constituyen un problema de salud pública cuya prevalencia va en aumento sostenido en la Región desde el año 2005. La percepción de estas enfermedades se modificó dentro de los trabajadores de la Salud en la Región luego de la sensibilización del segundo semestre del año 2009.

Su importancia se ve reflejada en que tres de sus daños –Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Neoplasias Malignas- han sido considerados dentro de las diez prioridades sanitarias de la Región.

En el taller de priorización en dos distritos la Hipertensión Arterial fue seleccionada como la primera prioridad sanitaria y en los seis distritos al menos dos de los daños No Trasmisibles –HTA y DM- fueron considerados prioritarios.

Los daños No Transmisibles también son reconocidos como prioridades sanitarias en el Plan Concertado Regional de Salud 2010 - 2015, consensuado por representantes del Sector Salud, otros sectores, Sociedad Civil y Organizaciones de base.

En el 2009 también participa en la reunión nacional e internacional de CARMEN, Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud para la prevención y control de daños No transmisibles, lográndose que se considere a Pachacutec como zona para el Piloto de Atención Integral de Daños No Transmisibles. La realización de una línea de base en la zona de Pachacutec se hace indispensable para evaluar los resultados de la intervención y obtener la prevalencia de estos daños en esta zona de pobreza y pobreza extrema. Los cinco centros seleccionados son el Centro Materno Infantil Perú Corea, 3 de Febrero, Bahía Blanca, Ciudad Pachacutec y Santa Rosa de Pachacutec, todos situados en la zona de Pachacutec con una población aproximada de 75 mil personas.

A nivel mundial, el 26.4% de la población adulta, tenía hipertensión. La incidencia es igual entre hombres y mujeres, las proyecciones para el año 2025 son que la incidencia será el 29.2%. A nivel nacional no existen estudios de prevalencia para estos daños. Asimismo, se ha observado que la prevalencia de la dislipidemia, aumenta con el nivel de la presión arterial.

Territorios vulnerables

Se ha considerado que dados los valores ascendentes sostenidos que se vienen registrando, todo el Callao se considera territorio vulnerable para las enfermedades No Transmisibles.

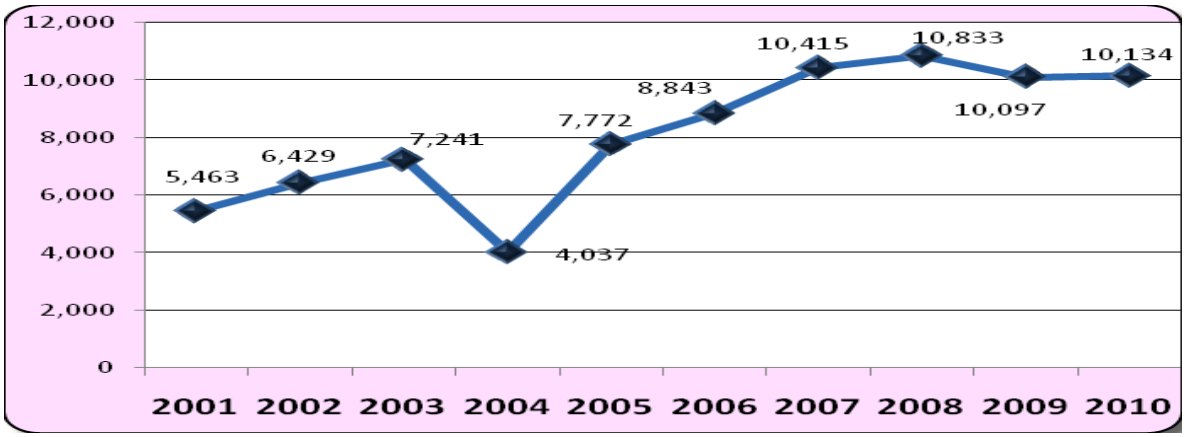
ATENDIDOS POR DAÑOS NO TRANSMISIBLE-CALLAO 2008 -2009

DAÑOS	Año 2008	Año 2009	2008/2009
Diabetes mellitus	6232	7667	23% (+)
Hipertensión arterial	10833	10097	6.79% (-)
Obesidad	3730	13609	265% (+)
Cáncer	2193	3336	52% (+)
Asma	16025	22524	41% (+)
Ceguera	43	393	814%(+)
Osteoporosis	1576	1405	11% (+)

Fuente: HIS Estadística. Elaborado por ESRPCDNT, DAIS

Se observa un incremento marcado en todos los daños No Transmisibles. Las brechas observadas tienen más relación con la capacidad de diagnóstico más que con la prevalencia del daño.

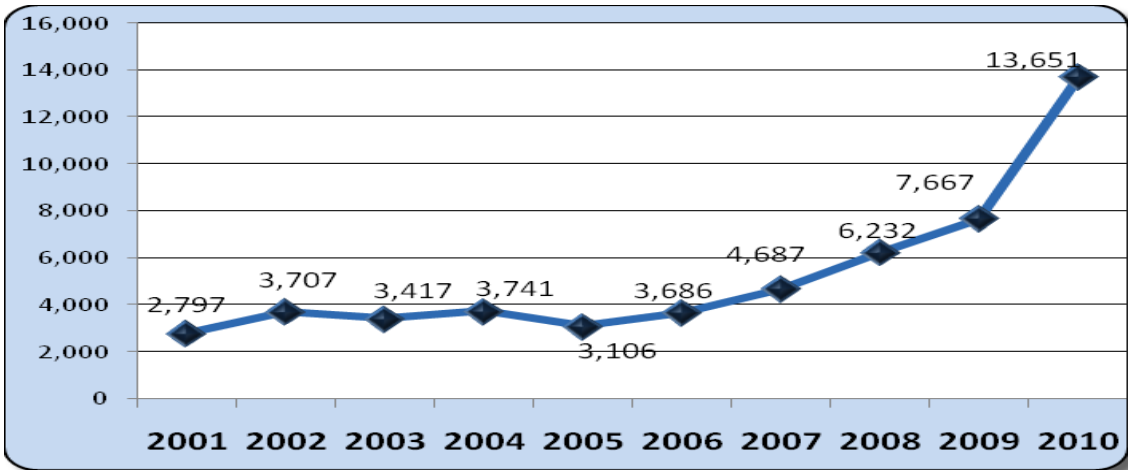
CUADRO COMPARATIVO ANUAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Unidad de Estadística OITE. Elaborado por ESRDNT, DAIS

Los atendidos por HTA muestran un claro incremento a lo largo de los años, acorde con lo encontrado en los estudios a nivel mundial. Sin embargo la prevalencia de 20% aún no se evidencia en los diagnósticos realizados a nivel de la DIRESA Callao. A nivel de Redes de Salud, por ejemplo, en la Red Bonilla el aumento de los atendidos por HTA fue en promedio de 86% en adultos y 49% en adultos mayores.

CUADRO COMPARATIVO ANUAL DE DIABETES MELLITUS



Fuente: Unidad de Estadística OITE. Elaborado por ESRDNT, DAIS

La incidencia de Diabetes Mellitus en Latinoamérica y el Caribe es en promedio 5.7%, se espera que en el 2025 será de 8.1%. El grupo etáreo más afectado por la Diabetes Mellitus tipo 2, es el de las personas que tienen entre 45 y 64 años. La coexistencia de Diabetes, no se menciona en los certificados de defunción por lo que hay una «Mortalidad oculta». El problema más grande de la Diabetes, no es tanto la enfermedad en sí misma, si no las llamadas complicaciones. En la Región los atendidos por DM se incrementan, a excepción del período entre 2008 y 2009, concordando también con las cifras mundiales. Aunque en las 4 Microrredes de la Red BEPECA y en dos de la Red Bonilla-La Punta (Bonilla y Acapulco) los atendidos aumentaron en la población adultos.

El número de atendidos a nivel de la Región tiene un incremento sostenido, similar a lo observado a nivel nacional y mundial, siendo indispensable el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta patología.

Estrategias de intervención

Los aumentos de casos registrados en la mayoría de los establecimientos de salud, están en relación no sólo con más personas que enferman si no con la capacidad diagnóstica del personal de salud. Por ello, la sensibilización y capacitación en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estos daños, es una estrategia fundamental que desde el segundo semestre del 2010 se aplica en la Región.

Actividades de muy bajo costo como medir correctamente y en forma sistemática la presión arterial y el índice de masa corporal en todos los adultos y el estado nutricional mediante la razón de peso, talla y edad, en todos los niños, son de mucha utilidad en el diagnóstico precoz.

Existe pues una conciencia creciente acerca de la necesidad de abordar el problema mediante la implementación de programas preventivos y políticas costo-efectivas que tengan en cuenta las condiciones epidemiológicas, socioeconómicas y culturales particulares de la región Callao.

Entre estas estrategias tenemos la promoción de estilos de vida saludables, diagnóstico precoz de los daños, políticas comunicación en medios masivos y políticas regionales con relación en la disponibilidad de alimentos, transporte que favorezca que

el peatón camine y kioscos escolares saludables. Asimismo, los primeros pasos para lograr capacidad resolutiva frente a las neoplasias malignas, se está iniciando con la capacitación a enfermeras en el nivel preventivo de cáncer. Y para mejorar la detección de estos daños durante el 2010 se incluirá en DM e HTA sus complicaciones y en Cáncer, el carcinoma cervical in situ.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, VIH/SIDA

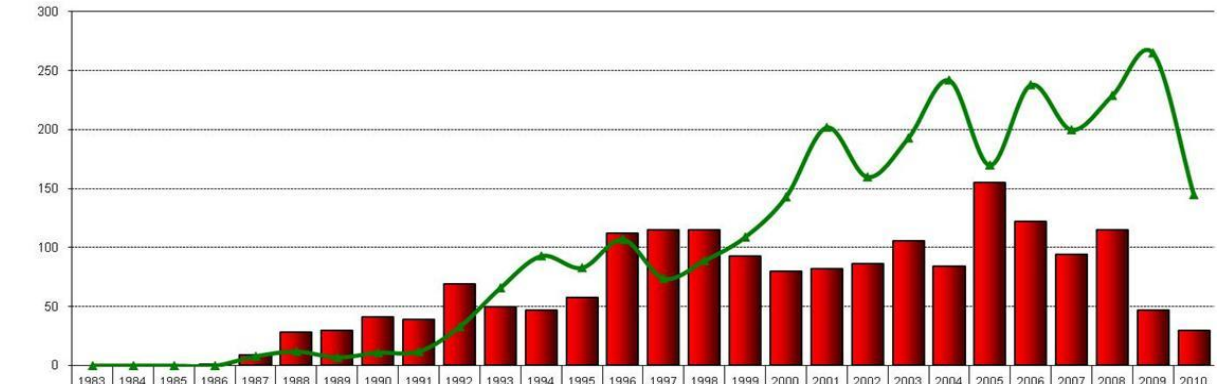
Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un importante problema de Salud Pública, sea porque un elevado número de personas adquieren una de ellas o sufre una complicación de una ITS no tratada oportuna y adecuadamente, o se infectan por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como consecuencia de la presencia de una ITS, cuyo rol como facilitador de la infección por VIH le ha aumentado su importancia.

Las complicaciones de las ITS ocasionan una enorme carga de Morbilidad y Mortalidad especialmente en Adultos en edad reproductiva pero afectando también a recién nacidos. Entre las complicaciones más importantes tenemos: enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, abortos, infertilidad, sífilis congénita, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, etc. Además tener una ITS incrementa hasta en 20% el riesgo de infección por VIH/SIDA, sobre todo aquellas que generan lesiones genitales.

La Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha planteado desde su aparición un enorme desafío a la humanidad. Su amplia diseminación y el rápido crecimiento del número de personas infectadas se explica primariamente porque la principal vía de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), involucra a la conducta humana más primitiva y más difícil de modificar en el corto o mediano plazo: la conducta sexual.

A nivel mundial el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado durante la última década. Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas transexuales, trabajadores y trabajadoras. En el año 2009 aproximadamente 76.000 personas están viviendo con VIH/Sida en el Perú. La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados.

TIEMPO.-Desde el año 1983 (1er. Caso de SIDA en la Provincia Constitucional del Callao) hasta el mes de Diciembre del año 2010 se han notificado 1832 casos de SIDA lo que nos ubica en el segundo lugar a nivel nacional después de Lima con 25563 casos.

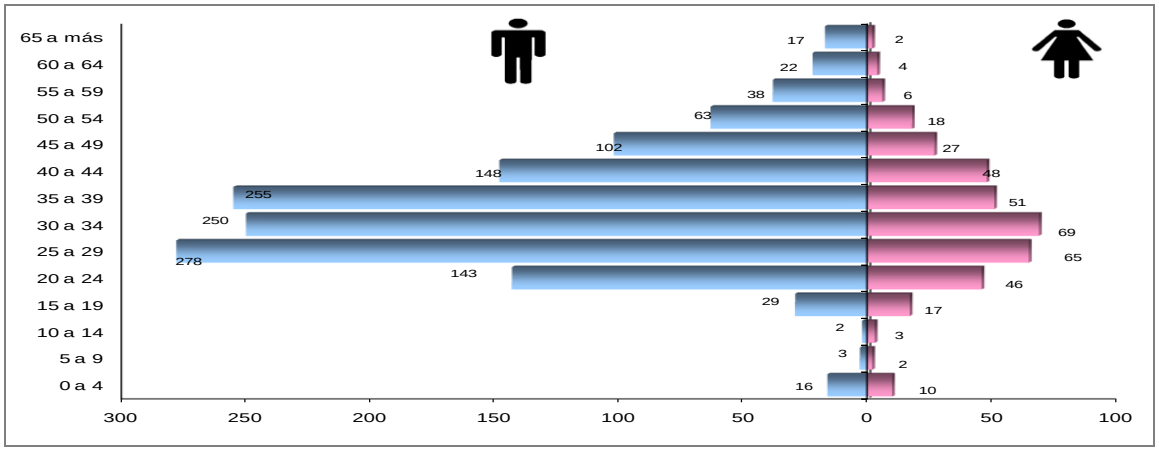


	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SIDA	0	0	0	1	9	28	30	41	39	69	50	47	58	112	115	115	93	80	82	86	106	84	155	122	94	115	47	30
VIH	0	0	0	0	8	12	7	11	12	33	66	93	83	107	74	89	109	143	202	160	193	242	170	238	200	229	265	145

PERSONA.- La edad comprometida es de 25 años a 39 años con 990 casos es (84.61%), de 25 a 29 años con 349 casos (29.82%) de 30 a 34 años con 327 casos (27.95%) de 35 a 39 casos 314 casos (26.83%). La población más comprometida es la población económicamente activa con capacidad disminuida por este daño.

RAZON HOMBRE MUJER: La razón Hombre/Mujer de 6 en el año 1998, se incrementó a 9 en el año 2010, a diferencia de lo observado a nivel nacional, que se mantiene en meseta desde hace muchos años.

VIA DE TRANSMISIÓN: Siendo la vía de transmisión la sexual 97%, la vertical (madre – hijo) **2**% y parenteral es 1%.con 343 casos (19.78%) de 30 a 34 años
La edad comprometida es de 25 años a 39 años (55.82% de casos): de 25 a 29 años con 314 casos (18.39%) de 35 a 39 casos 291 casos (17.64%), considerando que es una población económicamente activa con capacidad disminuida por este daño.

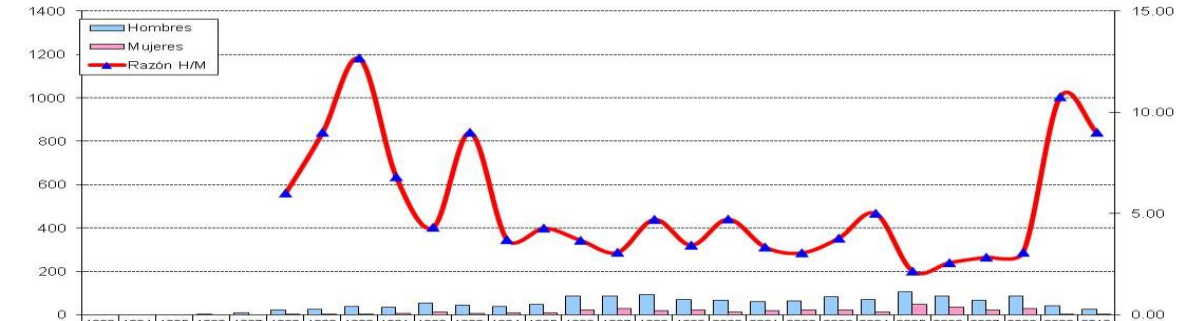


Fuente: NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

La razón de Hombre/Mujer de 6, año 1998, se redujo a través de los años a 3.65, esto también se observa a nivel nacional.

LUGAR DE PROCEDENCIA.- Del año 1983 a Diciembre del 2010 la mayoría de casos proceden del distrito Callao 1186 casos (64.17%) y de Ventanilla con 277 casos (15.01%), seguido de Bellavista 137 casos (7.42%), La Perla 121 (6.55%), Carmen La Legua 69 (3.74%), La Punta 42 (2.27%).

En el año 2010 se notificaron 30 casos de los cuales 20 (66.66%) proceden del distrito del Callao seguido de Ventanilla 4 casos (13.79%), de la Perla 3 (10.34%), de Bellavista 2 (6.89%), de Carmen de la Legua 1 (3.44%) y ningún caso del distrito de La Punta



	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hombres	0	0	0	1	9	24	27	38	34	56	45	37	47	88	86	94	72	66	60	64	83	70	105	87	68	86	43	27
Mujeres	0	0	0	0	0	4	3	3	5	13	5	10	11	24	28	20	21	14	18	21	22	14	49	34	24	28	4	3
Razón H/M						6.00	9.00	12.6	6.80	4.31	9.00	3.70	4.27	3.67	3.07	4.70	3.43	4.71	3.33	3.05	3.77	5.00	2.14	2.56	2.83	3.07	10.7	9

Fuente: NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

Territorios vulnerables

Si bien el número de casos nuevos y acumulados es mayor en Lima por la magnitud de su población, el Callao concentra un elevado número de casos de infecciones por VIH y SIDA. A nivel de la región los territorios vulnerables se concentran en función a la densidad poblacional, uso social del alcohol como determinante de conducta de riesgo y el número de población infectada, han podido ser identificados. El cercado del Callao (Red BEPECA) es el territorio que concentra el mayor número de casos a nivel regional, seguido de los distritos de Bellavista y Ventanilla.

Análisis causal

El inicio precoz de las relaciones sexuales, el elevado número de parejas sexuales, el porcentaje bajo de sexo protegido, el uso de alcohol como determinante de conductas de riesgo, el elevado número de Infecciones de Transmisión Sexual y dificultades legales para la atención en adolescentes y varones en los establecimientos de salud, se consideran en nuestro medio los factores más importantes para la transmisión de ITS-VIH/SIDA.

Estrategias de intervención

- Fortalecer y ampliar los Centros de Referencia, que atiende a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales. Nuevos centros en Ventanilla y en Bellavista, junto a la contratación de nuevo médico fortalecerán este objetivo.
- Fortalecimiento de las intervenciones en Poblaciones Vulnerables, a través de la promoción de pares, que en la actualidad son 24 personas contratadas para la labor con HSH, trabajadoras sexuales, personas que viven con VIH (PVVS).
- Descentralizar el TARGA: Por el momento sólo se entrega TARGA en los hospitales que están al límite de su capacidad. Fortaleciendo los CERITS y UAMP se mejoraría la adherencia al tratamiento de las PVVS
- Ampliar la cobertura de atenciones asistenciales. Mejorar la cobertura de manejo sindrómico d la ITS, mediante la sensibilización y capacitación del personal de salud.
- Fortalecer la comunicación, que incluye la información en formatos adecuados, hoja de monitoreo y His regional. Mejorar la información desde los hospitales, en particular el Hospital de Ventanilla y Carrión.

- Erradicar la “sífilis” a través de pruebas rápidas en consultorio y flujo de manejo sindrómico, por estudio con Universidad Cayetano Heredia.
- Establecer “círculos de calidad” en centros de salud, que incremente y fortalezca capacidades de los recursos humanos.
- Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación. Se realizará en forma mensual el monitoreo y la evaluación con periodicidad trimestral.
- Promover en la población el cambio de comportamiento hacia conductas de menor riesgo.
- Fortalecer alianzas estratégicas. Con sector educación (DREC), CEDRO, Vía Libre, Policía Nacional

Territorio Vulnerable

Proveedores de salud de la Microrred piloto del primer nivel de salud.

Causalidad

- Débil compromiso institucional
- Multifuncionalidad de actividades
- Falta de recursos humanos, logísticos
- Deterioro de las relaciones interpersonales

SALUD MENTAL

INFORMACIÓN GENERAL

Considerando que la Salud Mental es un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la Salud Integral y un elemento fundamental del desarrollo humano. La concepción integral del ser humano implica atender los aspectos somáticos, psíquicos, socioculturales, históricos y políticos que constituyen una unidad dinámica indivisible en el contexto social.

La Salud Mental es un eje transversal en las prioridades de salud por Ciclos de Vida; igualmente es un tema indispensable en las acciones de cada sector. La Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz es una de las 12 Estrategias Sanitarias Nacionales del MINSA que integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la promoción, prevención y la intervención temprana en aspectos de la salud mental fortaleciendo las redes sociales y comunitarias como soporte para una vida sana.

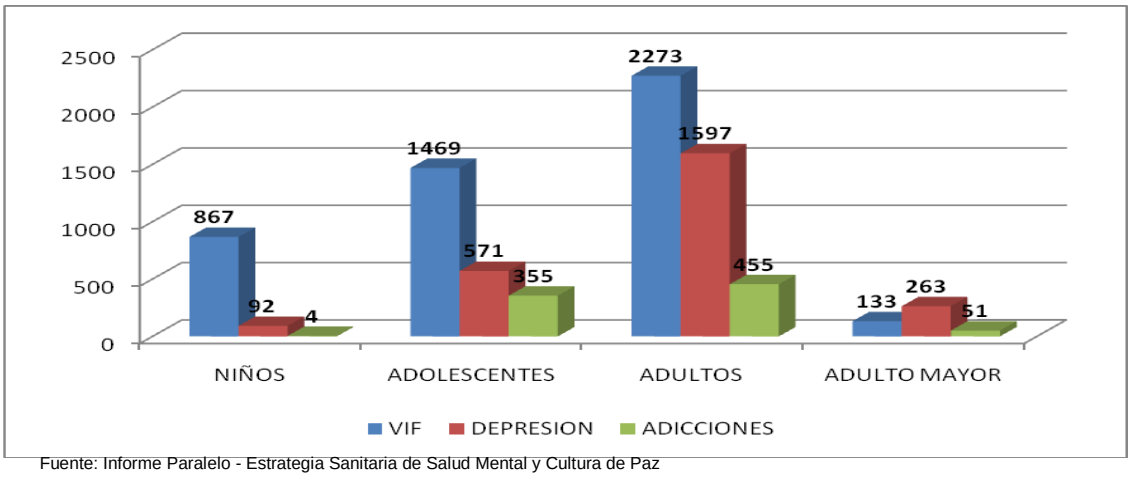
La Estrategia Sanitaria Regional de Salud Mental y Cultura de Paz ha llevado a cabo acciones de promoción, prevención y recuperación durante el año 2010 sobre tres ejes prioritarios: **la atención de la violencia intrafamiliar, la depresión y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas**.

Estas acciones incluyen el desarrollo de sesiones educativas y talleres de habilidades para la vida que son dirigidos a la población de adolescentes y jóvenes, el tamizaje de problemas de Salud Mental y la atención de las patologías prevalentes. Además se llevan a cabo las actividades por las efemérides relacionadas con la Salud Mental. Las actividades se cumplen en todos los establecimientos de las redes.

La Estrategia está a cargo de un Coordinador Regional y cuenta con Coordinadores en cada una de las Redes. No se cuenta aún con Equipo Técnico a nivel de la DIRESA ni de las Redes, solamente se cuenta con quince psicólogos faltando cubrir los otros Centros de Salud que son treinta y tres. A nivel de la DIRESA se cuenta con una licenciada en psicología que asume el cargo de asistente en gestión. La información

de las actividades de la Estrategia se recoge en una formato paralelo que es utilizado en todos los establecimientos de las Redes y en los Hospitales.

ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN: TAMIZAJES DE PATOLOGÍAS PREVALENTES
POR GRUPOS ETARIOS - DIRESA CALLAO 2010

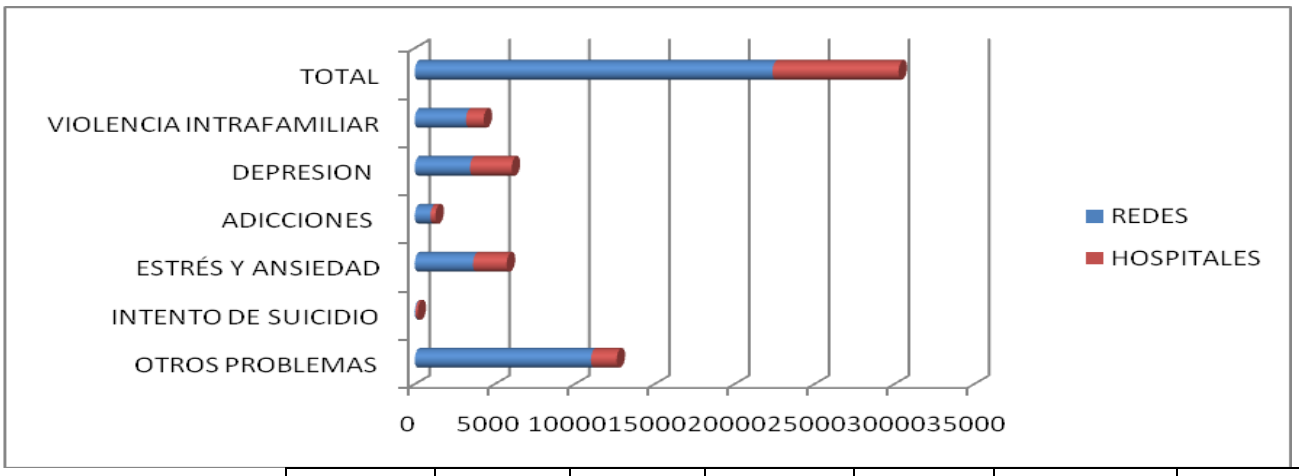


Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

En la evaluación por grupos etarios en el año 2010 se observa en todos los grupos una mayor detección de violencia intrafamiliar en las entrevistas de tamizaje, con excepción del grupo de Adultos Mayores, en donde los casos de depresión son los más frecuentemente reportados.

Llama la atención lo referente al tamizaje en adicciones que el número es bajo deber motivo de analizar dentro de los indicadores puede ser la falta de conciencia de enfermedad y la falta de motivación.

ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ
ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN: ATENDIDOS POR PATOLOGÍAS PREVALENTES EN REDES Y HOSPITALES- DIRESA CALLAO 2010



	OTROS PROBLEMAS	INTENTO DE SUICIDIO	ESTRÉS Y ANSIEDAD	ADICCIONES	DEPRESION	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	TOTAL
REDES	*11030*	*54*	*3650*	*977*	*3463*	*3213*	*22387*
HOSPITALES	1608	136	2109	325	2607	1106	7891

Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

La comparación de casos atendidos en Redes y Hospitales durante el año 2010 permite ver que en todos los establecimientos los casos más frecuentemente atendidos son depresión y ansiedad. Los casos de intento de suicidio son más frecuentes en los Hospitales debido a que constiuyen emergencias médicas cuya capacidad resolutiva corresponde a dichos establecimientos.

INFORMACIÓN CUALITATIVA

1. Análisis resumen del FODA 2010

Fortalezas

- La Estrategia de Salud Mental cuenta con documentos normativos actualizados a nivel nacional.
- Se ha elaborado el Plan Regional de Lucha contra las Drogas que esta próxima ha ser aprobado y publicado.

- Se cuenta con coordinadores de la Estrategia a nivel de las Redes.
- Se cuenta con una licenciada en psicología que asume el cargo de asistente en gestión.
- Se ha firmado el Acuerdo de Cooperación Interinstitucional entre la Dirección Regional de Salud del Callao, La Cooperación Técnica Belga y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas en el Marco del Programa de Prevención del Consumo de Drogas y de Rehabilitación de los Toxicómanos.
- Existen guías de práctica clínica aprobadas para la atención de los principales trastornos de la salud mental en primer nivel de atención.

Debilidades

- La Estrategia no cuenta con equipo técnico a nivel de DIRESA.
- Insuficiencia de personal especializado: el número de psicólogos es insuficiente y no se cuenta con Médicos Psiquiatras.
- Infraestructura inadecuada en los establecimientos para la atención de Salud Mental.
- Ausencia de sistema de referencia y contra referencia para problemas de Salud Mental.
- Presupuesto insuficiente para el desarrollo de las actividades programadas.
- Débil posicionamiento a nivel de la estructura de la DIRESA

Oportunidades

- Los problemas de Salud Mental, como la depresión, la violencia y la drogadicción, han sido considerados como prioridades regionales a atender en el Plan Concertado de Salud.
- Existe interés y disposición a nivel de las instituciones de la Región en el tema de Salud Mental.
- Los Municipios han incorporado en sus planes de trabajo una línea de Salud Mental

Amenazas

- Apertura de centros de Salud Mental privados que entren a competir con nuestros centros.
- Que lo programado en las finalidades y subfinalidades del PPR de la Estrategia de Salud Mental no se cumpla.
- Falta de presupuesto que cubra las necesidades básicas de la Estrategia de Salud Mental**.**

2. Logros

Acciones de Promoción

- Se llevaron a cabo 291 Talleres de Habilidades para la Vida dirigidos a adolescentes y jóvenes llegando a 4,640 participantes cumpliéndose el 97% de la meta programada. Así mismo se realizaron charlas educativas con la participación de 8,197 beneficiarios superando la meta programada (133%)
- Se realizaron Talleres Informativos por el Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas (26 de junio) y por el Día Internacional de Lucha contra el Tabaquismo (31 de mayo) los cuales contaron con participación del Sector Salud, sector educación e instituciones y organizaciones de la comunidad.
- Participación del equipo de psicólogos de la DIRESA en el simulacro del mega desastre en coordinación con Defensa Civil, Fuerzas Armadas y Hospitales.

Acciones de Prevención

- Se realizaron tamizajes de las patologías prevalentes que afectan la Salud Mental, mejorándose lo producido en el año 2009 (542) al año 2010 (5902) incrementándose en 127%.
- Participación en la actividades por el Día Internacional de Lucha contra la violencia hacia la mujer (25 de noviembre) a través de campaña de tamizaje de casos de violencia intrafamiliar en los establecimientos de las Redes y una mesa redonda sobre la violencia familiar por grupo etarios.

Acciones de Recuperación

.

- Capacitación de los responsables de la Estrategia en los Establecimientos de Salud en el uso de las Guías de Práctica Clínica en Depresión, Psicosis y Trastornos Mentales debido al consumo de sustancias psicoactivas.
- Se ha iniciado la capacitación a los Médicos de los Centros de Salud sobre temas de psiquiatría comunitaria
- Se mantiene la cobertura en el número de casos atendidos por violencia intrafamiliar, depresión y abuso de alcohol y drogas en los establecimientos de las Redes en todos los grupos etarios.
- Se ha elaborado el Plan Regional de Lucha contra las Drogas esta próxima a ser aprobado y publicado.
- Se ha firmado el **ACUERDO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO, LA COOPERACIÓN TÉCNICA BELGA Y LA COMISIÓN NACIONAL PARA EL**

DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y DE REHABILITACIÓN DE LOS TOXICÓMANOS FASE II.

3. Lecciones aprendidas

- La política y las orientaciones de la estrategia de Salud Mental y cultura de paz deben ser difundida al personal de Salud y a la población.
- Capacitar a todo el personal de Salud en especial al personal profesional Médicos, Enfermeras es clave para la identificación y atención básica de los problemas de Salud Mental.
- Para brindar una buena atención en Salud Mental se requiere que el personal sea sensibilizado, capacitado y motivado.

4. Retos para el 2011

- Ampliar la cobertura de las entrevistas de tamizaje para mejorar la detección precoz de los casos.
- Motivar para participación de otros profesionales como los Médicos de los Centros de Salud para la promoción, prevención y atención de los problemas de Salud Mental.
- Incorporar profesionales de psicología en los Centros de Salud donde no cuentan con dichos recursos humanos.
- Mejorar la oferta de servicios en el primer nivel de atención racionalizando el trabajo de los recursos humanos especializados para la atención de casos y capacitando al personal no especialista para la detección de los problemas de Salud Mental.
- Establecer un sistema de referencia y contrareferencia efectivo entre los servicios de atención del primer, segundo y tercer nivel de atención.
- Cumplir con las Finalidades y Subfinalidades programadas de acuerdo a la Programación del Presupuesto por Resultados PPR.
- Implementar 03 módulos de atención en alcohol y drogas implementados en establecimientos del primer nivel de salud.
- Implementar 01 módulo de atención en alcohol y drogas implementado en el 2do nivel de salud – Hospital Daniel Alcides Carrión
- Priorizar las intervenciones que cuenten con evidencia de su eficacia en la Promoción de la Salud Mental y de prevención contra la Violencia Individual y colectiva, como los talleres de habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.
- Elaborar e implementar programas para disminuir la violencia escolar Bullyng,
- Elaborar e implementar programas para disminuir la Violencia familiar.

5. Requerimiento para el logro de metas en el 2011

- Conformar y oficializar el Equipo Técnico de La Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz a nivel de la DIRESA.

- Constituir Equipos Técnicos de Salud Mental en cada una de las Redes.
- Aumentar el número de psicólogos en los establecimientos de las Redes sobre todo en la Red Ventanilla y Red Bepeca
- Continuar con la capacitación permanente del personal médico en el uso de las Guías de Práctica Clínica para la atención de los Trastornos Mentales prevalentes y el uso adecuado de los psicofármacos.
- Elevar el presupuesto asignado a las actividades de la Estrategia a fin de contar con los instrumentos necesarios y los ambientes adecuados para la evaluación psicológica.

B. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las acciones de la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz se encuentran incorporadas en el Plan Operativo de la DIRESA y se han desarrollado de acuerdo a lo programado, lográndose incrementar en los resultados en cuanto a atenciones realizadas.
- De acuerdo al análisis respectivo se puede mencionar que la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Mental y Cultura de Paz, en este año 2010 ha logrado alcanzar las metas programadas y en muchas de las acciones dichas metas han sido superadas.
- Los problemas de Salud Mental, como la violencia, la depresión y la drogadicción, han sido considerados como prioridades Regionales a atender en el Plan Concertado.

RECOMENDACIONES

- Priorizar las intervenciones que cuenten con evidencia de su eficacia en la promoción de la Salud Mental y de prevención.
- Mejorar la oferta de servicios en el primer nivel de atención racionalizando el trabajo de los recursos humanos especializados para la atención de casos, y capacitando a otros profesionales para la detección de los problemas de Salud Mental.
- Contratar psicólogos para cubrir todos los centros de salud e implementar el servicio de Salud Mental en el Hospital de Ventanilla para lo cual se necesita contratar Psicólogos y Médicos Psiquiatras.
- Ampliar el número de otros profesionales que apoyen a las actividades de la estrategia
- Elaboración y aprobación del Plan Regional de la Salud Mental.
- Iniciar trabajos de investigación operativa sobre temas de Salud Mental como el trabajo de Investigación Síndrome de Burnout en los Médicos del primer nivel de atención.

Territorios Vulnerables

La violencia delincuencial, en particular en el Callao, aunada a la percepción de impunidad propicia que la sociedad atemorice y que aumente la sensación de miedo e inseguridad. Esta sensación es la que lleva a considerar a la “violencia” como una prioridad sanitaria en los Distritos del Callao, Ventanilla, La Perla y Carmen de la Legua, y aún más, en los dos primeros distritos es percibido como uno de los tres

primeros problemas sanitarios. En Ventanilla, “el incremento de la violencia delincuencia”, es catalogada como la primera amenaza distrital dentro su análisis de priorización de problemas.

Y cuando observamos el número de atendidos a través de la estrategia de Tamizaje para problemas de Salud Mental en las Redes de Salud (entrevistas a los pacientes que acuden a los establecimientos de salud), con relación a violencia intrafamiliar, el mayor aumento con relación al año 2008 corresponde a la Red BEPECA con un aumento de 79%, seguida de Ventanilla 60%, mientras que el menor incremento se observa en la Red Bonilla La Punta con 21%.
La prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana y Callao, según un estudio reciente, fue de 5,9% (marihuana) y 4,8% (inhalantes). En las Redes de Salud de la Región el abuso de alcohol y drogas, según el tamizaje a pacientes que acuden a los Centros de Salud se incrementó en 713, 187 y 169% en las Redes de Ventanilla, BEPECA y Bonilla la Punta respectivamente, lo cual refleja la importancia de dicho daño.

Análisis Causal

La alarmante situación de violencia y drogadicción que se percibe en la Región es, sin duda, compleja y multicausal. Hay factores favorecedores de dichas condiciones como la pobreza, las ampliación de brechas que genera el crecimiento económico, el hacinamiento, la ausencia de oportunidades laborales para amplios sectores de la población, la educación y capacitación limitadas, la corrupción en diversos niveles, la sensación de impunidad frente a delitos diversos, la situación de crisis familiar sostenida, el uso inadecuado del tiempo libre,

Los factores de riesgos hallados para el consumo de marihuana e inhalantes fueron:

Tener algún problema de comportamiento o disciplina durante los estudios, dos o más antecedentes de fracaso escolar y ‘hacerse la vaca’. Entre los factores de involucramiento familiar, fueron factores protectores:

El conocimiento acerca de la ubicación del hijo por parte de los padres luego de la salida del colegio o en los fines de semana, el control de los padres sobre los programas de televisión que mira el estudiante, el comer junto a los padres entre 4 a 7 días a la semana y el informar a sus padres por parte del adolescente sobre el lugar donde sale en las tardes o fines de semana.

Estrategias de solución

- Promover una cultura de paz y un uso adecuado del tiempo libre en todos los espacios de la Región.
- Establecer ejes prioritarios: Atención de la violencia intrafamiliar, la depresión, y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Establecer Equipo Técnico de La Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz a nivel de la DIRESA y los Equipos Técnicos de Salud Mental en cada una de las Redes.
- Fortalecer el tamizaje de problemas de Salud Mental y la atención de las patologías prevalentes.
- Priorizar las intervenciones que cuenten con evidencia de su eficacia en la Promoción de la Salud Mental y de prevención contra la violencia individual y colectiva, como los talleres de habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes, y la estrategia de *familias fuertes*.
- Promover la erradicación de la estigmatización que conlleva un diagnóstico de Salud Mental y motivar la adhesión al tratamiento.

- Desarrollar una estrategia eficaz para la detección, tratamiento y rehabilitación de las personas adictas a drogas que incluya la formalización de las comunidades terapéuticas.
- Promover una mayor especialización del recurso humano en esta actividad junto a un necesario aumento de profesionales especializados.
- Promover la capacitación en el uso de las Guías de práctica clínica para la atención de los principales trastornos de la Salud Mental en el primer nivel de atención.
- Establecer sistema de referencia y contra referencia para problemas de Salud Mental.
- Fortalecer alianzas estratégicas con Municipios, COREVIDA, PNP, DREC y organizaciones sociales de base.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Anualmente fallecen en todo el mundo 1.2 millones de personas debido a accidentes de tránsito (300 mil en las Américas). Cada día se producen 3 mil fallecimientos por este daño (330 en las Américas). Cada año entre 20 millones y 50 millones de personas resultan heridas por este daño (1.2 millones en las Américas).

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) predice los siguientes cambios entre los años 1990 – 2020:

- Las lesiones causadas por el tránsito pasarán a ser la segunda causa de pérdida de AVAD en los países de ingresos bajos y medianos.
- Las muertes causadas por el tránsito aumentarán en todo el mundo de 0,99 millones a 2,34 millones, es decir 3.4% de la totalidad de defunciones.
- Las muertes causadas por el tránsito aumentarán más de un 80% aproximadamente en los países de ingresos bajos y medianos, y descenderán casi un 30% en los países de ingresos altos. La cifra estimada de AVAD perdido por esta causa en el año 2002 es de 38.4 millones, (2.6% de todos los AVAD perdidos), aumentará a 71,2 millones (el 5.1% de la carga mundial de morbilidad).

TERRITORIO VULNERABLES:

Si bien es cierto los accidentes de tránsito en la Región Callao ocurren en su mayoría en el distrito Callao, todos los distritos son vulnerables a este daño.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Existen varios factores involucrados en la presentación de los Accidentes de Tránsito entre los cuales se puede señalar: Incremento del parque automotor, pobre planeamiento urbano, modificaciones demográficas: mayor población urbana y de la tercera edad: La esperanza de vida al nacer de la población chalaca es de 76.9 año, la más alta del país. Las tasas de mortalidad más altas por este daño en la Región Callao se ubican en los mayores de 70 años.2007-2010, aumento de vías de alta velocidad frecuentada por peatones, deficiente educación vial de la Población (peatones y conductores), no se aplican las Normas existentes, debilidad en la abogacía de los medios de comunicación, sensación de impunidad frente a cometer accidentes, violencia competitiva y actitud intolerante de los choferes.

Considerando esta situación la Dirección de Salud I Callao, a través de la Oficina de Epidemiología convocó a todas las Instituciones que trabajan para el bienestar de la Población Chalaca y constituyó el Comité Multisectorial para la Vigilancia y Prevención de Accidentes de Tránsito siendo esto conformado en el mes de agosto de 1999 con la finalidad de desarrollar acciones de prevención y control.
Este Comité se organizó en 5 equipos de trabajo: Equipo de Vigilancia Epidemiológica, Información y difusión, de Atención del accidentado, de Investigación y seguimiento, de Educación y Prevención.
El equipo de Epidemiología que realiza esta Vigilancia es presidido por el Director de la Oficina Epidemiologia de la DIRESA Callao y está conformado por el Hospital San José, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Instituto de Medicina, Policía PNP, Policlínico PNP.

Logros del comité:

- Restricción del uso de celulares mientras se maneja.
- Uso del cinturón de seguridad.
- Implementación de sensores de velocidad en avenidas con alta accidentalidad.
- Disminución de la Tasa de Mortalidad (TM): de 8x100, 000 habitantes con 68 fallecidos en el año 2001 con 3.08x100, 000 habitantes con 32 fallecidos a Diciembre del 2010.

Estrategias de intervención:

- El enfoque de este problema de Salud Pública a nivel nacional y Regional es la convocatoria multisectorial por lo que debemos reactivar este Comité el cual está constituido como lo hemos mencionado anteriormente por todas las instituciones representativas de la provincia, cuyo objetivo general es disminuir la Morbimortalidad y discapacidad por Accidentes de Tránsito.
- Otra estrategia es sensibilizar a la población chalaca en lo referente a factores de riesgo, los daños a la salud ocasionados por los accidentes de tránsito teniendo en cuenta que el accidentes de tránsito es un daño que se puede prevenir y predecir en gran medida.
- Educar a la población en seguridad vial, elaborando un solo modulo de educación en seguridad vial de la Región Callao que sea aplicado por la PNP, las Municipalidades y la Región Regional de Educación.
- Continuar realizando campañas conjuntas de la PNP Callao, fiscalía de prevención del delito, Municipalidad del Callao, para la detección de alcoholismo en los conductores de vehículos.
- Aplicar la normatividad vigente sobre la regulación de transporte y circulación de vehículos con rigor y eficiencia.
- Fortalecer el sistema único de información sobre accidentes de tránsito en la Provincia Constitucional del Callao, puesto que tenemos información no solo de hospitales del Minsa sino de otras instituciones relacionados con Accidentes de Tránsito, PNP, Policlínico PNP, Instituto de Medicina Legal.

Finalmente, a pesar que en la Región Callao se ha disminuido la tasa de Mortalidad, existe experiencia en los países desarrollados en los cuales se ha reducido significativamente la incidencia y las repercusiones de los traumatismos causados por

Accidentes de Tránsito debido a una serie de intervenciones de reconocida eficacia consideramos que se debe fortalecer las medidas de prevención y control para continuar disminuyendo la Morbimortalidad por este daño.

DENGUE

En el taller de priorización no fue incluido Dengue, esto debido a que la población en general no percibe el potencial riesgo de la transmisión de esta enfermedad, pues como hemos revisado en capítulos anteriores en nuestra región existe el riesgo de transmisión de la enfermedad, debido a la presencia del Vector Aedes Aegypti en diez localidades de nuestra región. Por ello hemos visto necesaria la inclusión de dicho problema en el análisis y como prioridad sanitaria de nuestra Región callao.

El dengue es una enfermedad aguda producida por el virus Dengue, en sus cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Dentro de las formas clínicas de esta enfermedad se menciona al Dengue Clásico (enfermedad de tipo gripal que afecta a los niños y adultos, pero que rara vez causa la muerte) y el Dengue Hemorrágico (es la forma más grave de esta enfermedad, en la que pueden sobrevenir hemorragias). Se trasmite por la picadura del mosquito '*Aedes Aegypti*' infectado. Tratándose de un mosquito de color negro, patas largas con anillados blancos y una 'marca' que lo distingue de sus congéneres: una lira en el dorso del tórax formada de escamas claras.

El ciclo vital del *Aedes Aegypti* se inicia con la puesta de sus huevos en todo tipo de recipientes en los que se acumula o deposite accidental o deliberadamente el agua, tanto al sol como a la sombra, entre sus criaderos favoritos se encuentran las tinas, barriles (cilindros), piletas, baldes, ollas, tanques, cisternas, botellas, estanques colectores, llantas. Así, de esos huevos nacen las larvas, los cuales se vuelven pupas para transformarse en mosquitos adultos. Además, el verano trae consigo las condiciones óptimas (aumento de temperaturas, cúmulo de agua en malas condiciones, entre otras) para la reproducción de estos zancudos.

En el Perú el primer brote epidémico de Dengue ocurrió en 1990 en Iquitos, Tarapoto y Moyobamba. Entre los años 2000 y 2001 se produce una epidemia de consideración: 24.342 casos de dengue clásico en el norte y 283 casos de dengue hemorrágico. En el 2003 se reportó la presencia de este vector en Lima, especialmente en zonas pobres sin servicio continuo de agua potable y que deben almacenarla en cilindros o tanques de concreto. En el 2007 el área infestada por el vector *Aedes Aegypti* en Lima Metropolitana y el Callao comprendía el 50% del total de los distritos. Por otra parte en el año 2006 se confirmó por laboratorio un total de 118 casos; sin embargo esta cifra representaría sólo el 10% del total de casos reales que habrían ocurrido por lo tanto las proyecciones señalan que por lo menos entre mil y mil 200 personas habrían contraído el dengue en la capital.

Vulnerabilidad

En el periodo 2000-2009 (SE 52) se ha notificado 126 casos de Dengue clásico siendo confirmados 30 casos (23.80%). En Noviembre del 2005 de la Región Callao paso de Escenario I a Escenario II al identificar dos muestras positivas en Sanidad Marítima Internacional (ENAPU) en el Distrito del Callao. Durante los años 2000- 2009 la etapa de vida más comprometida es el adulto; 20 casos (86.67%), el sexo masculino 20 casos 86.67%, todos los casos de Dengue son importados, el lugar de exposición al vector son: Amazonas 1 (3.33%), Ancash 1 (3.33%), Junín 1 (3.33%), La Libertad 2 (6.66%), Loreto 3 (9.99%), Piura 10 (33.33%), San Martin 3 (9.99%), Tumbes 4 (13.32%), Ucayali 4 (13.32%). La información más relevante es que en los años 2001 se presentaron 12 casos y el 2009 se presentaron 10 casos lo que hace 22 (73%)

casos del total presentados en los 9 años del 2000 al 2009. Los casos confirmados el 2009 tiene como domicilios: La Perla, Ventanilla, Callao, estos 2 últimos distritos se encuentran en escenario II.

Estrategias de intervención

Vigilancia de febriles: Se realiza en 23 Establecimientos de Salud distribuidos en las 3 redes: Red Bonilla: C.S Acapulco, C.S Gambeta Alta, C.S Juan Pablo y C.S El Ayllu. Red BEPECA: C.S Bocanegra, C.S El Álamo, C.S Sesquicentenario, C.S Previ, C.S Faucett, C.S Palmeras de Oquendo y C.S 200 millas. Red Ventanilla: C.S Luis Felipe de las casas, C.S Los Cedros, C.S Defensores de la Patria, C.S Márquez, C.S Ventanilla Alta, C.S Ventanilla Baja y C.S Ventanilla Este . Hospitales HNDAC, Hosp. San José, Hosp. Ventanilla y Centro Médico Naval y dentro de dirección de sanidades se encuentra Marítima y Aérea.

Vigilancia entomológica en las localidades en riesgo con escenario I y II de la Región Callao.

VII. CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES DEL ASIS REGIONAL 2010

DETERMINANTES DE LA SALUD

- El territorio de la Región Callao presenta zonas inundables, por su carácter de ciudad costera (elevación del nivel del mar), aproximadamente el 52,43 Km. 2. (33%) de la superficie total de la Región se encuentran en este riesgo de inundaciones.
- La Región Callao ha sido sometida a una serie de sismos de gran intensidad, durante los cuales en múltiples oportunidades ha sufrido cuantiosos daños materiales y pérdidas de vidas humanas.
- La exposición al plomo constituye un problema sanitario importante para los asentamientos cercanos a los depósitos de minerales, sobre todo Pueblo Nuevo en nuestra Región.
- A fines del 2010 el 26,71% de la población regional (251,413 personas) se encuentra en riesgo de contraer dengue, debido a la presencia del vector en 10 localidades de la Región.

DEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS

1. La población de la Región Callao estimada para el 2010 es de 941,268 habitantes, la del Perú 29 132 000 habitantes.
2. La densidad poblacional de la provincia es la más alta del país 6404 habitantes por Km2, siendo la nacional 21.3 hab/Km2. El distrito de La Perla es el que presenta el mayor índice de nacimiento con una densidad poblacional de 24,0083 hab./Km2.
3. La pirámide poblacional de la Región Callao es de tipo expansiva, típica de los países en desarrollo, de base ancha, conformada por los niños de 0-4 años, la cual se está estrechando a través de los años.
4. En lo concerniente al género hay un leve predominio del sexo femenino 50.03% (470,912), menor que los años anteriores 50.47%(2009),51% (2008).
5. En la Provincia Constitucional del Callao existe el “doble riesgo epidemiológico” en relación a que las enfermedades infecto-contagiosas como TBC y el VIH-SIDA, Neumonía, constituyen algunos de los principales problemas de Salud, así como las Enfermedades No Transmisibles como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y Cáncer.
6. En el periodo (2005-2010) la esperanza de vida al nacer en promedio para la Región Callao es 76.9 años, 74.7 años para hombres y 79.2 años para mujeres.
7. El promedio nacional es 73.1 años, 70.5 años para hombres y 75.9 años para mujeres, ocupando el Callao el primer lugar con el mejor promedio de este indicador y Huancavelica el último lugar con el promedio de 68.6 años, 66.5 años para hombres y 70.8 años para mujeres.
8. El Índice de Desarrollo Humano de la provincia es 0.710 superior al nacional (0.598) ocupando el primer lugar en el ranking nacional, y el último lugar es de Huancavelica 0.492.Los distritos de Carmen de Legua y Ventanilla cuentan con los IDH más baja de la provincia.
9. La razón de Mortalidad Materna en la Región Callao es de 58.27 x 100,000 N.V. en el año 2010, a diferencia de la nacional que es de 103x 100,000 N.V. (2006)

10. En la Región Callao el promedio de la población con abastecimiento de agua potable es de 97.2% mejor indicador a nivel nacional, el distrito de Ventanilla es el menos favorecido.
11. En la población Chalaca adolescente se ha incrementado los problemas de pandillaje, drogadicción, violencia, prostitución clandestina y un preocupante ascenso de gestantes adolescentes.
12. En el marco de este contexto en la Región Callao se ha incrementado la inseguridad ciudadana, lo que hace necesario el enfoque multisectorial del problema.
13. En el periodo 2008, 2009 y 2010 se han intervenido 18, 743, 755.23 Nuevos Soles en el mejoramiento de la Oferta de Servicios de Salud, concernientes a los componentes de infraestructura y equipamiento biomédico, permitiendo a los establecimientos intervenidos brindar un servicio de calidad.

ESTADO DE SALUD

1. La DIRESA Callao cuenta con 53 establecimientos de salud: 01 hospital III-1, 01 hospital II-2, 01 hospital II-1, 02 Sanidades Internacionales I-3, 04 Centros de Salud I-4, 08 Centros de Salud I-3, 33 Centros de Salud I-2, 02 Puestos de Salud I-2 y 01 Centro de Desarrollo Juvenil I-1.
2. Brindan atención 08 establecimientos de Salud Públicos: 01 hospital de EsSalud Alberto Sabogal, 01 hospital Médico Naval, 03 Policlínicos de EsSalud, 02 Policlínicos Municipales, 01 Centro de Salud de la Beneficencia Pública del Callao.
3. Las principales causas de atención fueron en primer lugar las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias con 221,462 casos que equivalen al 21.85% del total de causas de Morbilidad.
4. La primera causa de Morbilidad durante el 2010 del Hospital EsSalud Sabogal fue la Hipertensión esencial.
5. La Hipertensión Esencial es la primera causa de Morbilidad en el Centro Médico Naval en el año 2010.

6. Son los trastornos posturales, representando el 20.90% de los atendidos, seguido Las principales causas de atención por Consulta Externa en el Instituto de Rehabilitacion por retardos del lenguaje (12.20%), reumatismo extraarticular (9.1%), y la causa más frecuente, en hospitalización en el Servicio de Lesiones Medulares es debido a Causas externas de traumatismo en un 76.90% de los casos, entre las cuales tenemos los traumatismos por caída (29.20%), Accidentes de Tránsito (28.50%) Traumatismo lesión por arma 13.10%.
7. El perfil de la demanda en el Instituto Nacional de Rehabilitación es la atención mayoritariamente de pacientes del departamento de Lima (47.70%) y la provincia Constitucional del Callao 47.40%. Los distritos de mayor afluencia son Callao cercado, San Martín de Porras, Bellavista, etc.
8. En relación a los pacientes con lesión medular hospitalizados: el 61.5% procede de Lima, el 11.50% del Callao y el 26.80% el resto del país. Son jóvenes en edad productiva: 80%.
9. El Centro de Salud de la UNAC cuenta con 2 Médicos, 2 Odontólogos, 2 psicólogos y 1 Químico-farmacéutico como profesionales de la Salud..
10. En el taller para determinar las Prioridades Sanitarias Regionales se situó en primer lugar en los 6 distritos la Tuberculosis Pulmonar, TBC MDR y XDR, seguido de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, ITS-VIH/SIDA, Salud Mental, Violencia

y Drogadicción, Morbimortalidad Materna y perinatal, Malnutrición: Obesidad, Anemia y Desnutrición crónica, Cáncer, Dengue, y finalmente el Riesgo de terremotos.

11. La Tuberculosis sigue representando en la Región Callao un problema de Salud Pública. Fue seleccionada como el primer problema sanitario Regional e incluido como prioridad sanitaria en 5 de los seis distritos de la Región.
12. Las Neumonías Graves se han incrementado en la Región Callao en los últimos años, sobre todo en el Distrito de Ventanilla.
13. En el histórico de nuestra región hasta el 2010 tenemos un acumulado de 85 Muertes Maternas. Callao 32.MM (37.64%), Ventanilla 20(23.52%) y Bellavista 17(20%).
14. La desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanzó el 7.6% en la región Callao, superior al valor de Lima metropolitana 5,2%.
15. En la región Callao las ITS-VIH/SIDA constituyen un problema de salud pública cuya prevalencia va en aumento sostenido en la región desde el año 2005.
16. Se afilió en el componente subsidiado con cobertura del Estado Priorizado de Intervención Sanitaria (LPIS hasta julio 2010) y a partir del 25 de julio 2010, en el marco del Aseguramiento Universal con cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

VIII. RECOMENDACIONES

VIII.RECOMENDACIONES

1. Garantizar los recursos estratégicos entre ellos financieros de acuerdo a las Prioridades Sanitarias Regionales y de acuerdo a las zonas vulnerables.
2. Debemos adecuar los servicios de Salud para una atención integral y diferenciada del adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva, reforzando la estrategia sanitaria de pares y promotores, optimizando la socialización de la prevención de estos embarazos.
3. En las actividades de vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, es necesario realizar un trabajo conjunto para brindar agua segura; esto debe incluir a los Municipios, Juntas Administradoras Vecinales, personal de salud y la empresa SEDAPAL, por ello es necesario elaborar una estrategia de trabajo conjunto que permita a todas las localidades de la Región Callao obtener agua segura.
4. Fortalecer el componente vigilancia y control de vectores en la EGI – Dengue, mediante el uso del Sistema de Información Geográfica.
5. Sostenibilidad de las actividades conjuntas de vigilancia y control en la frontera compartida con las Redes de Salud Rímac, Lima y Puente Piedra de la DISA Lima Ciudad.
6. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en Defensa Civil de acuerdo a sectorización e integración de los Comités de DC de Redes.
7. Fortalecimiento de los laboratorios locales con equipamiento de última generación que respalden procesos analíticos y se amplíen servicios, mejorando la calidad y oportunidad de los resultados.
8. Fortalecer la participación comunitaria en salud, buscando el empoderamiento de la población sobre el cuidado de su salud.
9. Ampliar la oferta de servicios odontológicos en la Región Callao, ampliando el horario de atención, con aumento del recurso humano.
10. Garantizar recursos humanos, equipamiento, insumos y medicamentos para daños no transmisibles en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, priorizando los establecimientos para aseguramiento universal.
11. Priorizar las intervenciones que cuenten con evidencia de su eficacia en la promoción de la salud mental y de prevención contra la violencia individual y colectiva, como los talleres de habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes, y la estrategia de familias fuertes.
12. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas y de las no transmisibles como los accidentes de tránsito, el cáncer y la HTA, coordinando con los municipios sobre la implementación de atención diferenciada.
13. Fortalecer las capacidades de los servicios de Salud de la Región Callao para realizar la detención precoz, diagnostico oportuno y tratamiento adecuado de Neumonía. Así mismo fortalecer la educación en las medidas de prevención y control de este daño.

IX.BIBLIOGRAFIA

IX. BIBLIOGRAFIA

1. **Censos Nacionales 2007:** XI población y VI de vivienda INEI
2. **Situación de Salud Perú 2009:** Dirección General de Epidemiología
3. **Situación de Salud de las Américas 2009:** Organización Panamericana de Salud
4. **Censo Escolar del Ministerio de Educación** 2008-2009
5. **Perfil socio demográfico de la Provincia Constitucional del Callao** Censo 2007 XI Población VI de Vivienda.
6. **Hechos Vitales Oficina de Estadística de la DIRESA callao 2009**
7. **Oficina de Defensa Nacional y Defensa Civil,** GRC, 2007.
8. **Organización Panamericana de la Salud**
9. **Noti Sp Oficina de Epidemiologia.**