



RESOLUCION DIRECTORAL

Callao, 19 de ABRIL de 2012

Visto, el Informe Nº 040-2012-GRC/GRS/DIRESA/DEPIDE, emitido por el Director de la Oficina de Epidemiología, de la Dirección Regional de Salud del Callao; y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 1 de la Constitución Política del Perú, la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y el Estado;

Que, el numeral II, del Título Preliminar, de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el inciso b, del artículo 17, de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que la Oficina General de Epidemiología presta asesoramiento e informa el análisis de situación de salud; es decir, genera y brinda información sobre la situación de salud en el ámbito nacional, regional y local;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 663-2008/MINSA se aprueba el Documento Técnico denominado Metodología para el Análisis de la Situación de Salud Regional, cuyo objetivo técnico general es orientar a los equipos técnicos de las Direcciones Regionales de Salud en la comprensión y la aplicación de una metodología para la construcción del proceso de Análisis de Situación de Salud Regional;

Que, el artículo 5, de la Ley Nº 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, establece como misión de los gobiernos regionales organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la región;

Que, el inciso g), del artículo 9, de la misma Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, dispone que los gobiernos regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud, entre otros, conforme a Ley;

Que, por el artículo 1, del Decreto Supremo Nº 036-2007-PCM, se aprueba el Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007; y que mediante el artículo único, de la Resolución Ministerial Nº 003-2009/MINSA, publicado el 10 de enero del 2009, se declara que el Gobierno Regional del Callao ha culminado el proceso de transferencia de las funciones sectoriales en materia de salud;

Que, mediante Ordenanza Nº 003, del 5 de febrero del 2009, se crea en la estructura orgánica del Gobierno Regional del Callao la Gerencia Regional de Salud, teniendo como órgano desconcentrado de ésta a la Dirección Regional de Salud del Callao, DIRESA Callao;



R. LAMAM



W. J. PORTUGAL B.



D. VILCHEZ Y.

Que, el Análisis de Situación de Salud de la Región Callao contribuye a la identificación de las necesidades y prioridades sanitarias institucionales para la toma de decisiones, así como para determinar las intervenciones y programas apropiados para el mejoramiento de la salud de la población usuaria de las instituciones de la jurisdicción de la Región Callao;

Que, el Director de la Oficina de Epidemiología, de la Dirección Regional de Salud del Callao, considera necesario que el trabajo técnico realizado y plasmado en el **Análisis Situacional de Salud de la Región Callao 2011**, cuente con el reconocimiento y formalidad pertinente a través de una Resolución Directoral que lo reconozca y apruebe como tal;

Con el visado del Director de la Oficina de Epidemiología y el Director de la Oficina de Asesoría Jurídica, de la Dirección Regional de Salud del Callao;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante la Resolución Ejecutiva Regional N° 000043-2012 y Ordenanza Regional N° 003-2009;

SE RESUELVE:

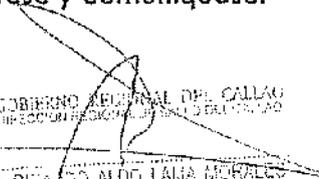
ARTÍCULO PRIMERO: Apruébase el documento técnico "**Análisis Situacional de Salud de la Región Callao 2011**" – ASIS CALLAO 2011 –, el mismo que, en documento adjunto de 343 páginas, forma parte integrante de la presente Resolución, organizado en las secciones presentación, introducción más X subtítulos.-----

ARTÍCULO SEGUNDO: El ASIS CALLAO 2011 es un documento técnico de tipo referencial en el ámbito de la Región Callao, a través de la Oficina de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud del Callao, quien se encargará de su difusión.-----

ARTÍCULO TERCERO: Encárgase a la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística, de la Dirección Regional de Salud del Callao, la publicación del ASIS CALLAO 2011 en el Portal Institucional de Internet de la DIRESA Callao.-----

ARTÍCULO CUARTO: Notifícase la presente Resolución a los estamentos administrativos correspondientes, para su conocimiento y fines pertinentes.-----

Regístrese y comuníquese.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

DR RICARDO ALDO LANA MORALES
Director General
C. M. P. 12555





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ANALISIS DE SITUACION DE SALUD REGIONAL DEL CALLAO 2011



DEDICATORIA

Para los trabajadores de salud por su abnegada y eficiente labor, en bien de la salud pública de la población chalaca.

AGRADECIMIENTO

Gerencia Regional de Salud

Dr. Luis Rubio Idrogo

Dirección General

Dr. Ricardo Aldo Lama Morales

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas

Dra. María Elena Aguilar Del Águila

Dirección de Atención Integral y Calidad de Salud

Dr. Eduardo Nicoletti Albornoz

Dirección de Servicios de Salud

Dr. Henry Gamboa Serpa

Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental

Dr. Manuel Antonio Burga Samame

Dirección de Ecología, Protección del Ambiente y Salud Ocupacional

Dr. Luis Lorenzo Mamani Castillo

Dirección de Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis

Dra. Ana Alencastre Moreno.

Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud

Odont. Jenny León Mendoza

Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos

Dra. Gladys María Rinaldo Gómez

Oficina Ejecutiva de Administración

Ing. Rowland Cuya Coronado

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Lic. Carmen Mena Calderón

Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales

Dr. Rigoberto Robles Camarena

Dirección de Sanidad Aérea Internacional

Dra. Martha Lecca Guillen

Oficina de Informática, Estadística y Telecomunicaciones

Sr. Marlon Falla Castro

Unidad de Estadística

Lic. Marisella Campos León

Oficina de Comunicaciones

Lic. María Victoria Navarro Villegas

Centro de Prevención de Emergencias y Desastres

Dr. Nicanor Shimohira Burneo

Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas

Dra. Jacqueline Velásquez Gallegos

Dirección de Laboratorio de Salud Pública

Dra. Mitzy Rodríguez Farfán

Unidad de Seguros

Dr. Pedro Velásquez Gutiérrez

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 Alva

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

Lic. Ruth Escalante Lazo

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles

Dra. María del Pilar Torres Lévano

Calidad en Salud

Dra. Gladys Berrocal Calixtro

Etapas de Vida Niño y Adulto Mayor

Dra. Liliy Lau Chung.

Etapas de Vida Adolescente, Joven y Adulto

Lic. Inés Anzualdo Padilla

Dirección de Red de Salud Bonilla - La Punta

Dra. Magda Hinojosa Campos

Dirección de Red de Salud BEPECA

Dr. Jaime Chávez Herrera

Dirección de Red de Salud Ventanilla

Dr. Roberto Espinoza Atoche

A la **Estrategia Sanitaria de Metales Pesados** del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por su colaboración en la impresión de este documento técnico.

RED DE SERVICIOS

RED BONILLA

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

BEPECA

P.S. Faucett
P.S. Palmeras de Oquendo
P.S. 200 Millas
C.S. Sesquicentenario
P.S. Preví
P.S. Bocanegra
P.S. El Álamo
P.S. Aeropuerto
C.S. Bellavista
C.S. Alta Mar
P.S. La Perla
C.S. Villa Sr. de Los Milagros
C.S. Carmen de La Legua
P.S. Polígono IV
P.S. Playa Rímac

RED VENTANILLA

C.S. Materno Infantil Perú Corea Pachacutec
P.S. Bahía Blanca
P.S. Ciudad Pachacutec
C.S. 03 de Febrero
P.S. Angamos
P.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
P.S. Mi Perú
P.S. Ventanilla Alta
C.S. Ventanilla Baja
P.S. Ventanilla Este
C.S. Márquez

**INSTITUCIONES DE LA REGION CALLAO QUE ENVIARON INFORMACION
PARA LA ELABORACION DEL “ANALISIS DE SITUACION DE SALUD
REGIONAL DEL CALLAO 2011”**

1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
2. Hospital San José
3. Hospital de Ventanilla
4. Hospital EsSalud Alberto Sabogal
5. Hospital II Lima Norte Callao EsSalud Luis Negreiros Vega
6. Centro de Atención Primaria Nivel III Bellavista de la Red EsSalud Sabogal
7. Centro Médico Naval
8. Instituto Nacional de Rehabilitación
9. Colegio Odontológico del Callao
10. CORPAC S.A.
11. Municipalidad Distrital de La Punta
12. Beneficencia Pública del Callao
13. Clínica San José

**OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO**

DIRECTOR DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Dr. Walter Portugal Benavides

UNIDAD DE ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

Lic. Julia Alvarado Pereda
Dra. Gaby González Espinoza, Jefa (e)

UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Lic. Milena Calderón Bedoya, Jefa

SECRETARIA

Marlene Cuba Ñavincopa

SOPORTE TECNICO

- Tec. Blanca Fajardo Delgado
- Srta. Rita Yuliana Torres Aquije
- Srta. María Fernanda Miranda Rivera
- Sr. David Enrique Pineda Cotillo
- Lic. Estadística Carmen Osscoriga 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 García | Hospital Nacional Daniel A. Carrión |
| • Dr. Hugo Manrique Chicoma | Hospital San José |
| • Dra. Helga Solís Mujica | Red de EsSalud Alberto Sabogal |
| • Dr. Juan Velasco Miranda | Policlínico Bellavista |
| • Dra. Sofía Gonzáles Collantes | Centro Médico Naval |
| • Dra. Diana Girón Silva | Clínica San José |
| • Lic. Francisco Bernaola Ramos | Hospital Luis Negreiros Vega |

PRESENTACIÓN



La DIRESA Callao presenta una vez más con oportunidad en un contexto histórico propio, nuestro Análisis de Situación de Salud (ASIS) Región Callao 2011, teniendo en cuenta como la mayoría de las actividades en salud, el ASIS debe ser entendido como parte de estos procesos dinámicos destinados a mejorar el conocimiento de la salud, de lo que ocurre en nuestra población chalaca, a través de las características del estado de salud de la población y sus determinantes, por parte de entidades encargadas de brindar servicios de salud, para la mejora continua de la prestación de la atención a nivel regional.

Por tal motivo el presente documento técnico denominado “Análisis de Situación de Salud Regional del Callao 2011”, elaborado por la Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao, pero que resume la colaboración de todas las Direcciones, Oficinas, Redes y Hospitales de nuestra institución y además la información de otras instituciones del sector a nivel regional tales como EsSalud, la Sanidad de las FFAA y PNP, entre otros; por lo tanto, este documento presenta información relevante de diferentes fuentes, con el firme propósito de brindar los elementos necesarios para una adecuada y correcta toma de decisiones en salud a nivel de la Región Callao.

Este ASIS Callao 2011 consta de diez capítulos, el primero revisa su historia, entendiendo que para conocer la salud del Callao también es necesario conocer su cultura, su legado en la historia, sus costumbres, en otras palabras amar al Callao para de ahí poder entenderlo y cambiarlo, y lograr el mayor beneficio en la salud de nuestra población.

El segundo capítulo se ocupa de los atractivos turísticos y económicos del Callao, su gastronomía, las playas, el Puerto Marítimo, el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, fiestas sociales, nuestros monumentos históricos como el Real Felipe entre otros, que son focos de atracción de turistas nacionales y extranjeros. En el tercer capítulo se revisa los aspectos metodológicos, que incluyen el análisis de vulnerabilidad territorial y del estado de salud, la priorización de los problemas sanitarios y el análisis causal. En el cuarto capítulo se analizan los determinantes de la salud que corresponden al componente demográfico y socioeconómico, políticos, ambientales, relacionados al sistema de salud, en donde se hizo una recopilación y análisis de estos principales indicadores.

En el quinto capítulo corresponde al análisis del estado de salud, donde se revisa morbilidad y mortalidad a nivel regional, distrital y por etapas de vida. En el sexto y séptimo capítulo respectivamente, se refiere al análisis de las prioridades sanitarias regionales, la oferta, respuesta social y se incluye información de las estrategias sanitarias regionales. Este conocimiento incluye saber de que manera están funcionando las instituciones, como han organizado

sus recursos humanos, cuan capacitados están, que potencialidades poseen en su equipamiento, y también que problemática existe. En los últimos capítulos se incluyen las recomendaciones y conclusiones respectivas, así como la bibliografía.

El manejo de los servicios de salud, requiere disponer de información verídica y crítica para tomar decisiones acordes a las necesidades de atención y los recursos disponibles, esto es hacer un balance entre la demanda y la oferta de servicios de salud, teniendo en cuenta las limitaciones socio-económico-culturales de la población y las potencialidades y limitaciones institucionales.

Aprovecho esta oportunidad para reconocer el trabajo realizado por el equipo de la Oficina de Epidemiología en la elaboración de este ASIS Callao 2011, que estoy seguro servirá como una importante herramienta de gestión en todos los niveles de nuestra organización y del sector salud de la Región Callao.

Dr. Ricardo Aldo Lama Morales
Director General
DIRESA Callao

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao presenta la doceava edición del Análisis de Situación de Salud de la Región Callao, correspondiente al año 2011 cumpliendo una de sus funciones como órgano asesor de la Dirección Regional de Salud que en el literal b) del artículo 57 de reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°023-2005-SA, establece que la Dirección General de Epidemiología es el órgano responsable entre otros, de diseñar, normar y conducir el proceso de Análisis de Situación de Salud para la determinación de prioridades sanitarias como base del planeamiento estratégico en Salud.

El Análisis de Situación de Salud es un proceso analítico sintético, que permite conocer y analizar el perfil de salud enfermedad de una población, identificar sus factores determinantes, evaluar el grado que los servicios de salud responden a las necesidades de la población con la finalidad de identificar ó diagnosticar problemas y prioridades en salud los cuales son de utilidad para la definición de estrategias e intervenciones.

El Análisis de Situación de Salud Regional del Callao del año 2011 desarrolla primero los determinantes ambientales socio demográficos, económicos, luego el sistema de Salud de la Región Callao, después los determinantes políticos, seguido del análisis del estado de Salud y la Respuesta Social, finalmente la priorización de daños en la cual consideramos la causalidad y territorio vulnerable así como las estrategias de intervención.

La Priorización de Daños contenidos en el Plan Concertado Regional de Salud del Callao 2010-2020 ha servido de base para la elaboración de los mismos en este ASIS, destacándose como una de las fortalezas de la Región haberlos identificado y trabajar interinstitucionalmente para la reducción de los mismos.

Este documento ha sido elaborado con la participación de los directores de la DIRESA Callao y también con aportes de otras instituciones prestadores de salud de la Región, así como de otras entidades con aportaciones que nos permitirán conocer nuestra realidad sanitaria.

Este documento está dirigido principalmente al equipo de gestión a nivel Regional, Distrital y por Redes para la toma de decisiones, estrategias de intervención para la prevención y control de daños en la Región Callao.

INDICE GENERAL

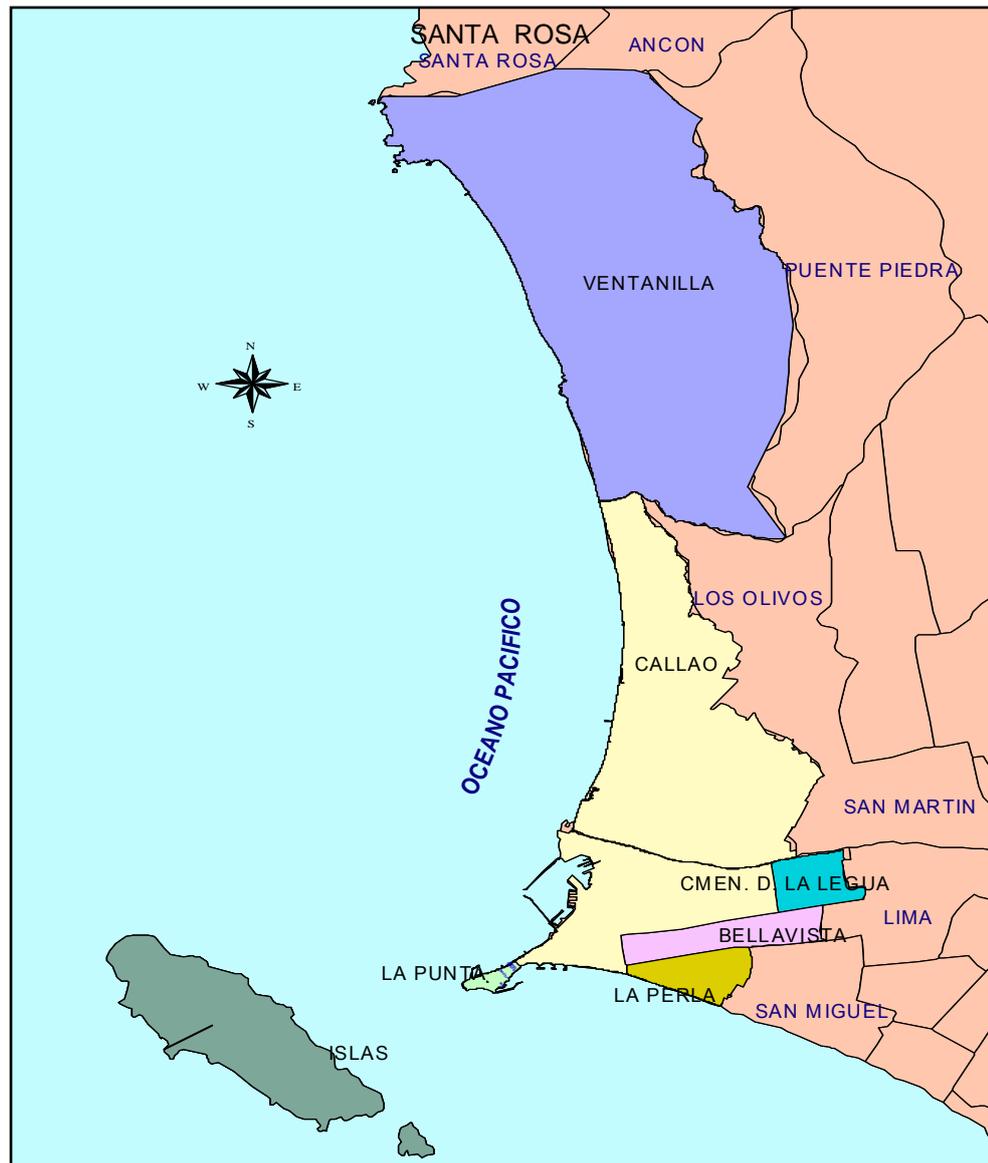
	Pág.
PRESENTACION	08
INTRODUCCION	10
I. INFORMACION GENERAL	13
1.1. Información histórica	24
1.2. Historia de la salud en el Callao	26
1.3. Antecedentes históricos de la elaboración del ASIS en el Callao	27
II. ATRACTIVOS TURISTICOS Y ECONOMICOS DE LA REGION	
CALLAO	28
2.1. Principales atractivos turísticos de la Región del Callao	29
2.2. Platos y bebidas típicas	30
2.3. Fiestas sociales y religiosas	30
2.4. Fechas célebres institucionales	31
2.5. Actividades productivas	31
III. ASPECTOS METODOLOGICOS	32
3.1. Análisis de Vulnerabilidad Territorial y Estado de Salud	33
3.2. Priorización de Problemas de Salud	33
3.3. Análisis Causal	34
IV. ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES Y DEL SISTEMA DE SALUD	35
4.1. Determinantes ambientales	36
4.2. Determinantes demográficos	42
4.2.1. Composición y estructura de la población	42
4.2.2. Dinámica de la población	44
4.3. Determinantes socioeconómicos	51
4.3.1. Acceso a Servicio Básicos	51
4.3.2. Población Pobre Región Callao	54
4.3.3. Índice de desarrollo Humano (IDH Censo 2007)	57
4.3.4. Indicadores de Educación	57
4.3.5. Determinantes Económicos	61
4.4. Determinantes relacionados al Sistema de Salud	62
4.4.1. Disponibilidad de recursos humanos	62
4.4.2. Establecimientos de Salud según nivel	64

4.4.3. Porcentaje de partos Institucionales 2000-2010	75
4.4.4. Población por tipo de Seguro: SIS-EsSalud-Otros	76
4.4.5. Red de Laboratorios de la DIRESA Callao	81
4.4.6. Red de Ambulancias de la DIRESA Callao	87
4.4.7. Red de Referencia y Contrarreferencia: Tiempos	90
4.4.8. Cobertura de Vacunación APO y Pentavalente en menores de 1 año SPR en niños de 1 año y DT en gestantes	91
4.4.9. Cobertura en control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año	92
4.4.10. Concentración de atenciones y extensión de uso de los Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao	92
4.5. Determinantes Políticos	93
4.5.1. Estructura del gasto en Salud	93
V. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD	98
5.1. Análisis de la morbilidad	99
5.2. Análisis de la mortalidad	106
VI. RESPUESTA SOCIAL	117
6.1. Respuesta social de la Dirección Regional de Salud del Callao a través de sus Direcciones	118
6.2. Respuesta social de otras entidades prestadoras de salud en la Región Callao	228
6.3. Respuesta social de otras instituciones en la Región Callao	284
VII. ANALISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES E INTERVENCIONES EN SALUD	296
7.1. Principales prioridades sanitarias Distritales	297
7.2. Principales prioridades sanitarias Regionales	298
7.3. Análisis de las Prioridades Sanitarias	299
VIII. CONCLUSIONES	332
IX. RECOMENDACIONES	339
X. BIBLIOGRAFIA	342

I. INFORMACION GENERAL

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL ENTORNO GEOGRÁFICO

La Región Callao está constituida políticamente por 6 distritos, siendo estos: el distrito del Callao, Bellavista, Carmen de la Legua, La Perla, La Punta y Ventanilla; teniendo una extensión territorial total de 146.98 Km², incluida las islas.



**SUPERFICIE, UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y POLITICA
PERÚ, CALLAO**

	SUPERFICIE TOTAL	UBICACIÓN GEOGRÁFICA			SUPERFICIE TIERRAS EMEGIDAS	SUPERFICIE TERRITORIO				
		LATITUD SUR	LONGITUD OESTE			CONTINENTAL	LACUSTRE	INSULAR		
								TOTAL	MARITRU	LACUSTRE
Perú		00°01'48,0"	75°10'29,0"	Septentrional	1285215,60 Km ² .	1280085,92	4996,28	133,4	94,36	39,04
		18°20'50,8"	70°22'31,5"	Meridional						
		12°30'11,0"	68°39'27,0"	Oriental						
Provincia Callao	146.98 Km ²	12 06'30"	77 10'51"	CALLAO	146,98 Km ² .	129,35	17,63	17,63

Fuente: INEI 1992-1999

**REGION CALLAO: CALIFICACION DE CREACION Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE
LA CAPITAL LEGAL DE LOS DISTRITOS, SEGÚN PROVINCIA Y DISTRITOS**

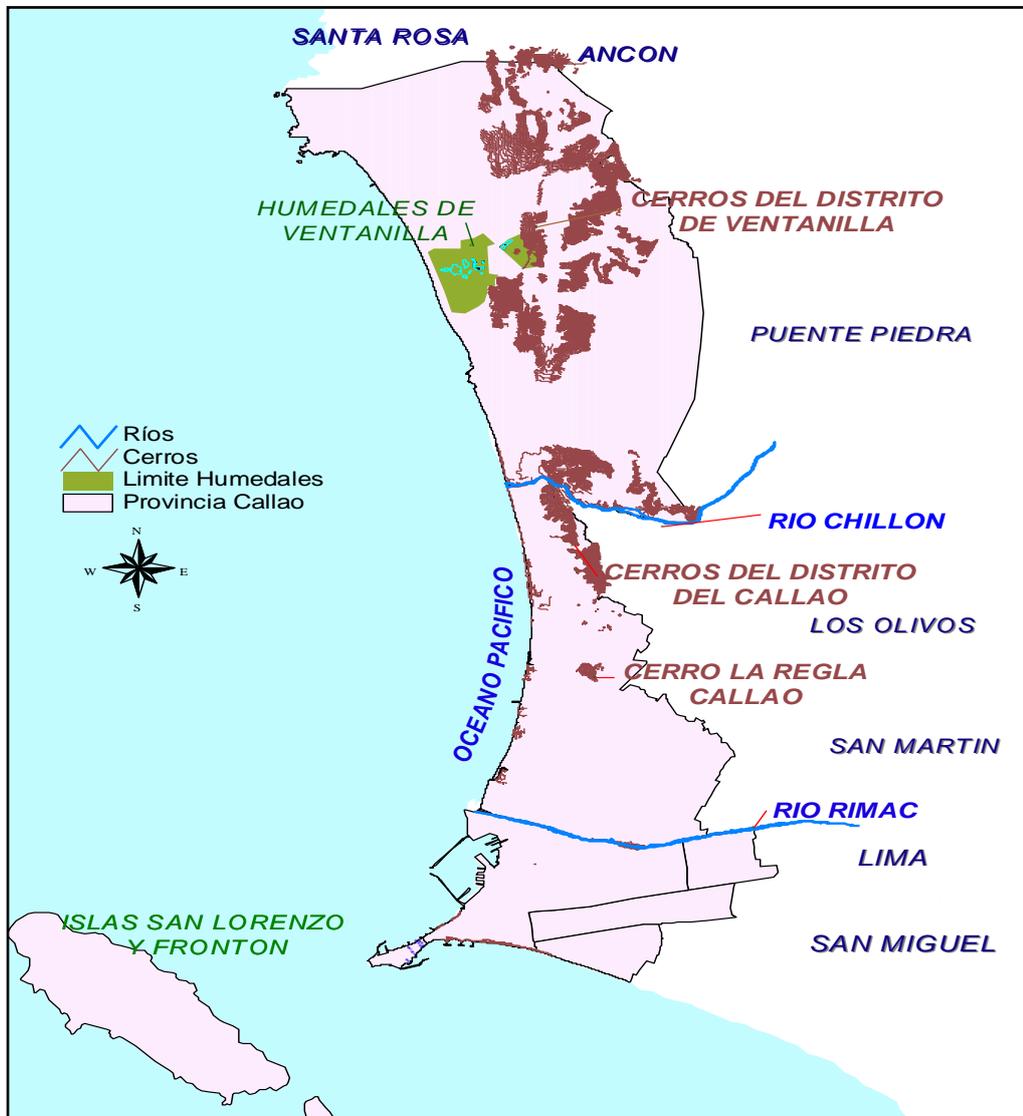
DISTRITO	CATEGORÍA	DISPOSITIVO LEGAL		UBICACIÓN GEOGRÁFICA			SUPERFICIE (Km ²)
		D.LEY	FECHA	ALTITUD	LATITUD SUR	LONGITUD OESTE	
Provincia	Ciudad	S/N.	20/05/1836				146,98
Callao	Ciudad	12301	20/08/1836	7	12 03' 23"	77 08' 40"	45,65
Bellavista	Ciudad	15247	03/05/55	34	12 03' 31"	77 07' 37"	4,56
Carmen de la Legua Reynoso	Ciudad	15185	04/12/64	54	12 02' 34"	77 05' 42"	2,12
La Perla	Ciudad	2141	22/10/64	18	12 04' 03"	77 07' 26"	2,75
La Punta	Ciudad	17392	06/10/15	2	12 04' 04"	77 09' 52"	18,38
Ventanilla	Ciudad	17392	28/01/69	21	11 52' 15"	77 07' 27"	73,52

ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS DE SALUD BASE DE LOS DISTRITOS

PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO

DISTRITO	DE DISA A CENTRO BASE DEL DISTRITO	DISTANCIA PROMEDIO	TIEMPO DE LLEGADA EN VEHICULOS
CALLAO	C.S.BONILLA	1.07 Km.	10 MINUTOS
BELLAVISTA	C.S. PERU COREA	1.05 Km.	8 MINUTOS
CARMEN DE LA LEGUA	C.S. CARMEN DE LA LEGUA	7 Km.	25 MINUTOS
LA PERLA	C.S. LA PERLA	1 Km.	6 MINUTOS
LA PUNTA	C.S. LA PUNTA	3 Km.	15 MINUTOS
VENTANILLA	C.S. VENTANILLA	30 Km.	1.05 MINUTOS

ACCIDENTES GEOGRAFICOS REGION CALLAO



Hay tres sectores:

Sector Norte–Geformas de Arena: afloramientos rocosos; calizas y cuarcitas (Cerros y otros). (Distrito de Ventanilla).

Sector Centro Sur–Terraza Fluvial: entre el río Chillón y el río Rímac, producto de acarreo y el depósito fluvial.

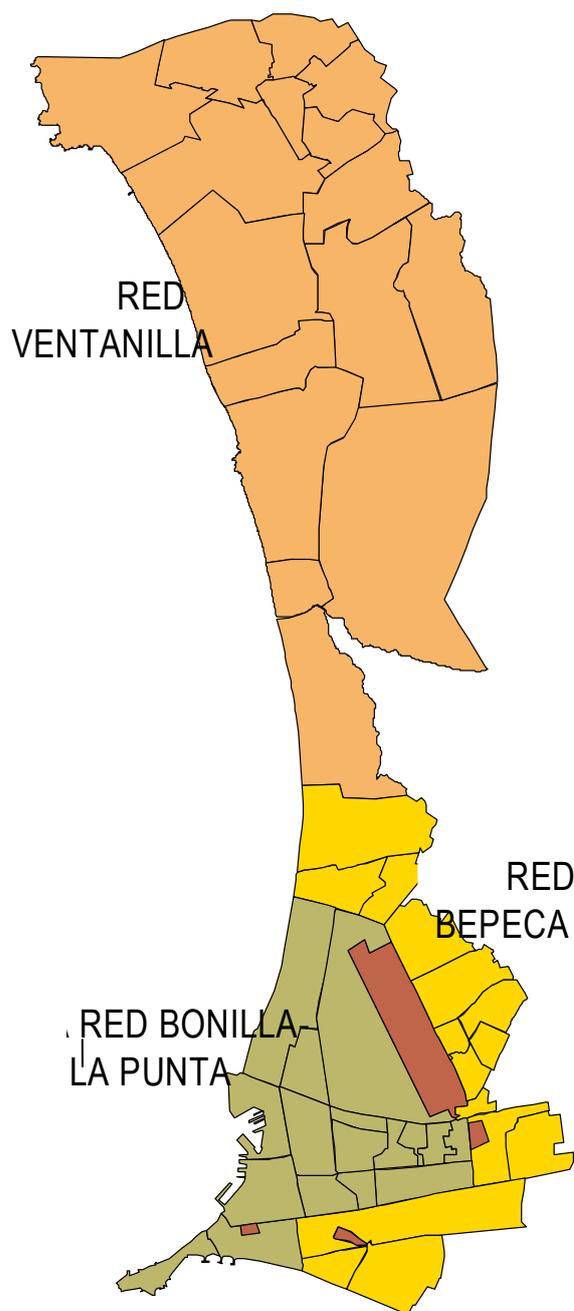
Sector Sur–Terraza Fluvial disectada: río Rímac hasta la zona del litoral playa de la mar brava. (Cercado del Callao, Carmen de la Legua y Reinoso, Bellavista y La Punta).

PRINCIPALES VIAS DE COMUNICACION DE LA REGION CALLAO



El Callao tiene varias formas de acceso desde el norte (Ventanilla) hasta el sur (La Perla), teniendo grandes avenidas como: Carretera Panamericana Norte, Canta Callao, Tomas Valle, Morales Duárez, Argentina, Colonial, Venezuela, La Marina, y La Paz.

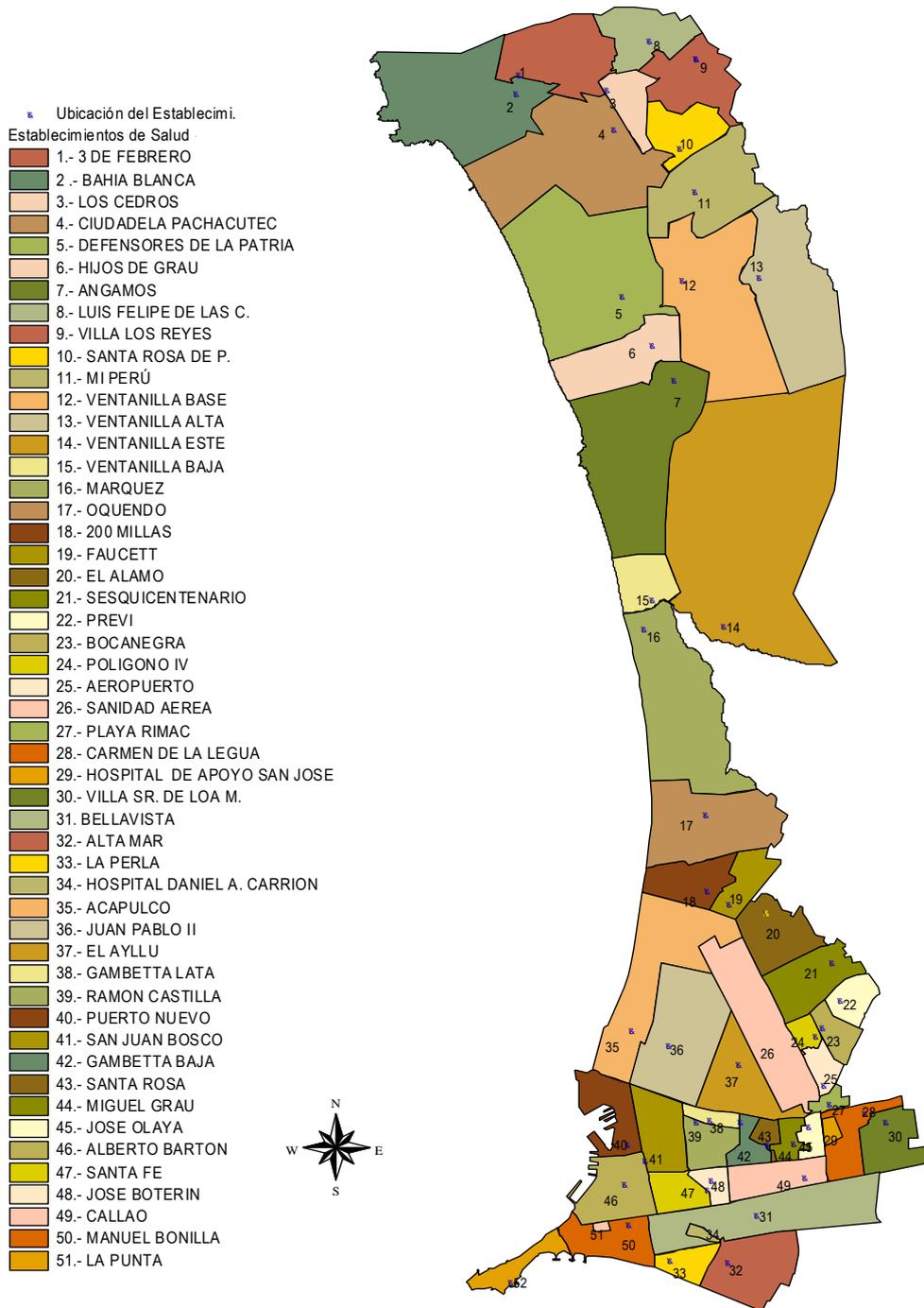
REDES DE SERVICIOS DE SALUD DIRESA CALLAO



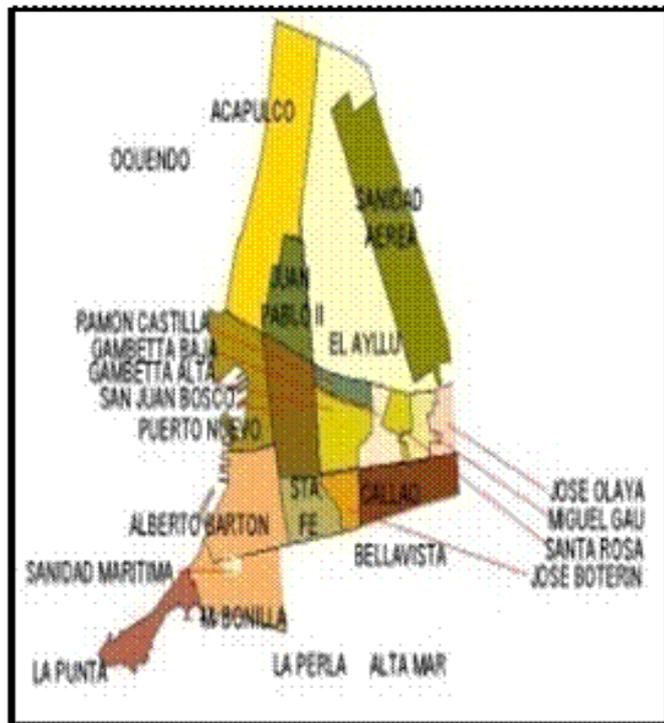
La DISA I Callao aprueba en el mes de agosto del 2003, la conformación de las 3 Direcciones de Redes de Salud y 14 Microrredes, las cuales empiezan a regir a partir de enero del 2004 en la Provincia Constitucional del Callao.

La DISA I Callao para una mejor descentralización de la gestión y toma de decisiones, en el año 2004 cambia el Sistema de Redes de 5 a 3 redes de salud en la Región Callao.

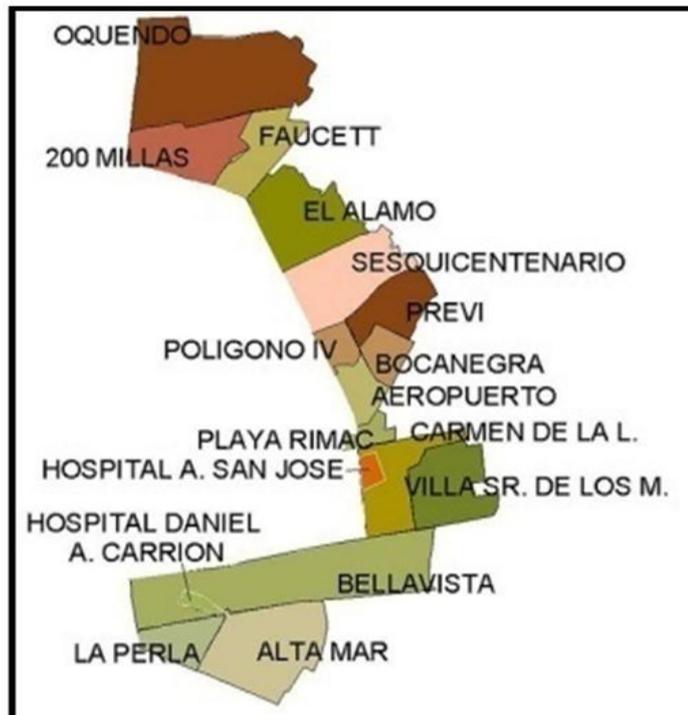
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRESA CALLAO



RED BONILLA



RED BEPECA



RED VENTANILLA



**VARIABLES DE DIMENSION DEL ENTORNO GEOGRAFICO
REGION CALLAO**

VARIABLE	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION
Variable Superficie Territorial	146.98 Km. ²	INEI "Conociendo Callao"
Ubicación	Costa del Perú Centro Occidental del Perú	
Referencia	Se localiza al Oeste de Lima y delimita su territorio por el Norte, Este , Sur Este, Sur y oeste con el Mar de Grau (Sector Peruano del Oceano Pacífico)	
Urbanidad	<u>99.99%</u>	
Ruralidad	0.01%	
Topografía	Diversidad de formas del relieve: Sector Norte: geoformas de arena (Ventanilla) Sector Centro Sur: Terraza fluvial (área entre río Chillón y Rimac) Sector Sur: Terraza fluvial fluvial (margen izquierdo del Río Rimac, hasta la zona del litoral Playa de la mar brava. Accidentes Geográficos: Río Rimac, Río Chillón Bahía: La Punta. Islas marítimas: San Lorenzo, Cavinzas, Redondo	
Clima	De acuerdo a estaciones del año Varia de 30° a la sombra en los meses de verano, descendiendo a promedio de 14°C en los meses de invierno	
Humedad	La Humedad varía de 90% a 97%	

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La Provincia Constitucional del Callao, está ubicada en la Costa del Perú en el centro occidental del departamento de Lima y en el centro de la costa occidental de Sud América. Sus coordenadas geográficas son 10°15´ de latitud sur y 75°38´ y 77° 47´ de longitud al Oeste del Meridiano de Greenwich y su altitud varía de los 7 m.s.n.m. (metros sobre el nivel del mar), hasta los 500 m.s.n.m en la zona este. Se localiza al Oeste de Lima (la ciudad capital del Perú) que delimita su territorio por el Norte, Este y Sur Este. Por el Sur y Oeste, el Mar de Grau, Sector Peruano del Océano Pacífico. Su capital es la ciudad del Callao, cuya altitud referida a la plaza principal, Plaza Grau, es de 5 m.s.n.m.

EL RELIEVE

La diversidad de formas del relieve que posee la provincia se debe al sustrato rocoso de las estribaciones sedimentarias de la costa, a la conformación de flujos aluviales de la era cuaternaria, a los depósitos marinos y sólidos, así como a la acción de los factores climáticos sobre el relieve. Es probable que las islas de San Lorenzo, El Frontón y el Morro hubiesen formado un todo en otra época del continente, pues poseen estos lugares una misma formación geológica (Raimondi 1897).

Se distinguen tres sectores definidos:

Sector Norte – Geoformas de Arena: Comprende el distrito de Ventanilla de relieve plano frente al litoral y ondulado hacia el continente, presentando afloramientos rocosos; en cuanto a su litología, está compuesto por areniscas, lutitas estratificadas con adestitas aglomeradas, calizas y cuarcitas (Cerros Vela, Resbalón y otros). Cabe destacar la existencia de canteras, las mismas que de acuerdo al uso y disponibilidad se presentan como canteras de arena fina, que se localizan en la zona nor - occidental del centro poblado de Ventanilla y canteras de material de afirmado compuesta de grava, arena y arcilla que se ubica en la parte central de distrito y en el camino a la granja de porcinos, “Pampa de los Perros”, en la margen del río Chillón.

Sector Centro Sur – Terraza Fluvial: Área comprendida entre el río Chillón y el río Rímac, compuesta por las terrazas fluviales de los conos deyeativos de ambos ríos caracterizados como un heterogéneo de sedimentos del cuaternario reciente, producto de acarreo y el depósito fluvial. El río Rímac presenta dos zonas como áreas en peligro por los desbordes y porque el encauzamiento natural del río se haya totalmente alterado por una zona de canalización antigua.

Sector Sur – Terraza Fluvial disectada: Comprende la margen izquierda del río Rímac hasta la zona del litoral playa de la mar brava, vale decir, es el emplazamiento de la mayor concentración urbana de la provincia correspondiente al cercado del Callao, Carmen de la Legua Reynoso, Bellavista y La Punta.

Principales islas de la provincia encontramos en las islas de San Lorenzo y El Frontón corresponden a bloques macizos sedimentarios cuya posición es paralela al eje de la dirección estructural principal; sus respectivas zonas meridionales se caracterizan por la presencia de acantilados, el relieve es ondulado y monticulado. La isla San Lorenzo está conformada por los cerros de La Mina, Encantada y Huanay; la mayor altitud corresponde a la cumbre del cerro La Mina con 395.06 m.s.n.m.

SUELOS E HIDROLOGÍA

En la Provincia del Callao se observa que los mejores suelos para producción y edificación se encuentran en el sector centro – sur, desde la margen izquierda del río Rímac hasta el límite de la provincia. Los suelos con aptitud para el riego y con actual uso agrícola y pecuario son los correspondientes a las áreas de la hacienda San Agustín y alrededores.

Aguas Superficiales: Los principales recursos hidrobiológicos con que cuenta la provincia del Callao corresponden a los conos de deyección de las cuencas de los ríos Rímac y Chillón, cuyo régimen fluvial depende de sus cuencas colectores que reciben lluvias principalmente en la estación de verano. La cuenca del río Rímac alcanza un total de 3.952 km² y la del Chillón 2.645 km², hallándose la zona de recolección de lluvias sobre los 2.500 mts. de altitud.

Localización de Áreas Bajo Riesgo de Desastres: En la Provincia del Callao el 50% de la población se localiza en el área adyacente al litoral, asimismo existen instalaciones industriales que por su altitud cercana al nivel de mar están expuestas a la invasión de las aguas de producirse maremotos de gran intensidad; las zonas más propensas corresponden a las instalaciones del Terminal Marítimo, la zona de Chucuito entre el muelle de Guerra y el Instituto de Mar IMARPE, todo el distrito de La Punta y la refinería de petróleo La Pampilla.

CLIMA

El clima del Callao varía según lo determina las estaciones del año, llegando a un promedio de 30°C a la sombra en los meses de verano, descendiendo a promedio de 14 °C en los meses de invierno.

HUMEDAD

La Humedad Relativa en el Callao para todo el año es de 94%; en los meses de Junio, Julio y Agosto es del 100%, en las primeras horas de la mañana hasta las 10 de la mañana mejorando hasta el 83% entre las 2 y 3 de la tarde; en verano la humedad relativa máxima entre 6 y 7 de la mañana es de 92 a 94%, mejorando a medio día por el brillo del sol de 75 a 70%.

La Humedad varía en los diferentes Distritos de la Provincia Constitucional del Callao, de 90% en el Distrito de Carmen de la Legua a 97% en el Distrito de Ventanilla, siendo en el Callao de 91%, Bellavista 92%, La Perla 94% y la Punta 96%.

La Provincia Constitucional presenta uno de los más altos porcentajes de humedad del país y esto se relaciona con las enfermedades respiratorias.

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 utilizó 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 sitio 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 4 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 a la 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 N° 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.

2011: Se desarrolla el Análisis de Situación de Salud, considerando los indicadores a nivel regional, distrital y en algunos casos por Direcciones de Red. La priorización es importante para presentarla a los equipos de gestión tanto regional como local para la toma de decisiones, para prevención y control de los diferentes daños priorizados en la Región Callao.

**II. ATRACTIVOS TURÍSTICOS Y ECONOMICOS DE LA REGION
CALLAO**

II. ATRACTIVOS TURISTICO Y ECONOMICOS DE LA REGION 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.

2.1. 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.

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 N° 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.N°728 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:

3.1. ANALISIS DE VULNERABILIDAD TERRITORIAL Y ESTADO DE SALUD

- **Identificación de la información a recoger:** Se procedió a seleccionar los indicadores socioeconómicos, demográficos, identificar la información disponible, como el ASIS 2010, el documento del Plan Regional Concertado en Salud de la Región Callao 2010-2021 y Prioridades Sanitarias Regionales, para luego ser ordenada según las necesidades y la estructura del análisis, según Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local siguiendo los criterios técnicos alcanzados por DGE y aprobada mediante Resolución Ministerial 329-2011.
- **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.

3.2. 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.

3.3. 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 SISTEMA DE SALUD

IV. ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y DEL SISTEMA 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 11° 47' 50" y 12° 07' 30" de Latitud Sur, y 77° 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 Pacífico.

Según el último Compendio Estadístico del INEI, la Región del Callao, tiene una superficie de 146.98 km² incluyendo superficie continental e insular. Corresponde el 17.63 km² 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).

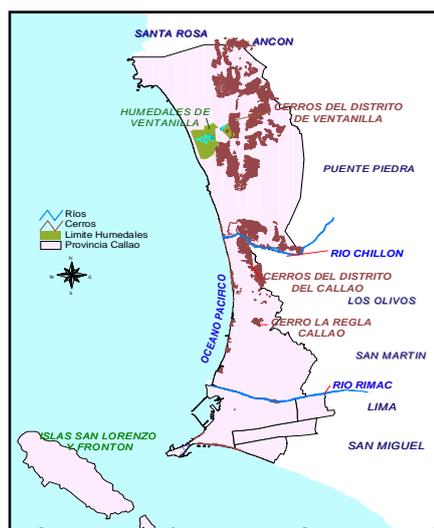
En general el litoral del Callao presenta sectores con alcantarillados, cuya formación por retroceso fue originada por la abrasión de las olas, las corrientes y mareas. En las playas presentan forma de “ventanas” y se dice que derivado de esa morfología proviene el nombre del distrito “Ventanilla”.

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.

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 19,75°C. Los valores mínimos están cercanos al litoral y cubren 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 N° 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 N° 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 N° 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 Km². 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.

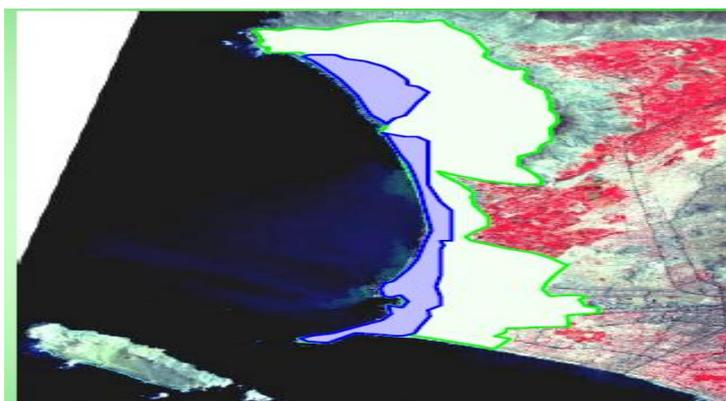
RIESGO AMBIENTAL

- 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 Km². (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.S 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 tapanía 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 sísmica 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

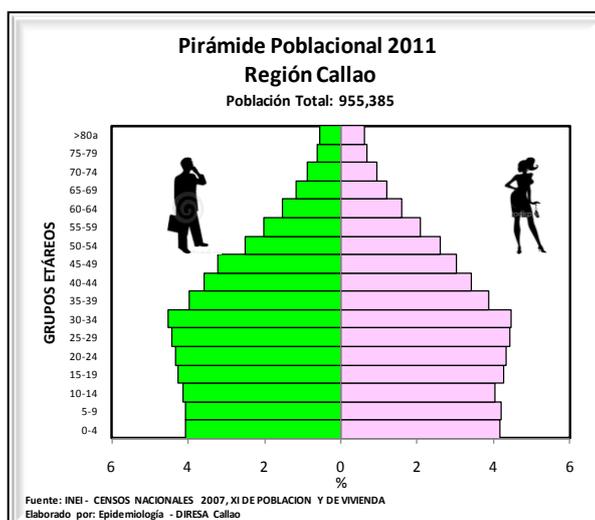
Riesgo Aédico

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, Preví, Bocanegra, Sesquicentenario y Carmen de la Legua.

4.2. DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS

4.2.1. COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN



- 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 11° 47' 50" y 12° 07' 30" de Latitud Sur, y 77° 11' 40" de Longitud Oeste.

- La densidad poblacional es un indicador que mide el grado de concentración de la población. De acuerdo a los datos proyectados al año 2011 por el INEI, la población total de la Región Callao es de 955,385 habitantes, de los cuales 189,014(19.78%) son **niños** y 8.25% (78,778) corresponden al grupo etáreo de 0-4 años quienes representan a la población más susceptible de contraer enfermedades prevalentes de la infancia como las enfermedades diarreicas y respiratorias los cuales representan las principales causas de morbilidad y mortalidad que demandan la atención en los servicios de salud. Este grupo poblacional proporcionalmente se ha reducido en las últimas décadas: 1990(11.09%), 2010 (8.37%)
- De la misma forma el 10.02%(95,776) de los habitantes corresponden al grupo etáreo de los **adolescentes**, desde el año 2011, este grupo comprende de 12 a 17 años. Es importante mencionar que el embarazo en adolescente representa el 14% del total de gestantes (2010) a nivel de la Región Callao por cuanto esta cifra constituye un problema de salud pública para la región lo que induce a unificar, priorizar y fortalecer las actividades preventivo promocionales entre los diferentes actores sociales.
- El grupo etáreo **joven** (18-29 años) diferenciado desde este año, constituye 21% de la población y tiene como principales causas de mortalidad SIDA, Neumonía, TBCp, además problemas de violencia familiar, drogadicción, pandillaje.
- El **adulto** 376,140 (39.37%) de la población total, mayoritaria en la Región, manifiesta también como principales causas de muerte enfermedades contagiosas como SIDA, Neumonía, TBCp así como enfermedades no transmisibles: Infarto Agudo de Miocardio, tumores.
- **Adulto Mayor:** 93,493 (9.79%), constituye el vértice de la pirámide, ensanchándose en las últimas décadas. Como daños prioritarios consideramos los daños no transmisibles, en esta etapa de vida, debiéndose desarrollar estrategias de prevención y control en los centros del primer nivel de atención.

La población de la Región Callao está distribuida a lo largo de 6 distritos y abarca una extensión territorial de 146.98 Km². En el año 2000, la Región Callao tenía una densidad demográfica de 5713 habitantes por Km², actualmente es de 6500 hab por Km² evidentemente existe un incremento considerable de la población y constituye un factor que contribuye favorablemente para la propagación rápida de las enfermedades infectocontagiosas.

La distribución y densidad poblacional por distritos no es homogénea. Los distritos con mayor densidad poblacional son La Perla, Carmen de la Legua y Bellavista con 22373, 19975 y 16457 habitantes por Km² respectivamente; siendo La punta el distrito con más baja densidad poblacional con 461 habitantes por Km².

La pirámide poblacional de la Región Callao es de transición, acortamiento de la base y ensanchamiento del vértice.

Comparación del Censo 1993 con el Censo 2007

En el grupo etáreo niño: La base constituida por el grupo etáreo 0-4 años, constituye el 9.90% del total (Censo 1993) disminuyendo a 9.12% (Censo 2007).

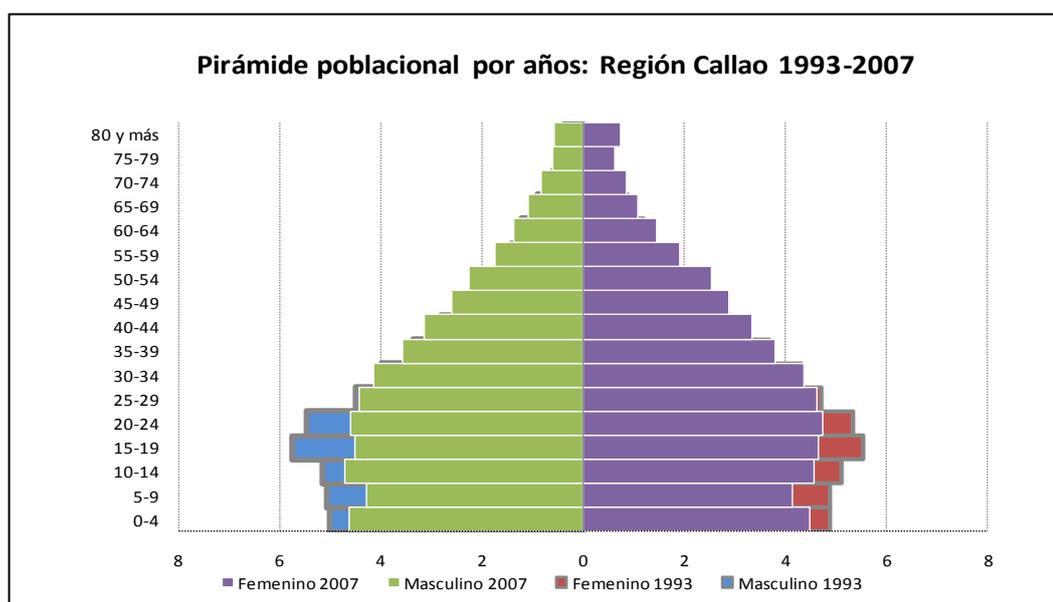
En el grupo etáreo de 5-9 años el porcentaje del total en el año 1993 (9.95%) descendió en el Censo 2007 a 8.44%. Predomina el sexo masculino en estos grupos etáreos.

En el grupo etáreo Adolescente: (10 a 19 años) continúa disminuyendo el porcentaje de hombres y mujeres considerados en este grupo etáreo sobre todo de 15 a 19 años.

En el grupo etáreo Adulto: (20-59 años) el porcentaje de los grupos etáreos (20-29 años) disminuyó en el Censo 2007 al compararlo al de 1993, sobre todo el de 20-24 años el porcentaje se incrementó en el último censo.

Predomina el sexo masculino en el ciclo de vida adolescente.

En el grupo etáreo Adulto Mayor: (60 a más años) el porcentaje de población de este ciclo de vida muestra el mayor incremento de 44,724 (6.99%) del total de la población considerados en el Censo 1993, se ha incrementado a 80,909 (9.23%) del total - Censo 2007, debiendo fortalecer los establecimientos de Salud de la Región Callao para la atención de enfermedades crónicas degenerativas, la HTA es la primera causa de muerte del 2003 al 2009, pasando a ser la segunda desde el año 2010, Diabetes Mellitus y otros daños no transmisibles constituyen las primeras causas de mortalidad en la Región Callao.



Fuente: INEI-CENSOS NACIONALES 2007, XI DE POBLACION Y VIVIENDA
 Elaborado: Oficina de Epidemiología/ DIRESA-Callao

4.2.2 DINAMICA DE LA POBLACIÓN

DENSIDAD POBLACIONAL

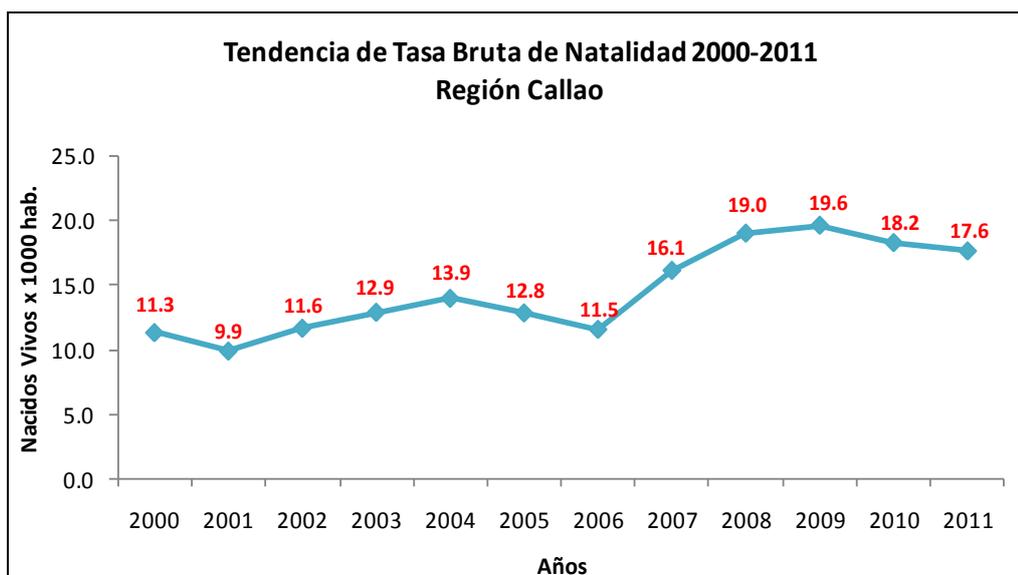
- La población de la Región Callao para el año 2011 es 955,385 habitantes basada en el Censo 2007, según Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), remitida a la Dirección de Estadística e Informática del MINSU y enviados a la DIRESA CALLAO.
- La Densidad Poblacional de la provincia es de 6,500. habitantes/Km² (2010) destacándose en particular el distrito de La Perla con 22,373 habitantes/km².
- En relación a Perú la densidad poblacional es de 23.2 habitantes/km², el indicador más alto es de la Región Callao (6,500 habitantes/km²) y el más bajo es de Madre de Dios (1.5 habitantes/km²)



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

LA TASA DE NATALIDAD (TN)

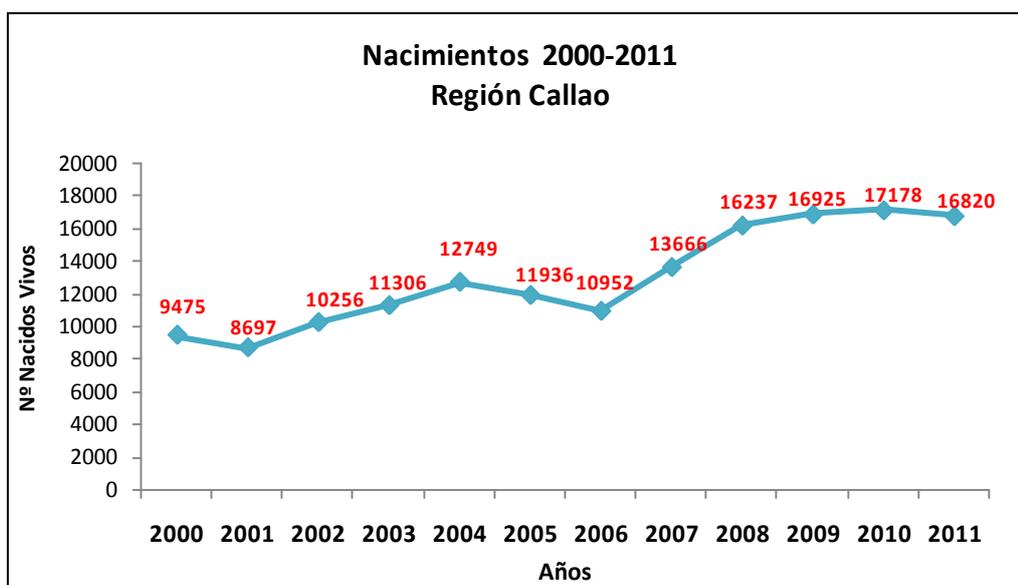
- La tasa de natalidad del 2011 en el Callao es 17.6 nacidos vivos por 1000 hab., presenta un incremento sostenido en el periodo 2006-2009 disminuyendo en los 2 últimos años. El Promedio Nacional es de 19.43 por 1000 hab. (2010), siendo la tasa de Natalidad más alta la de Huancavelica (28.98 por 1000 hab.) y la más baja de Moquegua (15.54 por 1000 hab.).
- En relación a las Américas el promedio es de 16.4n.v por 1000 hab. (2011) siendo la más alta la de Guatemala 31.8 n.v. por 1000 hab. y la más baja la de Cuba 9.8 n.v. por 1000 hab.
- En el Área Andina el promedio más bajo lo tiene Colombia con 19.2 n.v. por 1000 hab seguido de Perú con 19.9n.v. por 1000 hab. y el más alto Bolivia 26.1 n.v. por 1000 hab.



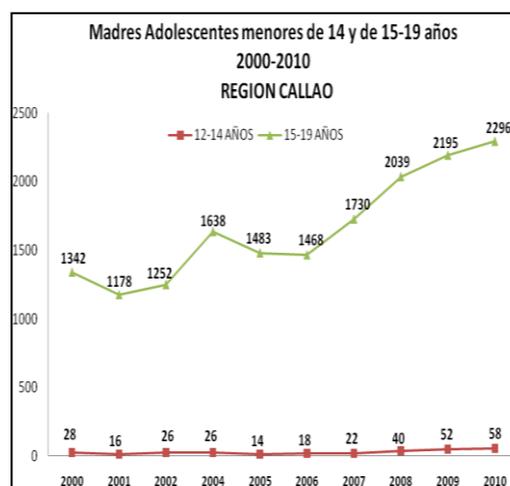
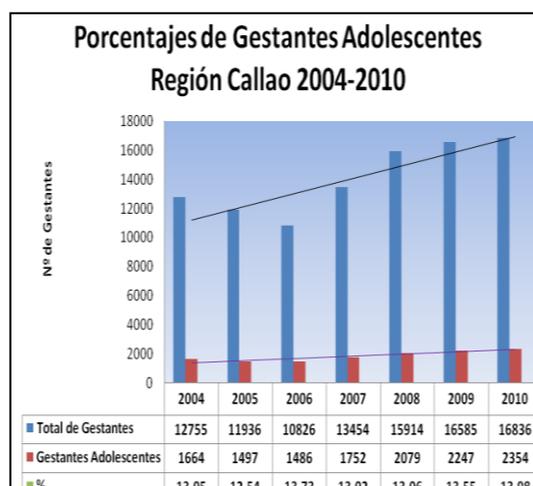
Fuente: Hechos Vitales/Oficina de Estadística-DIRESA CALLAO
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

NACIMIENTOS

- Los nacimientos se han incrementado en la Región Callao en el periodo 2006-2010. En el año 2011 se han reportado 16,820 nacidos vivos, disminuyendo en relación al año anterior (2.08%), al igual que el nivel nacional
- En el Perú se reportaron 588,600 (2010) cifra inferior al año anterior (611,082) ocupando el primer lugar Lima con 160,539 nacimientos y el último lugar Madre de Dios con 2,532 casos.
- A nivel de las Américas se presentaron 15, 573,100 nacimientos (2011), el Perú ocupa el 3er lugar en el área andina, después de Colombia (906,200) y Bolivia el último lugar (265300). En el Cono Sur la mayor cantidad de nacimientos la tiene Argentina con 692000 y la menor cantidad Uruguay con 49500 nacidos vivos.



FUENTE: RENIEC /Hechos Vitales - OITE /DIRESA Callao
Elaborado: Oficina de Epidemiología

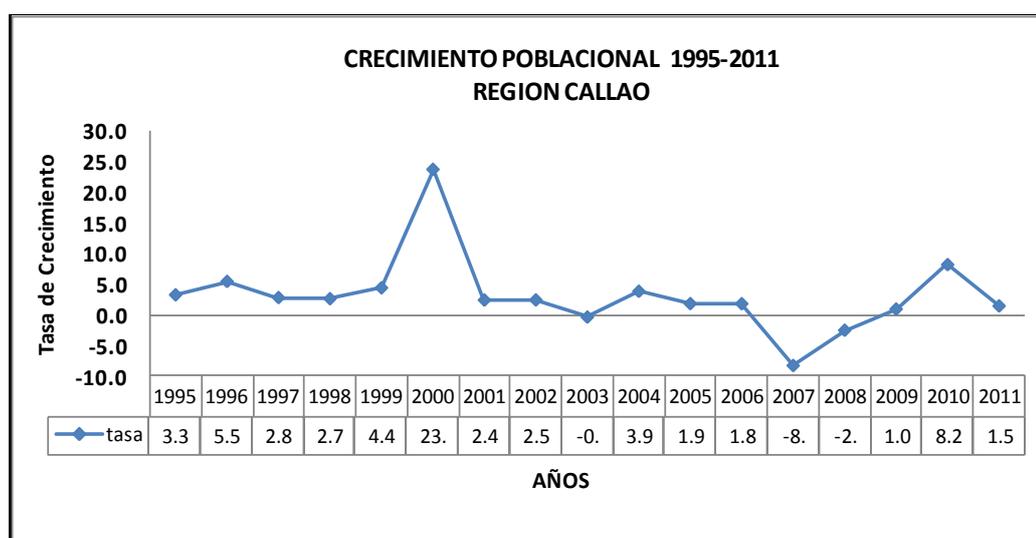


FUENTE: Hechos Vitales – OITE
Elaborado: Oficina de Epidemiología – DIRESA Callao

Gestantes adolescentes: Se han incrementado en los últimos años tanto las menores de 14 años como el grupo de 15 a 19 años y desde el año 2006 el porcentaje de gestantes adolescentes en relación al total es 14%.

TASA DE CRECIMIENTO (T.C.) POBLACIONAL

- A nivel provincial la T.C. se ha incrementado a partir del 2008 (0.8%) al 2010(8.2 %) descendiendo en el año 2011 a 1.5%.
- La T.C. se mantiene en el promedio regional a excepción de los distritos: La Perla 16.7%, Bellavista 9.4% y Carmen de Legua 9%.
- La Tasa de crecimiento poblacional nacional es de 1.1%. la más alta Madre de Dios (2.7%), la menor Cajamarca y Amazonas con 0.5% respectivamente.
- A nivel de las Américas el promedio es 1.1%, la mayor Guatemala 2.5%, la menor Uruguay (0.3%).
- En el Área Andina la máxima la posee Bolivia (1.6%) la menor Perú (1.1%).
- En el Cono Sur: la mayor Paraguay (1.7%), la menor Uruguay (0.3%).



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

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)

- La TGF es de 2 hijos x mujer, inferior a la nacional: 2.5 hijos x mujer (2007-2010).
- La más alta es de Loreto 4.3 hijos por mujer y la más baja es de la Región Callao.
- 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).
- En el Área Andina distinguimos a Colombia con la más baja (2.3 hijos por mujer), la mayor Bolivia (3.3 hijos por mujer)
- En el Cono Sur: la menor Chile (1.8 hijos por mujer) y la más alta Paraguay (2.9 hijos por mujer)

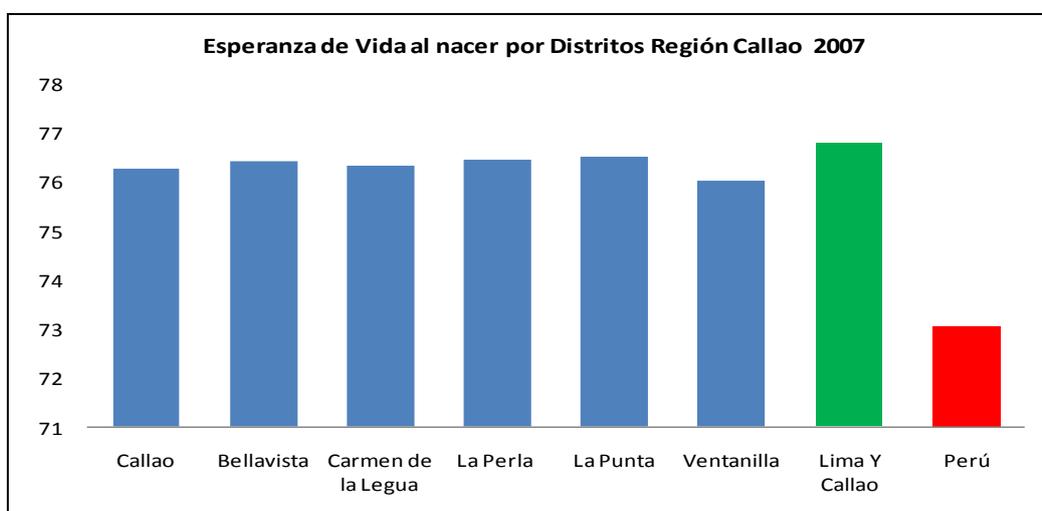
RAZÓN DE DEPENDENCIA (RD)

- La razón de dependencia (R.D) en la región Callao (2011) es de 45.7 por 100 habitantes a diferencia del promedio nacional 55.1 por 100 habitantes.
- La R.D. más alta la tiene el departamento de Huancavelica (80.1 por 100 habitantes) y la más baja el departamento de Moquegua (44.7 por 100 habitantes).
- En relación a las Américas el promedio de R.D. (2011) es 51.8 por 100 habitantes. En América Latina y el Caribe es 52.9 por 100 habitantes.

- En el área Andina el promedio es 55 por 100 hab, el más alto es de Bolivia (67.9 por 100 hab.) y el más bajo Colombia (52 por hab.).
- En el Cono sur: el promedio es (53.2 por 100 hab), el más alto Paraguay 62.3 por 100 hab. y el más bajo Chile 45.6 por 100 hab.

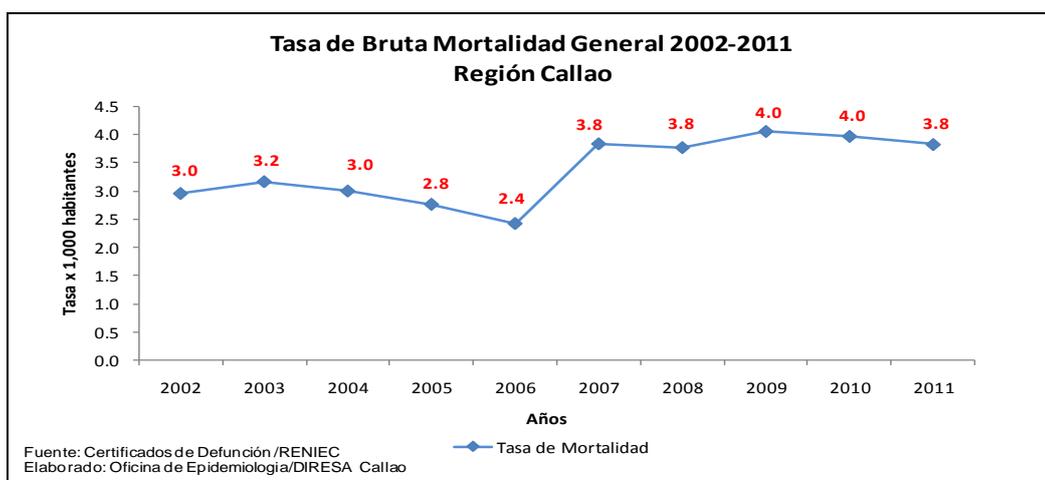
ESPERANZA DE VIDA AL NACER

- La esperanza de vida al nacer, es uno de los indicadores que resume mejor el nivel de vida de la población. Para el quinquenio 2010 - 2015 las proyecciones de esperanza de vida al nacer para la población chalaca será de 77.7 años, con mayor supervivencia en las mujeres (80.3 años) en promedio vivirán 5 años más que los varones (75.6 años).
- La esperanza de vida al nacer en los diferentes distritos de la Región Callao supera el promedio de nacional (74.1 años) por tanto puede presumirse que la duración media de vida está aumentando apreciablemente y la tasa bruta de mortalidad va en descenso; relacionado probablemente con la expansión de los servicios de salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población que condicionan el desarrollo de la población y a su vez está relacionado con los diferentes factores como: situación nutricional, niveles de sanidad ambiental, calidad de los programas de salud pública, política de vacunación y prevención de enfermedades epidémicas, ampliación progresiva de aplicación de estrategias integradas e integradoras a población pobre y excluida, desarrollo de la infraestructura sanitaria, mejora de la capacidad resolutive de los servicios de salud, que implica equipamiento, financiamiento y presencia de Médicos, Enfermeras, Obstetricas, Odontólogos, Biólogos, otros profesionales y Técnicos; capacitados acorde a cada realidad del departamento por sus características de pluriculturalidad.
- El promedio nacional en mujeres 76.8 años y en varones 71.5 años el valor máximo lo presenta la Región Callao y el menor Huancavelica (69.8 años)
- En las Américas el promedio 76.1 año, en América Latina y el Caribe 74.2 años.
- En el Área Andina: El Ecuador tiene el máximo indicador (75.7 años) y Bolivia el menor (66.8 años)
- En el Cono Sur: Chile presenta el mejor indicador (79.2 años) y Paraguay el menor (72.6 años)



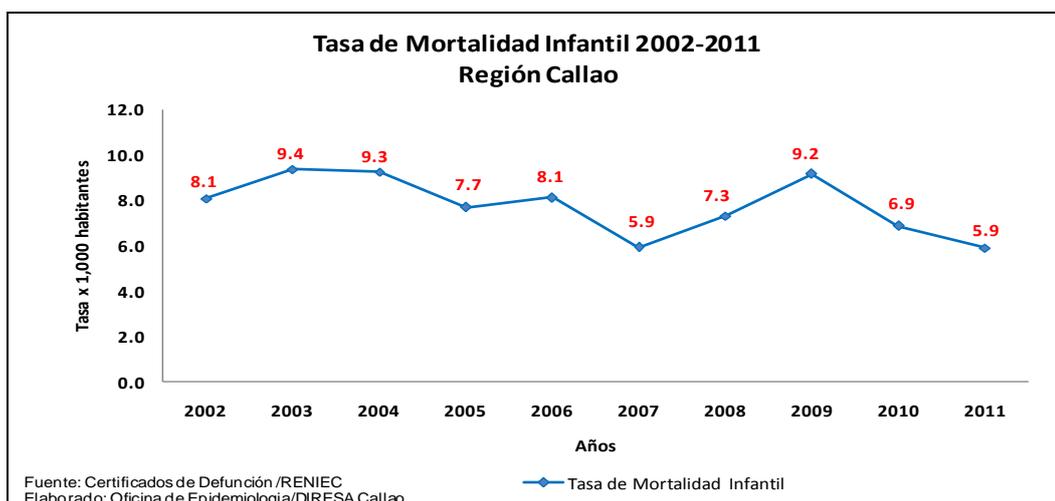
Fuente: INEI/Elaborado PENUD

TASA BRUTA DE MORTALIDAD (TBM)



- La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) de la Región Callao presenta un incremento sostenido a partir del año 2006 hasta el año 2010, descendiendo en el año 2011.
- La TBM de la Región Callao-2011 es 3.8 por mil habitantes inferior a la nacional (5.52 por 1,000 hab.), el mejor indicador a diferencia de Puno, peor indicador del país (7.01 por 1000 hab.).
- En el periodo 2002-2011 la TBM mas alta (7.7 por 1,000 hab.) pertenece al distrito de Bellavista (sobrepasa la Regional), la más baja al distrito de Ventanilla (1.7 por 1,000 hab.).
- En el año 2011 todos los distritos de la Región muestran TBM más bajas que la regional a excepción del los distritos de Bellavista y la Perla.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL



- La Tasa De Mortalidad Infantil (TMI) en la Región Callao en el año 2011 es de 5.9 por 1,000 n.v. En el año 2010 la TMI del distrito de Bellavista (27.5 por 1,000 n.v.) y La Punta (29 por 1,000 n.v.) presentaban las tasa más altas que cuadruplicaban la regional. En el año 2011 la TMI del distrito de Bellavista (16 por 1,000 n.v.) ha disminuido y con la del distrito de Ventanilla (15.88 por 1,000 n.v.) reportan las TMI más altas de la Región, el distrito de

La Punta no han reportado fallecidos. En el año 2010 los distritos de Callao y Ventanilla reportan las más bajas (5.3 por 1,000 n.v. respectivamente), en el año 2011 una de las más bajas es de Callao (5.69 por 1,000 n.v.).

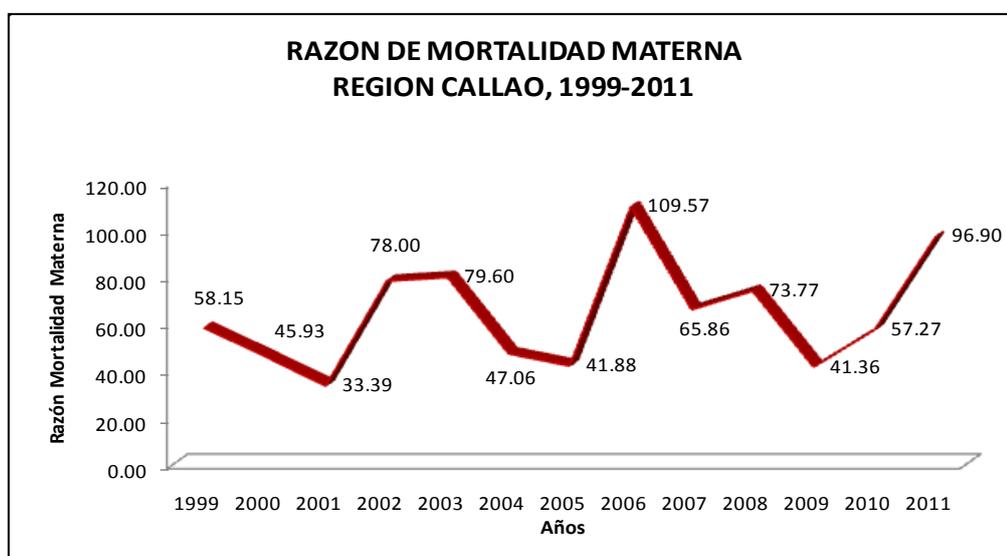
- La TMI nacional es 17.1 por 1,000 n.v. triplica a la Regional del Callao (mejor indicador), la más alta la muestra Loreto (42.8 por 1,000 n.v.).
- En las Américas la TMI promedio 14.8 por 1,000 n.v., a mejor es ostentada por Cuba (4.5 por 1,000 hab) y la más alta por Bolivia (50 por 1,000 n.v.).
- En Área Andina el mejor indicador lo posee Colombia (15.3 por 1,000 n.v.) y el más alto Bolivia.
- En el Cono Sur el mejor indicador lo tiene Chile 7.9 por 1,000 n.v. y el peor Paraguay 16.9 por 1,000 hab.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM)

- La razón de mortalidad materna en la Región Callao es de 96.90 por 100,000 n.v. en el año 2011, inferior al promedio nacional 103 por 100,000 n.v. (2006), incrementándose en relación al mismo periodo de los años anteriores (2009-2010).
- En el año 2011 se notificaron 15 muertes maternas el máximo número de casos notificados reportados en los últimos 12 años desde que se inicio la Vigilancia de Muerte Materna a nivel Nacional.

Razón de Mortalidad Materna: Indicadores Básicos 2009-2011-OPS

- En las Américas este indicador se ha incrementado de 63.7 por 100,000 n.v. (2009) a 65.7 por 100,000 n.v. (2010), el mejor indicador es el de Canadá que disminuyo a 6.5 por 100,000 habitantes (2011) de 7.6 por 100,000 n.v. (2010) y 8.8 por 100,000 n.v. en el 2009, seguido por Estado Unidos que disminuyó de 13.3 por 100,000 n.v. en el 2009 a 12.7 por 100,00 n.v. (2010-2011) y el tercer lugar Chile que disminuye de 18.2 por 100,000 n.v. (2009) a 16.9 por 100,000 n.v. (2010) 16.6 por 100,000 n.v. en los Indicadores presentados por OPS en el 2011.
- El indicador más bajo (mejor) en el área Andina lo tiene el de Venezuela 62.9 por 100,000 n.v. y el más alto Perú 103 por 100,000 n.v.
- En el cono Sur la RMM más alta es de Paraguay 125.3 por 100,000 n.v. y la más baja Chile con 16.6 por 100,000 n.v.



Fuente: Hechos Vitales/OITE/Noti_Sp-Oficina de Epidemiología
Elaborado por: Oficina de Epidemiología- DIRESA Callao

4.3. 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.

4.3.1. ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS

ABASTECIMIENTO DE AGUA

Abastecimiento de Agua según encuesta Nacional de Hogares ENAHO-BASE 2010:

- 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 91.8% de la población cuenta con agua potable, mejor indicador a nivel nacional (72.3%). El indicador más bajo es de Loreto 40.9%.

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.
- 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.

Indicadores Básicos 2011 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 95%.
- En América Latina el promedio es 93%, en el área Andina es 89 %, en el Cono Sur es 94 %. En el Área Andina el mayor porcentaje lo asume Ecuador con 94% y el más bajo Perú con 82 %.

- 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 las poblaciones de Paraguay cuenta con agua potable.

SANEAMIENTO BASICO

Saneamiento Básico según encuesta Nacional de Hogares ENAHO-BASE 2010:

- La población con acceso a saneamiento: incluye servicio sanitario con desagüe en red pública dentro y fuera de la vivienda. No incluye letrinas ni pozos sépticos.
- En la Región Callao el 96.8% de las viviendas tienen acceso a saneamiento básico, primer mejor indicador a nivel nacional.
- A nivel nacional el 86.4% de pobladores poseen este servicio, y al igual que en el abastecimiento de agua el mejor indicador es de la Región Callao 96.8%, seguido de Lima 96.2%, el más bajo es de Ucayali 39.7%.

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 2011 de la OPS

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

SERVICIO ELECTRICO

Disponibilidad de Servicio Eléctrico Según Encuesta Nacional de Hogares ENAHO-BASE 2010

- 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 84.8%, el mejor indicador es de la Región Callao, seguido de Lima con 98.9% y el más bajo es Cajamarca 54.2%.

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 2011-OPS, Situación de Salud del Perú- Indicadores Básicos 2010-DGE, Hechos Vitales 2011-Oficina de Estadística- Noti_Sp - Oficina de Epidemiología-DIRESA CALLAO).

4.3.2. POBLACION POBRE REGION CALLAO 2010

DISTRITOS	POBLACION TOTAL	POBLACION POBRE	EXTREMADAMENTE POBRE
VENTANILLA	298,302.00 hab	50,711.00 hab	29,830.00 hab
CARMEN DE LA LEGUA	44,937.00 hab	7,639.00 hab	4,494.00 hab
CALLAO	441,954.00 hab	75,132.00 hab	44,195.00 hab
BELLAVISTA	80,682.00 hab	13,716.00 hab	8,068.00 hab
LA PERLA	66,229.00 hab	11,259.00 hab	6,623.00 hab
LA PUNTA	9,164.00 hab	1,558.00 hab	916.00 hab

FUENTE: INEI 2010

FAMILIAS POBRES Y EN EXTREMA POBREZA REGIÓN CALLAO 2010

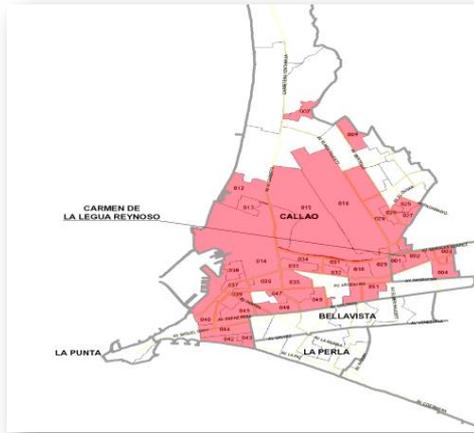
POBLACIÓN TOTAL DEL CALLAO: 941,268.00 HAB. TOTAL FAMILIA DEL CALLAO: 188,254.00 H

DISTRITOS	FAMILIAS	FAMILIAS POBRES	FAMILIA EXTREMADAMENTE POBRE
VENTANILLA	5,966.00	1,014.00	597,00
CARMEN DE LA LEGUA	8,987.00	1,528.00	899,00
CALLAO	88,391.00	15,026.00	8,839.00
BELLAVITA	16,136.00	2,743.00	1,614.00
LA PERLA	13,246.00	2,252.00	1,325.00
LA PUNTA	1,833.00	311.00	183.00

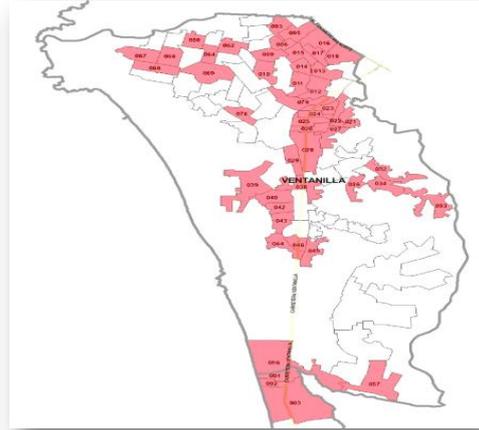
**TOTAL DE POBLACION ENTRE CINCO IGUAL NÚMERO DE FAMILIAS
FUENTE: INEI 2010**

MAPA DE POBREZA

REDES DE SALUD BONILLA – LA PUNTA Y
BEPECA DE REGION CALLAO 2008



RED DE VENTANILLA
REGION CALLAO 2008

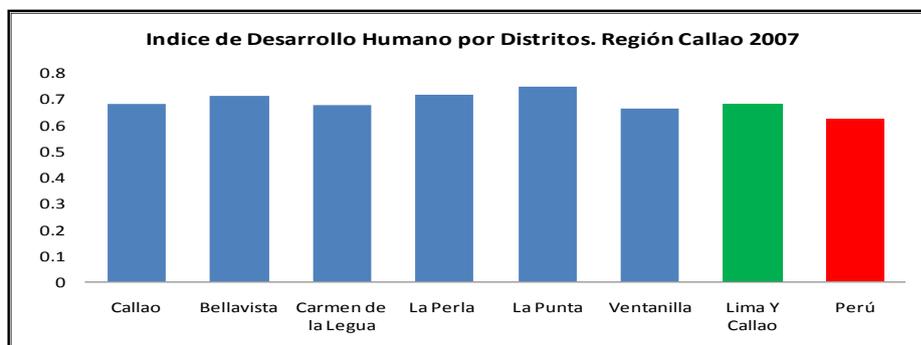


FUENTE: DIRECCION DE SERVICIO DE SALUD – DIRESA CALLAO
Elaborado: Oficina de Epidemiología – DIRESA Callao

La mayor concentración de población en pobreza extrema, se encuentra en los distritos de Callao, Ventanilla y Carmen de La Legua

4.3.3. 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.



Fuente: IDH CENSO 2007

- Según PNUD .Informe sobre Desarrollo Humano –Perú 2009.Lima: PNUD: 2010.
- El IDH de la Región Callao es 0.680, superior al Nacional 0.623.los distritos de Carmen de la Legua y la Punta cuentan con el IDH más bajo.
- A nivel nacionalLima posee el más alto (0.877) y el más bajo Huancavelica (0.515.)

4.3.4. INDICADORES DE EDUCACIÓN:

A. Indicadores de Educación: Fuente Dirección Regional de Educación Callao-DREC-2011

- Nivel de escolarización de la población de 0 a 24 en el año años 2011 es 46% quiere decir que 46 de cada 100 habitantes de 0 a 24 años se encuentra incorporado al sistema educativo en la Región, esta cifra es menor al compararla a la del año 2001 (58%)
- En cuanto a la Tasa Neta de matrícula, el indicador es superior al nacional en los tres niveles. Ha mejorado a nivel Regional en el nivel primario y secundario ocupando el 2to y 3o lugar respectivamente en el ranking nacional.
- En la Región Callao estudiaron 212,130 escolares, en los niveles de inicial, primaria y secundaria de menores, 127,995 (60.33%) en el sector público y 84,135 (39.66%) en el sector privado. Al compararlo con los indicadores del año 2004 concluimos que descendió el porcentaje de alumnos matriculador en el sector público y se incremento en el privado (28%), igual que a nivel de país.
- En relación a niveles y sectores, el nivel inicial posee la mayor cantidad de instituciones educativas (40.55%) tanto públicas como privadas. El nivel primario de menores ostenta el alumnado más populosos (43.50%), así como la mayor cantidad de docentes (40.52%) y secciones (43.73%) del total de la región.
- En el sector privado existen la mayor cantidad de instituciones educativas (75.86%), secciones (52.58%); en cambio en el publico predomina el alumnado (60.01%)y los docentes (51.52%)
- Existe un mayor promedio de alumnos por docente, alumnos por secciones alumnos por instituciones y docentes por instituciones , en todos los niveles del sector público:

- En el nivel secundaria de menores, sector público, corresponde el promedio más alto de alumnos por sección 27,28 siendo mayor en el distrito de Carmen de la Legua (31) y Ventanilla (33).
 - El indicador alumnos por docente, el nivel inicial y primaria de menores del sector público ostenta el mayor promedio (19-27) y el nivel secundaria de 15-20, en todos los distritos de la Región.
 - En relación al indicador N° de alumnos por institución, observamos que el promedio más alto, lo ubicamos en el sector público, nivel secundario (1032) en Bellavista, donde se encuentra la I.E. General Prado que congrega la mayor cantidad de estudiantes de la Provincia. En el distrito de Carmen de la Legua el promedio es 1024, debido probablemente a la presencia de la I.E. Raúl Porras Barrenechea.
- **Indicadores de Eficiencia del Sistema Educativo-Sector Público-Primario y Secundario de Menores**
 - En nivel primario 2011: Aprobados 96.6%-pasan a Recuperación 1.03%-Desaprobados 1% y Retirados 1.37%.
 - En el nivel secundario 2011: Aprobados (96.20%), Pasa a recuperación 0.66%, Desaprobados (1.90%) y retirados 1.24%.
 - Los indicadores del nivel primario y secundario han evolucionado favorablemente en los últimos años
 - Los indicadores de secundaria de menores (aprobados, van a recuperación, retirados, son superiores a los de primaria. El indicador desaprobados (1) del sector público primaria de menores es mejor que el de secundaria (1.90).

%EFICIENCIA DEL SISTEMA EDUCATIVO-SECTOR PUBLICO-PRIMARIA SECUNDARIA DE MENORES- DREC REGION CALLAO 2001-2011

Variable	Primaria		Secundaria	
	2001	2011	2001	2011
Aprobados	83.41	96.6	70.85	96.20
Van a recuperación	9.18	1.03	18.92	0.66
Desaprobados	3.17	1	6.66	1.90
Retirados	4.24	1.37	3.58	1.24
Matriculados	100	100	100	100

FUENTE: DREC

B. Indicadores de Educación. Fuente Ministerio de Educación

- **Tasa de Conclusión de Primaria y Secundaria año 2005 y 2010**
 - Estos indicadores han mejorado en el nivel primario de 12-13años y 15-19 años y secundario de 17-18 años en el año 2010 en relación al mismo periodo del año 2005 en la Región Callao y a nivel nacional en todos los grupos de edades.
 - Tasa de conclusión primaria: Mejoro en estudiantes de primaria de 12 a 13 de 81.3% (2005) a 88% (2010), superando el promedio nacional y ocupando el 6to y 3er lugar respectivamente. En los estudiantes de 15 a 19 años de 89.6% (2005) a 98% (2010) siendo superiores al promedio

nacional en el año 2010 y ocupando el dieciochoavo y quinto lugar en el ranking nacional.

- Tasa de conclusión secundaria: Mejoro en los alumnos de 17 a 18 años ascendió de 63.2% (2005) a 71.2% (2010), sobrepasando el promedio regional y ocupando el 6to lugar respectivamente. En los estudiantes de 20 a 24 años el indicador mejoro de 79.8% (2005) a 83.9% (2010), sobrepasando el nacional y ocupando el 7mo. lugar respectivamente en el ranking nacional.

- **Indicador porcentaje de aprobados: 2005 y 2009:**

- Los estudiantes del nivel primario en la Región Callao mejoraron este indicador 92.2% (2005) a 92.6% (2009), sobrepasando el promedio nacional y ocupando el 7mo lugar respectivamente, en el ranking nacional.
- En el nivel secundario, el porcentaje de alumnos aprobados descendió de 86.6% (2005) a 86.5% (2009), siendo superiores al nacional en el año 2005 e igual en el año 2010, ocupando el 9no y 12avo lugar respectivamente en el ranking nacional.

- **Indicador: Repetidores 2005 y 2010**

- En el nivel primario de 3.7% (2005) mejoro a 3% (2010), indicadores mejores al nacional, ocupando el 2do y 4to lugar en el ranking nacional respectivamente.
- En el nivel secundario de 4.8 % (2005) mejoro a 4.5% (2010), indicadores superiores al nacional, ocupando el 10mo y 6to lugar respectivamente.

- **Número de alumnos por docente- año 2005 y 2010:**

- En el nivel inicial, en el año 2005 la menor cantidad de alumnos por docente es 14, ocupando el Callao el 1er lugar y en el año 2010 asciende a 15 alumnos, ocupa el 4to lugar en el ranking nacional, siendo en ambos años menor al promedio nacional
- En primaria, el promedio es 15 alumnos por docente en los años mencionados, siendo menores al promedio nacional y ocupando el 4to y 7mo lugar respectivamente.
- En secundaria el promedio del número de alumnos (12) en el año 2005, asciende a 13 (2010) siendo menor al promedio nacional (2005) e igual (2010), ocupa el 3er y 13avo lugar respectivamente en el ranking nacional.

- **Tamaño Promedio de Clase: año 2005 y 2010.**

- **Nivel inicial:** número de alumnos por clase en la Región Callao es 17 (2005) y asciende a 19 (2010), inferiores al nacional, ocupando el 2do y 5to lugar en el ranking.
- **Nivel primario:** de 23 alumnos (2005) por clase en la Región Callao disminuye a 21 (2010), número inferior al nacional en el año 2005 y superior en (2010), ocupando el 11avo y 15avo lugar.
- **Nivel secundario:** estudiaron en promedio 28 alumnos por clase (2005) descendiendo a 26 (2010), igual al promedio nacional (2005) y superior (2010, ocupa el 15avo y 19avo lugar.

- **Tasa de deserción acumulada (% de población del grupo de edades relevantes que no ha completado el nivel o etapa educativa):** Las poblaciones de referencia para primaria incompleta son 7 a 14 años, de 13 a 19 años para secundaria incompleta.
 - **Nivel Primario:** En el año 2005 en la Región Callao no se encontraron personas de 7 a 14 años con primaria incompleta, incrementándose a 1.1 % en el año 2010, ocupando el Callao el 12avo lugar, teniendo 0% Arequipa y Moquegua.
 - **Secundario:** En el año 2005, el 9% de la población de 13 a 19 años de la Región Callao tiene secundaria incompleta, ocupando el 7mo lugar. En el año 2010 el porcentaje disminuye a 5.1%, ocupando el 5to lugar.

- **Gasto público en instituciones educativas por alumno (soles corrientes) 2007-2010:** cociente que resulta de dividir el gasto público en un cierto nivel educativo-Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Público (SIAF-SP) del Ministerio de Economía y Finanzas (datos de gasto público) y Censo Escolar del Ministerio de Educación.
 - **Nivel Inicial:** En el año 2007 en la Región Callao se realizó un gasto de 967 soles por alumno, incrementándose a 1608 (2010), superiores al gasto nacional, ocupa el 7mo lugar (2007) y 5to lugar (2010). En Moquegua se invirtió 1,655 soles por alumno (1er lugar) en el año 2007, y 3183 (1er lugar) en el año 2010.
 - **Nivel Primaria:** En el año 2007 se realizó un gasto de 903 soles por alumno, ascendiendo a 1404 en el año 2010 inferiores al gasto nacional en ambos años y ocupando el 21avo y 19avo lugar respectivamente. En Moquegua se invirtió 1994 soles (2007) y 3481soles (2010), ocupando el primer lugar en inversión en educación en los años antes mencionados.
 - **Nivel Secundaria:** En el año 2007 en la Región Callao se invirtió 1283 soles por alumno y 1796 en el año 2010, cifras inferiores al gasto nacional en ambos años, ocupando el 10mo lugar. (2007) y 11avo lugar(2010).En Moquegua se invirtió 2520 (2007) ocupó primer lugar en gastos en educación ,pero en el 2010 en Tacna se invirtió 4895 por alumno superando a Moquegua (3931)

C. Promedio de Años de Escolaridad: ENAHO (2010)

- El promedio de años de escolaridad en la Región Callao (15 a más años) es de 11.5 años en el hombre y 11.2 años en la mujer, superior al nacional 10.8 (h) y 10.2 (m). El departamento de Arequipa y Lima muestran el mismo promedio (11.8 años) más alto del país y Lima en mujeres (11.4 años). El departamento de Amazonas (9.0 años) tiene el promedio más bajo en varones y Cajamarca (8.3 años) en mujeres.

D. Educación 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%)

E. Alfabetismo en la Región Callao

Tasa de Alfabetismo:

1. Según Censo 2007

La tasa de alfabetismo de la Región Callao, la mejor del país es de 98.4%, el promedio nacional es 89.60%.

Según distritos: Callao (98.4%), Bellavista (99.4%), Carmen de La Legua (97.9%), La Perla (99.4%), La Punta (99.8%), Ventanilla (97.9%).

Considerando a las mujeres: Callao (97.6%), Bellavista (99.2%), Carmen de la Legua (96.9%), La Perla (99.2%), La Punta (99.6%), Ventanilla (96.8%).

La población alfabetizada de 15 años a más según Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG 2010) de la Región Callao es de 97%, la más alta del país, 99.2% en varones y 95% en mujeres, el promedio nacional es del 90%. La más baja del país (Huancavelica 74.4%).

2. Según Indicadores OPS 2011

- En América Latina el promedio es 90.8%(2009) teniendo la cifra más alta Cuba con 99.8% la más baja Guatemala (74.5%)
- En el Área Andina la cifra más alta es de Venezuela con 95.2%, la más baja Ecuador con 84.2%.
- En el Cono Sur la cifra más alta es de Chile 98.6% , de Uruguay 98.3% y Argentina 97.7%, la más baja es de Paraguay con 94.6%

4.3.5. DETERMINANTES ECONÓMICOS

- 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 económica, 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%.
- Línea de Pobreza según ENAHOG 2010: el 15.6% de la población del Callao es pobre y el 0.1% se encuentra en pobreza extrema. Los datos del país, 31.3% de la población son pobres y 9.8% extremadamente pobres.

- El departamento más pobre es Huancavelica: 66.1% con 28.6% de su población extremadamente pobre.
- Ingreso real promedio por capital mensual: Según INEI: Evolución de la Pobreza al 2010. Este indicador está incluido en Lima y es de 720.50 superior al nacional (491.50), el más bajo lo posee Huancavelica (214.70) y el mejor indicador del país lo tiene Lima (720.50)

4.4. DETERMINANTES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD

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.

4.4.1. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS

La DIRESA Callao a enero del 2012 cuenta con 1931 trabajadores: 1040 trabajadores nombrados y 891 trabajadores Contrato CAS.

DISTRITO	NOMBRADOS	CONTRATADOS	Total general
BELLAVISTA	256	25	281
CALLAO	481	286	767
CARMEN DE LA LEGUA	34	5	39
LA PERLA	44	10	54
LA PUNTA	13	3	16
VENTANILLA	212	562	774
Total general	1040	891	1931

FUENTE: Dirección Ejecutiva RRHH DIRESA Callao/
Elaborado por la Oficina de Epidemiología *Enero 2012

**PERSONAL CAS POR DISTRITOS DIRESA CALLAO
2012*
Región Callao**

	MEDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRICES	ODONTOLOGOS	PSICOLOGOS	ESTADISTICO	TECNOLOGOS MEDICOS	TECNICAS DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TEC. EN COMPUTACION E INFORMATICA	TECNICO FARMACEUTICO	TECNICO DE SALUD AMBIENTAL	OTROS	TOTAL
CALLAO	28	14	9	3	5	1	0	16	9	3	3	4	191	286
BELLAVISTA	1	2		0	1	0	0	2	0	12	0	0	7	25
CARMEN DE LA LEGUA	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	5
LA PERLA	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	7	10
LA PUNTA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
VENTANILLA	69	44	29	14	3	0	6	105	12	4	16	6	254	562
REGION	100	61	38	18	9	1	6	125	21	19	19	10	464	891

FUENTE: Dirección Ejecutiva RRHH DIRESA Callao
Elaborado por la Oficina de Epidemiología *Enero 2012

**PERSONAL NOMBRADO POR DISTRITOS DIRESA CALLAO
2012*
Región Callao**

	MEDICO	ENFERMERAS	ESTADISTICOS	OBSTETRICES	ODONTOLOGOS	OTROS	PSICOLOGOS	QUIMICO FARMACEUTICO	TEC. ENFERMERIA	TEC. INFORMATICOS	TEC. LABORATORIO	TECNOLOGO MEDICO	AUX. ENFERMERIA	TOTAL
CALLAO	83	19		32	19	172	7	1	95		10	3	40	481
BELLAVISTA	40	8	1	7	2	175	2	2	10	1	2	1	5	256
CARMEN DE LA LEGUA	8	2		2	2	12			2		1		5	34
LA PERLA	11	2		2	4	14			6		1		4	44
LA PUNTA		1		1	1	5	1		4					13
VENTANILLA	45	19		24	5	56	2		48		2	1	10	212
REGION	187	51	1	68	33	434	12	3	165	1	16	5	64	1040

FUENTE: Dirección Ejecutiva RRHH DIRESA Callao
Elaborado por la Oficina de Epidemiología *Enero 2012

4.4.1.1. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD POR 10,000 HABITANTES

DISTRIBUCION DE PERSONAL DE SALUD DIRESA CALLAO POR 10,000 HABITANTES SEGÚN DISTRITOS REGION CALLAO ENERO 2012

Región	Médico		Enfermera		Obstetriz		Odontólogo		Otros	
	Nº	DISTRIB. por 10,000 hab.	Nº	DISTRIB. por 10,000 hab.	Nº	DISTRIB. por 10,000 hab.	Nº	DISTRIB por 10,000 hab.	Nº	DISTRIB. Por 10,000 hab.
Callao	111	3	33	1	41	1	22	1	560	74
Bellavista	41	6	10	1	7	1	2	0.26	221	30
Carmen de la Legua	8	2	3	1	2	0.32	2	0.47	24	5
La Perla	12	2	2	0.32	2	0.32	5	1	33	14
La Punta	1	1	1	1	1	1	1	1	12	6
Ventanilla	114	3	63	2	53	1	19	1	525	14
Total	287	3	112	1	106	1	51	0.53	1375	14

FUENTE: Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos
Elaborado por Of. Epidemiología

La distribución de personal de salud por 10,000 habitantes en la DIRESA Callao: hemos considerado el personal de salud (nombrado y Cas) que trabaja en los centros de salud, en el nivel de administración central, en el Hospital de Ventanilla. Los resultados son: 3 **médicos** por 10,000 hab. el distrito de Bellavista es el que tiene mayor cantidad de este tipo de profesional y La Punta la menor cantidad, siendo Callao y Ventanilla los distritos más populosos., el promedio a nivel nacional es 9 **médicos** por 10,000 hab.; 1 **enfermera** por 10,000 hab. la mayoría de distritos cuenta con este promedio, a nivel de país son 9 **enfermeras** por 10,000 hab., 1 **obstetriz** por 10,000 hab., el promedio nacional son 3 **obstetricas** por 10,000 hab, los distritos de Carmen de la Legua y La Perla poseen la menor cantidad; 0.53 **odontólogos** por 10,000 hab, el promedio nacional es 1 por 10,000 hab., los distritos menos favorecidos son Bellavista y Carmen de la Legua.

4.4.2. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGUN NIVEL

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, 05 Centros de salud I-4, 15 Centros de Salud I-3, 27 Puestos de Salud I-2 y 01 Puesto de Salud I-3

RELACION DE ESTABLECIMIENTOS, HORARIO DE ATENCION Y CATEGORIA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO -

ESTABLECIMIENTOS	HORARIO DE ATENCION			CATEGORIA
	24 H	12 H	6 H	
HOSPITALES				
DANIEL A. CARRION	X			III-1
SAN JOSE	X			II-2
DE VENTANILLA	X			II-1
SANIDAD				
AEREA INTERNACIONAL	X			I-3
MARITIMA INTERNACIONAL	X			I-3
RED - BONILLA - LA PUNTA				
MICRORED DE SALUD BONILLA				
C.S. MANUEL BONILLA (Base de Microred)		X		I-3
C.S. ALBERTO BARTON		X		I-3
P.S. SAN JUAN BOSCO			X	I-2
C.S. PUERTO NUEVO			X	I-3
C.S. LA PUNTA			X	I-3
MICRORED DE SALUD SANTA FE				
C.S. SANTA FE (Base de Microred)		X		I-3
P.S. CALLAO		X		I-2
P.S. JOSE BOTERIN			X	I-2
MICRORED DE SALUD JOSE OLAYA				
C.S. JOSE OLAYA (Base de Microred)		X		I-3
P.S. MIGUEL GRAU			X	I-2
P.S. SANTA ROSA		X		I-2
MICRORED DE SALUD GAMBETTA ALTA				
C.S. GAMBETTA ALTA (Base de Microred)	X			I-4
P.S. RAMON CASTILLA			X	I-2
P.S. GAMBETTA BAJA		X		I-2
MICRORED DE SALUD ACAPULCO				
C.S. ACAPULCO (Base de Microred)	X			I-4
P.S. JUAN PABLO II		X		I-2
P.S. EL AYLLU			X	I-2
P.S. CENTRO DESARROLLO JUVENIL DEL CALLAO			X	I-2
RED - BEPECA				
MICRORED DE SALUD FAUCETT				
P.S. FAUCETT (Base de Microred)		X		I-2
P.S. 200 MILLAS		X		I-2
P.S. PALMERAS DE OQUENDO		X		I-2
MICRORED DE SALUD SESQUICENTENARIO				
C.S. SESQUICENTENARIO (Base de Microred)		X		I-3
P.S. PREVI		X		I-2
P.S. BOCANEGRA		X		I-2
P.S. EL ALAMO		X		I-2
MICRORED DE SALUD AEROPUERTO				
P.S. AEROPUERTO (Base de Microred)		X		I-2
P.S. PLAYA RIMAC			X	I-2
P.S. POLIGONO IV			X	I-2
MICRORED DE SALUD BELLAVISTA				
C.S. BELLAVISTA Perú Corea (Base de Microred)	X			I-4
C.S. ALTA MAR		X		I-3
P.S. LA PERLA		X		I-2
C.S. VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS		X		I-3
C.S. CARMEN DE LA LEGUA		X		I-3
RED DE SALUD VENTANILLA				
MICRORED DE SALUD PACHACUTEC				
C.S. MATERNO INFANTIL PACHACUTEC PERU-COREA (Base de Microred)	X			I-4
C.S. 3 DE FEBRERO		X		I-3
P.S. BAHIA BLANCA		X		I-2
P.S. CIUDAD PACHACUTEC		X		I-2
C.S. STA. ROSA DE PACHACUTEC		X		I-3
MICRORED DE SALUD ANGAMOS				
P.S. ANGAMOS (Base de Microred)		X		I-2
P.S. HIJOS DEL ALMIRANTE GRAU		X		I-2
P.S. DEFENSORES DE LA PATRIA			X	I-2
P.S. VENTANILLA ALTA		X		I-2
MICRORED DE SALUD VILLA LOS REYES				
C.S. VILLA LOS REYES (Base de Microred)		X		I-2
C.S. LUIS FELIPE DE LAS CASAS		X		I-3
P.S. MI PERÚ		X		I-3
MICRORED DE SALUD MARQUEZ				
C.S. MARQUEZ (Base de Microred)	X			I-4
C.S. VENTANILLA BAJA			X	I-3
P.S. VENTANILLA ESTE			X	I-2

4.4.2.1. OTROS SECTORES que brindan atención:

ESSALUD

CAP III Luis Negreiros Vega
CAP III Bellavista
Policlínico Hna. María Don Rose Sutmoller
Hospital Alberto Sabogal Sologuren -Red Asistencial Sabogal
Hospital Luis Negreiros Vega
CAP III Metropolitano Callao

GOBIERNO REGIONAL

Hospital Chalaco I
Hospital Chalaco II
Hospital Chalaco III

SANIDAD DEL EJERCITO

Servicio de Sanidad – Colegio Militar Leoncio Prado
Servicio de Sanidad de la Primera Brigada de Aviación del Ejército
Centro de Salud de la Legión Peruana de la Guardia

FUERZA AEREA

Departamento de Sanidad GRUSA

POLICIA NACIONAL CALLAO

Policlínico PNP Vipol
Policlínico PNP Callao
Posta Médica Policía Nacional del Perú Ventanilla
Posta PNP Médica DIRAVPOL

SANIDAD NAVAL

Centro de Vacunación Internacional del Centro Médico Naval cirujano
Mayor Santiago Távara
Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara
Policlínico de la Escuela Naval del Perú
Enfermería del Servicio de Policía Naval
Departamento de Sanidad del Instituto Superior Tecnológico Naval
Hospital de la Base Naval del Callao
Sanidad de Base Aeronaval del Callao
Posta Naval de Ventanilla
Enfermería de la Dirección de Hidrografía y Navegación
Enfermería del Servicio Naval de Transporte Terrestre
Enfermería de la Estación de Operaciones Especiales
Enfermería del Dpto. de Reservas Navales y Movilización
Enfermería del Grupo de Salvamiento de la Marina
Departamento de Sanidad de la Fuerza de Submarinos
Dpto. de Sanidad de la Comandancia de la Estación Naval La Perla
Servicio de Enfermería de la Estación Naval de Guardacostas
Enfermería del Centro Naval del Perú – Sede Callao

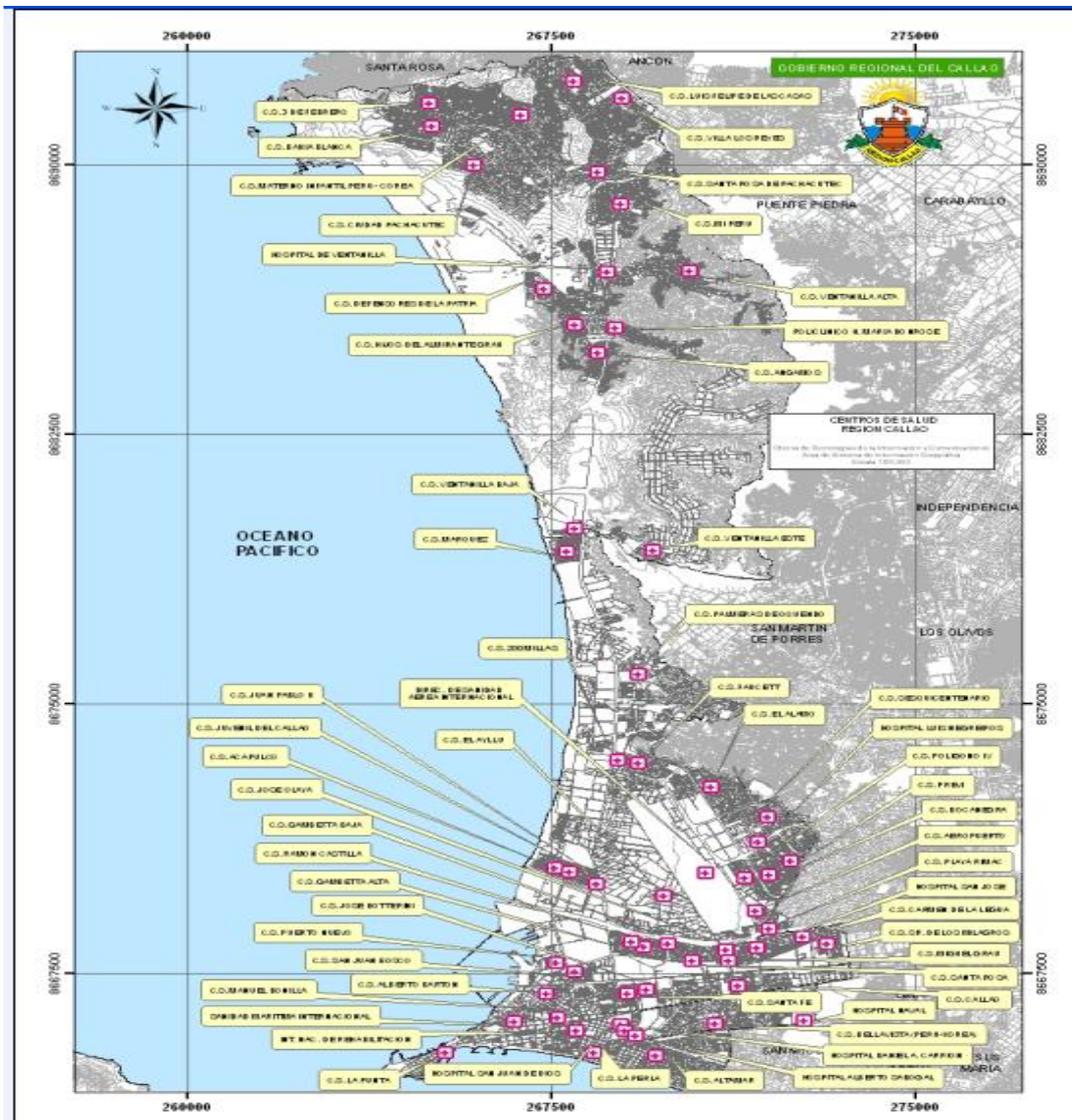
CLINICAS Y POLICLINICOS PRIVADOS

Clínica San José Reaño Ríos S.A.
Emp. De Serv. De Salud Policlínico Carrión S.A.
Soluciones Médicas Naturales S.A.C. (Clínica Mispireta)
Clínica Sudamericana S.A.C.

Policlínico Vicky E.I.R.L.
Policlínico Nuestra Señora de la Reconciliación
Policlínico Santo Domingo
Policlínico Nova Salud
Policlínico San José
Gamma Médica Laboratorio Clínico S.A.C.
Policlínico Yogo S.A.C.
Dial Salud S.A.C.
Policlínico San José
Policlínico La Perla
Asociación Emmanuel
MEJFEZ S.A.C.

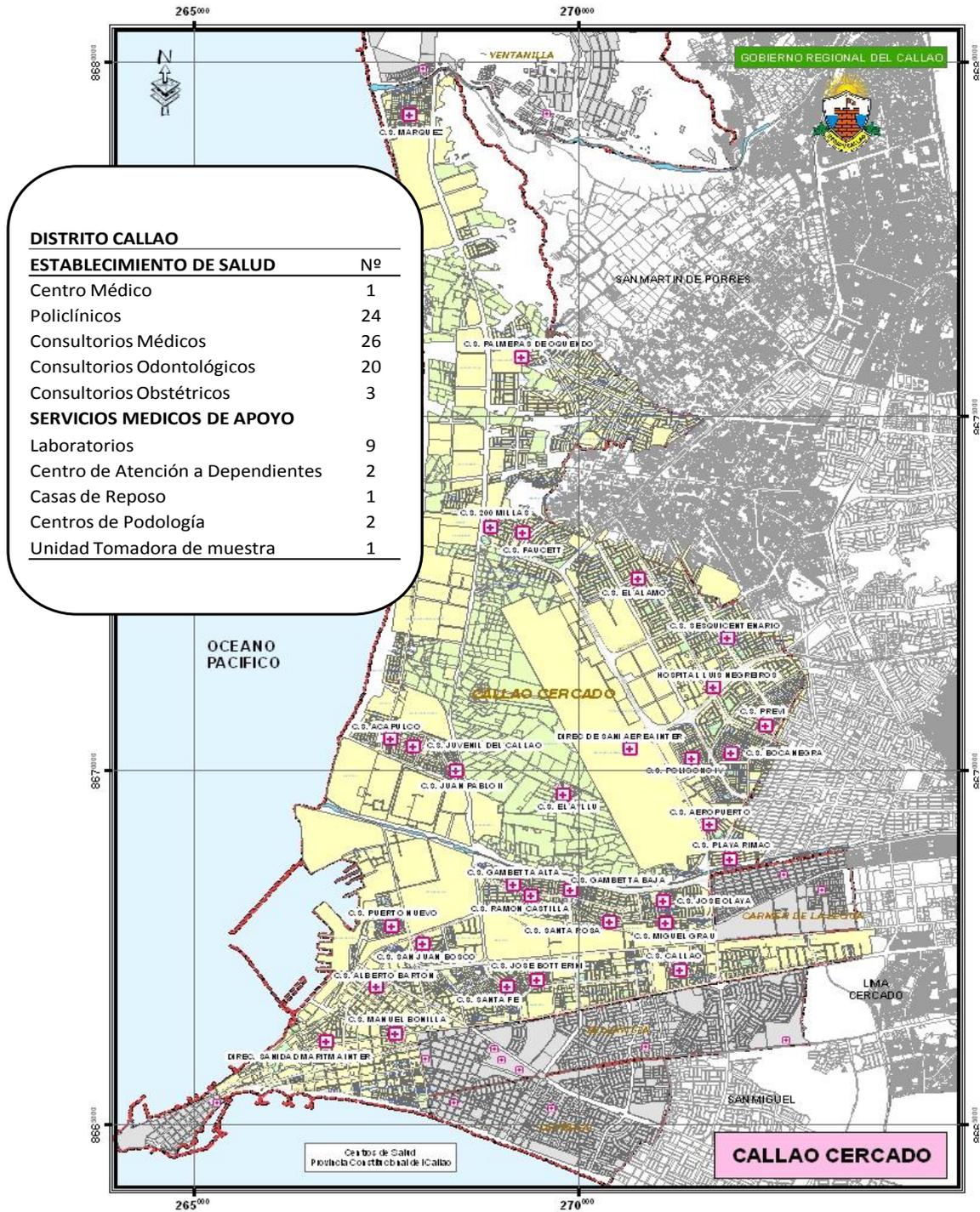
4.4.2.2. OFERTAS DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE LA REGION CALLAO

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



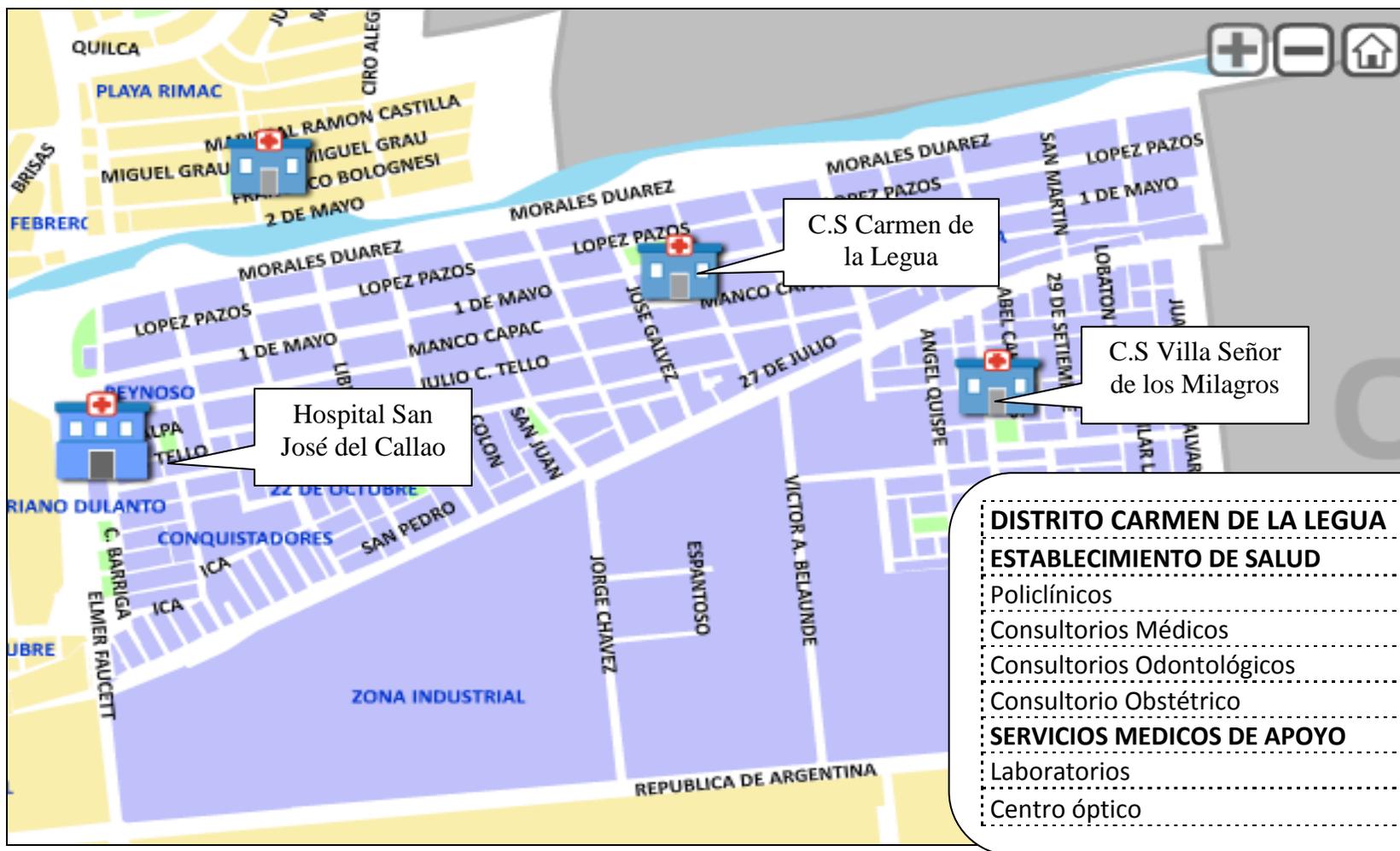
Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones-
Oficina de Epidemiología

OFERTA DE SALUD DISTRITO LA PUNTA



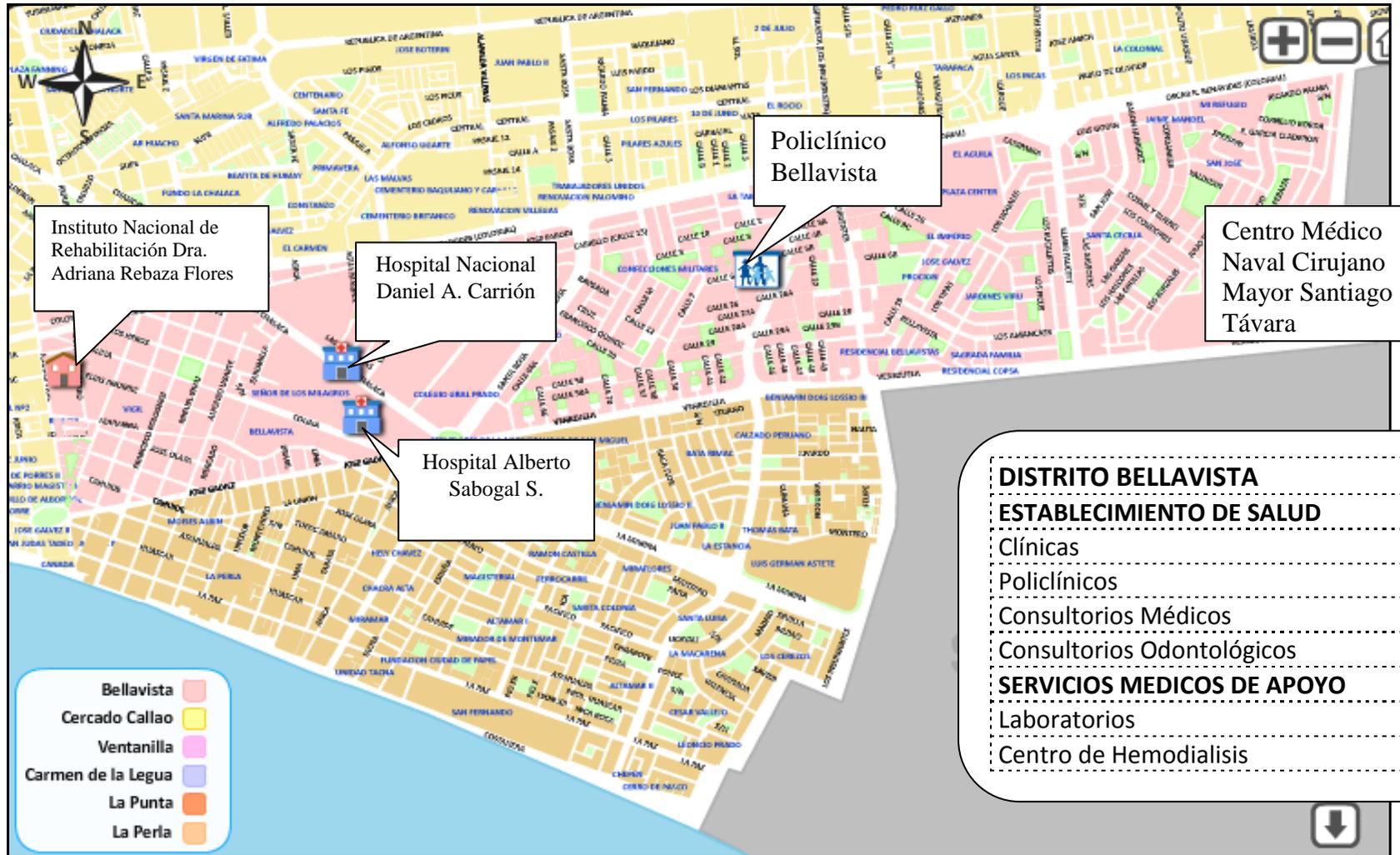
Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

OFERTA DE SALUD DISTRITO CARMEN DE LA LEGUA



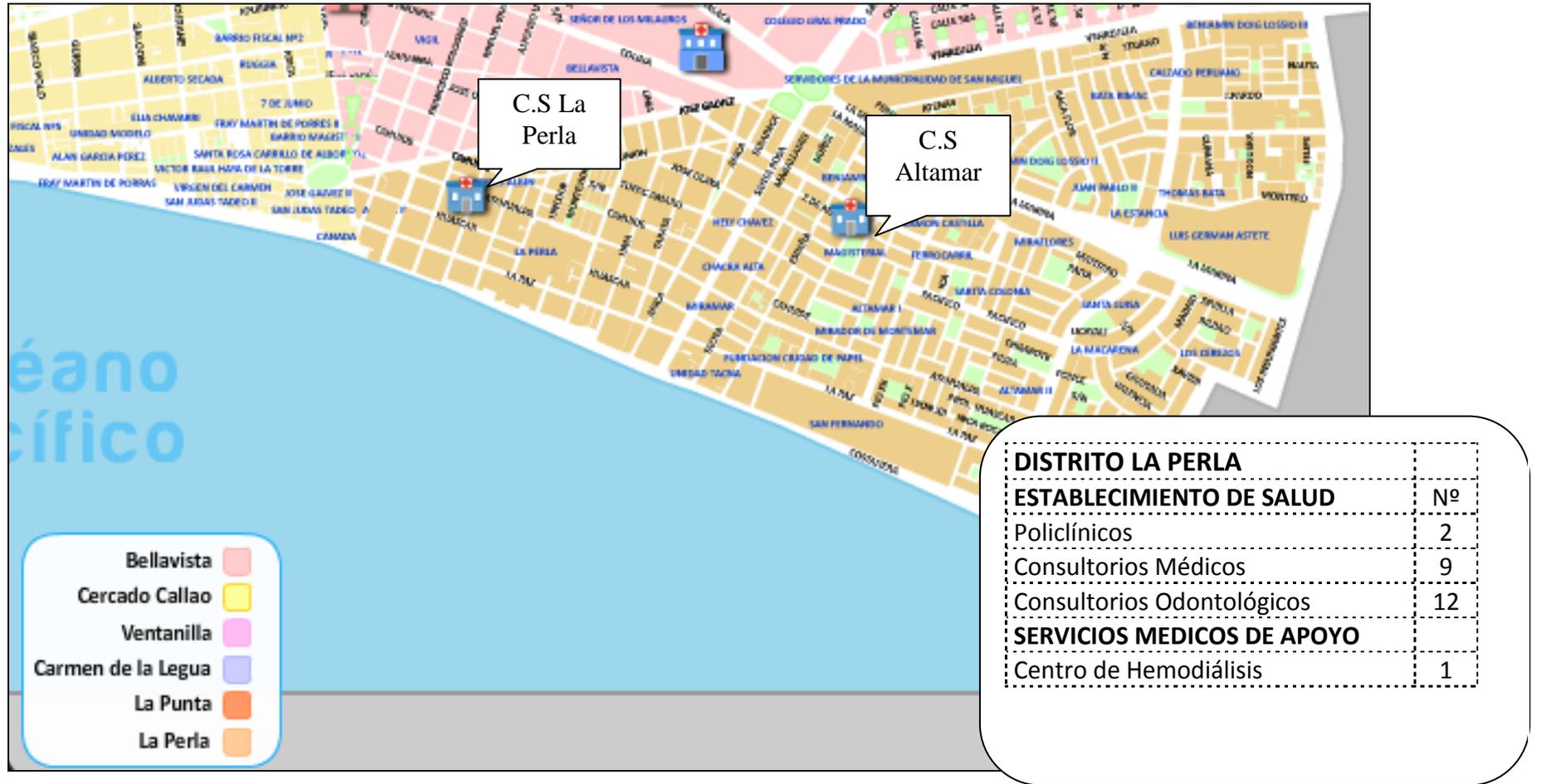
Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

OFERTA DE SALUD DISTRITO BELLAVISTA



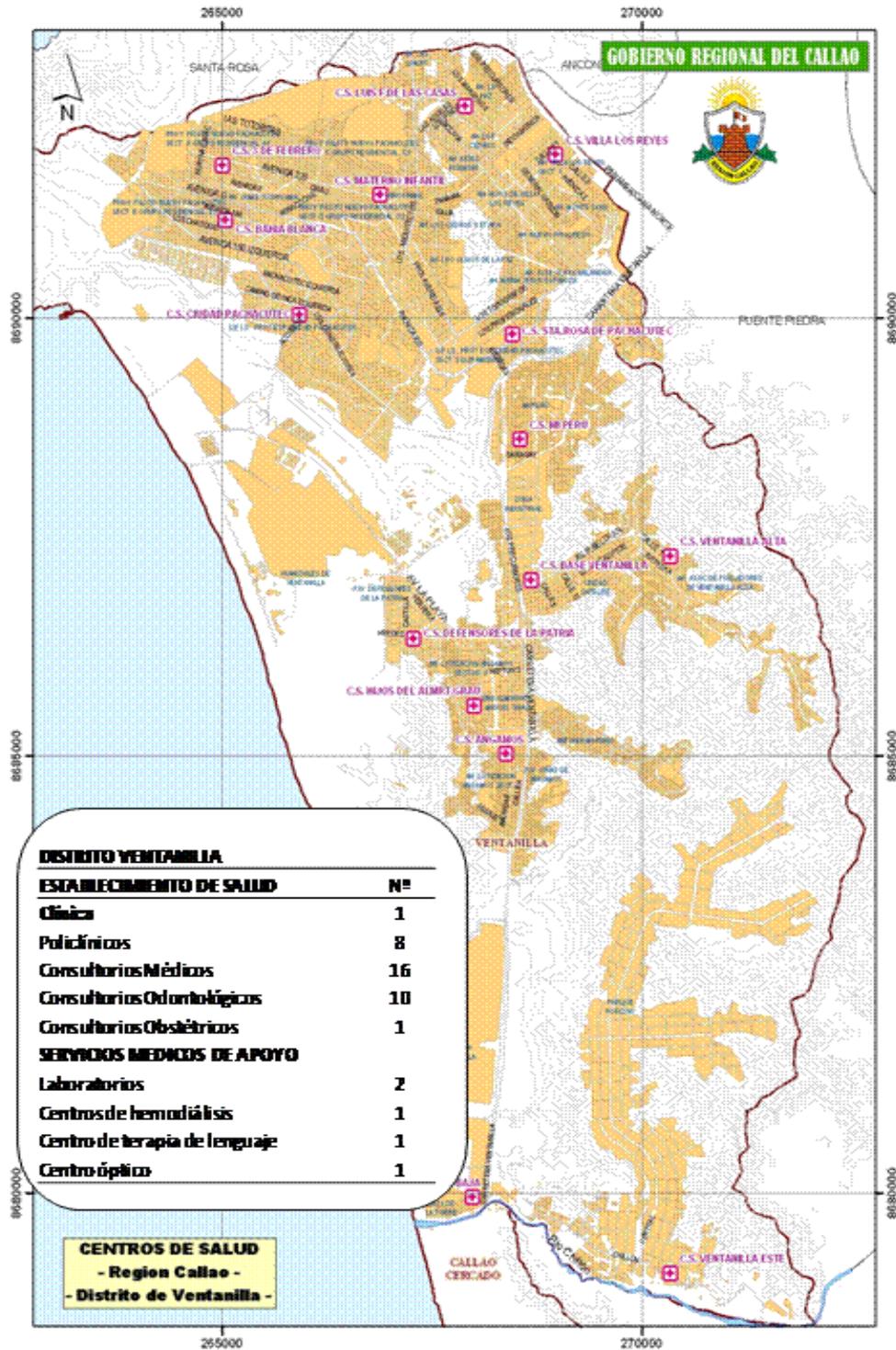
Fuente: Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones- Oficina de Epidemiología

OFERTA DE SALUD DISTRITO LA PERLA



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

OFERTAS DE OTROS SERVICIOS DE VENTANILLA



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

4.4.3.

PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES 2000-2010

DISTRITOS	2000			2001			2002			2003			2004			2005			2006			2007			2008			2009			2010		
	TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES		TOTAL	PARTOS INSTITUCIONALES	
		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%		NRO	%
CALLAO	5418	5340	98.56	5020	4916	97.93	5544	5480	98.85	6288	6232	99.11	7230	7117	98.44	6723	6642	98.80	6107	6009	98.40	6866	6771	98.62	8055	7978	99.04	8051	7967	98.96	8190	8134	99.32
BELLAVISTA	730	730	100.00	707	697	98.59	789	783	99.24	920	919	99.89	934	909	97.32	840	822	97.86	690	683	98.99	1010	1006	99.60	1149	1142	99.39	1163	1159	99.66	1068	1062	99.44
CARMEN DE LA LEGUA	366	364	99.45	343	329	95.92	383	379	98.96	396	395	99.75	426	407	95.54	426	413	96.95	466	457	98.07	517	510	98.65	626	616	98.40	643	640	99.53	758	755	99.60
LA PERLA	472	472	100.00	444	444	100.00	505	501	99.21	529	526	99.43	553	537	97.11	497	491	98.79	476	470	98.74	733	727	99.18	806	801	99.38	822	819	99.64	787	785	99.75
LA PUNTA	38	38	100.00	31	31	100.00	39	37	94.87	23	23	100.00	32	30	93.75	30	28	93.33	38	38	100.00	45	45	100.00	649	648	99.85	55	55	100.00	63	63	100.00
VENTANILLA	2436	2094	85.96	2123	1789	84.27	2968	2710	91.31	3150	3043	96.60	3574	3445	96.39	3420	3333	97.46	3049	2957	96.98	4283	4180	97.60	5229	5150	98.49	5851	5766	98.55	5970	5886	98.59
REGION CALLAO	9460	9038	95.54	8668	8206	94.67	10228	9886	96.66	11306	11138	98.51	12779	12475	97.62	11936	11729	98.27	10826	10614	98.04	13454	13239	98.40	15914	15735	98.88	16585	16406	98.92	16836	16685	99.10

El porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud, desde el año 2000 es superior al 98%, llegando a 99% a partir del año 2008, la del año 2010 es 99.10%. Las madres procedentes del distrito de Ventanilla poseen los porcentajes más bajos de atención de partos institucionalizados (94.67% -2001), incrementándose a partir del 2004, logrando llegar a 98.56% en el año 2010. La cobertura de partos institucionalizados en el distrito de la Punta es 100%, en el periodo (2002-2010).

4.4.4. POBLACION POR TIPO DE SEGURO: SIS-ESSALUD-OTROS SEGUROS

CUADRO N°1

TOTAL DE POBLACION - POR TIPO DE SEGURO										
REGION CALLAO - CENSO 2007										
	Total de Personas		Sistema Integral Salud		EsSalud		Otros seguros		No tiene ningun seguro	
	Nº	%	Nº Personas	%	Nº Personas	%	Nº Personas	%	Nº Personas	%
REGION CALLAO	869536	100%	80379	9.24	239564	27.55	83557	9.61	466036	53.54
CALLAO	411698	100%	33157	8.05	116788	28.37	41221	10.01	220532	53.56
BELLAVISTA	73588	100%	3838	5.22	29529	40.13	9605	13.05	30616	41.6
CARMEN DE LA LEGUA	41727	100%	2993	7.17	12221	29.29	4013	9.62	22500	53.92
LA PERLA	61361	100%	3307	5.39	25019	40.77	8154	13.29	24881	40.55
LA PUNTA	4259	100%	128	3.00	1739	40.83	1299	30.50	1093	25.56
VENTANILLA	276903	100%	36956	13.35	54268	19.60	19265	6.96	166414	60.09

Fuente: INEI - Censo 2007

En promedio más de la mitad de la población de la Región Callao, no tiene ningún tipo de seguro, en el distrito de Ventanilla (60%), La Punta 25%, estando en relación al desarrollo socioeconómico de los diferentes distritos

CUADRO N°2

POBLACION CON DISCAPACIDAD POR TIPO DE SEGURO SEGÚN DISTRITO										
REGION CALLAO - CENSO 2007										
	Total de Personas con	%	Sistema Integral de Salud		EsSalud		Otros Seguros		No tiene ningun seguro	
			Nº Personas	%	Nº Personas	%	Nº Personas	%	Nº Personas	%
REGION CALLAO	136003	100%	11939	8.78	39850	29.30	13153	9.67	71061	52.25
CALLAO	70111	100%	5569	7.94	20756	29.60	6910	9.86	36876	52.6
BELLAVISTA	13470	100%	743	5.52	5473	40.63	1528	11.34	5726	42.51
CARMEN DE LA LEGUA	6781	100%	520	7.67	1893	27.92	597	8.80	3771	55.61
LA PERLA	11546	100%	670	5.80	4685	40.58	1443	12.50	4748	41.12
LA PUNTA	549	100%	28	5.10	229	41.71	126	22.95	166	30.24
VENTANILLA	33546	100%	4409	13.14	6814	20.31	2549	7.60	19774	58.94
SIN DISCAPACIDAD	733533									
TOTAL	869536									

Fuente: INEI - Censo 2007

Más de la mitad de la población con discapacidad que reside en la Región Callao NO tiene ningún tipo de seguro, siendo mayor en el distrito de Ventanilla (58.94%) y menor en el distrito de La Punta (30.24%). El tipo de aseguramiento más utilizado por las personas con discapacidad es el de EsSalud, especialmente en los distritos de Bellavista, La Perla, La Punta.

CUADRO Nº3

POBLACION TOTAL Y CON DISCAPACIDAD - SEGÚN TIPO DE SEGURO											
REGION CALLAO - CENSO 2007											
	Total personas	Total personas con discapacidad	%	Sistema Integral de Salud		EsSalud		Otros seguros		No tiene Seguro	
				% total personas	% personas con discapacidad	% Total personas	% Personas con discapacidad	% Total personas	% Personas con discapacidad	% Total de personas	% Personas con discapacidad
REGION CALLAO	869536	136003	15.64	9.24	8.78	27.55	29.30	9.61	9.67	53.59	52.25
CALLAO	411698	70111	17.03	8.05	7.94	28.37	29.60	10.01	9.86	53.56	52.60
BELLAVISTA	73588	13470	18.30	5.22	5.52	40.13	40.63	13.05	11.34	41.6	42.51
CARMEN DE LA LEGUA	41727	6781	16.25	7.17	7.67	29.29	27.92	9.62	8.80	53.92	55.61
LA PERLA	61361	11546	18.82	5.39	5.80	40.77	40.58	13.29	12.50	40.55	41.12
LA PUNTA	4259	549	12.89	3.00	5.10	40.83	41.71	50.50	22.95	25.56	30.24
VENTANILLA	276903	33546	12.11	13.35	13.14	19.60	20.31	6.96	7.60	60.09	58.94

Fuente: INEI - Censo 2007

El porcentaje de personas con discapacidad afiliada a EsSalud y otros seguros es ligeramente superior a la población total, e inferior en el sistema Integral de salud. En el distrito de La Punta el porcentaje de personas con discapacidad afiliada a otro tipo de seguro es 7.55% menor a la población total. El porcentaje de personas con discapacidad que no tiene ningún tipo de seguro es similar a la población general llamando la atención que en el distrito de La Punta la cifra sea de 4.68% de diferencia de las personas con discapacidad que no tiene ningún tipo de seguro.

**4.4.4.1. COBERTURA DE AFILIACION AL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD (SIS)
COBERTURAS DEL PROCESO DE AFILIACION AL REGIMEN SIS SUBSIDIADO EN EL MARCO DEL AUS POR DISTRITOS DEL GOBIERNO
REGIONAL DEL CALLAO DEL 23/07/2010 AL 31/12/2011**

DISTRITOS	POBLACION E INCIDENCIA DE POBREZA SEGUN DISTRITO				INDICADORES DE COBERTURA		
	POBLACION ESTIMADA AÑO 2011 OGEI MINSA	POBLACION OBJETIVA REGIMEN SUBSIDIADO (SEGUN INEI)	% DE POBREZA SEGUN INEI 2009	ASEGURADOS SEGUN LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD N° 29344	COBERTURA DE AFILIACION	POBLACION POR AFILIAR REGIMEN SUBSIDIADO (POB. OBJETIVA – POB. AFILIADA)	% BRECHA DE ASEGURAMIENTO
BELLAVISTA	75,043	3,686	4,91 %	3,006	82 %	680	18 %
CALLAO	416,113	54,722	13,15 %	53374	98%	1, 348	2 %
CARMEN DE LA LEGUA	42,348	4,841	11.43 %	3,983	82%	858	18 %
LA PERLA	61,525	2,537	4.12 %	4, 109	162 %	-1, 572	-62 %
LA PUNTA	8,476	8	0.1%	441	5513 %	-433	-5413 %
VENTANILLA	351,880	83,040	23.60 %	72,179	87%	10, 861	13%
TOTAL REGION CALLAO	955,385	148,834	15.58 %	137, 092	92 %	11, 742	8%

Fuente: base de datos SIASI

Fuente: MINSA-Oficina General de Estadística e Informática -OITE

Fuente: INEI 2009

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD CALLAO/UNIDAD DE SEGUROS
PRESTACIONES SIS (Subsidiado, Semisubsidiado, Umbral-RN) POR DISTRITOS AÑO 2011**

DISTRITOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TOTAL REGION CALLAO	27,232	23,777	19,602	28,151	26,597	35,022	22,182	38,042	43,348	41,116	38,492	32,392	375,953
CALLAO	11,144	9,890	9,045	13,757	13,093	16,940	9,659	16,159	16,180	15,852	17,581	13,344	162,644
LA PUNTA	34	29	21	40	40	58	32	68	124	109	133	114	802
BELLAVISTA	342	456	337	495	275	891	771	614	571	320	938	963	6,973
LA PERLA	1,211	812	424	954	687	1,218	689	1,278	821	821	1,444	992	11,351
CARMEN DE LA LEGUA	964	772	614	728	928	1,240	785	1,268	847	765	1,168	804	10,883
VENTANILLA	13,537	11,818	9,161	12,177	11,574	14,675	10,246	18,655	24,805	23,249	17,228	16,175	183,300

Fuente: base de datos

Elaborado: Oficina de Unidad de Seguros-CVA

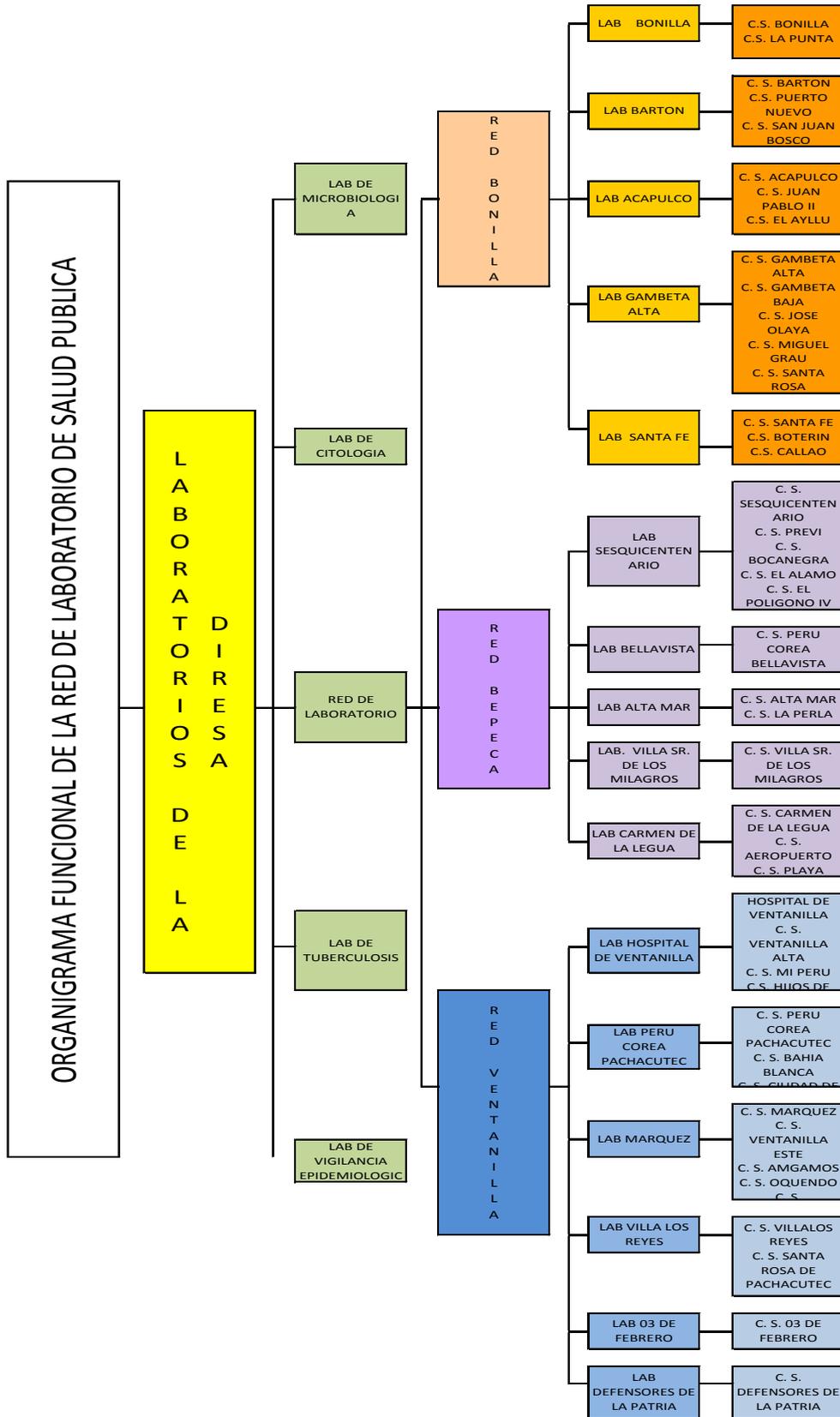
En el año 2011, la Unidad de Seguros realizo 375,953 prestaciones del SIS, en el distrito Callao se realizo la mayor cantidad (43.26%) y la menor en el distrito de La Punta (0.21%)

AFILIACIONES REALIZADAS POR GRUPO ETAREO DE LA
DIRESA CALLAO ENERO - DICIEMBRE 2011

DESCRIPCION	N° AFILIACIONES
NIÑOS < 1 AÑO	5,159
NIÑOS DE 1 AÑO	3,050
NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS	7,951
NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS	21,285
DE 15 AÑOS A +	63,290
GESTANTES AFILIADAS (*)	-
TOATL AFILIACIONES	100,735

**(*) ACTUALMENTE EN LA AFILIACION AUS NO SE REGISTRA
ESA CONDICION**

4.4.5. RED DE LABORATORIOS DE LA DIRESA



ESTADÍSTICA DE LABORATORIO - 2011

RED BONILLA - LA PUI	RED BEPE	RED VENTANIL
C.S. MANUEL BONILLA	C.S. SESQUICENTENARIO	HOSP. VENTANILLA
C.S. BARTON	C.S. BELLAVISTA	C.S. MARQUEZ
C.S. GAMBETTA ALTA	C.S. ALTA MAR	C.S. M.J. PACHACUTEC
C.S. ACAPULCO	C.S. V. SR. MILAGROS	C.S. VILLA REYES
C.S. SANTA FÉ	C.S. CARMEN DE LA LEGUA	C.S. VENTANILLA BAJA
		C.S. 03 DE FEBRERO
		C.S. DEFENSORES PATRIA

LABORATORIO CENT	CONSOLIDADO y RED
LABORATORIO CENTRAL	01. RED BONILLA
CONSOLIDADO	02. RED BEPECA
MOSTRAR TODO	03. RED VENT.+ HOSP. VENT.

PATROCINADO POR EQUIPO DE ESTADISTICA

4.4.5.1. ANALISIS DE LABORATORIO QUE SE REALIZA EN LA RED DE LABORATORIOS DE LA DIRESA

ANALISIS
BIOQUIMICA
ACIDO URICO
AMILASA SERICA
BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA
CALCIO
COLESTEROL HDL
COLESTEROL LDL
COLESTEROL TOTAL
CREATINA KINASA CK
CREATINA KINASA MB
CREATININA
DEPURACION DE CREATININA
DESHIDROGENASA LACTICA
DOSAJE DE ADA
DOSAJE DE GASES Y ELECTROLITOS
EXAMEN COMPLETO DE ORINA
FOSFATASA ALCALINA
FOSFORO
GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA
GLUCOSA
HIERRO SERICO
MICROALBUMINURIA
PROTEINAS EN LCR Y LIQ. BIOLOGICOS
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS
PROTEINURIA EN 24 HORAS
SEDIMENTO URINARIO
T.G.O. (TRANSAMINASAS)
T.G.P. (TRANSAMINASAS)
TEST DE GLUCOSA POSTPRANDIAL
TEST TOLERANCIA A LA GLUCOSA
TRIGLICERIDOS
UREA
FUENTE: ORDEN DE ANALISIS

ANALISIS
INMUNOLOGIA
AGLUTINACIONES (O, H, A, B, Brucella)
ANTIESTREPTOLISINA "O" (ASO)
ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)
DOS MERCAPTO ETANOL
FACTOR REUMATOIDEO
HCG BETA CUALITATIVO
HCG BETA CUANTITATIVO
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
HEPATITIS B (PRUEBA RAPIDA)
HEPATITIS C (PRUEBA RAPIDA)
PROTEINAS "C" REACTIVA (P.C.R.)
R.P.R.
ROSA DE BENGALA
ROTAVIRUS/ADENOVIRUS EN HECES
TEST DE COOMBS DIRECTO
TEST DE COOMBS INDIRECTO
TEST DE EMBARAZO(INMUNOCROMATOGRAFICA)
V.D.R.L. (SEROLOGICAS)
VIH - ELISA
VIH – PRUEBA RAPIDA
FUENTE: ORDEN DE ANALISIS

ANALISIS
INMUNOLOGIA ESPECIAL:
AFP
CA - 125
CA - 19 - 9
CEA
ESTRADIOL
FSH
HCG
IgE
LH
PRL
PROGESTERONA
PSA
PSA Libre
T3
T3 Libre
T4
T4 Libre
TSH
FUENTE: ORDEN DE ANALISIS
ANALISIS
HEMATOLOGIA
CONSTANTES CORPUSCULARES
DIMERO D
FIBRINOGENO
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA
GOTA GRUESA
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH.
HEMATOCRITO MANUAL
HEMOGLOBINA MANUAL
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO 3/5 DIFERENCIALES
HEMOGRAMA MANUAL
LCR RECUENTO CELULAR Y DIFERENCIAL
RECUENTO DE PLAQUETAS
RECUENTO DE RETICULOCITOS
TIEMPO DE COAGULAC.Y SANGRIA
TIEMPO DE PROTOMBINA
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA ACTIVADO
VELOC.DE SEDIMENTACION (V.S.G.)
FUENTE: ORDEN DE ANALISIS

ANALISIS
MICROBIOLOGIA
BK CONCENTRADO
BK EN ESPUTO
BK FLUORESCENCIA
COPROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
COPROLOGICO FUNCIONAL
CULTIVO DE SECRECIONES
CULTIVO MIGIT
CULTIVO MODS
CULTIVO OGAWA
DIRECTO DE ACAROS
DIRECTO DE HONGOS
DIRECTO DE SECRECION URETRAL
DIRECTO DE SECRECION VAGINAL
EXAMEN DE HECES CONCENTRADO
EXAMEN DE HECES DIRECTO (1 MUESTRA)
HEMOCULTIVO
IDENTIFICACION DE AMEBAS
IDENTIFICACION DE COCCIDEOS EN HECES
OBSERVACION DE EOSINOFILOS EN ESPUTO
OBSERVACION EN TINTA CHINA
PRUEBA DE SUCEPTIBILIDAD 1ERA LINEA
REACCION INFLAMATORIA
SANGRE OCULTA EN HECES (THEVENON)
TEST DE GRAHAM
TEST DE HELECHO
TINCION DE GRAM
UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
FUENTE: ORDEN DE ANALISIS

ANALISIS
PATOLOGIA
BIOPSIA MEDIANA
BIOPSIA PEQUEÑA
BLOCK CELL
CITOLOGIA CERVICO VAGINAL - PAP
CITOLOGIA DE LIQUIDOS (ASCITICO, PLEURAL, PERICARDICO, SINOVIAL, LCR, ORINA)
CITOLOGICO DE ESPUTO
ESPECIMEN QUIRURGICO
FUENTE: ORDEN DE ANALISIS

4.4.6. RED DE AMBULANCIAS DIRESA CALLAO



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



RELACION DE AMBULANCIAS DIRESA CALLAO - FEB 2012

PROCEDENCIA	AMBULANCIA	MARCA	PLACA	TIPO*	ESTADO	UBICACIÓN
HOSPITAL SAN JOSE	SAN JOSE 1	NISSAN	QO - 1958	II	BUENO	
	SAN JOSE 2	TOYOTA	S/P	I	TALLER	
OPSTIAL DANIEL A CARRIO	CARRION 1	PEUGOT	UI-8170	I	TALLER	
	CARRION 2	NISSAN	EUA-317	III	BUENO	
DIRESA	BLANCO 28	NISSAN	QO - 1933	I	TALLER	RETEN - DIRESA
	BLANCO 27	HYUNDAI	QQ - 8809	I	BUENO	PACHACUTEC
	BLANCO 25	HYUNDAI	QQ - 7040	I	BUENO	GAMBETTA
	BLANCO 24	PEUGOT	QQ - 4934	I	BUENO	VENTANILLA
	BLANCO 23	PEUGOT	QQ - 4933	I	BUENO	MARQUEZ
	BLANCO 29	HYUNDAI	EUA - 901	II	BUENO	VELLAVISTA

FUENTE: CENTRO DE PREVENCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

***Ambulancia Tipo I:** Ambulancia equipada, se transporta el paciente con 1 técnico u otro trabajador de salud.

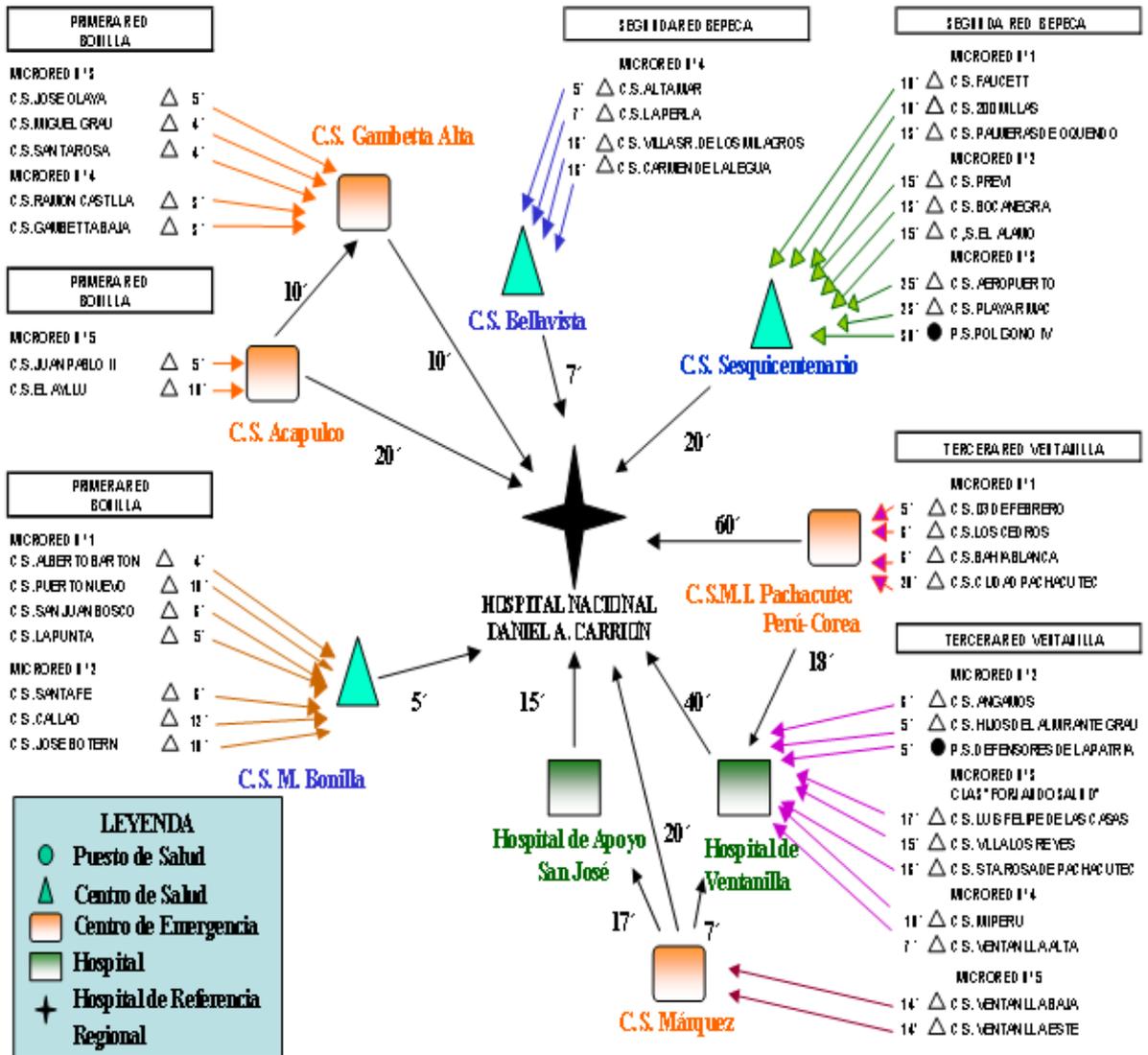
***Ambulancia Tipo II:** Ambulancia equipada, se transporta el paciente con 1 médico

***Ambulancia Tipo III:** Ambulancia equipada, se transporta el paciente con 1 medico emergencista

		TIPO AMBULANCIA			
		APLICA			
		I	II	III	
EQUIPO DE COMUNICACIÓN					
1	Radio base/vehiculos - dual 8 c	X	X	X	
2	Radio movil (handlead) - dual 8 c	X	X	X	
EQUIPOS MEDICOS					
1	Bomba de infusión				X
2	Camilla de lona estrechable y brazos articulados		X	X	
3	Camilla telescópica con barandas, ajustables a posición sentado y correas de seguridad	X	X	X	
4	Cilindro de oxígeno de aluminio "E" de 682 lt 2000 lbs psi	X	X	X	
5	Cilindro de oxígeno de aluminio "C" de 248 lt 2000 lbs psi				X
6	Collarin Cervical	X	X	X	
7	Desfibrilador externo automático	X	X	X	
8	Equipo automático de compresión cardíaca				X
9	Equipo de succión al vacio de secreciones fijos		X	X	
10	Equipo de succión al vacio de secreciones portatil	X	X	X	
11	Equipo manual de resucitación adultos con bolsa de reserv.	X	X	X	
12	Equipo manual de resucitación niños con bolsa de reserv.	X	X	X	
13	Esfingomanometro fijo	X	X	X	
14	Esplint de inmovilización al vacio - Kit	X	X	X	
15	Etestoscopio	X	X	X	
16	Férulas espinal largas	X	X	X	
17	Férula espinal corta con kit de accesorios	X	X	X	
18	Inmovilizadores de cabeza reusables	X	X	X	
19	Laringoscopio de fibra óptica - set		X	X	
20	Megáfono	X	X	X	
21	Monitor de signos vitales 5 parámetros y satur. de gases				X
22	Otoscopio y oftalmoscopio				X
23	Pulsoxímetro digital				X
24	Regulador de Oxígeno estándar sin humidificador	X	X	X	
INS	Ventilador asistido				X
1					
2	Agujas descartables N° 21,23 x 1 1/2. .10 unid.	X	X	X	
3	Alcohol Yodado fco. De 1/2 lt. 10 unid.		X	X	
4	Algodón absorbente x 1 libra..10 unid.	X	X	X	
5	Bajalengua ,1 cja.	X	X	X	
6	Branula N° 21.10 unid.	X	X	X	
7	Collarines de extricación cervical graduable - Adultos	X	X	X	
8	Collarines de extricación cervical graduable - Pediátricos	X	X	X	
9	Cubeta de metal.	X	X	X	
10	Equipo de cirugía menor 12 piezas		X	X	
11	Equipo de parto		X	X	
12	Equipo de venoclisis. 10 unid..	X	X	X	
13	Esparadrappo .10 unid.	X	X	X	
14	Gasas estériles 4 x4 cm. Pqte. De 10 unid.10 unid.	X	X	X	
15	Gasa vaselinada (x caja) 10 unid.		X	X	
16	Guantes de diagnóstico (desct. 10 unid.	X	X	X	
17	Guantes esteriles (sobres x 2) 7 1/2 -8.10 unid.	X	X	X	
18	Isodine solución fco. De 250 c.c. 10 unid.		X	X	
19	Jabón germibón.x 1 litro.		X	X	
20	Jabón liquido..x litro-		X	X	
21	Jeringas descartables c/ aguja (5 y 10 cc.) 10 unid.	X	X	X	
22	Kit de tubos endotraqueales de 50,60,80,90,100 y 110 mm				X
23	Martillo de Percusión.				X
24	Mascarillas faciales rehusable - Set	X	X	X	
25	Mascarilla/Nebulizaciones. 10 unid.	X	X	X	
26	Mascarilla para oxigenoterapia.10 unid.	X	X	X	
27	Pinza c/uña.12 cmts.		X	X	
28	Pinza Kelly.12 cmts.		X	X	
29	Pinza Mosquito.15 cmts.		X	X	
30	Pinza porta Aguja.14 cms.		X	X	
31	Porta suero fijo	X	X	X	
32	Seda negra 3/0 y 2/0. 10 unid.		X	X	
33	Sondas Foley °N°12,14,16,18 Y 20. 10 unid.				X
34	Sondas Nasogastricas N°8 y 16. 10 unid.				X
35	Tambor chico.	X	X	X	
36	Termometro rectal.				X
37	Termometro oral.	X	X	X	
38	Tijera punta curva.12 cmts.		X	X	
39	Tubos de guedel (tubo de mayo)		X	X	
40	Tubos nasofaringeas				X
41	Vendas elásticas 2",4" y 6". 10 unid.	X	X	X	
ME	Vendas triangulares de Tocuyo .x 10 unid.		X	X	
1					
2	Acido Acetil Salicilico. Tab. 10 Unid,	X	X	X	
3	Adrenalina Amp. .10 unid-		X	X	

		TIPO AMBULANCIA					
		APLICA					
		I		II		III	
4	Agua destilada 5 ml.	X		X		X	
5	Atropina Amp.10 unid			X		X	
6	Bicarbonato de sodio al 0,4% Amp. 50c.c.10 unid.			X		X	
7	Captopril 25mg.	X		X		X	
8	Ceftriaxona x 1 grmo. Amp. 10 Unid,	X		X		X	
9	Clorfeniramina10 mg.	X		X		X	
10	Cloruro de Sodio 9 % x 1/2 litro. 10 unid.	X		X		X	
11	Dexametazona 4 mg. 10 Amp..	X		X		X	
12	Dexametazona 2 mg. 10 unid.	X		X		X	
13	Dextrosa al 33% Amp. 10 unid.	X		X		X	
14	Dextrosa al 5% x 1/2 litro. 10 unid.	X		X		X	
15	Diazepan 10 mg. 2 ml. 10 Amp.	X		X		X	
16	Diclofenaco 75 mg.	X		X		X	
17	Dimenhidrinato 50 mg. Amp.10 unid.	X		X		X	
18	Dimenhidrinato 50 mg. Tab.10 unid.	X		X		X	
19	Fenoterol (Berotec) gts. X fco. 10 unid.	X		X		X	
20	Furacin crema. 10 unid.			X		X	
21	Gentamicina Oftalmica 5% 1000 ml.	X		X		X	
22	Hidocortizona 250 mg. Amp. 10 unid.	X		X		X	
23	Hioscina N butil bromuro tab. 10 unid.	X		X		X	
24	Hioscina N butil bromuro. Amp.20 unid.	X		X		X	
25	Isosorbide 5 mg. S/l tbs, (caja) 10 unid.			X		X	
26	Lidocaina 2% s/e x fco. 10 unid.			X		X	
27	Metamizol Amp. 10 unid.	X		X		X	
28	Metocloprorida 10 mg./2 ml, Amp. 10 unid.			X		X	
29	Nifedipino 10 mg. Tab (Caja) 10 unid.					X	
30	Paracetamol 500 mg..tab. 10 unid.	X		X		X	
31	Salbutamol Spray.10 unid.	X		X		X	
32	Sulfadiazina de plata. 30 mg. Tubo. 10 unid.			X		X	
VAR	Tetraciclina 1 %, tubo . 10 unid.			X		X	
1							
2	Extintores de Halotrón. 11 libras.	X		X		X	
3	Boligafos color azul.	X		X		X	

4.4.7. RED DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA : TIEMPOS



Se muestran las Redes y Microrredes de salud de la Región Callao, incluyendo los tiempos que se requiere para llegar a los Hospitales de referencia para la atención de emergencia.

4.4.8. COBERTURA DE VACUNACION APO Y PENTAVALENTE EN MENORES DE 1 AÑO- SPR EN NIÑOS DE 1 AÑO Y DT EN GESTANTES

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN INDICADORES TRAZADORES EN <1 AÑO: APO Y PENTAVALENTE REGIÓN CALLAO 2011

REGION/DISTRITOS	APO	PENTAVALENTE
REGIÓN	118	119
CALLAO	113	114
BELLAVISTA	318	309
CARMEN DE LA LEGUA	276	275
LA PERLA	114	115
LA PUNTA	85	90
VENTANILLA	83	84

Fuente: OITE – DIRESA Callao

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN INDICADORES TRAZADORES EN GRUPO DE EDAD DE 1 AÑO: SPR REGIÓN CALLAO 2011

REGION/DISTRITOS	SPR
REGIÓN	118
CALLAO	114
BELLAVISTA	330
CARMEN DE LA LEGUA	268
LA PERLA	107
LA PUNTA	87
VENTANILLA	84

Fuente: OITE – DIRESA Callao

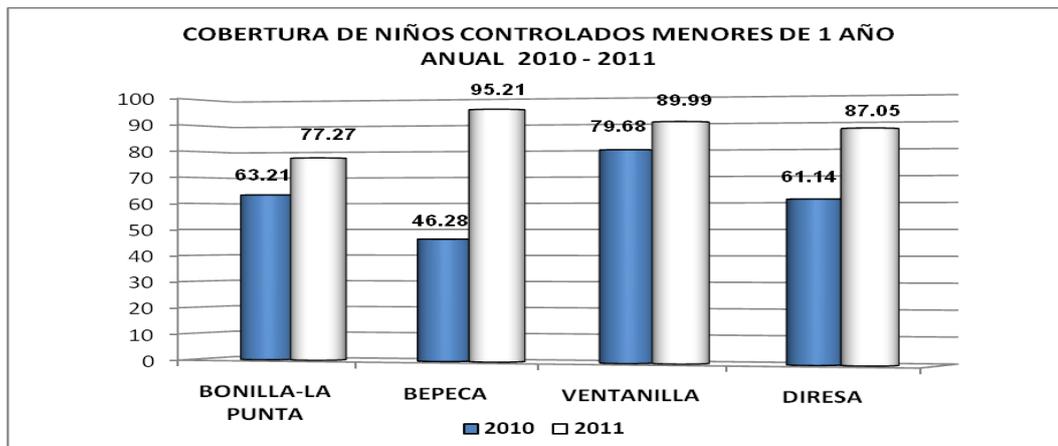
COBERTURA DE VACUNACIÓN DE ANTITETANICA EN GESTANTES REGIÓN CALLAO 2011

REGION/DISTRITOS	ANTITETANICA
REGIÓN	116
CALLAO	117
BELLAVISTA	91
CARMEN DE LA LEGUA	137
LA PERLA	75
LA PUNTA	45
VENTANILLA	129

Fuente: OITE – DIRESA Callao

En el año 2011 la cobertura de vacunas alcanzadas en niños menores de 1 año (APO Y PENTAVALENTE), niños de 1 año (SPR), en gestantes (ANTITETANICA) es superior al 100% a nivel Regional y en todos los distritos a excepción de La Punta y Ventanilla en la vacunación de menores de 1 año y 1 año y Bellavista, La Perla y La Punta en caso de gestantes. El año 2010 en APO y Pentavalente se lograron coberturas de 99%, en SPR de 94%, en antitetánica 99%.

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



Fuente: OITE – DIRESA Callao

La cobertura de Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 1 año en el año 2011 alcanzó un 87%, a pesar de incrementarse 26% en relación al mismo periodo del año anterior, no se logró alcanzar la meta.

4.4.10 CONCENTRACION DE ATENCIONES Y EXTENSION DE USO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE DIRESA CALLAO

CONCENTRACION DE ATENCIONES 2011

DISTRITOS	ATENDIDOS	ATENCIONES	CONCENTRACION DE ATENCIONES
CALLAO	123,590	777475	6
BELLAVISTA	64557	491617	8
CARMEN DE LA LEGUA	120962	529646	4
LA PERLA	9106	57129	6
LA PUNTA	1127	13478	12
VENTANILLA	113206	662897	6
REGION	432548	2532242	5.85

Fuente: OITE – DIRESA Callao

EXTENSION DE USO 2011

DISTRITOS	ATENDIDOS	POBLACION	EXTENSION DE USO
CALLAO	123,590	416113	29.70
BELLAVISTA	64557	75043	86.03
CARMEN DE LA LEGUA	120962	42348	285.64
LA PERLA	9106	61525	14.80
LA PUNTA	1127	8476	13.30
VENTANILLA	113206	351880	32.17
REGION	432548	955385	45.27

Fuente: OITE – DIRESA Callao

En promedio 45% de la población de la Región Callao es atendida por los EESS de la DIRESA, existen desigualdades, mientras en algunos distritos, los establecimientos de salud atienden más del 100% de su población –Centro de Salud Carmen de La Legua – (acuden del distrito de San Martín de Porres), otros como Callao, distrito más populoso de la Región, no alcanzan el 30%. Asimismo la concentración de atenciones (Atenciones/Atendidos) fue de 6 atenciones promedio por persona.

4.5. DETERMINANTES POLITICOS

4.5.1. ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD

DIRECCION DE ECONOMIA

El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para el año 2011 ascendió a S/.61,873,694.00 Nuevos soles.

El Presupuesto Institucional Modificado (PIM) ascendió en S/.74,432,444.00 Nuevos Soles con una distribución del 82% para Recursos Ordinarios, 12% Recursos Directamente Recaudados, 6% Donaciones y Transferencias.

INGRESOS

- La captación fue de S/.8,894,993.24 Nuevos Soles.
- La Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales recaudó S/. 3,828,079.15 Nuevos Soles que representa el 43.04 % del total de la recaudación.
- La Dirección Ejecutiva de Redes de Salud S/. 4,241,325.73 Nuevos Soles que representa el 47.67% de la recaudación (33.73 % corresponde al Hospital de ventanilla).
- La Sede Central recaudó S/. 541,368.41 Nuevos Soles que representa el 6.09 % de la recaudación.
- Saldo de Balance 2010 S/. 284,219.95 Nuevos Soles que representa el 3.20 % de la recaudación.

DISTRIBUCION DE INGRESOS

- 11.60% Venta de Bienes: Ventas de Medicinas, Vacunas y Venta de Bases.
- 46.84% en Derechos y Tasas Administrativos: Autorizaciones, Inspecciones y Control Sanitario; Certificados Médicos, Pases Sanitarios, Carnets y/o Tarjetas de Atención y Otros Derechos.
- 36.06% Venta de Servicios: Atenciones médicas, Atención Dental, Exámenes de laboratorio, electrocardiograma, Diagnóstico por imágenes, otros exámenes y otros servicios de salud.

- 0.03% Rentas de la Propiedad: Intereses por depósitos;
- 1.53% Multas y Sanciones no tributarias: Multas o sanciones y otros por incumplimiento en la entrega oportuna de los bienes o servicios.
- 0.75% Ingresos Diversos: Venta de chatarra y otros ingresos por impugnaciones, devoluciones y otros.
- 3.20% Saldo de Balance, correspondiente al saldo del Ejercicio 2010.

EJECUCION DEL GASTO

- El 49.72% 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 1.07 % en gastos de Pensiones y Otras Prestaciones Sociales, Gasto para el personal pensionista y otros beneficios del personal cesante.
- El 47.43% 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 0.08% en otros Gastos, que no implican contraprestación de bienes y servicios.
- El 1.70 % 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.

DIRECCION DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

Ejecución Presupuestal: Comparativo 2010-2011

La Ejecución Presupuestal en el año 2011, alcanzó el 96.75% del Presupuesto Institucional Modificado, siendo similar en relación a lo ejecutado (96.82%), en el ejercicio 2010.

EJECUCION Y SALDO PRESUPUESTAL AÑO 2010 VS. 2011

PERIODO	PIA (1)	PIM (2)	EJECUCION (3)	SALDO (4)	APERTURA (3)/(1)	MODIFICADO (3)/(2)
AÑO 2010	53,063,141	62,153,743	60,178,737.07	1,975,005.93	113.41	96.82
AÑO 2011	61,873,694	74,432,444	72,012,780.87	2,419,663.13	116.39	96.75

**COMPARATIVO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL
PERIODO 2010 VS. 2011 A NIVEL DE GENERICA DE GASTOS**

GENERICA DEL GASTO		TODA FUENTE		
		AÑO 2010	AÑO 2011	DIFERENCIA
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	33,488,016.48	35,761,536.80	2,273,520.32
2.2	OBLIGACIONES PREVISIONALES	712,480.33	768,673.64	56,193.31
2.3	BIENES Y SERVICIOS	23,886,616.29	34,197,580.08	10,310,963.79
2.5	OTROS GASTOS	321,908.66	58,664.50	(263,244.16)
2.6	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1,769,715.31	1,226,325.85	(543,389.46)
TOTAL		60,178,737.07	72,012,780.87	11,834,043.80

FUENTE: SISTEMA SIAF-MPP, SIAF ADMINISTRATIVO

La Ejecución Presupuestal realizada en el periodo 2011 se dio en función a las necesidades presentadas de los Establecimientos de Salud, incluyendo al Hospital de Ventanilla.

Dentro de las Modificaciones Presupuestales que más destacan son la Transferencia de Partidas del Ministerio de Salud por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios de S/.6,282,650.00, para la provisión de servicios en los establecimientos de salud para las intervenciones sanitarias en el marco de los Programas Estratégicos, la Transferencia de Partidas de S/. 701,850.00 para el financiamiento del costo diferencial del nombramiento del personal del Sector Salud, en el ámbito de las Leyes NFS 28498 y 28560.

Además se incorporó mayores recursos por la fuente de financiamiento de Donaciones y Transferencias por el Convenio de Cooperación Técnica Belga (CCTB) y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) por el importe de S/. 169,415.00.

**EJECUCION PRESUPUESTAL DEL AÑO 2011
A NIVEL DE FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

GENERICA DEL GASTO		RECURSOS ORDINARIOS				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	31,690,779	32,831,135	32,788,889.63	99.87	42,245.37
2.2	OBLIGACIONES PREVISIONALES	870,137	854,262	768,673.64	89.98	85,588.36
2.3	BIENES Y SERVICIOS	21,090,618	26,281,658	26,222,226.58	99.77	59,431.42
2.5	OTROS GASTOS	140,500	54,085	53,984.50	99.81	100.50
2.6	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	908,260	1,011,011	1,009,240.84	99.82	1,770.16
TOTAL		54,700,294	61,032,151	60,843,015.19	99.69	189,135.81

GENERICA DEL GASTO		RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	3,586,500	3,586,500	2,972,647.17	82.88	613,852.83
2.3	BIENES Y SERVICIOS	3,586,900	5,118,167	4,647,394.44	90.80	470,772.56
2.5	OTROS GASTOS	-	4,680	4,680.00	100.00	-
2.6	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	-	100,000	94,559.41	94.56	5,440.59
TOTAL		7,173,400	8,809,347	7,719,281.02	87.63	1,090,065.98

GENERICA DEL GASTO		DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (SIS)				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.3	BIENES Y SERVICIOS	-	4,376,687	3,327,959.06	76.04	1,048,727.94
2.5	OTROS GASTOS	-	-	-	-	-
2.6	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	-	214,259	122,525.60	57.19	91,733.40
TOTAL		-	4,590,946	3,450,484.66	75.16	1,140,461.34

GENERICA DEL GASTO		TODA FUENTE				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	35,277,279	36,417,635	35,761,536.80	98.20	656,098.20
2.2	OBLIGACIONES PREVISIONALES	870,137	854,262	768,673.64	89.98	85,588.36
2.3	BIENES Y SERVICIOS	24,677,518	35,776,512	34,197,580.08	95.59	1,578,931.92
2.5	OTROS GASTOS	140,500	58,765	58,664.50	99.83	100.50
2.6	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	908,260	1,325,270	1,226,325.85	92.53	98,944.15
TOTAL		61,873,694	74,432,444	72,012,780.87	96.75	2,419,663.13

FUENTE: SISTEMA SIAF-MPP 31/01/2012

Proyectos realizados en el año 2011:

- Con una inversión de 5'157,235.21 (Cinco Millones Ciento Cincuenta y Siete Mil Doscientos Treinta y Cinco y 21/100 Nuevos Soles), el Gobierno Regional del Callao, inauguró, **el nuevo Centro de Salud Acapulco**.

Nº	CODIGO SNIP	NOMBRE DEL PROYECTO	MONTO DE INVERSION	FECHA DE ENTREGA
1	111255	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL CENTRO DE SALUD BASE ACAPULCO DE LA MICRO RED ACAPULCO DE LA RED BONILLA-DISA I-REGION CALLAO	S/. 5,157,235.00	20/02/2011



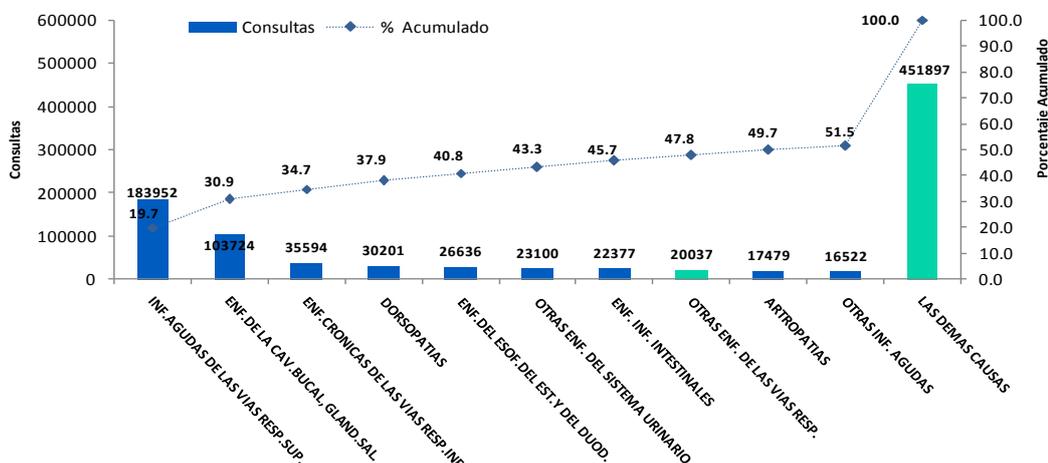
- Este moderno establecimiento de salud, construido en un área de 1,451 m² y equipado con equipos médicos de última generación, atenderá a más de 10 mil pobladores de los sectores de Acapulco, Sarita Colonia, Tiwinza, Juan Pablo II, el Ayllu y Bolognesi, brindándoles atención en emergencia, hospitalización, laboratorio, rayos x, atención de partos, neonatología y puerperio, estrategias sanitarias, medicina, pediatría, obstetricia, psicología, etc.

V. ANALISIS DEL ESTADO DE SALUD

V. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD

5.1. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL
REGION CALLAO 2011



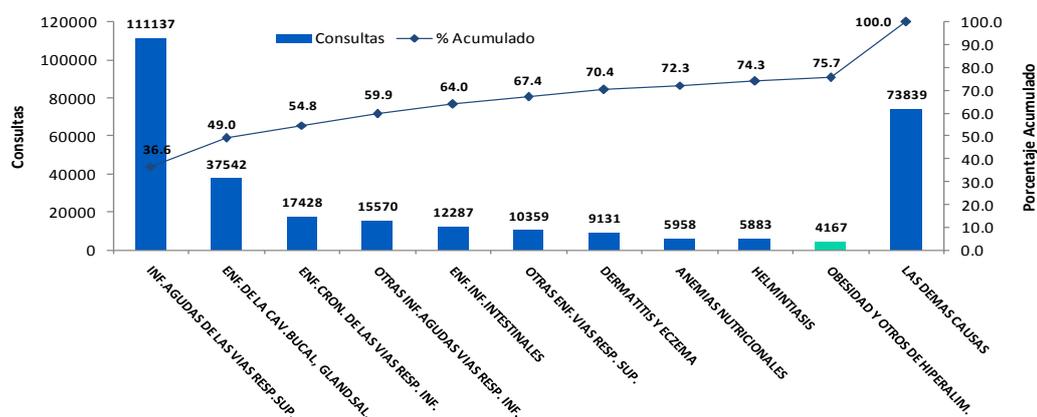
Fuente: Reporte HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina de Epidemiología /DIRESA Callao

Total : 931,519

Los atendidos en consulta externa de los EESS de la DIRESA Callao en el año 2011 fueron 931,519, a diferencia del año anterior (1.016,047) ,8.3% de atendidos menos.

La principal causa de atención al igual que el año anterior fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (183,952), que equivalen al 20% del total de causas de morbilidad, en segundo lugar las enfermedades de cavidad bucal 103,724 (11.13%).

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
ETAPA DE VIDA: NIÑO
REGION CALLAO, 2011

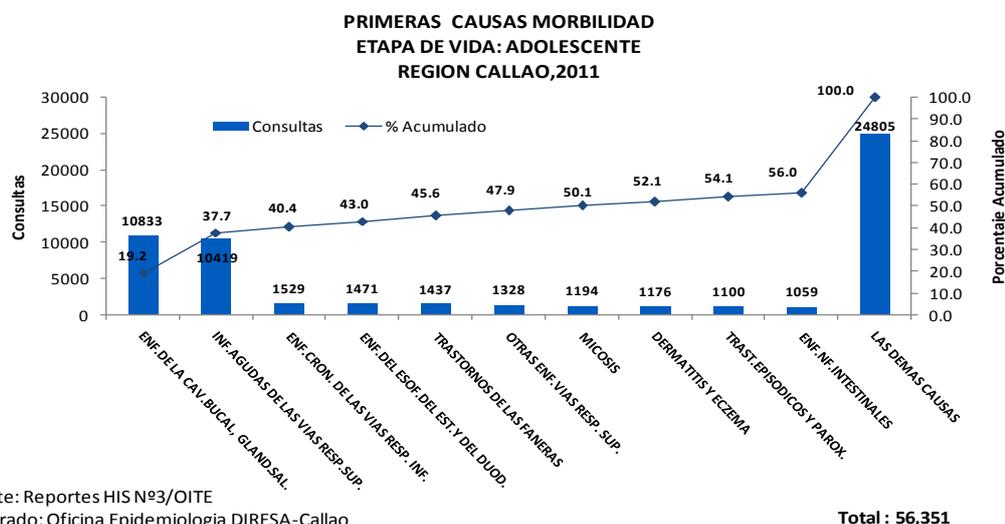


Fuente: Reportes HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina Epidemiología DIRESA-Callao

Total : 303,301

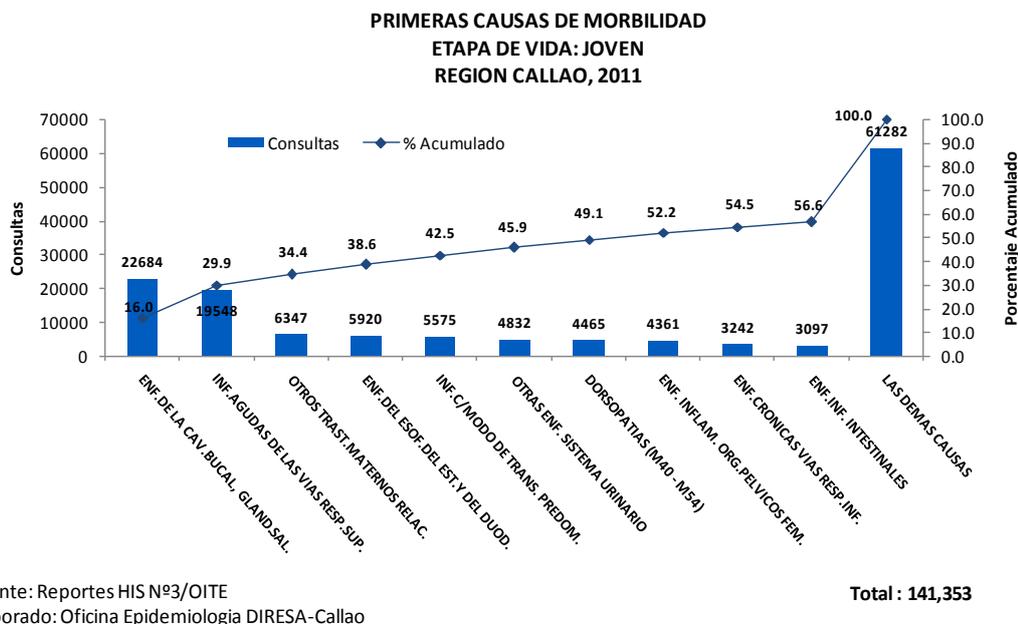
En el **ciclo de vida niño** (0-11 años) se atendieron 303,301 pacientes, 32.6% del total de atendidos en consultas externas en la Región Callao .Entre las causas principales de consultas figuran las infecciones respiratorias agudas,

enfermedades de la cavidad bucal, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las diarreas, enfermedades de la piel y malnutrición (anemia, obesidad, sobrepeso)



Fuente: Reportes HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina Epidemiología DIRESA-Callao

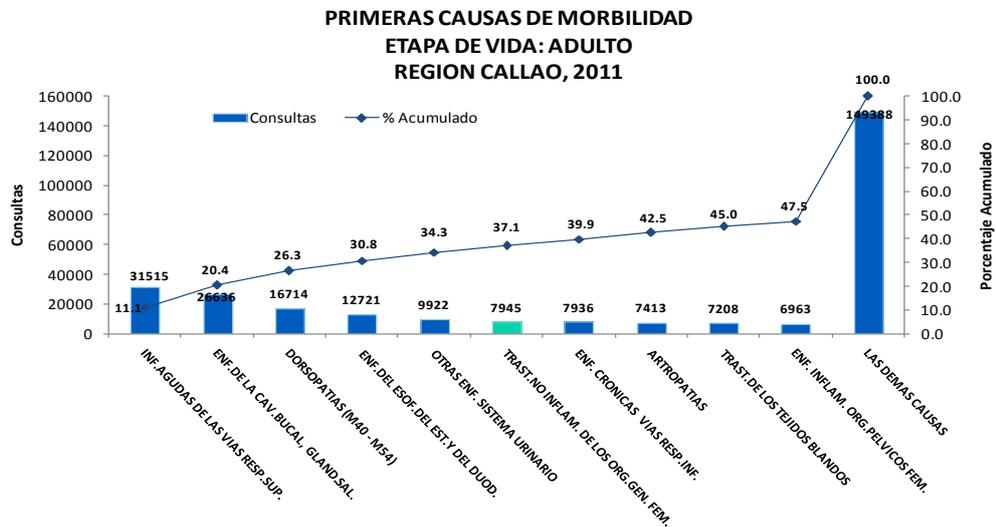
Los pacientes que pertenecen a este **ciclo de vida adolescente**, que desde este año comprende las edades de 12 a 17 años y hasta el año 2010 comprendía de 10 a 19 años (1.2%) de personas menos, son los que menos acuden a los establecimientos de salud, 56,351 consultas, constituyendo 6.05% del total. La principal causa de atención en este grupo son las enfermedades de la cavidad bucal, seguidas de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, entre otras, encontramos trastornos episódicos y paroxísticos (epilepsia, migraña, otros síndromes de cefalea, trastornos del sueño)



Fuente: Reportes HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina Epidemiología DIRESA-Callao

El **ciclo de vida joven**, comprende las edades de 18 a 29 años de edad, considerada desde el año 2011 como una etapa de vida, se atendieron 141,353 (15%) jóvenes. Las principales causas de consulta: enfermedades de la cavidad

bucal seguida de infecciones agudas de las vías respiratorias. Entre otras encontramos infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, enfermedades del sistema urinario, enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femenino.

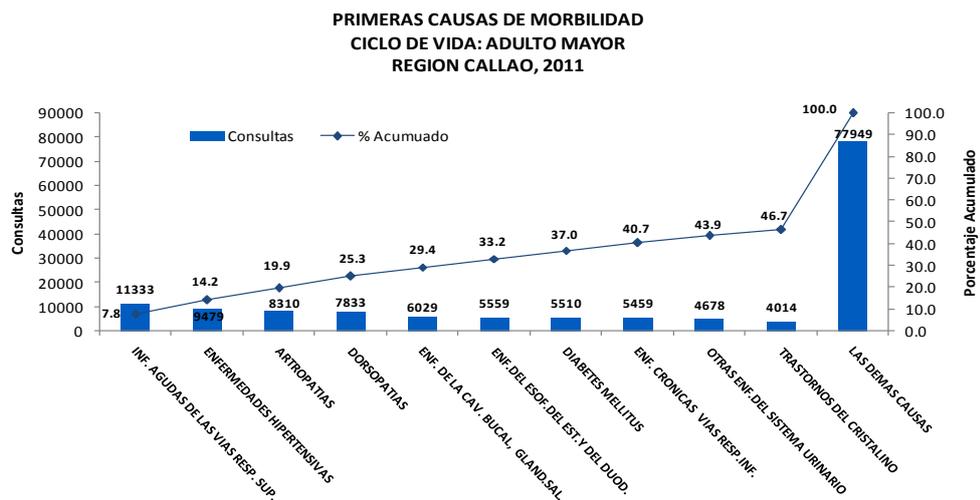


Fuente: Reportes HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina Epidemiología DIRESA-Callao

Total : 284,361

Más del 30% de pacientes atendidos en los establecimientos de salud de la DIRESA pertenecen a este **ciclo de vida adulto**. Al igual que en la morbilidad general los primeros lugares son ocupados por infecciones agudas de las vías respiratorias, enfermedades de la cavidad bucal y dorsopatías.

Entre las 10 principales causas de consulta ubicamos también enfermedades del sistema urinario, de órganos pélvicos femeninos e infecciones de transmisión sexual. Debemos fortalecer las actividades de prevención y control en los daños prioritarios en este ciclo de vida, en los EESS de la Región Callao.

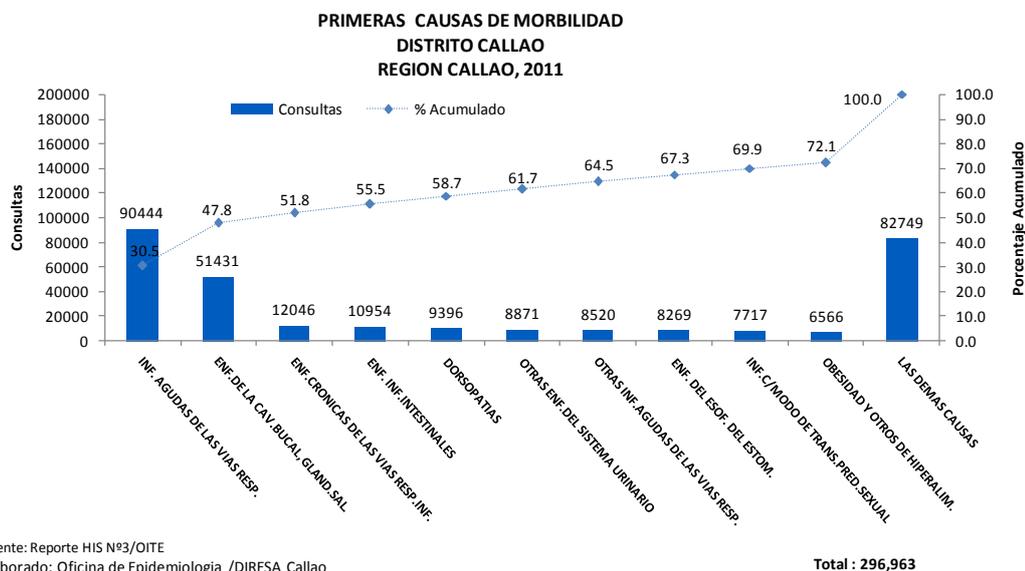


Fuente: Reportes HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina Epidemiología DIRESA-Callao

Total: 146,153

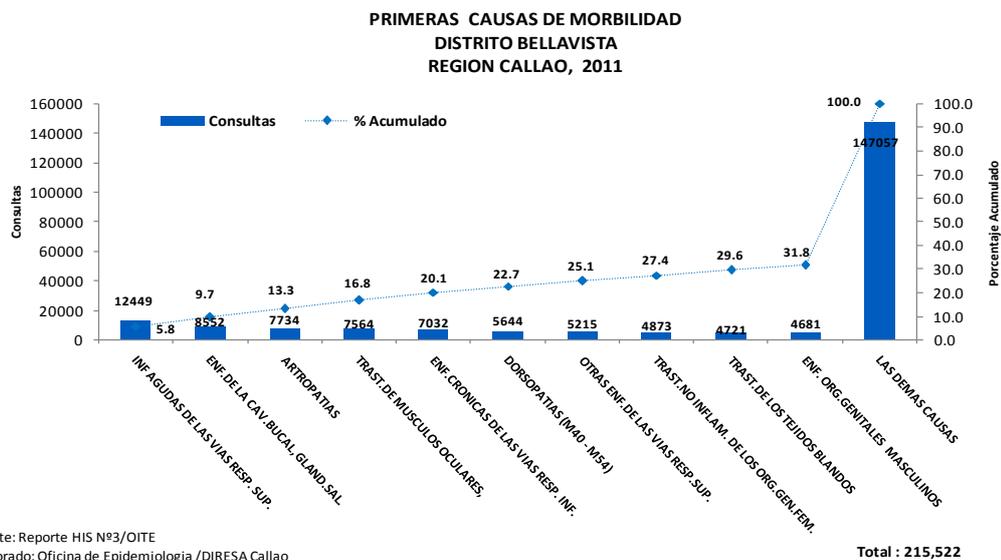
Ciclo de vida adulto mayor, otro de los grupos que menos consultas realiza (15.68%) del total, como es de esperarse las primeras causas de consulta además de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores,

encontramos las enfermedades no transmisibles: hipertensión arterial, reumatismo articular, diabetes mellitus entre otras. En relación a la transición demográfica este ciclo de vida ha mostrado un incremento considerable en los últimos años, motivo por el cual los establecimientos de salud de la Región Callao deben estar preparados para el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y prevención de estas patologías.



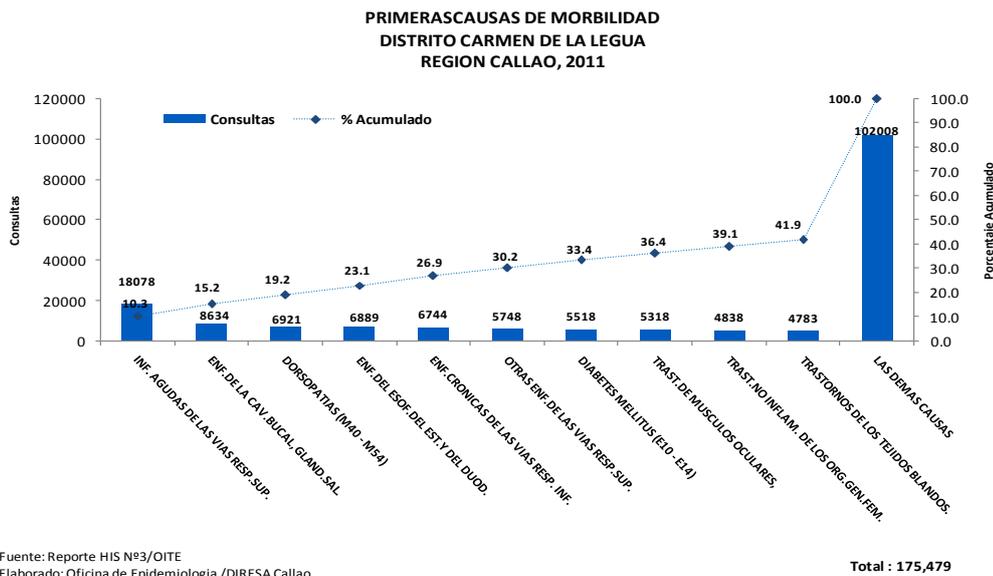
En el **distrito del Callao** se realizaron 296,963 consultas; las que constituyen el 31.87% del total provincial. Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar con 90,444 (30.46%), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 51,431 (17.32%).

En todas los **ciclos de vida** se mantiene la misma estructuración en relación al orden de los daños, menos en la etapa adolescente que se invierten el primer y segundo lugar. En la etapa de vida niño las infecciones respiratorias constituyen el 36.64% de consultas.



En el **distrito de Bellavista** se realizaron 215,522 consultas, 6.71 % de consultas menos que el mismo período del año anterior (231,048) y constituyen el 23 % del total provincial. Al igual que en años anteriores, las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar con 12,449(5.77%), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 8552(3.96%).

En relación a los **ciclos de vida**, las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el primer lugar en el ciclo de vida adolescente joven y adulto, en los niños predominan las infecciones de las vías respiratorias y en el adulto mayor las artropatías.

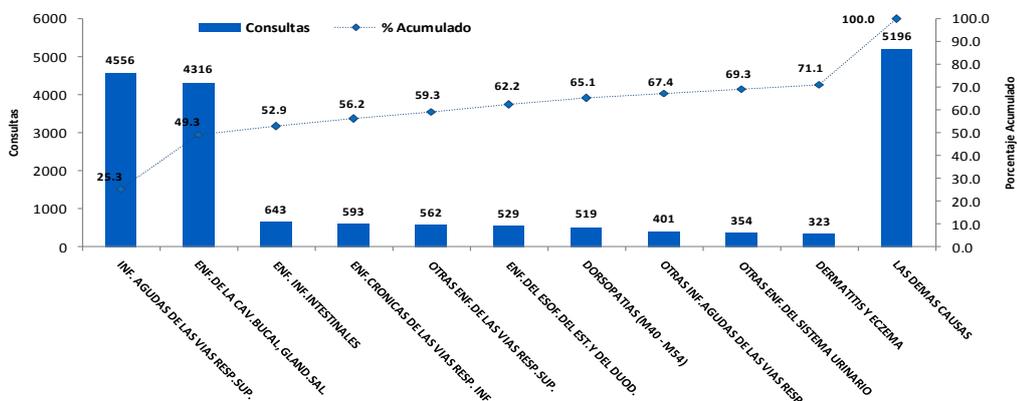


En el **distrito de Carmen de La Legua** se atendieron 175,479 consultas, 12.93% menos que el mismo periodo del año anterior y constituyen el 18.84% del total provincial.

Al igual que en años anteriores, las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar 18,078(10.30%) ,29.92 % de casos más que el año anterior (13,915), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 8634 (4.92%), 24.25 % de casos menos que el año 2010 (10,728)

En relación a los **ciclos de vida** las infecciones de las vías respiratorias ocupan el primer lugar en la estructura de la morbilidad en el ciclo de vida niño y adolescente, las enfermedades de la cavidad bucal en los jóvenes, adultos y Diabetes Mellitus en el adulto mayor.

**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
DISTRITO LA PERLA
REGION CALLAO, 2011**



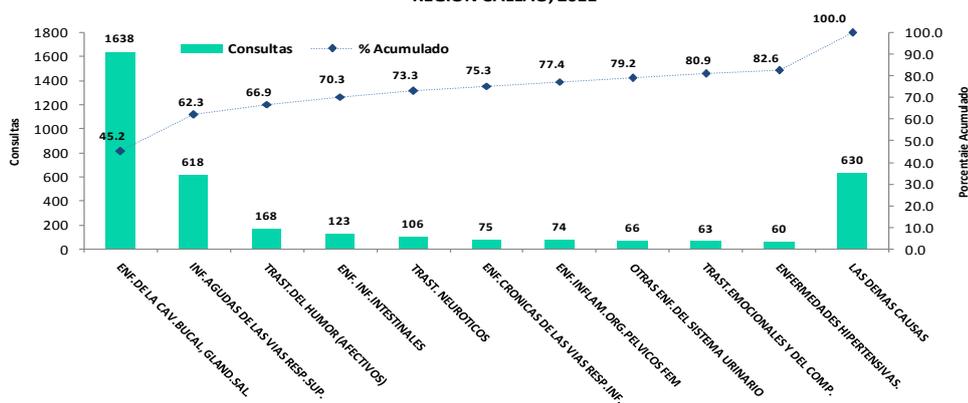
Fuente: Reporte HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina de Epidemiología /DIRESA Callao

Total : 17,992

En el **distrito de La Perla** se atendieron 17,992 consultas 31.57% menos en relación al año anterior (26,239 consultas) y constituyen el (1.93%) del total provincial. Al igual que en años anteriores las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar, con 4556 (26.7%) , 35% de casos menos que el año 2010 (7011), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar, con 4,316 (23.99 %) ,12.72% de casos menos. Debemos mencionar que en este distrito atienden dos Centros de Salud de la DIRESA Callao: C.S La Perla y C.S. Altamar

En relación a los **ciclos de vida**, las infecciones respiratorias y las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el primer y segundo lugar respectivamente en el ciclo de vida niño y adulto mayor, en los otros ciclos de vida se invierten los lugares.

**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
DISTRITO LA PUNTA
REGION CALLAO, 2011**



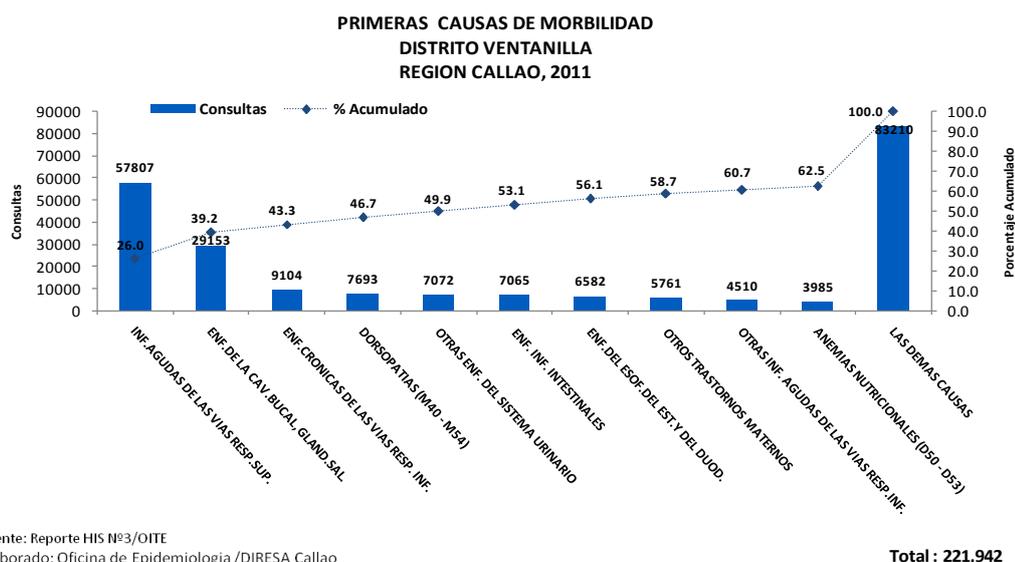
Fuente: Reporte HIS N°3/OITE
Elaborado: Oficina de Epidemiología /DIRESA Callao

Total :3,621

En el **distrito de La Punta** se realizaron 3621 consultas, 30.39 % menos que el año anterior (5202 consultas) y constituyen el (0.38%) del total provincial. Al igual que en años anteriores, las enfermedades de la cavidad bucal ocupa el primer

lugar 1658 (45.78%) y las infecciones de las vías respiratorias, el segundo lugar 618 casos Debemos mencionar que en este distrito solo atiende 1 C.S. de la DIRESA Callao: C.S La Punta.

Las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares superiores atraviesan todas las etapas de vida ocupando el primer lugar, en segundo lugar se ubican las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, en la etapa joven y adulto los trastornos afectivos ocupan el tercer lugar mientras que en el adolescente y adulto mayor las enfermedades infecciosas intestinales.



En el **distrito de Ventanilla** se realizaron 221,942 consultas, 1.6% menos en relación al mismo periodo del año anterior (225,585 consultas) y constituyen el 23.83% del total provincial. Al igual que en años anteriores, las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar con 57,807 casos (26.05%) del total distrital, 13.42 % casos menos que el año anterior (66,765), el segundo lugar las enfermedades de la cavidad bucal, con 29,153 (13.14 %) del total distrital, 2.63% de casos menos que el año anterior.

Las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar y el segundo las enfermedades de la cavidad bucal, en los ciclos de vida niño, adolescente, adulto, adulto mayor invirtiéndose los lugares en el ciclo de vida joven.

5.2. MORTALIDAD EN LA REGION CALLAO

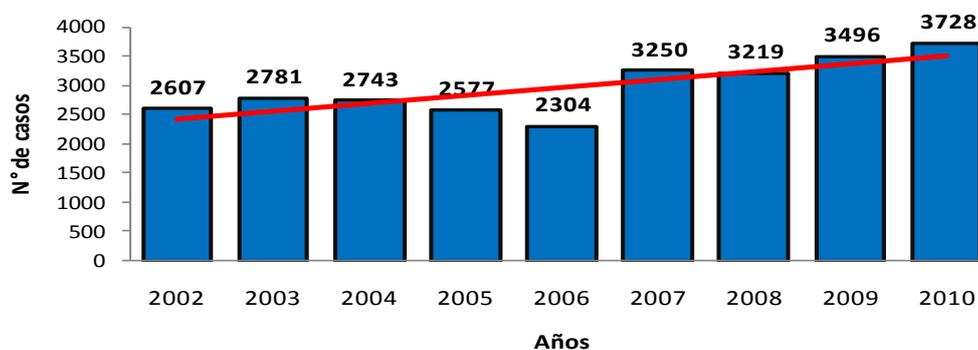
Estudio de la Mortalidad en la Región Callao 2002-2010.

Diez Primeras Causas de Muertes en la Región Callao años 2002 - 2010



Las principales causas de mortalidad en la Región Callao son: la neumonía y la hipertensión esencial, que representan la transición epidemiológica con presencia de casos de enfermedades infecciones y patologías crónicas degenerativas; destacando también la existencia de neoplasias de estómago y pulmón.

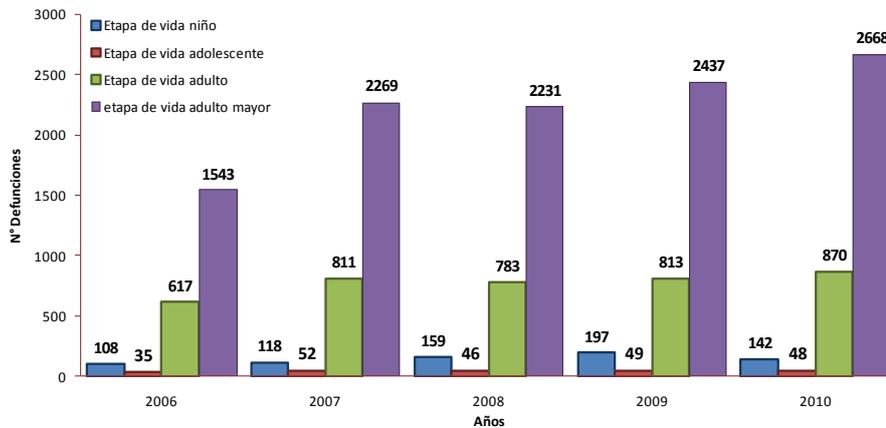
Total General de Muertes en la Región Callao años 2002 - 2010



FUENTE: Hechos Vitales/OITE/Epidemiología Diresa Callao

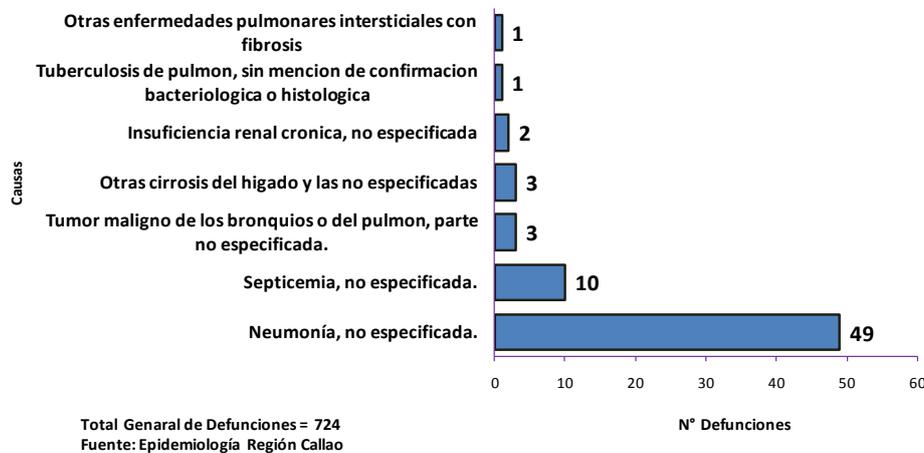
En la Región Callao el número de muertes en general tienen una tendencia ascendente hacia el año 2010, siendo el año 2006 el que menos muertes reportó en estos 9 años.

DEFUNCIONES GENERAL EN LA REGION CALLAO POR ETAPA DE VIDA AÑOS 2006 - 2010



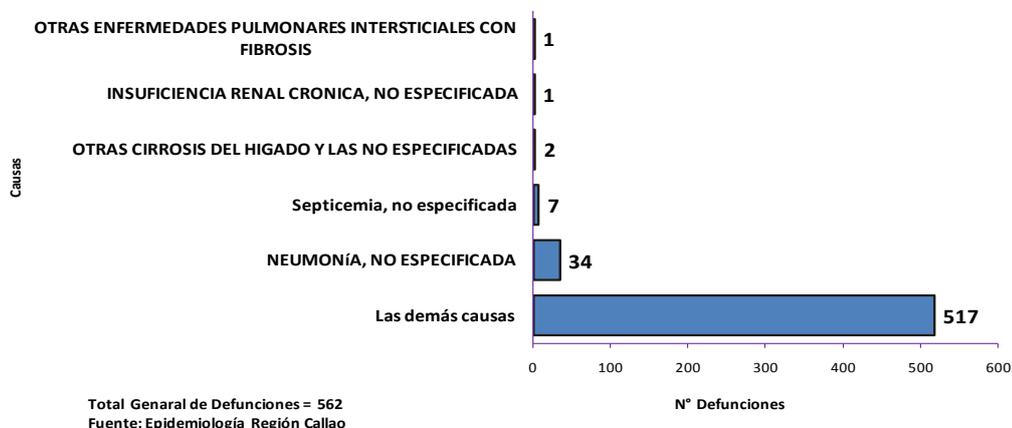
La etapa de vida adulto mayor es el grupo que presenta mayor mortalidad en todos los años (2006 al 2010) con tendencia ascendente, seguido del grupo adulto y la etapa de vida adolescente presenta la menor cantidad de casos de mortalidad.

DEFUNCION ACUMULADA POR ETAPA DE VIDA NIÑO AÑOS 2006 AL 2010



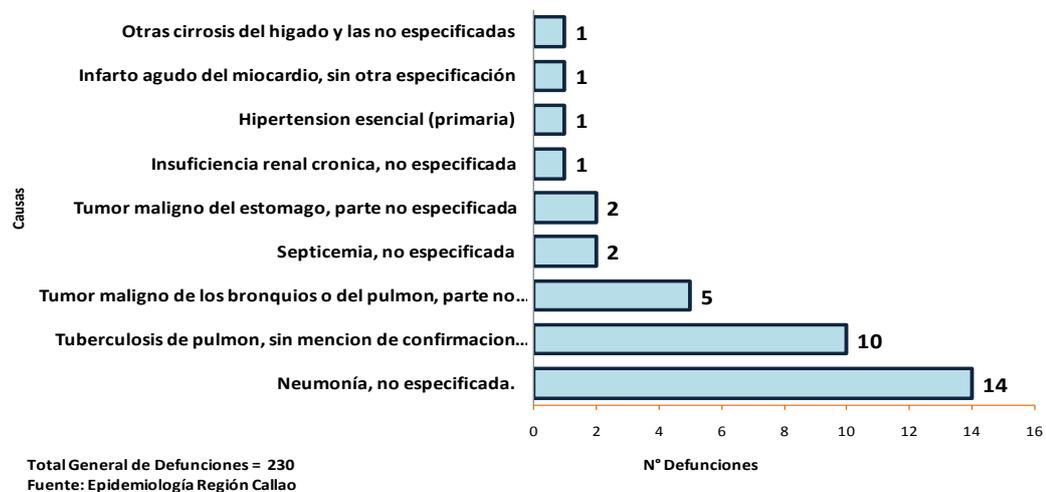
En la Etapa de vida Niño las principales causas de defunciones se deben a neumonía, septicemia y la presencia de tumoración maligna de los bronquios que evidencia la transición epidemiológica generando la necesidad de considerar la intervención en el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas

MORTALIDAD ACUMULADA EN MENORES DE 1 AÑO AÑOS 2006 AL 2010



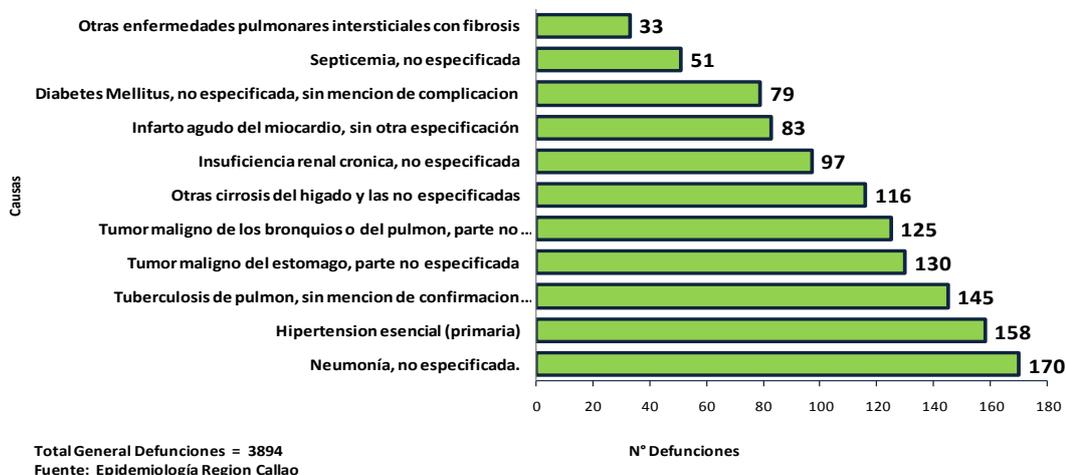
La principal causa de defunción en menores de un año es Neumonía, las infecciosas representan que representa el 7% del total, de infantes fallecidos en ese periodo de estudio.

MORTALIDAD ACUMULADA POR ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE AÑOS 2006 AL 2010



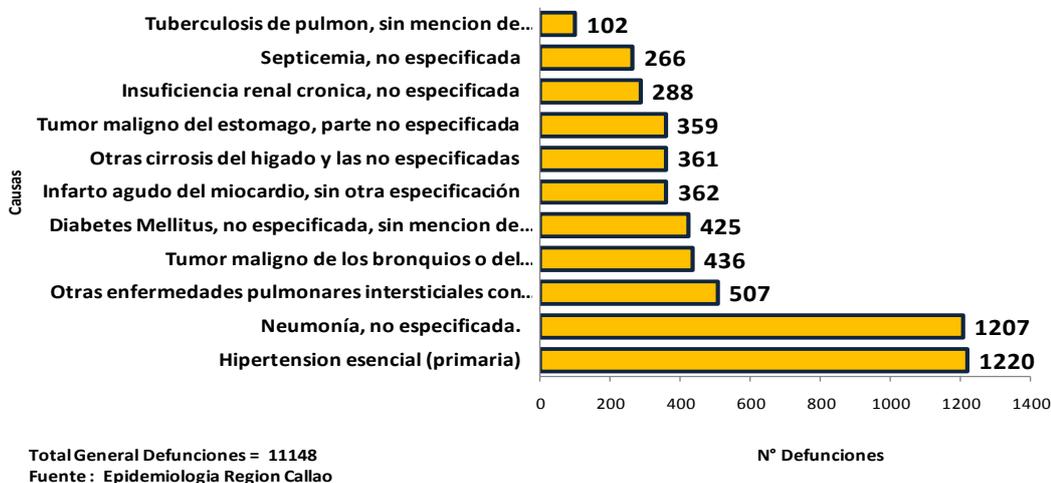
En esta etapa de vida las enfermedades infecciosas son las primeras causas de defunciones (neumonía y tuberculosis); destacando las neoplasias también como factores de defunción.

MORTALIDAD ACUMULADA POR ETAPA DE VIDA ADULTO AÑOS 2006 AL 2010



Los aparatos de mayor compromiso tumoral en la etapa de vida adulto son respiratorio y digestivo (pulmón y estomago), permaneciendo la neumonía y la hipertensión esencial como primeras causas de defunción

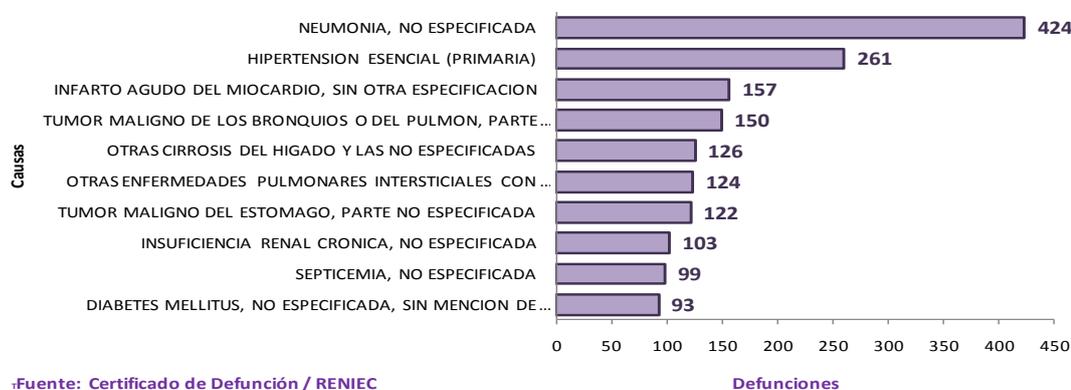
MORTALIDAD ACUMULADA POR ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR AÑOS 2006 AL 2010



En la etapa de vida adulto mayor las causas crónicas degenerativas son las que en mayor proporción se presentan respecto a las infecciosas; a pesar que la neumonía es la principal causa de defunción.

MORTALIDAD AÑO 2011

Diez Primeras Causas de Mortalidad General Región Callao 2011



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC
Elaborado: Oficina Epidemiología Región Callao
Total: 3646 Defunciones:

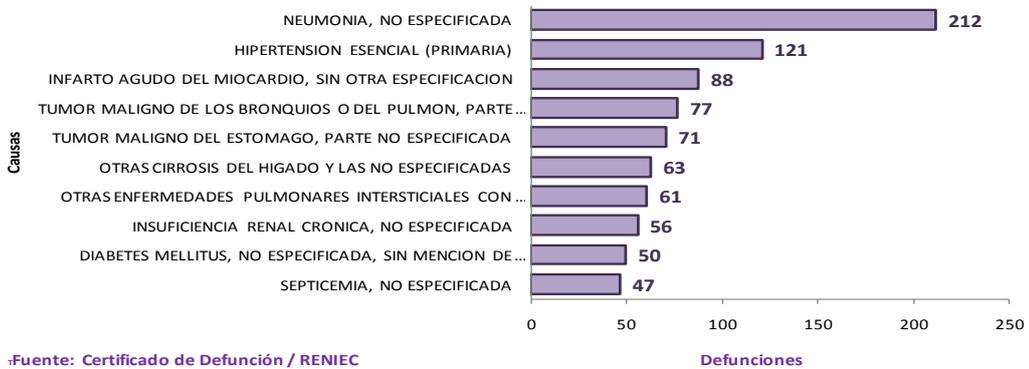
La estructura de la mortalidad del año 2011 de la Región Callao es de transición epidemiológica al igual que los últimos años, encontramos entre las primeras causas de fallecimiento enfermedades transmisibles y no transmisibles. Las Neumonías constituyen la primera causa de muerte desde el año 2009, desplazando a la Hipertensión al segundo lugar, este daño ocupó el primer lugar desde el año 2003. En nuestra Región se produce el “doble riesgo epidemiológico” las primeras causas de muerte son enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas

La tasa de mortalidad, indica con precisión el impacto actual de mortalidad en el crecimiento de la población sea de un país, región o distrito. Según el Instituto Nacional de Informática y Estadística se estima para el Perú una Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) de 5.52 por 1000 habitantes.(2010) Para el año 2011 la Oficina de Estadística de la Diresa Callao registra en la Región Callao 3,646 defunciones representando una TBM de 3.8 por 1000 habitantes,. Esta tasa en el Callao es inferior a la cifra nacional a la igual que en los últimos años.

Entre las principales causas de mortalidad ocupan el primer lugar la neumonía no especificada tanta en la población general como en la etapa de vida niño, adolescente, adulto mayor, en el joven y adulto es el SIDA. Al realizar un análisis comparativo por distritos igual representan la primera causa de muerte. Destacamos que entre las principales causas de muerte en Carmen de La Legua y Ventanilla ubicamos TBCp, y en Carmen de La Legua además SIDA.

Al comparar por grupo etáreo en la etapa del adulto mayor ocurrieron el 70.84% de los casos (2583 casos), mientras que en el menor de 1 año 2.74% (100 caso) y adolescente 26 (0.71%)

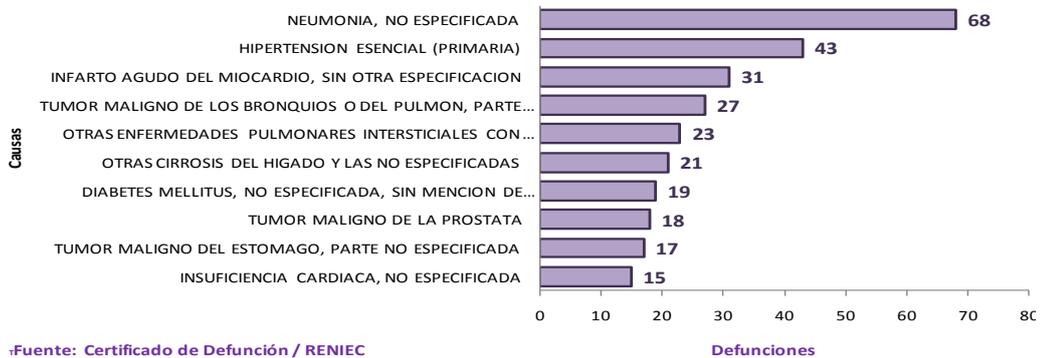
**Diez Primeras Causas de Mortalidad General Distrito del Callao
Región Callao 2011**



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC
Elaborado: Oficina Epidemiología Región Callao
Total: 1866 Defunciones:

En este distrito se reportaron 1,866 fallecidos (51%) del total. La primera causa neumonía, las otras causas coinciden con las regionales con diferencia del lugar que ocupan. En el año 2011 no está considerada la TBCp. La mayoría de causas son enfermedades no trasmisibles, al igual que en la Región.

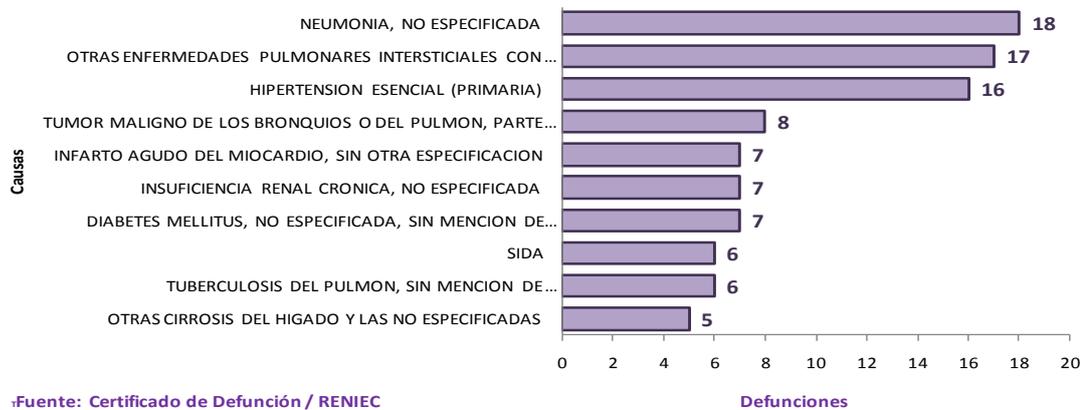
**Diez Primeras Causas de Mortalidad General Distrito de Bellavista
Región Callao 2011**



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC
Elaborado: Oficina Epidemiología Región Callao
Total: 580 Defunciones:

En este distrito se reportan 580 fallecidos (15.90% del total provincial), teniendo las primeras cuatro causas de muerte iguales a la estructura de la mortalidad presentada a nivel regional. La mayoría de estas diez primeras causas son enfermedades no trasmisibles.

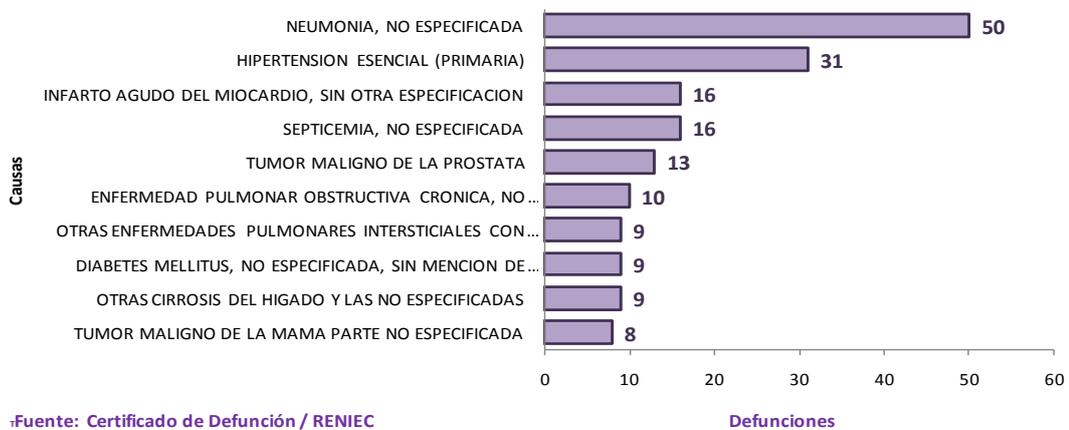
**Diez Primeras Causas de Mortalidad General Distrito de Carmen de la Legua
Región Callao 2011**



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC
Elaborado: Oficina Epidemiología Región Callao
Total: 193 Defunciones:

En el distrito de Carmen de la Legua se produjeron 193 defunciones (5.29%) del total. Encontramos entre las 10 primeras causas de muerte, enfermedades transmisibles además de la Neumonía, el SIDA y TBC pulmonar.

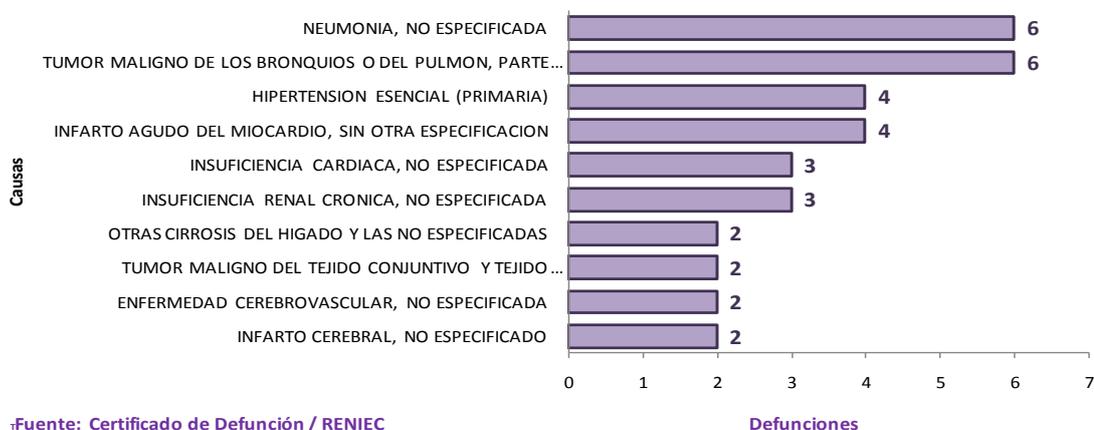
**Diez Primeras Causas de Mortalidad General Distrito de la Perla
Región Callao 2011**



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC
Elaborado: Oficina Epidemiología Región Callao
Total: 342 Defunciones:

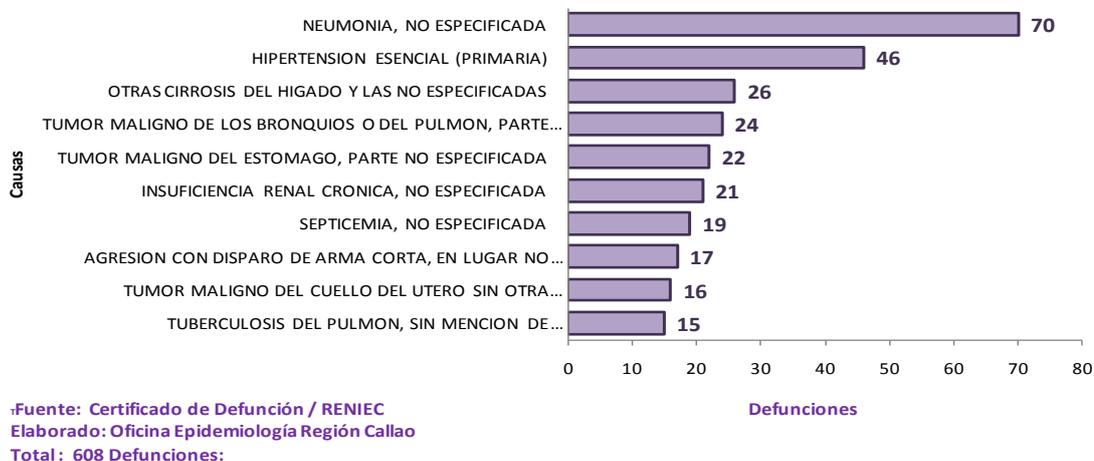
En este distrito se alcanzaron 342 defunciones (9.38%) del total. Los primeros lugares son similares al regional y los otros distritos, como último lugar es considerada el tumor de mama.

Diez Primeras Causas de Mortalidad General Distrito de la Punta Región Callao 2011



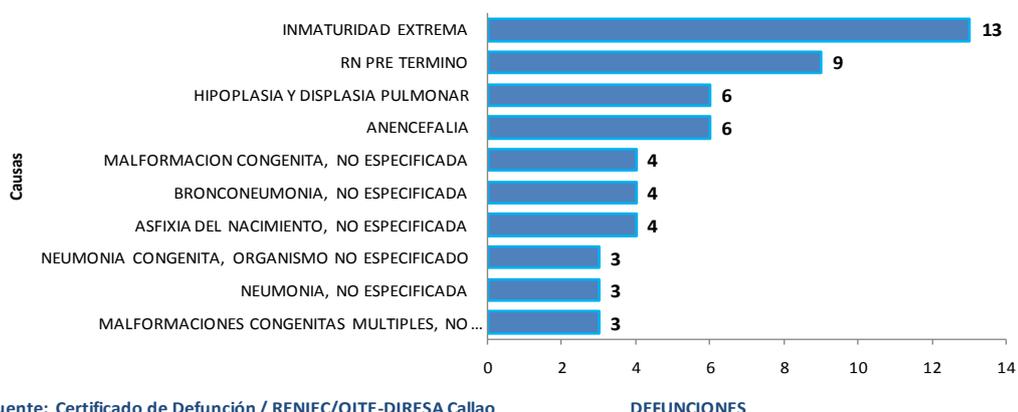
En este distrito se reportan la menor cantidad de fallecidos 57 (1.56%).A excepción del primer lugar, todas son enfermedades no transmisibles o sus consecuencias.

Diez Primeras Causas de Mortalidad General Distrito de Ventanilla Región Callao 2011



En Ventanilla se registraron 608 defunciones (16.68%) del total, la mayor cantidad de fallecidos en la Región después de Callao. Entre otras causas consideradas se ubican las ocasionadas por agresión con disparo de arma corta, tumor maligno de cuello del útero, no consideradas en el año 2010. En este distrito al igual que en Carmen de la Legua, la TBCp aparece entre la 10 principales causas de muerte.

Diez Primeras Causas de Mortalidad en Menores de 1 año Región Callao 2011



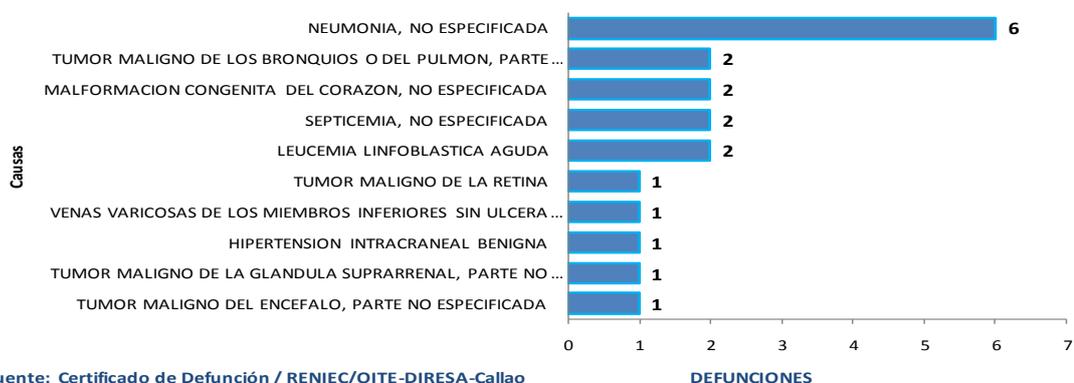
Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC/OITE-DIRESA Callao

Elaborado: Oficina Epidemiología- DIRESA Callao

Total: 100 Defunciones:

En la Región Callao han fallecido 100 infantes en el año 2011, 15.25% menos que el año anterior (118), las primeras causas son inmadurez extrema, y RN pretermino, a diferencia del año anterior: RN pretermino y Neumonías no especificadas, disminuyendo estas de 12 (2010) a 3.

Diez Primeras Causas de Mortalidad en Niños Región Callao 2011



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC/OITE-DIRESA-Callao

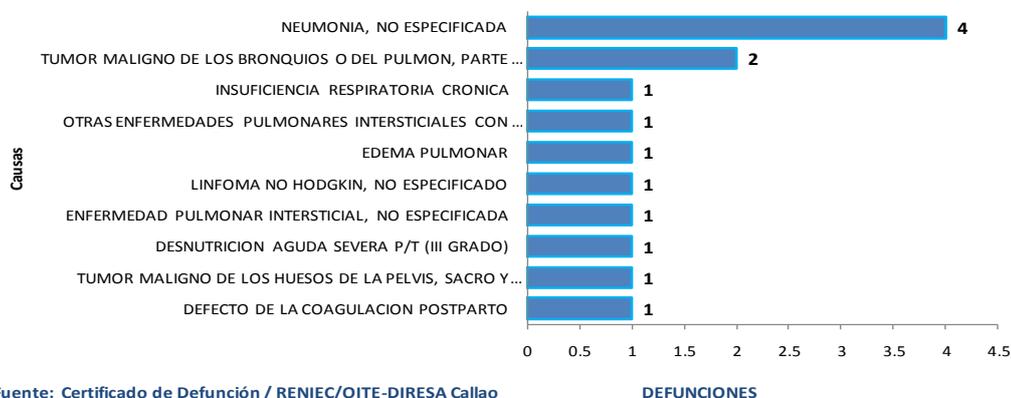
laborado: Oficina Epidemiología - DIRESA Callao

total: 43 Defunciones:

La causa principal de defunción en niños, es la neumonía en la Región al igual que en los distritos de Callao, Ventanilla, en Bellavista. No hay fallecidos en los distritos de Carmen de la Legua, La Perla, La Punta.

Se reportaron 43 fallecidos en este ciclo de vida (1.18%) del total.

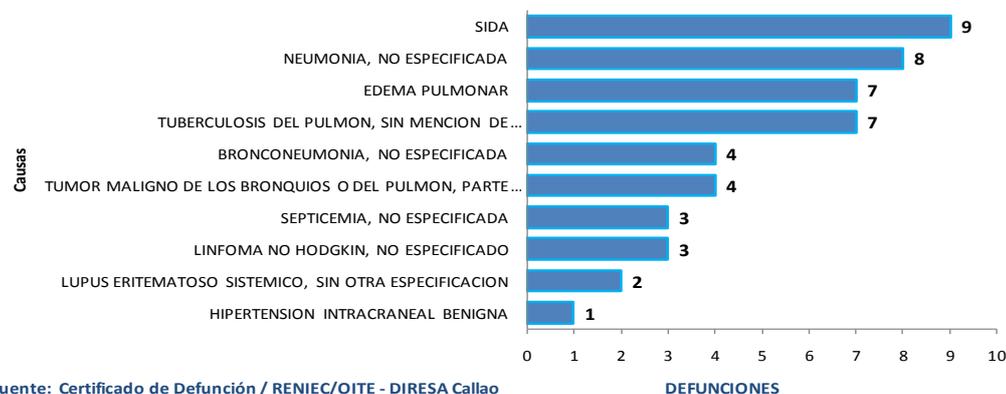
Diez Primeras Causas de Mortalidad en Adolescentes Región Callao 2011



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC/OITE-DIRESA Callao
Elaborado: Oficina Epidemiología - DIRESA Callao
Total: 26 Defunciones:

Etapa de vida adolescentes comprende de 12 a 17 años, 26 fallecidos constituyen (0.71%) del total. La mayor cantidad de fallecidos se reportan en el distrito Callao (54%) y Ventanilla (38%), los distritos de Carmen de la Legua y La Punta no reportaron fallecidos. En los adolescentes, la causa principal de muerte a nivel regional es la neumonía, igual que en el distrito de Callao, Ventanilla, en Bellavista son los tumores malignos de huesos (1), en la Perla Edema pulmonar (1).

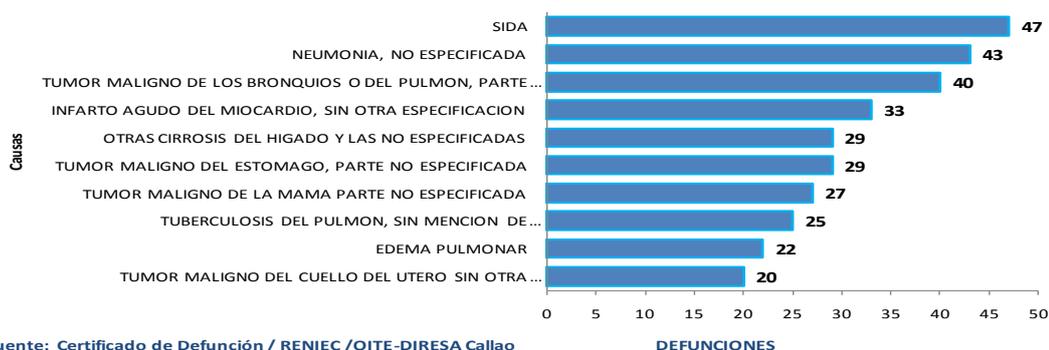
Diez Primeras Causas de Mortalidad en Jóvenes Región Callao 2011



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC/OITE - DIRESA Callao
Elaborado: Oficina Epidemiología DIRESA Callao
Total: 129 Defunciones:

Este ciclo de vida comprende de 18 a 29 años, se reportaron 129 fallecidos (3.54%) del total. Como primera causa de muerte encontramos el SIDA (9) y de 10 de las primeras causas 5 son transmisibles. SIDA ocupa el primer lugar como causa de muerte en los distritos Callao (5), Bellavista (1), Carmen de la Legua (2), en la Perla (1), en la Punta no se reportaron fallecidos de este ciclo de vida y en Ventanilla no se reportaron fallecidos por este daño. Entre las 10 primeras causas están ubicadas Neumonía, TBCp a nivel regional y distrital (Callao, Ventanilla), en Carmen de la Legua encontramos Neumonía.

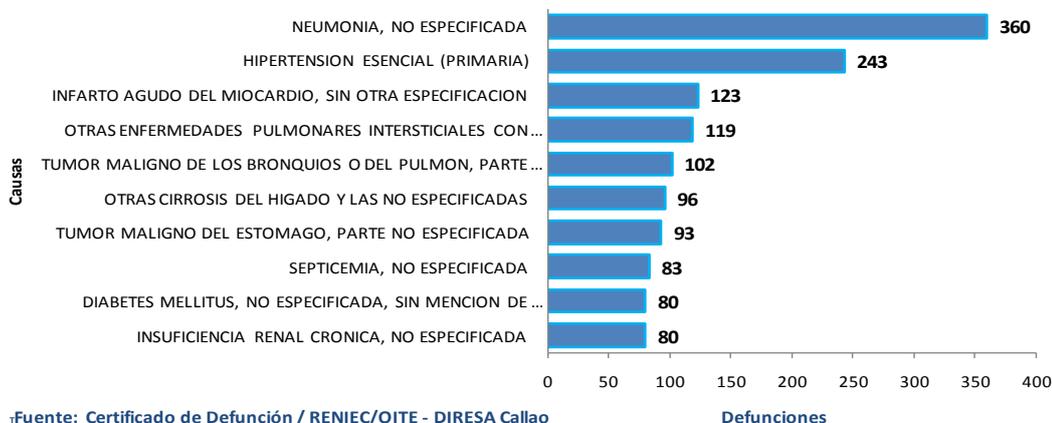
Diez Primeras Causas de Mortalidad en Adultos Región Callao 2011



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC/OITE-DIRESA Callao
Elaborado: Oficina Epidemiología -DIRESA Callao
Total: 765 Defunciones:

Se han reportado 765 fallecidos (20.98%) entre las principales causas de muerte: SIDA, Neumonía, TBCp al igual que en los distritos: Callao, La Perla, en Bellavista: Neumonía, SIDA, Carmen de La Legua: SIDA, Ventanilla: SIDA, TBCp, las otras causas son no transmisibles.

Diez Primeras Causas de Mortalidad en Adulto Mayor Región Callao 2011



Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC/OITE - DIRESA Callao
Elaborado: Oficina Epidemiología DIRESA Callao
Total: 2583 Defunciones:

En esta etapa de vida se reportaron la mayor cantidad de fallecimientos 2583 (70.84%). En el distrito Callao fallecieron la mayor cantidad de personas pertenecientes a esta etapa de vida 1,319 (51.06%), seguido de Bellavista 453 (17.53%), Ventanilla 335 (12.97%), La Perla 278 (10.76%), Carmen de la Legua 144 (5.57%), La Punta 57 (2.21%). Las dos primeras causas de muerte son similares a nivel regional y distrital.

VI. RESPUESTA SOCIAL

VI. RESPUESTA SOCIAL

6.1. RESPUESTA SOCIAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO A TRAVÉS DE SUS DIRECCIONES

6.1.1. OFICINA EJECUTIVA DE DESARROLLO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La Oficina Ejecutiva de Desarrollo de Gestión de Recursos Humanos indica lo siguiente a enero 2012.

A nivel de la DIRESA Callao se cuenta con 1040 trabajadores NOMBRADOS entre ellos 187 médicos, 51 enfermeras, 68 obstetrices, 33 odontólogos, 165 técnicas en enfermería.

en lo que corresponde al Personal CAS con 891 trabajadores entre ellos 100 médicos, 61 enfermeras, 38 obstetrices, 18 odontólogos, 125 técnicas en enfermería

En relación a distribución por distritos tenemos:

NOMBRADOS

En el distrito Callao: médicos (83), enfermeras(19), obstetrices (32), odontólogos(19), técnicas en enfermería(95), **en el distrito Bellavista:** médicos (40), enfermeras (8), obstetrices(7), odontólogos (2), técnicas en enfermería (10), **en el distrito de Carmen de la Legua:** médicos (8), enfermeras(2), obstetrices(2), odontólogos (2), técnica en enfermería (2), **en el distrito de La Perla :** médicos (11), enfermeras (2), obstetrices(2), odontólogos (4), técnicas en enfermería (6), **en el distritos de La Punta:** enfermera (1), obstetriz (1), odontólogo (1), técnica en enfermería (4), **en el distrito de Ventanilla:** médicos(45), enfermeras (19), obstetrices (24), odontólogos (5), técnicas en enfermería (48).

CAS

En el distrito Callao: médicos(28), enfermeras(14), obstetrices(9), odontólogos(3), técnicos en enfermería(16), **en el distrito de Bellavista:** médico(1), enfermera (2), técnicas en enfermería(2), **en el distrito de Carmen de la Legua:** enfermera(1), técnica en enfermería(1), **en el distrito de La Perla:** médico(1), odontólogo(1), técnica en enfermería(1), **en el distrito de La Punta:** médico(1), **en el distrito de Ventanilla:** médicos(69), enfermera(44), obstetrices(29), odontólogos(14), técnicas en enfermería(105).

6.1.2. 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 tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

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

Análisis Resumen FODA

FORTALEZAS

- Recursos humanos proactivos, sensibilizados e identificados con la Institución.
- Apoyo de la gestión
- Interconexión con NETLAB

OPORTUNIDADES

- Transferencia Tecnológica por el INS
- Apoyo de organizaciones no estatales OPS Fondo Global, UNCH y cooperación internacional.
- Ubicación Geográfica Estratégica (1er Puerto y Aeropuerto del País).

DEBILIDADES

- Insuficiente e inoportuno abastecimiento de reactivos e insumos.
- Dificultad para transporte de muestras.
- Deficiente Infraestructura
- No optimización de Recursos Humanos.
- Equipamiento obsoleto e insuficiente.
- No se operativa el Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de equipos.
- Falta de software y hardware para integrar el sistema de gestión de la red de laboratorios.
- No se cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad.
- No se ha impulsado la investigación local.
- Centro Hemodonador no se adecúa a la normatividad técnica y legal del PRONAHEBAS.

AMENAZAS

- Falta de independencia de nuestras instalaciones en locales cedidos temporalmente.
- Limitación de Recursos que dificulten la Transferencia Tecnológica Regional
- Cambios políticos autoridades

ACTIVIDADES E INDICADORES 2012:

ACTIVIDADES	INDICADOR
ANALISIS DE LABORATORIO	418,724
Hematología	105155
Microbiología	132669
Inmunología	36087
Bioquímica	144813
Citología	23263
TRANSFERENCIA TECNOLOGICA	3
Automatización	1
IFI	1
Carga viral	1
CAPACITACIONES	10
Reuniones técnicas	10
SUPERVISIONES	40
Laboratorios locales	36
Laboratorios hospitalarios	4
PROYECTOS	2
Hemocentro Regional	1
Laboratorio Referencial Regional	1
MANUALES TECNICOS NORMATIVOS	4
MOF actualizado	1
Procedimientos	1
Calidad	1
Bioseguridad	1
Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	40%

ACTIVIDADES Y METAS PROGRAMADAS 2011

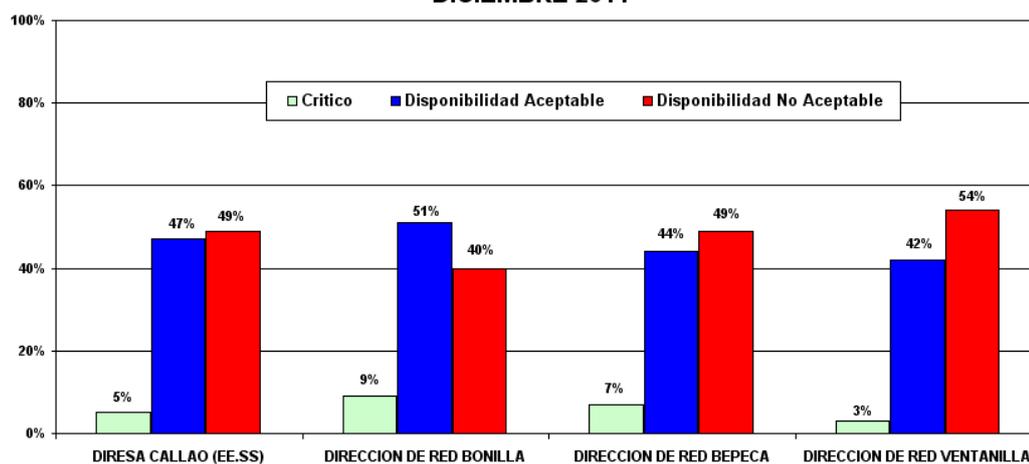
Actividades y Metas 2011

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	META FISICA OPERATIVA		TOTAL META ANUAL		
	TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA			
			Reprog	Ejec	%
Exámenes de laboratorio			494,996	494,996	104%
	Exa. Bioquímicos	Examen	171,190	171,190	104%
	Exa. Hematológicos	Examen	124,310	124,310	103%
	Exa. Microbiológicos	Examen	156,835	156,835	105%
	Exa. Inmuno Serológico	Examen	42,661	42,661	102%
	Exa. Citología	Examen	23,263	23,263	116%

6.1.3. 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).

DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS DENTRO DE PETITORIO DIRECCIONES DE REDES DE SALUD Y DIRESA CALLAO DICIEMBRE 2011



FUENTE: SISTEMA SISMED V2.01

Este gráfico evidencia comparativamente la disponibilidad de medicamentos, habiéndose alcanzado un 47% de disponibilidad aceptable y un 5% de disponibilidad crítica en el ámbito de los EE.SS de la DIRESA CALLAO.

Existe una disminución de la disponibilidad crítica a partir del mes de julio en las tres Direcciones de Redes de Salud y a nivel de la DIRESA CALLAO, llegando a un 5% en el mes de diciembre.

LOGROS 2011:

- Certificación por cuarto año consecutivo en Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos (BPA), otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud.
- Adquisición de 01 camión para la Droguería DIRESA Callao de la DEMID, a fin de cumplir con la oportuna y eficaz distribución de medicamentos y dispositivos médicos a los diversos Establecimientos de Salud de las Redes de Servicios de nuestra institución.
- “Pasantía en el Almacén Especializado de la Dirección Regional de Salud del Callao, la misma que fue aprobada con Resolución Directoral N° 932-2010-GRC/GRS/DIRESA/DG, se aprobó la Directiva N° 014-2010-GRC/GRS/DIRESA/DG, a fin de contribuir en la implementación de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) a nivel local y regional, atendiendo a las DIRESAS de Ucayali, Arequipa, Madre de Dios, Ayacucho, Cutervo Cajamarca y Disa Lima Este.
- Capacitación de Pasantes Internacionales (Nueva Guinea Ecuatorial).
- Coordinaciones con MSH, para la elaboración de un Boletín de Informativo sobre Uso Racional de Medicamentos y Farmaco vigilancia, el cual será emitido desde el año 2012.
- Certificación de la OPS, por el logro obtenido en la Campaña de Vacunación (Barrido, Polio y Sarampión).
- La DEMID, alcanzó el 100% de la evaluación por área de la Supervisión Integral realizada por el Ministerio de Salud.

6.1.4. 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 de Ambiente y Salud Ocupacional (DEPAYSO).

DIRECCIÓN DE ECOLOGÍA, PROTECCIÓN DE AMBIENTE Y SALUD OCUPACIONAL

La Dirección Regional de Salud del Callao, como ente rector del Gobierno Regional del Callao, a través de la Dirección de Ecología, Protección del Ambiente y salud Ocupacional, viene desarrollando esfuerzos con otros sectores públicos y privados para atender los problemas de salud pública producidos por factores de riesgo ambientales y ocupacionales generados por actividades productivas o de servicios incluyendo la atención de las emergencias o desastres.

PROCESOS Y SUBPROCESOS DE LA DEPAYSO PROGRAMADOS

a. Programa de Vigilancia de la Calidad de aire y ruidos

- b. Programa de Vigilancia de los Recursos Hídrico
- c. Programa de Vigilancia de la Gestión de los Residuos Sólidos Peligrosos en la Región Callao
- d. Vigilancia por contaminación por metales pesados en la Región Callao
- e. Desarrollar la Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional en los Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao.
- f. Desarrollar la Vigilancia de la Seguridad y Salud en el Trabajo en los Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao y otras empresas de la Región Callao.

ANALISIS FODA

FORTALEZAS

- La DEPAYSO cuenta con un equipo técnico de profesionales de la salud especializados y capacitados en sus diferentes áreas.
- La DEPAYSO cuenta con 30 Técnicos de Salud Ambiental capacitados en vigilancia ambiental y ocupacional.
- La existencia de la Gerencia Regional de Salud en la estructura orgánica del Gobierno Regional del Callao.
- Asumir la Rectoría de Salud en materia ambiental a nivel Sectorial y Regional.
- La DIRESA Callao tiene activo su Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Asumir la Secretaria Técnica del Grupo Técnico Regional para la Reducción, Prevención y Control de la contaminación por Plomo en el Callao.

DEBILIDADES

- La DEPAYSO en la Estructura Orgánica no cuenta con Áreas o Unidades Orgánicas de acuerdo a las funciones de su competencia.
- Falta de Normas Regionales en materia ambiental y ocupacional.
- La falta de un aplicativo informático para el Sistema Regional de Vigilancia en materia ambiental y ocupacional.
- Falta de mantenimientos e insumos para los equipos de monitoreo ambiental y ocupacional.
- Personal técnico de Salud Ambiental con múltiples funciones.
- Falta de Equipos de Protección Persona para el personal técnico y profesional que realiza actividades en el campo.
- Falta de movilidad para realizar actividades de vigilancia ambiental y ocupacional.
- Falta de personal técnico y profesional.

OPORTUNIDADES

- Ser parte de la estructura del Gobierno Regional.
- La importancia a nivel mundial de los temas ambientales.
- La presencia de sub sectores en la estructura orgánica del gobierno regional relacionados a las diferentes actividades económicas que se desarrollan en la región Callao.
- Integrar la Comisión Ambiental Regional del Callao.

AMENAZAS

- La Estructura Orgánica limita la funcionalidad de las competencias de la DEPAYSO.
- El Callao es una zona sísmica por naturaleza.
- El Callao es puerta de ingreso al País.

AREA FUNCIONAL DE SALUD OCUPACIONAL

GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El año 2011 se reactivó el Comité de seguridad y Salud en el Trabajo y se aprobó el Reglamento Interno de Seguridad y Salud de la DIRESA Callao, que fue aprobada con Resolución Directoral N° 1118-2011-GRC/GRS/DIRESA/DG, con fecha 28 de diciembre de 2011.

Se conformó la Red de Vigilancia Sanitaria en Salud Ambiental y Ocupacional de la Dirección Regional de Salud del Callao, que estará integrado por los 47 Centros de Salud de la DIRESA Callao, aprobado mediante Resolución Directoral N° 486-2011-GRC/GRS/DIRESA/DG, con fecha 15 de junio de 2011.

VIGILANCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL.

VIGILANCIA DE RIESGOS OCUPACIONALES EN PEQUEÑAS Y MICROEMPRESAS PYMES

El año 2011, se han inspeccionados 189 Pequeñas y Microempresas, con un total de 435 trabajadores (69% masculino y 31% femenino), el 53% de las Pymes son formales y cuentan con Licencia de Funcionamiento y el 47% son informales y en relación a la exposición a los Riesgos Ocupacionales el 25% están expuestos a Riesgos Físicos, seguido con un 19% de Riesgos Biológicos, 16% de Riesgos Químicos, 13% incendio y explosión, 12% riesgos psicosociales, 10% riesgos ergonómicos, 5% accidentes de trabajo.

VIGILANCIA DE RIESGOS OCUPACIONALES EN LA MEDIANAS Y GRANDES EMPRESAS

El año 2011 se han visitado 21 Medianas y Grandes Empresas, con un total de 2108 trabajadores (71% Grandes Empresas y 29% Medianas Empresas) y en relación a la exposición a Riesgos Ocupacionales, el 24% de trabajadores están expuestos a Condiciones Inseguras, seguido del 20% para riesgos Físicos, 16% actos inseguros, 12% riesgo psicosocial, 10% riesgo químicos, 10% Riesgos Ergonómicos 7% incendio y explosión y 3% riesgo biológico

Esta vigilancia la realizan los 30 Técnicos de Salud Ambiental a las PYMEs, aplican la Ficha de identificación de Riesgos Ocupacional (FIRO) y los profesionales del área Funcional de Salud ocupacional aplican el Formato (de Información y Control de Riesgos Ocupacionales FICRO a las medianas y grandes empresas

Inspección Sanitaria de Riesgos Ocupacionales en las 13 Microrredes de Salud de la DIRESA Callao

Se realizó la inspección con la Herramienta 11, Lista de Verificación de las Condiciones Generales de Higiene y Seguridad Ocupacional en 12

Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao, como parte de la Implementación del Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015, cuyo análisis se encuentra en proceso.

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 aplicó la Ficha de Bioseguridad a 11 Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao, cuya evaluación arrojó los siguientes resultados:

Calificación de la prevención de riesgos en bioseguridad: Calificación del Riesgo existente en Establecimientos de Salud. Niveles de Riesgo y Prevención.

De acuerdo a los resultados de la Evaluación de la Bioseguridad realizados a 11 Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, el 63% presentan Niveles de Riesgo Mediano y el 36% presentan niveles de Riesgo Alto.

El 55% de los EE.SS. practican medianamente las medidas de prevención de acuerdo a los riesgos existentes, seguido por un 45% de bajas medidas de prevención.

Reporte de Aviso de Accidentes de Trabajo (FUAAT) en los Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao.

De los 126 reportes de Accidente de Trabajo realizados en el 2011, el 97% reportó que no ocurren accidentes punzocortantes en sus centros laboral y en el 3% ocurrieron accidentes con objetos punzocortantes.

Reporte de Aviso de Accidentes de Trabajo en el Hospital Daniel Alcides Carrión

El Hospital Carrión reportó durante el año 2011, 53 accidentes con objeto punzocortante. De estos accidentes según los grupos de edad más afectados fueron los de 19 a 43 años y en cuanto al género el más afectado es el femenino con 36 casos (69%) y 16 casos de varones con el 31%.

AREA FUNCIONAL DE ECOLOGIA Y PROTECCION AMBIENTAL

La Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental a través de la Unidad de Ecología, Protección del Ambiente ha venido efectuando el monitoreo de contaminantes atmosféricos y de agua en diferentes estaciones ubicada en la Región del Callao, tanto en los distritos de la Punta, la Perla, Callao, Bellavista, Ventanilla, analizando el aire y sus aguas para determinar la concentración del metal plomo y la cantidad de PM10 en el aire.

Ámbito de Influencia

El monitoreo ha sido distribuido en toda la Región del Callao, tanto a nivel de aire como de aguas de los Ríos Rímac y Chillón.

Monitoreo de material particulado y plomo - año 2011

Durante al año 2011 se han realizado mediciones de PM10, plomo en aire y aguas de los ríos Rímac y Chillón a nivel de la Región Callao, con la finalidad de verificar los niveles de las partículas y de este metal pesado considerado de importancia toxica, la cual en el Callao se encuentran presentes, por las

actividades que se desarrollan en el sector Industrial formal e informal, de transporte y de aquellas que ingresan al Callao a través de las aguas de los ríos.

Lugares donde se ha medido la concentración de plomo y PM10 en el Callao:

I.- Calidad del aire:

Se monitorearon 16 lugares distribuidos en la Región del Callao, para medir la calidad del aire en plomo. Se utilizó un equipo de succión de alto volumen con fecha de calibración vigente. Los promedios de niveles de plomo, en todos los puntos ha mostrado valores relativamente bajos, no obstante entre las zonas de Mi Perú y Ventanilla dichos valores son mayores al resto de puntos con valores promedio 0.85 ug/ m³ y 0.40 ug/m³. Pero en el caso la zona de mi Perú, se ha registrado hasta 2.03 ug/m³, sobrepasando los límites establecidos en la normativa de referencia.

II.- Aire/PM10

De los 16 lugares donde se ha monitoreado la calidad del aire, (PM10) se ha determinado que la concentración de PM10 se encuentra por debajo de los límites establecidos (150 ug/m³); pero existe una tendencia a aumentar la concentración cuanto más nos acercamos al norte (Angamos, Ventanilla, Mi Perú)

III.- Calidad del agua

Se mide la concentración de plomo en diferentes partes de la ruta o recorrido del río. Rímac o Chillón.

Conclusión:

Agua: Río Rímac

- Aguas arriba (fuera de la jurisdicción del Callao) existen fuentes que están cargando las aguas con concentraciones de plomo que sobrepasan lo establecido en el ECA.
- Entre la estación 01 y la estación 02, (jurisdicción del Callao), existe alguna fuente que estaría incrementando la concentración de plomo en las aguas del río Rímac.
- Entre la estación 01 y la estación 02, (jurisdicción del Callao), existe alguna fuente que estaría incrementando la concentración de plomo en las aguas del río Chillón.

Agua: Río Chillón

- Aguas arriba (fuera de la jurisdicción del Callao) existen fuentes que están cargando las aguas con concentraciones de plomo que sobrepasan lo establecido en el ECA. El N° de casos de las IRAs, se incrementa si los niveles de PM10 son mayores.
- Conclusiones Preliminares:
 - Los casos de IRA registrados podrían estar relacionados directamente con los niveles de PM10 evaluados, observándose en la estación 200 Millas y Ventanilla se han registrado mayor número de casos, mientras

que en los puntos ubicados en dirección al sur 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 particulado PM10 en la zona norte del Callao y en Ventanilla.

PLAYAS MONITOREADAS POR LA DIRESA CALLAO 2011

En la Provincia Constitucional del Callao el monitoreo de playas se inicia el año 1994 siendo estas actividades de monitoreo realizadas por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).

A partir del año 2002, las actividades de Vigilancia de la Calidad Sanitaria de Playas, se inician con la participación activa de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental de la DISA I CALLAO, hoy en día la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA CALLAO), y otras instituciones dándole el carácter de participación multisectorial.

En el programa se toma en cuenta la calidad estética de la Arena, esto consiste en hacer una inspección de la playa para ver la presencia de residuos sólidos, así mismo la presencia de los servicios básicos tales como baños y tachos de basura; motivo por el cual el programa se ve en la necesidad de cambiar el nombre, al de **“Calidad Sanitaria de las Playas”**. Resultando una evaluación integral.



PLAYAS DE VENTANILLA Y CALLAO



PLAYAS DEL CALLAO Y LA PUNTA

La Evaluación se realiza según la **DIRECTIVA SANITARIA N° 038 /MINSA-DIGESA V.01**

Variable	Rango de Valor	Puntaje	Calific.	Puntaje Max. Por Variable
CM Coliformes fecales (NMP/100 mL)	0 – 200	0.5	Buena	0.5
	201 – 1000	0.25	Regular	
	> 1000	0.0	Mala	



VIGILANCIA SANITARIA DE LOS CEMENTERIOS: el objetivo de esta vigilancia es dar cuenta de la institucionalización de la muerte y de la situación sanitaria actual de los cementerios de la Región del Callao.

En la Región Callao existen 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 y 1835) tienen una administración privada

.99 Todos los cementerios carecen de habilitación, autorización sanitaria y licencia de funcionamiento 63% no cuenta con sistema de agua y desagüe, 38% existe basura, 50% recipientes para residuos, 38% quema de residuos y **todos cuentan con criaderos potenciales de Aedes Aegypti.**

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA DE CONSUMO HUMANO Y DE USO RECREACIONAL

La Vigilancia de la Calidad del Agua y de Uso Recreacional en la Región Callao, se realiza de manera permanente; evaluando las condiciones sanitarias de los componentes de los sistemas de abastecimiento de agua, a través de inspecciones, mediciones de cloro residual libre, toma de muestras de agua para análisis microbiológico y fisicoquímico, inspección a surtidores, camiones cisternas de transporte de agua. Con respecto a las piscinas se inspeccionan las piscinas, se evalúa la concentración del cloro residual libre, turbiedad, análisis microbiológico de agua. Así mismo, se inspeccionan las juntas vecinales que administran pozos de agua y que abastecen a la población.

En la **Región Callao** se **ubican 33 piscinas** distribuidas en los diferentes distritos 14 de ellas cuentan con autorización (42%), 13 no cuentan (39%) y 5 no funcionan (15%).

DIRECCION DE SANEAMIENTO BÁSICO. HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS

A. PROGRAMA DE LA CALIDAD HIGIENICO SANITARIA DE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS DE CONSUMO HUMANO

De acuerdo a los registros sanitarios en la relación emitida por DIGESA, en el Callao se registra un total de 134 empresas que cumplen con los requisitos establecidos por la DS N° 007– 98 SA Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas y RM N° 449 – 2006 / MINSA. Norma Sanitaria para la Aplicación del Sistema HACCP en la Fabricación de Alimentos y Bebidas, de las cuales el 54% (72 empresas) es derivado a la DIRESA Callao para su inspección:

La Habilitación Sanitaria de empresas de Alimentos y Bebidas de Consumo Humano: la meta programada para el 2011 fueron 60 empresas, ejecutándose 102% (61).

Validación Técnica Oficial del plan HACCP para empresas de alimentos y bebidas: la meta programada para el 2011 fueron 35 empresas, ejecutándose 31% (11). El total de los productos registrados en el Callao por DIGESA (1474 productos) se distribuyen en las 134 empresas, de las cuales 09 albergan el mayor número de productos (876).

INSPECCIONES

- Se inspecciono a 4 establecimientos de preparación, expendio y venta de alimentos ubicados en el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, se determinó como aceptable. Se realizaron operativos a diferentes rubros, como restaurantes panadería, servicios de alimentación de hospitales, entre otros, en las diferentes localidades de la Región Callao, encontrando en un porcentaje alto que califican como no aceptables.
- Se intervino con acciones de vigilancia y control ante la presencia de brotes de intoxicación alimentaria.
- Por el consumo de queso fresco en la preparación de alimentos, comprado en mercados MINKA, al inspeccionar el puesto de venta se encontró que calificaba como no aceptable

CUADRO DE FISCALIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS POR TIPO Y CALIFICACION EN LOS DIVERSOS OPERATIVOS REALIZADO EN EL AÑO 2011:

Se inspeccionaron 88 establecimientos entre restaurantes, licorerías, servicios de alimentación .Según la calificación: no aceptables 28 (30%),aceptables18 (20%),en proceso 46 (50%).

Se han supervisado 319 comedores populares: Red Bonilla (145),Red BEPECA (50) ,Red Ventanilla (124), realizándose inspecciones programadas para el 2011:Red Bonilla (307),Red BEPECA (149), Red Ventanilla (250).

Se han supervisado 254 vasos de leche: Red Bonilla (128), Red BEPECA (58) ,Red Ventanilla (68),realizándose inspecciones programadas para el 2011:Red Bonilla (221),Red BEPECA (31), Red Ventanilla (203).



Se realizó una supervisión a los a las Instituciones Educativas con todo el personal de la DSBHZ, con participación de los técnicos de Salud Ambiental para verificar que los Quioscos escolares estén cumpliendo con las buenas prácticas de manipulación de los alimentos y asegurar la salud de la población escolar, realizado en Marzo y Abril, en una primera inspección se realizó 160 supervisiones y en el total del año 557.

LOGROS 2011

Haber establecido nexos con las municipalidades, policía nacional y fiscalía, para realizar de manera conjunta los trabajos de prevención en favor de la salud de los consumidores

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- La DEPAYSO cuenta con un equipo técnico de profesionales de la salud especializados y capacitados en sus diferentes áreas, y con 30 Técnicos de Salud Ambiental capacitados en vigilancia ambiental y ocupacional. La existencia de la Gerencia Regional de Salud en la estructura orgánica del Gobierno Regional del Callao. La importancia a nivel mundial de los temas ambientales.
- La presencia de sub sectores en la estructura orgánica del gobierno regional relacionados a las diferentes actividades económicas que se desarrollan en la región
- Asumir la Rectoría de Salud en materia ambiental a nivel Sectorial y Regional.
- La DIRESA Callao tiene activo su Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- La DEPAYSO en la Estructura Orgánica no cuenta con Áreas o Unidades Orgánicas de acuerdo a las funciones de su competencia.
- Existe falta de Normas Regionales en materia ambiental y ocupacional.
- La falta de un aplicativo informático para el Sistema Regional de Vigilancia en materia ambiental y ocupacional.
- Falta de mantenimientos e insumos para los equipos de monitoreo ambiental y ocupacional.

- Falta de Equipos de Protección Personal para el personal técnico y profesional que realiza actividades en el campo.
- Falta de movilidad para realizar actividades de vigilancia ambiental y ocupacional.
- Falta de personal técnico y profesional.
- Crecimiento urbano y urbano marginal no planificado de la población y con deficiente saneamiento básico. Persistencia de estilos de vida inadecuados para la población.
- Capacitar y hacer entender a los médicos jefe de la importancia de la labor que desempeña el personal bajo su cargo, los Técnicos de Salud Ambiental
- Reuniones de coordinación con las instituciones como las municipalidades, policía y fiscalía, para lograr realizar un mejor trabajo de prevención para la salud de la población,
- Asumir la responsabilidad de la descentralización del Registro Sanitario que se otorga a los alimentos y Bebidas de Consumo Humano.
- Fortalecimiento del monitoreo y supervisión de las actividades del programa de capacitación y apoyo al personal de salud ambiental de la redes y otros instituciones encargadas del control alimentario, sobre el uso de normas, intervención en forma efectiva y rápida cuando se presenten ETAS. Así mismo facilitar movilidad para su desplazamiento.
- Insuficiente personal operativo y profesional para las actividades de Vigilancia y Control a nivel de REDES, Micro REDES y EESS.
- Deficiencia de material y equipos de cómputo. Para una mejor labor es necesario tener una base de datos con toda la información de las inspecciones realizadas a los diferentes establecimientos.
- Falta de un laboratorio para la realización de análisis fisicoquímico, microbiológico de muestras de alimentos, superficies inertes y vivas o tercerizar
- Actualización de los conocimientos de nuestros técnicos de salud ambiental y el uso de algunos instrumentos de control para una adecuada vigilancia (Termómetros, otros).
- Asumir la Secretaria Técnica del Grupo Técnico Regional para la Reducción, Prevención y Control de la contaminación por Plomo en el Callao.
- Insuficiente personal operativo y profesional para las actividades de Vigilancia y Control a nivel de REDES, Micro REDES y EESS.

PROGRAMA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA Y CONTROL VECTORIAL

La finalidad es que las comunidades adopten prácticas saludables para la reducción del riesgo de enfermedades metaxénicas y zoonóticas

Se han programado realizar (28,831) inspección domiciliaria, ambientes y otros buscando estadios del Sedes Aegypti, logrando un avance del 91%.

Se colocaron 204 (94%) ovitrampas. En relación al control por larvicidas solamente se avanzo (19%).Aplicación espacial (nebulización)de insecticida a las viviendas ,ambientes en puertos y otros, controlando la población del vector del Dengue.

LOGROS 2011

- Fumigación en 52 instituciones educativas como parte de las actividades interinstitucional para el control de insectos (DREC, GRRNN, GRS y DIRESA).
- Intervención en 14,123 viviendas como parte del Plan Frontera DISA V Lima Ciudad y DIRESA Callao. Obtención de indicadores entomológicos en bajo riesgo. Feb. 2011
- Intervención conjunta en 2,141 viviendas en los AAHH Acapulco y Juan Pablo II como parte de los trabajos de fumigación realizados por la DIRESA Callao, GRRNN y Municipalidades.
- Asesoramiento técnico para el control de criaderos en terrenos del MTC como parte del apoyo interinstitucional. Jun 2011
- Intervención interinstitucional (USMP – DIRESA Callao) para levantamiento de información aélica en Oquendo. Ago 2011
- Sostenibilidad de las intervenciones para el levantamiento de la información aélica con apoyo del Cuerpo Regional de Salud del GRC en algunas jurisdicciones sanitarias de EESS escenario II. Set – Dic 2011
- Creación del Grupo Técnico Regional de Control de Plagas Urbanas, para el abordaje interinstitucional a la problemática de insectos, roedores y otras plagas de interés público.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- Sectorización y Mapas de riesgo del vector por cada jurisdicción de los establecimientos de salud.
- Se cuenta con planes operativos de vigilancia del Vector y de contingencia.
- Personal de salud ambiental capacitado y comprometidos en realizar actividades de vigilancia y control vectorial.
- Fortalecimiento del monitoreo y/o supervisión con la incorporación de profesionales Biólogos.
- Existencia de la red de Municipios y Comunidades Saludables.
- Convenio interinstitucional DIRESA Callao – Instituciones de Nivel Superior para la participación de los estudiantes de carreras afines a salud en las actividades de vigilancia y control vectorial.
- Medios de comunicación, Empresas, Instituciones Públicas, Privadas y Castrenses comprometidos en el apoyo a las actividades preventivo promocionales.
- Empoderamiento de la vigilancia y control de plagas urbanas (insectos y roedores) en la agenda de la Comisión Ambiental Regional mediante el Grupo Técnico Regional de Control de Plagas Urbanas.
- Sociedad de Beneficencia Pública del Callao apoya el desarrollo de actividades en los cementerios
- Multifuncionalidad e insuficiente RRHH en los niveles operativos para las acciones de vigilancia en salud.
- Recursos económicos insuficientes para el abordaje y sostenibilidad de las acciones preventivo-promocionales.
- Implementación logística deficiente para las acciones de vigilancia y control vectorial.
- Material de comunicación y difusión de Dengue escaso y no acordes a la realidad local.

- Falta de acciones integradas permanentes en el monitoreo y evaluación de las actividades de vigilancia y control.
- Crecimiento desordenado de las ciudades e inadecuado ordenamiento territorial.
- Ubicación geográfica próxima a localidades con presencia de casos autóctonos.

6.1.5. 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 2011 se intervinieron en 5 programas estratégicos en toda la Región, logrando en cada uno de ellos una cobertura al 100%.

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

COMUNIDADES PROMUEVEN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO INFANTIL Y PARA LA ADECUADA ALIMENTACIÓN DEL MENOR DE 36 MESES:

Se intervienen en la población en general logrando familias saludables con conocimiento para el cuidado infantil, la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses, también se han intervenido en los municipios saludables e instituciones educativas en las cuales se capacitaron a docentes en contenidos temáticos para promover prácticas saludables que contribuyen a la disminución de la desnutrición crónica infantil.

PROGRAMA ESTRATEGICO MATERNO NEONATAL

POBLACION INFORMADA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Se realiza la intervención para lograr familias, municipios e instituciones educativas saludables del nivel inicial, primario ,secundario, que promuevan el desarrollo de prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, que involucre 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, transversalizando habilidades sociales como la toma de decisiones, comunicación asertiva y proyecto de vida. Los docentes de estas instituciones educativas están capacitados en contenidos temáticos, para promover buenas prácticas en salud sexual y reproductiva en sus alumnos.

PROGRAMA ESTRATEGICO TB/VIH-SIDA

COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENCION DE VIH-SIDA Y TUBERCULOSIS

Se realiza la intervención en la población en general para lograr familias que desarrollan prácticas saludables para la prevención y control de TB/VIH-SIDA igualmente en las instituciones educativas, tanto en el nivel primario, secundario

como instituciones de educación superior.

REDES SOCIALES PARTICIPANDO EN DISMINUCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE VIH-SIDA Y TUBERCULOSIS: Agentes Comunitarios en salud que reciben entrenamiento y certificación para la prevención a las personas enfermas con VIH-SIDA tuberculosis y también para darle soporte.

PROGRAMA ESTRATEGICO DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS

COMUNIDADES ADOPTAN PRACTICAS SALUDABLES PARA LA REDUCCION DEL RIESGO DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS:

Las comunidades con factores de riesgo promueven prácticas saludables y contribuyen con la prevención y control de enfermedades metaxénicas y zoonóticas igual que los municipios e instituciones educativas.

Los docentes de instituciones educativas FUERON capacitados en contenidos temáticos para promover prácticas saludables que contribuyan con la prevención y control de estas enfermedades.

PROGRAMA ESTRATEGICO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

COMUNIDADES QUE PROMUEVE PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PÈSADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)

Población en zonas de riesgo, informada y sensibilizada en el cuidado de la salud para que realicen prácticas higiénicas sanitarias y estilos de vida saludables para evitar estos daños. También se intervino en los municipios y en las instituciones educativas. Asimismo a docentes de instituciones educativas se les ha capacitado en contenidos temáticos para promover prácticas saludables que contribuyan con la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Entre las principales: **Fortalezas** : Equipo multidisciplinario capacitado en aspectos técnicos y metodológicos de los programas de promoción de la salud y cuentan con guías técnicas, instrumento único de evaluación de logros y otros documentos de gestión, en el marco de presupuesto por resultado, compromiso de la comunidad para el apoyo a las acciones comunales .Entre las **Oportunidades**; Posibilidad de Convenios con Sectores Sociales (MINEDU, Ministerio de Trabajo, con Municipios y con Organizaciones No Gubernamentales Política de Estado de Aseguramiento Universal, posibilita el acceso a la población a contar con un plan esencial de salud. Entre las **Debilidades**: Capacitación limitada al Recurso Humano, en aspectos de Promoción de la Salud, débil cultura de la población en el auto cuidado de la salud y estilos de vida saludables, débil reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud, escaso compromiso para el trabajo extramural en los establecimientos de salud, dificultando la implementación de actividades con la Comunidad Escolar (fortalecimiento del CONEI), Organizaciones Sociales de Base. Falta de materiales educativos: Afiches, rotafolio, volantes, trípticos, etc. (para la labor educativa a nivel individual, familiar y comunal).Entre las **Amenazas**: Desconocimientos de normas técnicas en salud, hacen que hagan caso omiso a las disposiciones legales (Ambientes de Humo de Tabaco, aplicaciones de ordenanzas municipales prevención del dengue, contaminación del plomo)

Pocas organizaciones comprometidas que trabajen: Alcoholismo, drogadicción, seguridad ciudadana, delincuencia, prostitución y pandillaje.

LOGROS SIGNIFICATIVOS DEL AÑO 2011

- Se han suscrito 80 Actas de Compromiso con el Sector Educación para implementar el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas del ámbito esta se realiza en los 48 establecimientos de salud, priorizando los 15 establecimientos de Ventanilla por encontrarse en bolsones de pobreza
- 86 Instituciones Educativas con Consejo Educativo Institucional (CONEI) comprometido en la promoción de prácticas saludables que contribuyeron en el control de la Desnutrición Crónica Infantil. Se han capacitado a 86 Instituciones educativas con las que se firmó Acta de Compromiso en todos los Ejes Temáticos de Promoción de la Salud: y enfermedades prevalentes.
- Se contribuyó grandemente al logro del Record Guinness de Lavado de Manos en el Perú, con la participación de 13,208 alumnos de inicial y primaria de las Instituciones Educativas de la región Callao.
- Se han realizado 455 visitas de asistencia técnica a las instituciones educativas en la Jurisdicción del establecimiento de salud: RED VENTANILLA :120, RED BEPECA: 100, RED BONILLA: 235
- En coordinación con la DREC se capacitó a 72 docentes y 27 directores de Instituciones Educativas en prevención de la TBC/ VIH/SIDA asimismo a los docentes de la I.E Heroínas Toledo.
- Movilización de estudiantes de 30 Instituciones Educativas han realizado actividades para difundir medidas de prevención del Dengue
- Evaluación de logros de las Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible: Se ha logrado incrementar en el 100 por ciento el número de Instituciones Educativas con logros destacados con respecto al año anterior
- Fortalecimiento de Agentes Comunitarios de Salud, (certificación y carnetización a 300 ACS ubicados en los 48 Centros de Salud).
- Posicionamiento de las Campañas Integrales de salud: “Promoviendo estilos de vida saludable, creando gran compromiso y sensibilización de la población para promover las prácticas saludables:
 - Articulación del trabajo entre DIRESA y Municipalidades en el marco del Plan de Incentivos Municipales, a través de Acuerdos y Compromisos para disminuir la desnutrición infantil en niños de 36 meses, con la Municipalidad de Bellavista, Municipalidad La Punta. Con la Municipalidad Provincial del Callao, en proceso de aprobación del Convenio Marco Institucional entre el Gobierno Regional Municipalidad Provincial del Callao y DIRESA Callao.
 - Elaboración y diseño de instrumento de aplicación (encuesta CAP.) Total de encuestados 397 (263 Encuestas en Puerto Nuevo y San Juan Bosco: 134 Encuestas)
 - Elaboración de Informe sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Plomo en las Jurisdicciones de Puerto Nuevo y San Juan Bosco.
 - Fortalecimiento sobre las medidas de prevención frente al plomo a los Agentes Comunitarias para realizar actividades educativas, orientadas a la prevención y promoción de prácticas saludables en la Jurisdicciones de los centros de Salud de Puerto Nuevo y San Juan Bosco (762 Familias visitas, recibieron información, a través de material educativo).

- Elaboración de 48 Planes Locales de Salud, con el 90% de ejecución a nivel de las comunidades, adscritas a los establecimientos de salud.
- Elaboración de 48 Diagnósticos Participativos, elaborado con los principales actores sociales, entre ellos el Comité Local de Salud, Agentes Comunitarios en Salud, lo cual ha permitido la identificación y priorización de los principales problemas de la comunidad. Por etapas de vida y por influencia de los determinantes sociales.
- 2,000 Familias recibieron consejería social, nutricional y en salud sexual con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses

DIAGNÓSTICO COMUNAL: PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN SEGÚN ETAPAS DE VIDA

Niño – Niña: Desnutrición, IRAS, EDAs

Adolescente Varón-Adolescente Mujer: Embarazo Precoz, Drogadicción, ITS

Mujer Adulta: Desnutrición, T.B.C., Hipertensión Arterial

Hombre Adulto: TBC, Diabetes, Hipertensión Arterial

Adulta Mayor: Enfermedades Digestivas, Diabetes, Hipertensión Arterial

Adulto Mayor: Osteoporosis, Diabetes, Hipertensión Arterial

Otros Problemas Que Afectan A La Población (Determinantes De La Salud Temas Relacionados Al Desarrollo Local

Problemas De Salud: IRAs, EDAs TBC, ITS, embarazo precoz drogadicción, Diabetes, Osteoporosis, Hipertensión Arterial.

Problemas Educativos: Bajo Nivel Educativo, Estudios Incompletos, Deserción Escolar

Problemas Económicos: Pobreza, desempleo principalmente de las mujeres y jóvenes.

Problemas Sociales: Delincuencia, pandillaje, violencia familiar, inseguridad ciudadana

Problemas Ambientales: Inadecuada disposición de la basura, perros vagos

Problemas Culturales: Costumbres, hábitos no saludables en la población.

6.1.6. CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

El Centro de prevención y Control de Emergencias y Desastres estructuralmente es un órgano de apoyo de dependencia directa de la Dirección General y de dependencia funcional de la Gerencia Regional de Salud, integrada por dos Unidades: Unidad de Planeamiento y Doctrina y la Unidad de Movilización.

El objetivo principal es Fomentar la Cultura de Prevención mediante la Gestión de Riesgo de Desastres, lo cual permite conducir el desarrollo de competencias y compatibilidades en los trabajadores de la DIRESA Callao y la comunidad chalaca a través de impulsar la generación de compromisos, preparación, participación, factores que facilitan la toma de decisiones frente a situaciones de emergencias y desastres

Asimismo contamos con la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres que viene a ser el conjunto de orientaciones dirigidas a impedir o reducir los riesgos de desastres, evitar la generación de nuevos riesgos y efectuar una adecuada preparación, atención, rehabilitación y reconstrucción ante situaciones de desastres, así como minimizar sus efectos adversos, sobre la población. La economía y el ambiente, la misma que establece mediante Ley N° 29664 que las entidades públicas en todos los niveles de gobierno deben

implementarla responsablemente dentro de sus procesos de Planeamiento.

- La Gestión del Riesgo se basa en la cuantificación del daño esperado, debido a la vulnerabilidad existente frente a un evento natural o tecnológico. Sus tres componentes:
 - Gestión Prospectiva evita y previene la conformación del riesgo futuro.
 - Gestión Correctiva: mitigación del riesgo
 - Gestión Reactiva: Enfrentar emergencias y desastres.
- 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)

ANTECEDENTES DE SISMOS Y TSUNAMIS

Los numerosos sismos sufridos por el Callao algunos no están en la historia de nuestra ciudad por lo lejanos; pero otros siguen en la memoria de los chalacos por su reciente data. "Durante los últimos cuatro siglos se han registrado en el Callao, cinco maremotos, siendo el más severo el generado por el terremoto del 28 de octubre de 1746. Este terremoto destruyó totalmente el Callao, produciendo 3,800 muertos de los 4,000 habitantes de entonces.

ANTECEDENTES DE DESBORDES DE RIOS.

En la Región del Callao, existen antecedentes de inundaciones de río, la segunda inundación ocurrida el 04 de Marzo de 1994 en la ribera del Asentamiento Humano "Néstor Gambetta. Ocasionando daños a la vida y la salud, afectándose dos establecimientos de salud Ramón Castilla que fue totalmente inundado ,así como Gambetta Alta que se inundó parcialmente, por estar ubicados cercanos al río Rímac.

Considerando los efectos adversos sobre la infraestructura, el equipamiento y el funcionamiento de los establecimientos de salud frente a los desastres, en base a los compromisos internacionales suscritos por el Gobierno Peruano y el interés de impulsar el mejoramiento de los niveles de seguridad en los establecimientos de salud y dentro del marco de la política de Hospitales seguros y del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres la GERESA/DIRESA Callao a través del Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres ha considerado actividades orientadas a disminuir la vulnerabilidad de los EESS dentro del POA 2012.(ANEXO 4), propuesta que debe ser asumida en forma integral como compromiso 2012, no solo del Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres de la DIRESA Callao..

FORTALEZAS

- Existencia de normas técnicas vigentes de diseño, construcción, mantenimiento y seguridad de establecimientos de salud.
- Avances en la Articulación y Coordinación entre las organizaciones públicas y no públicas.

OPORTUNIDADES

- Voluntad Política del Gobierno Nacional priorizar o impulsar los procesos de Gestión de Riesgo.
- Acuerdos Internacionales respecto a la Política nacional de hospitales seguros
- Instituciones que impulsan y realizan el fortalecimiento de capacidades,

DEBILIDADES

- Infraestructura física de algunos de los principales hospitales han superado su tiempo de vida útil.
- Aplicación deficiente de normas técnicas de seguridad, Defensa Civil y otros en el Diseño, Construcción, mantenimiento y seguridad en los establecimientos de salud.
- Insuficiente sensibilización de los integrantes de los equipos de Gestión de las instituciones de la región referente a la importancia de la seguridad de los establecimientos frente a desastres.
- Limitado mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura, equipamiento e instalaciones de los servicios de salud regionales.
- Insuficiente participación del personal de salud en actividades de Gestión de Riesgo
- Insignificante incorporación de temas de seguridad frente a desastres en los planes estratégicos y operativos de las instituciones regionales.
- Deficiente implementación de medidas de seguridad en los establecimientos de salud.
- Insuficientes EESS con aplicación del índice de seguridad.
- Utilización de terrenos no aptos para construcción de EESS.
- Insuficientes presupuesto para acciones de prevención y atención de emergencias y desastres.

AMENAZAS

- Obras de Construcción y ampliación de los establecimientos de salud realizados por diferentes organizaciones sin coordinación con las autoridades de Salud y otros.
- Limitados mecanismos de control y supervisión de la calidad del diseño y construcción de establecimientos de salud en los niveles regional y local
- Peligros naturales o causados por el hombre que afectan la región.
- Organizaciones y sociedad civil poco sensibilizadas sobre el riesgo de desastres en la región.
- Insuficiente e inadecuado presupuesto para las actividades de prevención, ejecución de obras a EESS de la región.

LOGROS SIGNIFICATIVOS – 2011

- Capacitación a Brigadistas de Defensa Nacional del Gobierno Regional del Callao.
- Capacitación al cuerpo de brigadistas del Gobierno Regional.
- Capacitación en Gestión de Riesgo a la Red Ventanilla.
- Mejoramiento del Sistema de Radio.
- Desarrollo de Simulacros y Simulaciones.

- Desarrollo de Taller para Formación de 10 equipos de evaluadores de ISH conformados por profesionales y técnicos de las diferentes instituciones de la jurisdicción del Callao.
- Desarrollo del taller para la Elaboración del Plan de Acción Regional 2011-2015 de Hospitales Seguros.
- Capacitación a docentes en primeros auxilios en accidentes de tránsito.
- Capacitación a las Comunidades de Márquez, Ciudadela Chalaca, Monserrate, Rímac y Barrios Altos de Lima y Callao.

6.1.7. DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS – UNIDAD TECNICA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD POR ETAPAS DE VIDA

6.1.7.1. ETAPAS DE VIDA

a.- ETAPA DE VIDA NIÑO

Comprende de 0 a 10 años 11 meses 29 días en la Región Callao, la población estimada es de 189,014 (19.78%) de la población total.

Teniendo en cuenta la población de niños por Redes de salud observamos que el mayor porcentaje de niños se encuentra en: Red Ventanilla 86,486 (46%), seguido de la Red BEPECA 57,053 (30%) y finalmente la Red Bonilla–La Punta 45,475 niños (24%). En el año 2011 se presentó un marcado incremento de 16.7% en la población de niños de 0 a 11 años en relación al año 2010 y en la Red de Salud Ventanilla el incremento fue de 40.5%.

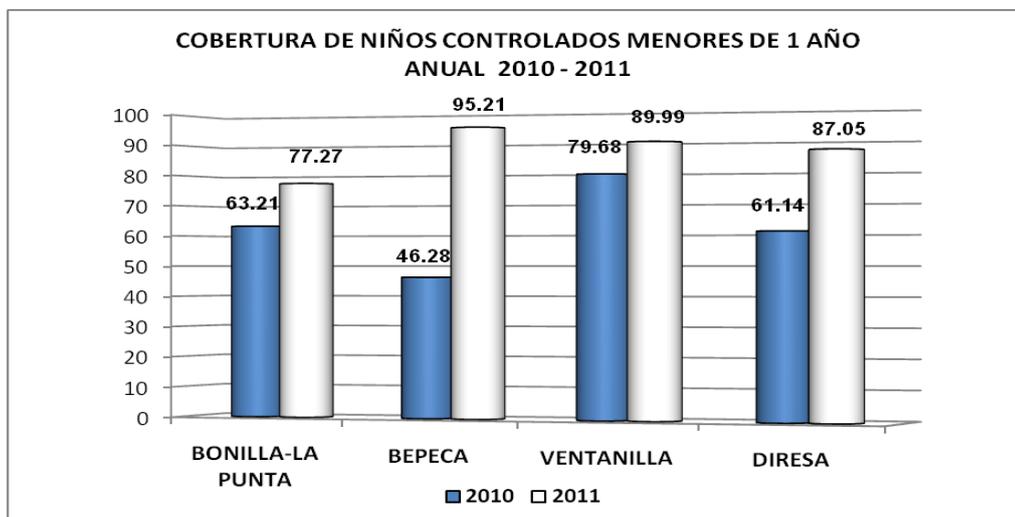
La DIRESA Callao en cumplimiento de las disposiciones emanadas por el Ministerio de Salud ha priorizado las acciones de atención integral con énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños en especial de los niños, a través de la implementación del Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad.

Extensión de Uso en la Etapa de Vida Niño ha disminuido un 14% a nivel de la DIRESA en comparación al año 2010; a nivel de las Redes de Salud se observa una marcada disminución de 31.1% en la Red Ventanilla, 6.3% en la Red Bonilla y en la Red BEPECA un ligero incremento de 0.3%.



FUENTE: "Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1950-2050" – INEI

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



Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

En el año 2011 podemos observar un incremento de niños controlados en relación al año 2010, cabe señalar que en relación a la meta programada se alcanzó 87%. Lo que significa la importancia 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.

Entre los principales debilidades presentadas: Profesionales de enfermería de los EE.SS. priorizan actividades de inmunizaciones, y no realizan actividades de la atención del niño (CRED), adicionalmente tienen a su cargo la responsabilidad de estrategias sanitarias. Además falta de renovación de insumos y/o materiales, para la Evaluación Nutricional, Desarrollo Psicomotor y Estimulación Temprana.

b. ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

La etapa de vida adolescente comprende las edades de 12 a 17 años de edad, la población estimada para el Callao para el año 2011 es de 95,776 adolescentes y equivale al 10.02% de la población total del Callao; de los cuales el 49.2 % (47,125 adolescentes) corresponde al grupo de 12 a 14 años y el 50.8 % (48,651 adolescentes) corresponde al grupo de 15 a 17 años.

El mayor porcentaje de la población adolescente se encuentra en la Red Ventanilla con el 43.6 % (41,711 adolescentes), seguida la Red BEPECA con el 31.3% (30,012 adolescentes) y finalmente la Red Bonilla- La Punta con el 25.1% (24,053 adolescentes). La población total del distrito de Ventanilla es de 360657 habitantes, de los cuales 11.5% son adolescentes, en la Red BEPECA la población total es de 338,874 habitantes 8.8% son adolescentes y en la red Bonilla La Punta la población total es 255854, 9.4% son adolescentes.

Es importante señalar que la población adolescente durante el año 2010, comprendía las edades de 10 a 19 años y en relación al año 2011, con el nuevo grupo de edades se observa una disminución en 1.2%.

Servicios diferenciados para la atención de los/ las adolescentes: En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y

Comunidad, en la Dirección Regional de Salud del Callao, se han implementado en la etapa de vida adolescente los servicios diferenciados para la atención de los y las adolescentes que comprende : Centros de Desarrollo Juvenil, servicios con ambientes exclusivos y servicios con horarios diferenciados , teniendo como líneas de acción que se desarrollan: evaluación clínica, consejería, talleres y animación sociocultural. Es importante fortalecer los hábitos y comportamiento saludables en los adolescentes tendientes a la práctica de estilos de vida saludables.

EXTENSION DE USO EN ADOLESCENTES 2010-2011

EESS	2010			2011		
	ATD	Población	%	ATD	Población	%
Red Bonilla La Punta	7545	45847	16.5	6221	24053	25.9
Red BEPECA	5422	61012	8.9	5048	30012	16.8
Red Ventanilla	8373	51878	16.1	7514	41711	18.0
DIRESA	32699	158737	20.6	29579	95776	30.9

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

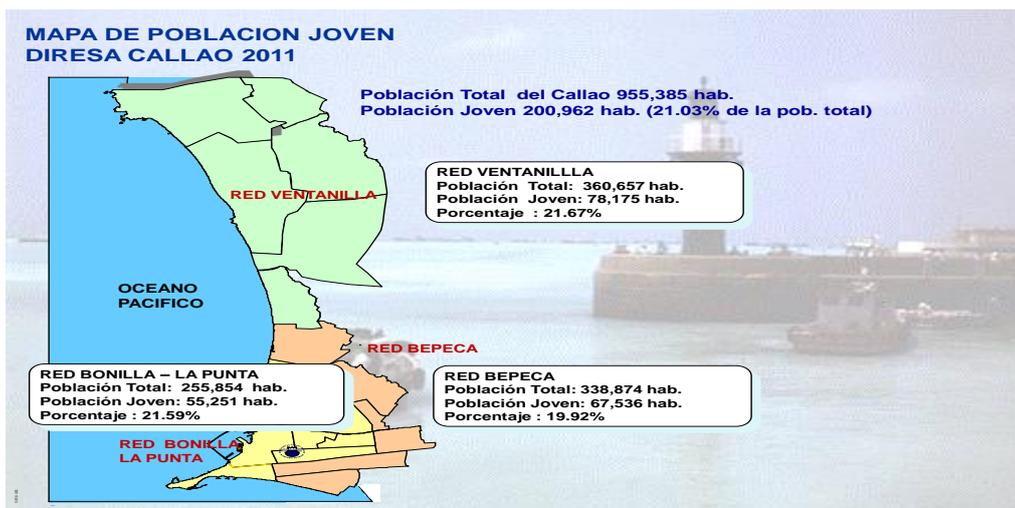
En relación a la extensión de uso en la etapa de vida adolescente podemos observar que el año 2011 a nivel de la DIRESA CALLAO, ha disminuido los atendidos en 9.5% en relación al año 2010; este comportamiento se observa a nivel de las tres redes de salud: el 17.5% en la Red Bonilla, 6.8% en la Red BEPECA y el 10.3% en la Red Ventanilla respectivamente.

Es importante fortalecer las actividades de captación de los adolescentes en los diferentes espacios donde ellos se encuentren, ofertar el paquete de atención integral de salud y realizar el seguimiento de los mismos mediante las actividades extramurales. Así mismo se deben de fortalecer las actividades que se desarrollan en los centros de desarrollo juvenil y los servicios con ambiente exclusivo. Por lo demás debemos contar con profesionales exclusivos para la atención de los adolescentes en el CDJ y servicios diferenciados con Ambiente exclusivo.

Entre las fortalezas: en la Región Callao existen organizaciones no gubernamentales que trabajan a favor del adolescente en la Región Callao (Plan Internacional, Proyecto de Fondo Mundial, Cedro), Instituciones Formadoras. Además existe una Gerencia Regional de Juventudes en el Gobierno Regional. Entre las Amenazas para este Ciclo de vida: .existencia de problemas sociales en la comunidad como: Pandillaje, drogadicción, delincuencia.

c.- ETAPA DE VIDA JOVEN

La etapa de vida joven comprende las edades de 18 a 29 años de edad, la población estimada para el Callao para el año 2011 es de 200,962 hab. y equivale al 21.03% de la población total del Callao; de los cuales el 21.67% (78,175) corresponde a la Red Ventanilla, el 21.59% (55,251) corresponde a la Red Bonilla-La Punta, y el 19.92% (67,536) a la Red BEPECA.



FUENTE: "Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1950-2050" – INEI

EXTENSION DE USO ETAPA DE VIDA JOVEN 2010-2011

EESS	2010			2011		
	ATD	Población	%	ATD	Población	%
Red Bonilla La Punta	20725	57810	35.9	19740	55251	35.7
Red BEPECA	17064	76904	22.2	16563	67536	24.5
Red Ventanilla	25381	65404	38.8	24818	78175	31.7
DIRESA	101450	200118	50.7	100030	200962	49.8

Fuente: Ofic .Estadística – DIRESA Callao

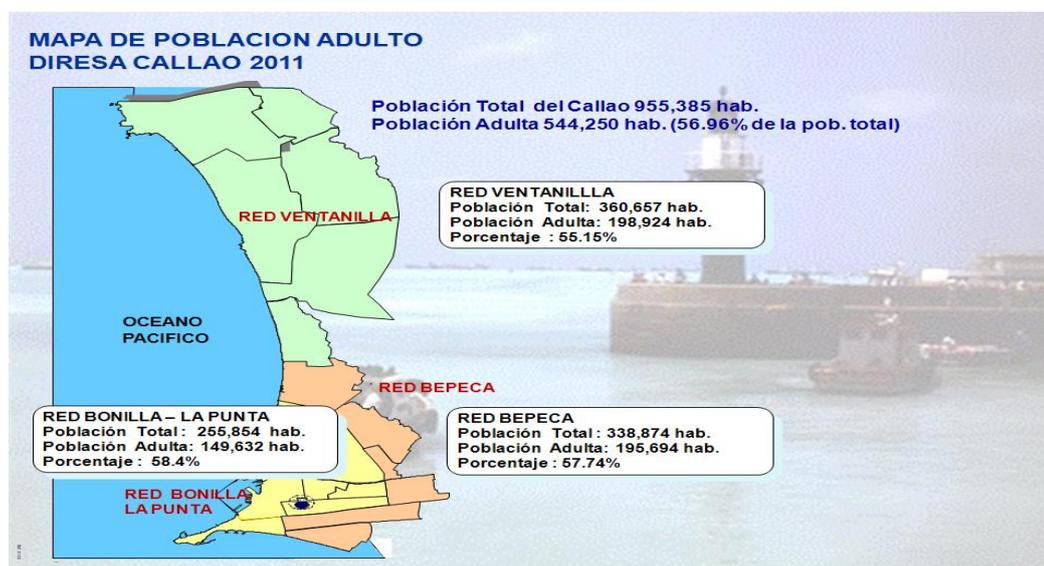
En relación a la extensión de uso en la etapa de vida joven podemos observar que el año 2011 a nivel de la DIRESA CALLAO, ha disminuido los atendidos en 0.9% en relación al año 2010; este comportamiento se observa a nivel de las redes de salud: Red Bonilla, y la Red Ventanilla respectivamente; en relación a la Red BEPECA observamos un ligero incremento de 2.3%.

Es importante fortalecer las actividades de captación de los jóvenes en los diferentes espacios donde ellos se encuentren, ofertar el paquete de atención integral de salud y realizar el seguimiento de los mismos mediante las actividades extramurales.

Entre las OPORTUNIDADES tenemos: **Existencia** de una Gerencia Regional de Juventudes, de Instituciones Formadoras. Como amenazas consideramos la existencia de problemas sociales en la comunidad como pandillaje, drogadicción, delincuencia.

d. ETAPA DE VIDA ADULTO

MAPA DE LA POBLACIÓN ADULTA POR REDES



En el presente mapa poblacional podemos observar, que la población adulta en el Callao equivale al 56.96% de la población total; de los cuales el 36.6% se encuentra en la Red Ventanilla, el 35.9% en la Red BEPECA y el 27.5% en la Red Bonilla la Punta.

EXTENSION DE USO ETAPA VIDA ADULTO

REDES	2010			2011		
	ATD	Población	%	ATD	Población	%
Red Bonilla La Punta	25745	106195	24.2	23398	103066	22.7
Red BEPECA	20591	141263	14.6	19479	138888	14.0
Red Ventanilla	28097	120136	23.4	26358	134186	19.6
DIRESA	143492	367594	39.0	140363	376140	37.3

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

En relación a la extensión de uso en la etapa de vida adulto podemos observar que el año 2011 a nivel de la DIRESA Callao ha disminuido a nivel de Redes y de DIRESA.

Los atendidos han disminuido en 2.1% en relación al año 2010; esta disminución se observa a nivel en las tres redes de salud: el 9.1% en la Red Bonilla, 5.4% en la Red BEPECA y el 6.1% en la Red Ventanilla. Es importante fortalecer las actividades de captación de los adultos mediante actividades extramurales, ofertar el paquete de atención integral del adulto.

DIABETES MELLITUS ADULTO 2010-2011

EESS	2010			2011		
	CASOS	ATEND	%	CASOS	ATEND	%
BONILLA LA PUNTA	300	25745	1.17	618	23398	2.64
BEPECA	187	20591	0.91	401	19479	2.06
VENTANILLA	338	28097	1.20	567	26358	2.15
HOSP.D.A.CARRION	1590	22659	7.02	1510	20926	7.22
HOSP.SAN JOSE	2637	38301	6.88	2782	41924	6.64
HOSP.VENTANILLA	179	6349	2.82	273	6700	4.07
DIRESA	5245	143492	3.66	6189	140363	4.41

Fuente: Ofic .Estadística – DIRESA Callao

En el presente cuadro observamos que el año 2011, se incrementaron los casos de Diabetes Mellitus en un 17% , observándose dicho incremento a nivel de los hospitales (a excepción del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión) y las Redes de salud; este incremento se explica debido al fortalecimiento de las actividades de captación en los establecimientos de salud; así mismo conlleva a la necesidad de fortalecer las actividades de promoción de la salud conducentes a la práctica de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad a nivel de la población.

HIPERTENSION ARTERIAL ADULTOS 2010-2011

EESS	2010			2011		
	CASOS	ATEND	%	CASOS	ATEND	%
BONILLA -LA PUNTA	638	25745	2.48	829	23398	3.54
BEPECA	535	20591	2.60	792	19479	4.07
VENTANILLA	528	28097	1.88	533	26358	2.02
HOSP.D.A.CARRION	1151	22659	5.08	1329	20926	6.35
HOSP.SAN JOSE	915	38301	2.39	1317	41924	3.14
HOSP.VENTANILLA	127	6349	2.00	136	6700	2.03
DIRESA	3958	143492	2.76	5006	140363	3.57

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

En el presente cuadro observamos que el año 2011, se ha incrementado los casos de Hipertensión Arterial en un 26%, observándose dicho incremento a nivel de los hospitales y en las Redes de salud es muy marcado el incremento en la Red Bonilla- La Punta, y la Red BEPECA. Esta situación implica el fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud que conducen a la práctica de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad a nivel de la población.

OBESIDAD EN EL ADULTO 2010-2011

EESS	2010			2011		
	CASOS	ATEND	%	CASOS	ATEND	%
BONILLA-LA PUNTA	1874	25745	7.28	1424	23398	6.09
BEPECA	846	20591	4.11	948	19479	4.87
VENTANILLA	368	28097	1.31	443	26358	1.68
HOSP.D.A.CARRION	880	22659	3.88	1098	20926	5.25
HOSP.SAN JOSE	1090	38301	2.85	1283	41924	3.06
HOSP.VENTANILLA	247	6349	3.89	284	6700	4.24
DIRESA	5437	14,3492	3.79	5483	14,0363	3.91

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

Los casos de obesidad se han incrementado ligeramente 0.8% en año 2011 en relación al año anterior. El porcentaje de casos de obesidad atendidos en adultos en relación a los atendidos por todos los daños se ha incrementado de 3.79% a 3.91% en la DIRESA al igual que en la Red BEPECA y Ventanilla y en los 3 hospitales

e. ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR

DIABETES MELLITUS ADULTO MAYOR 2010-2011

EESS	2010			2011		
	CASOS	ATEND	%	CASOS	ATEND	%
BONILLA-LA PUNTA	234	6027	3.9	446	6011	7.4
BEPECA	187	5091	3.7	382	5146	7.4
VENTANILLA	207	5101	4.1	393	4929	8.0
HOSP.D.A.CARRION	1774	14502	12.2	1614	14388	11.2
HOSP.SAN JOSE	2388	13724	17.4	2390	15979	15.0
HOSP.VENTANILLA	169	1525	11.1	179	1795	10.0
DIRESA	4983	46255	10.8	5430	48529	11.2

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

El porcentaje de casos de Diabetes Mellitus atendidos en el 2011, en relación al total de atendidos (por todas las causas) en esta etapa de vida, en las direcciones de Red se ha incrementado comparativamente al año anterior y a nivel de hospitales ha disminuido. En cuanto a número de casos de este daño se ha incrementado en las redes, en el hospital San José y Hospital de Ventanilla en cambio el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión ha disminuido.

HIPERTENSION ARTERIAL ADULTO MAYOR 2010-2011

EESS	2010			2011		
	CASOS	ATEND	%	CASOS	ATEND	%
BONILLA-LA PUNTA	892	6027	14.80	1293	6011	21.51
BEPECA	816	5091	16.03	1224	5146	23.79
VENTANILLA	795	5101	15.59	909	4929	18.44
HOSP.D.A.CARRION	2748	14502	18.95	2863	14388	19.90
HOSP.SAN JOSE	1724	13724	12.56	2678	15979	16.76
HOSP.VENTANILLA	211	1525	13.84	267	1795	14.87
DIRESA	7247	46255	15.67	9307	48529	19.18

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

El porcentaje de casos atendidos de hipertensión arterial en el año 2011 en relación al total de atendidos (por todas las causas) en esta etapa de vida en las direcciones de red y hospitales se ha incrementado comparativamente al año anterior al igual que el número de casos.

OBESIDAD ADULTO MAYOR 2010-2011

EESS	2010			2011		
	CASOS	ATEND	%	CASOS	ATEND	%
BONILLA-LA PUNTA	543	6027	9.01	395	6011	6.57
BEPECA	279	5091	5.48	317	5146	6.16
VENTANILLA	19	5101	0.37	58	4929	1.18
HOSP.D.A.CARRION	277	14502	1.91	348	14388	2.42
HOSP.SAN JOSE	444	13724	3.24	452	15979	2.83
HOSP.VENTANILLA	58	1525	3.80	55	1795	3.06
DIRESA	1621	46255	3.50	1626	48529	3.35

Fuente: Ofic. Estadística – DIRESA Callao

El porcentaje de casos de obesidad en el 2011 en relación al total de atendidos (por todas las causas) en esta etapa de vida ha disminuido en el promedio que tiene la DIRESA, en la Red Bonilla y en el Hospital San José y Ventanilla, en cambio se ha incrementado en la Red BEPECA y la Red Ventanilla y en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión comparativamente al año anterior. El promedio del número de casos de Obesidad en la DIRESA se ha incrementado al igual que la red BEPECA y la Red Ventanilla, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Hospital San José, ha disminuido en la Red Bonilla La Punta el Hospital de Ventanilla

6.1.7.2. ESTRATEGIAS SANITARIAS REGIONALES

A.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE INMUNIZACIONES

La DIRESA Callao a través de la Estrategia Regional de Inmunizaciones abastece de vacunas a todas las instituciones prestadoras de salud de la Provincia 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:	78,778
Mujeres de 10 a 14 años:	38,706
Mujeres de 15 a 49 años:	266,233
Adultos de población de riesgo:	5,500
Adultos mayores de 60 años:	93,493

Cabe mencionar además que en los EE SS y Hospitales contamos con los nuevos equipos de cadena de frío "Ice Line" y congeladoras que tienen autonomía frigorífica y los Datalogger, lo que nos da mayor seguridad de la conservación de la vacuna y su calidad.

Aun queda pendiente contar con una cámara fría en el Almacén de Vacunas que se espera lograr en el año 2012.

Cobertura de vacunas alcanzadas en niños menores de 1 año: son BCG 19,271 (124%), Antipolio: 18,144 (118%), Pentavalente: 18,488 (119%), Rotavirus: 17,546 (113%), HVB: 16,244 (104%), Influenza: 6,482 (83%).

Cobertura de vacunas alcanzadas en niños de 1 año: SPR: 19,100 (122%), Neumococo: 16,883 (107%), antiamarílica: 9643 (61%).

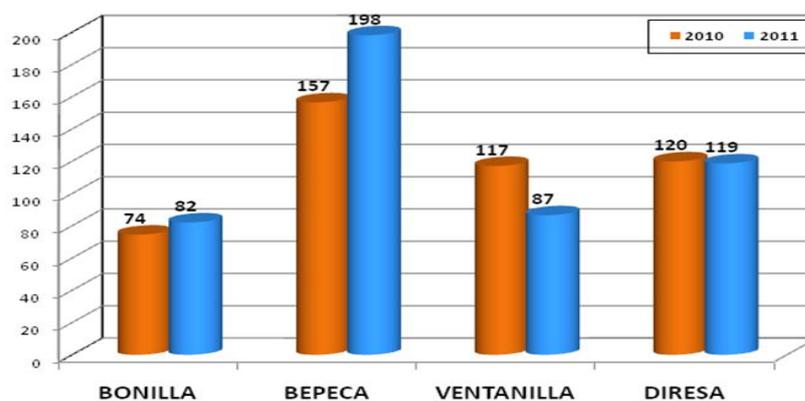
Refuerzos: 1er Refuerzo DPT (18 meses): 12,665 (81%) ,2do Refuerzo DPT (4 años): 8,227 (52%), Refuerzo SPR (4 años): 11,706 (74%).

Vacunación contra Difteria y Tétanos (DT) en mujeres en edad reproductiva: de 12-17 años: 1,384 (58%) ,18-29 años: 3,072 (61%) ,30-49 años: 4350 (62%).

Vacunación contra Difteria y Tétanos (DT) en mujeres en gestantes: 12-17 años: 215(21%) ,18-29 años: 1017 años (37%), 30-49 años: 1054 (24%)

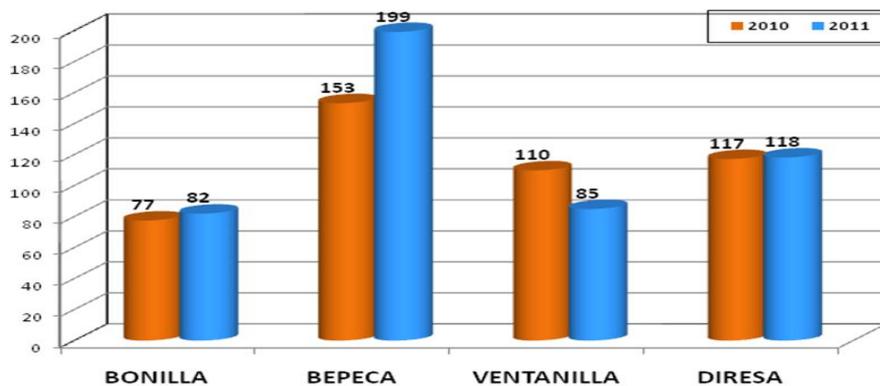
Vacunación contra Papiloma Virus (VPH) en niñas de 10 años: 6,366 (83%)
Influenza en adulto mayor: 21,205 (46%)

Cobertura de Niños < de 1 año Protegidos con Pentavalente por Redes
Estrategia Sanitaria Regional Inmunizaciones
Comparativo 2010-2011



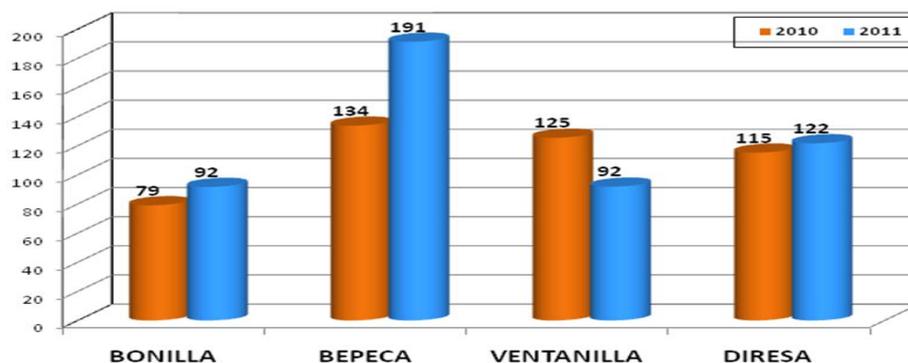
REDES	2010			2011		
	META	N°	%	META	N°	%
BONILLA	4,565	3,400	74	3,806	3,123	82
BEPECA	6,069	9,500	157	4,638	9,189	198
VENTANILLA	5,162	6,043	117	7,138	6,176	87
DIRESA	15,796	18,943	120	15,582	18,488	119

Cobertura de Niños < de 1 año Protegidos con APO por Redes
Estrategia Sanitaria Regional Inmunizaciones
Comparativo 2010-2011



REDES	2010			2011		
	META	N°	%	META	N°	%
BONILLA	4,565	3,537	77	3,806	3,118	82
BEPECA	6,069	9,299	153	4,638	9,238	199
VENTANILLA	5,162	5,670	110	7,138	6,058	85
DIRESA	15,796	18,506	117	15,582	18,414	118

Cobertura de Niños de 1 año Protegidos con SPR por Redes
Estrategia Sanitaria Regional Inmunizaciones
Comparativo 2010-2011



REDES	2010			2011		
	META	N°	%	META	N°	%
BONILLA	4,545	3,593	79	3,815	3,496	92
BEPECA	6,049	8,088	134	4,707	9,004	191
VENTANILLA	5,143	6,449	125	7,186	6,600	92
DIRESA	15,737	18,130	115	15,708	19,100	122

- Las coberturas de vacunas en niños menores de 1 año se mantienen dentro de lo esperado, observándose que en la vacuna APO se incremento debido al Barrido Nacional que se tuvo este año, las redes Bonilla y Ventanilla presentaron las menores coberturas y en cuanto a la Vacuna Influenza no se llevo a la cobertura esperada, por la razón de la prioridad de culminar los Barridos de APO y SPR, pero se continua vacunándose para este periodo.

- En cuanto a las coberturas del niño de 1 año, se observa el mismo comportamiento del niño menor de 1 año, debido a los Barridos Nacionales de APO y SPR, mejorándose y manteniéndose las coberturas esperadas
- En relación al niño de 4 años, las coberturas mejoran pero está por debajo de lo esperado del 75%, se debe mejorar para el próximo trimestre estas coberturas
- Las coberturas de VPH se observaron en el 4º trimestre, en razón a que se inicio la vacunación en Marzo y culmina en Diciembre con sus 3 dosis.
- Las coberturas de Influenza del adulto mayor están por debajo de lo esperado, debido a que se tuvo prioridad al Barrido Nacional de APO y SPR.
- En cuanto a la cobertura de indicadores de gestión como: la vacuna Pentavalente en el año 2011, se logró el 119% en niños menores de 1 año, superando lo esperado del 100%, debido a que se ha protegido más niños de lo que se ha captado, la red es Bonilla y Ventanilla reportaron las menores coberturas) de igual manera sucede con la vacuna SPR que se llegó al 122%. Asimismo, cabe resaltar que la vacuna Antiamarílica no se llegó al 100% de cobertura, debido a que nos distribuyeron dicho biológico en el 2º semestre, ya que priorizaron zonas endémicas de fiebre amarilla.

LOGROS:

- Entre los principales, se logró tener las coberturas por encima de lo esperado al igual que el año anterior, debido al esfuerzo del personal de salud y el seguimiento de los niños por vacunar. Certificación de Barridos Polio y Sarampión al 114% por al OPS, siendo una de las primeras Regiones en certificar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ENTRE LAS PRIORITARIAS:

- Coberturas alcanzadas por encima de lo esperado en niños menores de 1 año y de 1 año
- Se coordinó con el nivel central para el abastecimiento de las vacunas de manera oportuna.
- Se mantiene la vigilancia epidemiológica en los EE SS en coordinación con los responsables de Epidemiología.
- Contar con una Cámara Fría, para tener capacidad de almacenaje y evitar colapsar con la recepción de las vacunas en la distribución semestral por el nivel central.
- Ejecución del PpR de Inmunizaciones, Contratación de Enfermeras para el trabajo exclusivo de Inmunizaciones en las actividades operativas regulares y complementarias.

B.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE CEGUERA

En la Región Callao las actividades de Tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la catarata se iniciaron desde el año 1994 conjuntamente con el Club de Leones International a través de los diferentes proyectos SighthFirst. Así mismo, el 20 de Abril del 2006, con Resolución Ministerial N° 382-2006/MINSA se creó el Programa Nacional de Prevención y

Control de la Ceguera, siendo parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles.

El 14 de Junio de 2007, mediante Resolución Ministerial N° 492-2007/MINSA se aprueba el Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por catarata 2007 – 2010, dado el número significativo de personas que padecen de ceguera por catarata, siendo esta población la que se encuentra en los sectores más pobres del país y cuyo padecimiento les disminuye ostensiblemente la calidad de vida. En el país se estima que más de 80,000 personas sufren de ceguera por catarata y que el cada año existen un 20% de nuevos ciegos.

El 06 de Setiembre 2007 se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. El 14 Agosto 2009 se aprueba la guía de práctica clínica para tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de Catarata y el 15 de Marzo 2011 por RM 098-2010/MINSA se aprobaron los documentos técnicos definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos, entre los cuales se encuentran: tamizaje y tratamiento de pacientes con catarata y tamizaje y tratamiento de pacientes con errores refractivos.

El Perú está participando del compromiso de lucha contra la ceguera a través del Programa 20/20, y el Callao junto a los **Clubes de Leones** y en la actualidad al programa de cirugía de catarata promovido por la fundación **CLINTON**, y el **SIS**, se constituyen en un peldaño importante en la consecución del objetivo.

Así mismo este año 2011, se comenzó a trabajar en relación al tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de errores refractivos en población de 3 a 11 años. Siendo estas actividades relativamente nuevas en primer y segundo nivel de atención, aún se tiene un alto porcentaje de desconocimiento sobre éste ítem por parte del profesional no oftalmólogo u optómetra.

Para el 2011, las metas físicas establecidas en el PpR (Presupuesto por Resultados) se incrementaron y para realizar las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno se contrató profesionales de salud (tecnólogos médicos en optometría) que se asignaron a las diferentes Redes de Salud, se realizaron eventos de capacitación en agudeza visual y patologías oculares de referencia dirigido a los profesionales de salud de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao.

Se realizó también campañas preventivo, promocionales para detección de catarata y errores de refracción en las tres redes de salud del Callao, lo que contribuyó a sensibilizar al personal y población en la detección precoz y tratamiento oportuno de estos daños.

Morbilidad: Año 2010 - 2011

- **CATARATA:**

**MORBILIDAD DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE CEGUERA
COMPARATIVOS AÑOS 2010 -2011 DIRESA CALLAO**

CATARATA	2010	2011
N° Tamizados por catarata	1606	1517
N° Diagnosticados por catarata	877	681
N° Cirugías de catarata	895	1000

Tamizaje y detección de catarata mediante agudeza visual se programo 1206 personas, atendiendo 1517 personas (125.78%).

Evaluación y despistaje de catarata: se programaron 414 personas, atendiendo 681 personas (164.4%).

- **ERRORES DE REFRACCIÓN**

ERRORES DE REFRACCIÓN	2011
N° de niños de 3 a 11 años tamizados por errores refractivos	2359
N° de niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos	1043

Tamizaje y detección de trastornos refractivos en escolares de educación primaria en establecimientos de salud: se programaron 1770 escolares, atendiendo 2359 personas (133.20%).

Evaluación y diagnóstico de trastornos refractivos en escolares de educación primaria en es: se programaron 400 escolares y se atendieron 1043 (260.75%)

- **RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD**

**MORBILIDAD DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE CEGUERA
COMPARATIVOS AÑOS 2010 -2011 DIRESA CALLAO**

RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD	2010	2011
N° RN tamizados para ROP	182	236
N° de RN con diagnóstico de ROP	24	25
N° de RN con ROP Tratados	9	3
N° de RN ciegos por ROP I sem 2011	0	0

LOGROS DEL 2011:

- Aumento de tasa de cirugías de catarata por millón de habitantes por año.
- Contratación de personal tecnólogo médico en optometría para las redes y hospital Daniel A. Carrión, así como un oftalmólogo para el mismo hospital.
- Realización de campañas preventivo-promocionales.
- Capacitación a personal de salud y docentes.

CONCLUSIONES:

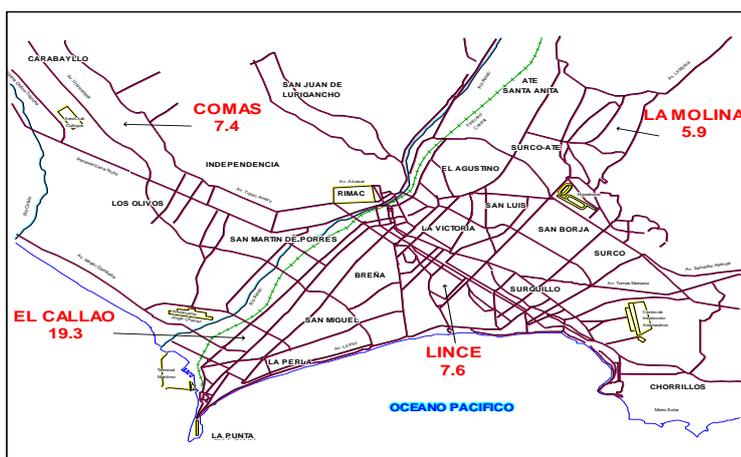
- A pesar de ser una estrategia relativamente nueva, Salud ocular ha logrado llevar a cabo las actividades programadas para el año 2011.
- La Red de establecimientos de salud del primer nivel de atención no están adecuados para brindar atención integral oportuna a los pacientes con errores refractivos.
- Los profesionales de salud de los establecimientos del primer nivel de atención no priorizan las actividades de prevención, detección precoz, tamizaje y tratamiento oportuno de catarata y errores refractivos.
- Recursos humanos insuficientemente capacitados en salud ocular
- Procesos Logísticos lentos y extemporáneos que obstaculiza la realización de actividades programadas
- Las actividades de Prevención y tratamiento de errores refractivos y tratamiento de catarata cuentan actualmente con presupuesto asignado para PpR.
- El equipo de gestión de la DIRESA considera una prioridad las actividades de la Estrategia Sanitaria Regional de Daños no Transmisibles.
- Incorporación de Salud ocular en el Aseguramiento Universal.
- Colaboración de instituciones de comunidad (municipalidad, región, prefectura,) Alianza estratégica con la Fundación Clinton

RECOMENDACIONES:

- Contar con asistencia técnica del MEF y de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la DIRESA, para la programación del Presupuesto por Resultado a fin de que los profesionales cumplan con programar en los plazos establecidos.
- Se debe lograr el compromiso de todos los profesionales, técnicos y trabajadores del sector salud para realizar las actividades de prevención y promoción en salud ocular.
- Garantizar la continuidad de los recursos humanos, equipamiento, insumos y medicamentos para salud ocular.
- Garantizar equipamiento, insumos y medicinas en establecimientos de la DIRESA Callao. Mantenimiento de instrumental y equipos quirúrgicos
- Difundir alcances de Salud Ocular
- Capacitar para el fortalecimiento de capacidades e integración de responsables de la ESSOPC por catarata y errores refractivos de las redes y hospitales de la Región Callao.
- Realizar Campañas de Despistaje de catarata y errores refractivos en la población del callao y las tres Redes de Salud.
- Incrementar los atendidos por Daños no Transmisibles a nivel de establecimientos priorizando ceguera por catarata y errores refractivos

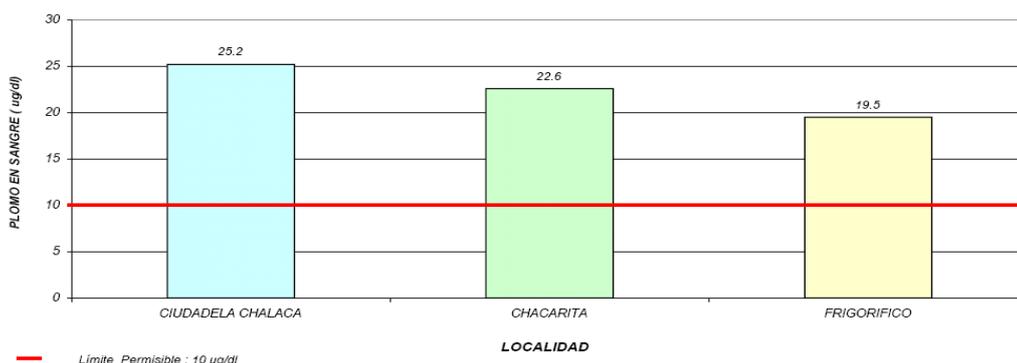
C.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE ATENCION DE PERSONAS AFECTADAS POR CONTAMINACION DE METALES PESADOS Y OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS

Entre 1998 – 1999, la Dirección General de salud Ambiental – DIGESA, con el apoyo de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos – USAID, realizó estudios de línea de base para determinar los niveles de plomo en sangre de niños de seis distritos de Lima, incluyendo el Callao, asociados a la exposición del plomo de la gasolina (Estudio de Plomo en Sangre en una Población Seleccionada de Lima y Callao, 1998 – 1999 y Ampliación del Estudio de Plomo en Sangre en Niños que viven en tres localidades aledañas a los Depósitos de Concentrados de minerales, Callao – 1999).



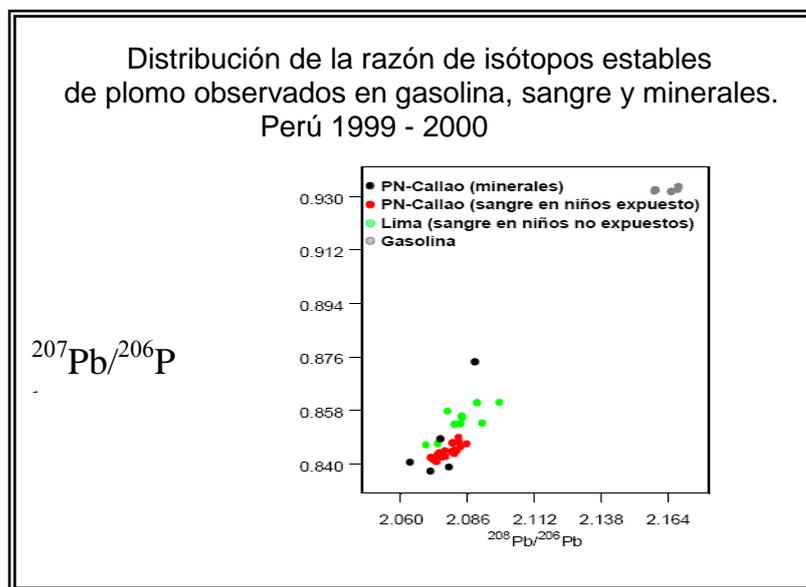
Los resultados obtenidos mostraron que los niños del Callao presentaron los valores más altos de plomo en sangre, superando los límites permisibles establecidos por la OMS de 10 ug/dl. Los casos más graves se encontraron especialmente en alumnos que provenían de la Institución Educativa María Reiche.

PROMEDIO DE PLOMO EN SANGRE EN NIÑOS EVALUADOS EN CIUDADELA CAHALACA CAHACARITA Y BARRIO FRIGORIFICO CALLAO - 1999

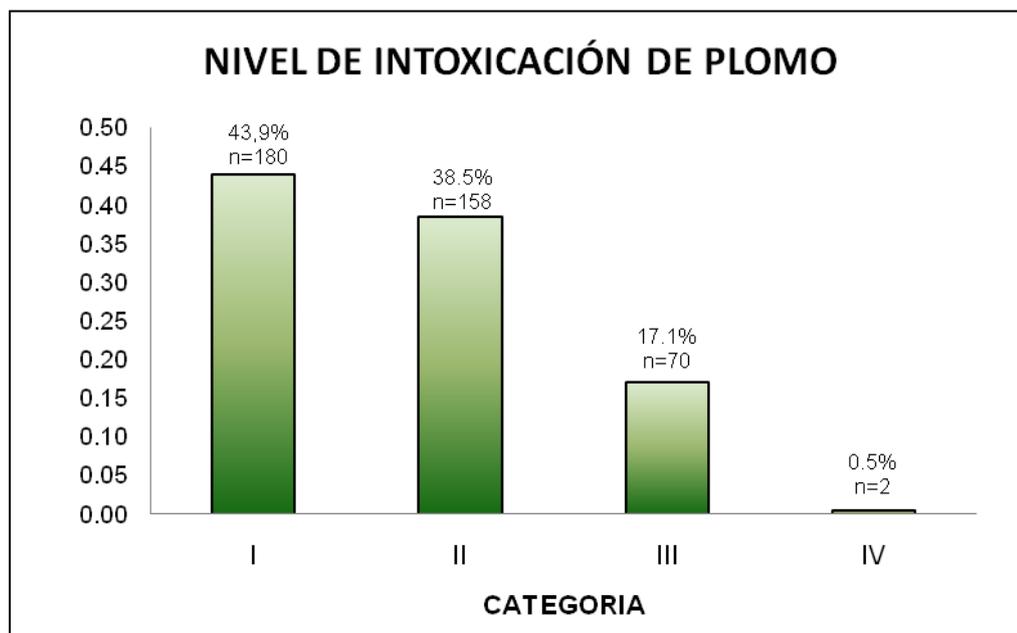


Los resultados de estos primeros estudios generaron que en el año 1999 – 2000, la DIGESA con el apoyo de USAID y los laboratorios del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos en Atlanta, efectuara un “Estudio de Fuentes de Exposición a plomo en la provincia constitucional del Callao, Perú” a fin de determinar la fuente ambiental que originaba la causa de la contaminación.

Llegándose a determinar que los altos niveles de plomo que estaba en los niños del Callao, especialmente en la Institución Educativa María Reiche y el AAHH. Puerto Nuevo, se debían a la contaminación ambiental ocasionada por el mal manejo de los concentrados de plomo, procedentes de los depósitos mineros, afectando además a otras poblaciones cercanas como Ciudadela Chalaca, Barrio Frigorífico, Chacharitas, San Juan Bosco y anexos.

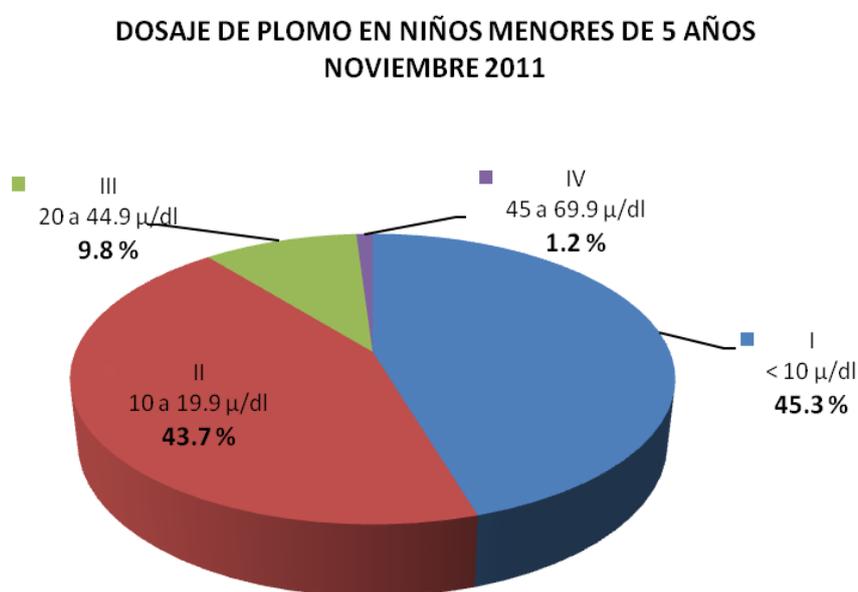


En el año 2009, las mediciones de plomo en sangre realizadas en 410 niños escolares de 11 instituciones educativas de la zona de influencia de contaminación por plomo se observaron niveles de intoxicación del orden de 43.9 % en la Categoría I, 38.5% en la Categoría II, 17.1 % en Categoría III y de 0.5% en Categoría IV.

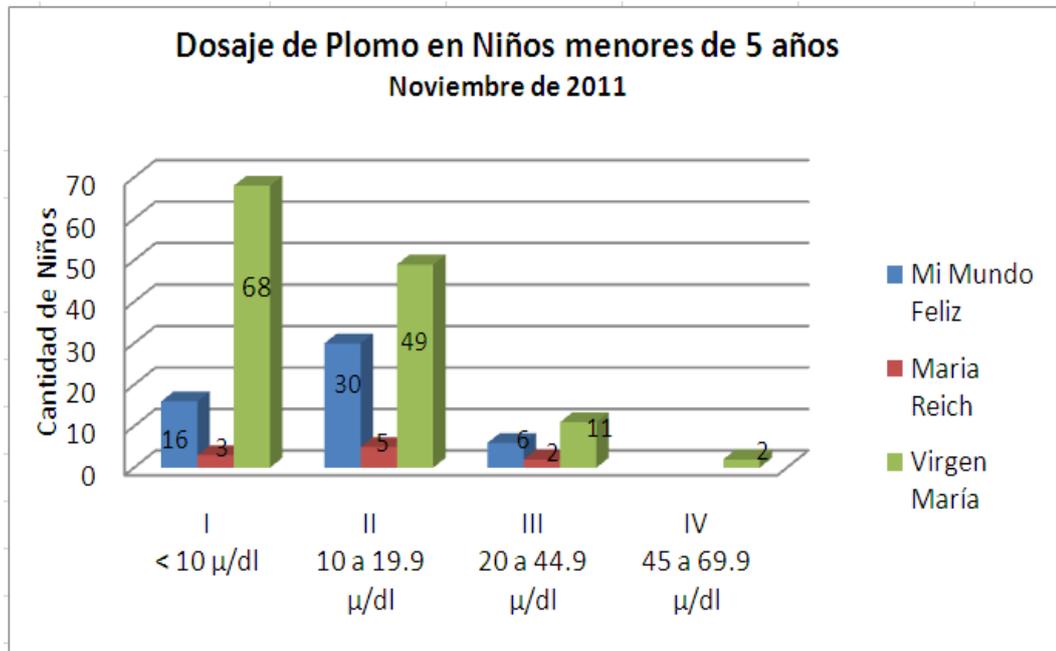


En este contexto se aplicó la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Intoxicación por Plomo, elaborado por el Ministerio de Salud en el año 2007. En la actualidad la Dirección Regional de Salud del Callao viene realizando dosajes de plomo en sangre en esta población de mayor riesgo, con la finalidad de prevenir daños en salud pública.

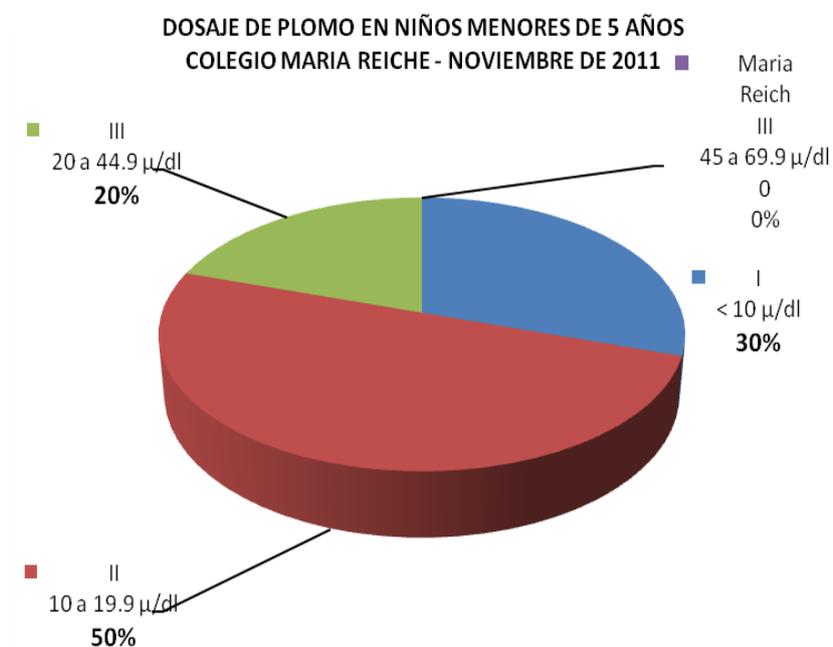
En el año 2011, se menciona que los Colegios María Reiche y Mi Mundo Feliz se encuentran ubicados en el AAHH Puerto Nuevo. El Colegio Virgen María se encuentra ubicado en el AAHH San Juan Bosco. Es importante mencionar que en el Colegio Virgen María fueron dosados 130 niños de ambos sexos, en el Colegio Mi Mundo Feliz 52 niños y en el Colegio María Reiche solo 10 niños.



En la Figura, se visualiza en relación a las categorías de exposición, que el mayor número de niños dosados se encuentran en las Categorías I y II.

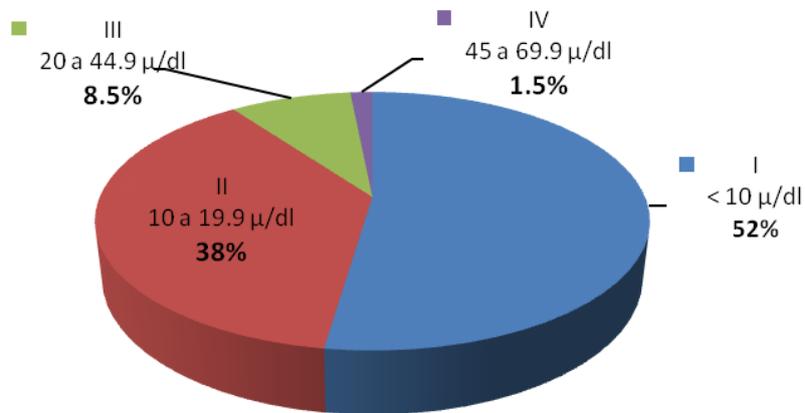


En el gráfico observamos, del total de los niños dosados (192) el 45.3% se encuentran en la Categoría I, y el 43.7% en la Categoría II.



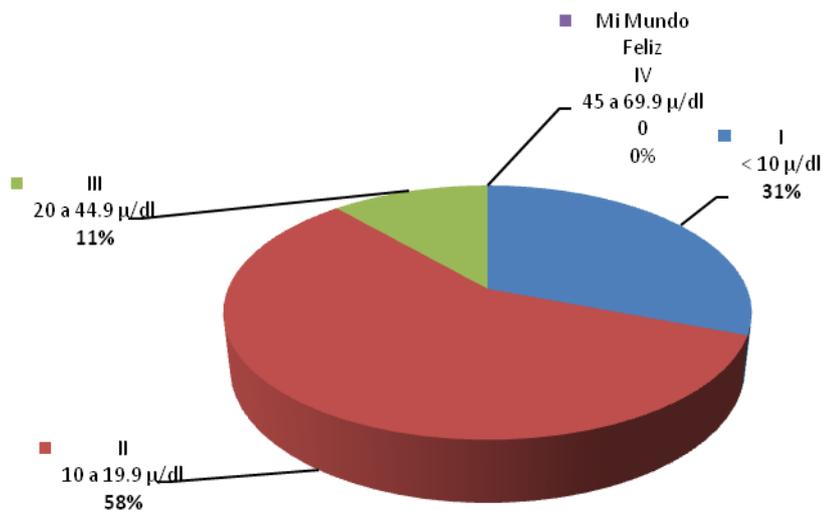
En el gráfico correspondiente al Colegio María Reiche, observamos que el 50% de los diez niños dosados se encuentran en la Categoría II.

**DOSAJE DE PLOMO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
COLEGIO VIRGEN MARÍA - NOVIEMBRE DE 2011**



En el gráfico correspondiente al Colegio Virgen María (130 niños), el 52% de los niños dosados se encuentran en la Categoría I, el 38% (49 niños) en la Categoría II, el 8.5% (11 niños) categoría III y el 1,5% (2 niños) en la Categoría

**DOSAJE DE PLOMO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
COLEGIO MI MUNDO FELIZ - NOVIEMBRE 2011**



En el gráfico correspondiente al Colegio Mi Mundo Feliz, de los 52 niños dosados el 58% (30 niños) se encuentran en la Categoría II y el 31% (16 niños) se encuentran en la Categoría I.

**DOSAJE DE PLOMO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
COLEGIO PUERTO NUEVO Y SAN JUAN BOSCO**

19 de Noviembre de 2011

Categorías	Mi Mundo Feliz	María Reich	Virgen María	TOTAL	PORCENTAJE
I < 10 µ/dl	16	3	68	87	45.3
II 10 a 19.9 µ/dl	30	5	49	84	43.7
III 20 a 44.9 µ/dl	6	2	11	19	9.8
IV 45 a 69.9 µ/dl			2	2	1.2
TOTAL	52	10	130	192	100

En el cuadro observamos el número Total de niños dosados (192) de las 3 Instituciones Educativas y sus respectivas Categorías de Exposición. El 90 % (171 niños) se encuentran ubicados en las Categorías I y II y casi el 10% (19 niños) se encuentran en la Categoría III. Finalmente existen 2 niños en la Categoría IV

Es importante mencionar que en la I.E. María Reiche se seleccionaron 18 niños, de los cuales se realizó el dosaje en 10. Los otros 8 niños no acudieron a realizarse la prueba. En la I.E. Mi Mundo Feliz se seleccionaron 68 niños, de los cuales 52 fueron evaluados; y en la I.E. Virgen María se seleccionaron 170 niños, de los cuales 130 fueron dosados. Todo esto amerita reforzar las coordinaciones con los responsables de las I.E.

En relación a los domicilios de los niños, no contamos con toda la información al momento, por lo que es importante coordinar con los Jefes de los Establecimientos de Salud

Adicionalmente a los resultados presentados, consideramos preocupante la identificación de 2 niños ubicados en la Categoría de Exposición IV pertenecientes a la Institución Educativa Virgen María, siendo necesario de acuerdo a la Guía Técnica mencionada, repetir inmediatamente el dosaje de plomo en sangre mediante el Método de Absorción Atómica. Esto no descarta que puedan haber otros niños en esta Categoría de Exposición en las otras 2 Instituciones Educativas, como se han evidenciado.

El manejo de los niños intoxicados por plomo, ubicados en las diferentes Categorías de Exposición, deberá ser según la Guía Técnica del MINSA.

CONCLUSIONES:

1. De los 256 niños menores de 5 años seleccionados se logro dosar a 192 niños, es decir el 75% de los programados.
2. Se han identificado a 2 niños menores de 5 años en la Categoría de Exposición IV, que pertenecen a la I.E. Virgen María.

3. Falta de compromiso de un 25% de los Padres de Familia seleccionados para esta intervención.

RECOMENDACIONES:

1. Realizar acciones inmediatas e intensas de Promoción de la Salud, nutrición, psicología y atención medica integral.
2. Coordinación inmediata con la Estrategia de Metales Pesados del Hospital Carrión, para la atención especializada (pediatría, neuropediatría, psicología clínica infantil, nutrición, entre otros) de los 2 niños en la categoría IV.
3. Seguimiento de la cohorte de los niños dosados y determinar la tendencia de los resultados y el impacto en el tiempo.
4. Evaluación integral (clínica, dosajes, nutricional, psicológica, promoción de la salud, salud ambiental) en forma periódica, sistemática y sostenida en el tiempo.

D.-ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD BUCAL

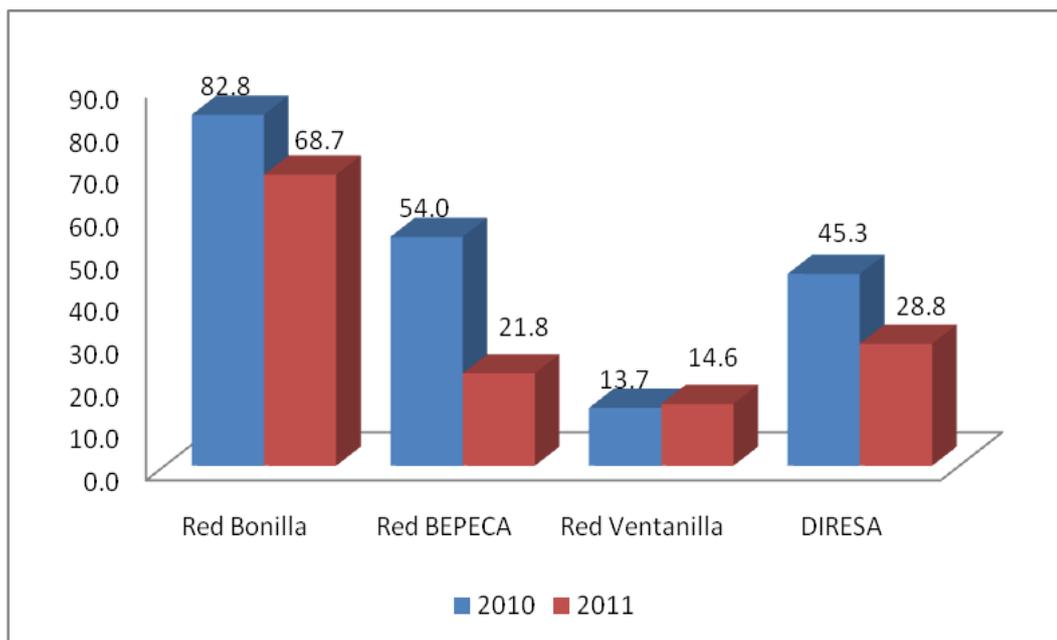
De los 51 establecimientos de salud con los que cuenta la Dirección Regional de Salud del Callao, 46 establecimientos cuentan con servicio dental, incluido los tres hospitales, de los cuales solo 12 atienden turno tarde con personal nombrado o contratado, otros atienden con serumistas.

Actualmente la DIRESA cuenta con 70 cirujanos dentistas: 59 en Redes (4 en Hospital de Ventanilla), 7 en Hospital Daniel Alcides Carrión, 3 en Hospital San José y 1 en la Coordinación de la DIRESA.

Durante el año 2011 de un total de 931,485 enfermedades diagnosticadas, las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 103,724 (11.14%) según informe estadístico de la DIRESA Callao.

INDICADORES

Nombre del Indicador	Porcentaje de atenciones odontológicas básicas (AOB) (2 Examen odontológico + 2 fisioterapias bucales)
Fórmula	$\frac{\text{Número de atendidos con AOB}}{\text{Número de atendidos en el servicio dental}} \times 100$
Valor esperado	35% población atendida en el servicio dental



Permite conocer el cambio del índice de higiene oral y el efecto de la enseñanza de la técnica de cepillado. Por ser un indicador nuevo aún existe un subregistro, además de haber sincerado la información comparativamente al año anterior.

Nombre del Indicador	Porcentaje de Altas Estomatológicas (AE) (Actividades preventivo promocionales y recuperativas)
Fórmula	$\frac{\text{Número personas con AE}}{\text{Total de atendidos con AOB}} \times 100$
Valor esperado	10%

ALTA ESTOMATOLÓGICA (AE)	ANUAL 2010			ANUAL 2011		
	AOB	AE	%	AOB	AE	%
Red Bonilla	7,670	448	5.8	5,243	1,116	21.3
Red BEPECA	6,462	450	7.0	2,792	800	28.7
Red Ventanilla	1,956	427	21.8	2,205	892	40.5
DIRESA	16088	1325	8.2	10240	2808	27.4

FUENTE: INFORME ESRSB

Este es un nuevo indicador y nos asegura que el paciente con AE haya recibido su segunda fisioterapia y pueda mantener una buena higiene bucal. Se ha sincerado este año los datos y se ha logrado sobrepasar lo esperado del 10% de las AOB.

LOGROS OBTENIDOS:

- Ejecución de implantes dentales en el HNDAC.
- Apertura de turnos tardes del servicio dental de algunos EESS., dentro de la ejecución del Plan Volviendo a Sonreír Callao y por la contratación de recurso humano (7 cirujanos dentistas y una técnica dental).
- Equipamiento de tres EESS. con unidades dentales y equipos odontológicos, además de televisores y adquisición de insumos para brindar la atención diferenciada.
- KOYCA ha entregado en el EESS de Bellavista, un servicio dental equipado con unidad, equipo de rayos X dental y compresora.
- La DIRESA instalo en los servicios dentales de algunos EESS. equipo de cómputo y red para la implementación de la historia clínica digitalizada, realizándose las capacitaciones pertinentes.
- Instalación y actualización de tarifas de la atención diferenciada y tarifas odontológicas respectivamente en los EESS de la DIRESA Callao.
- En el último trimestre se equipó con unidad dental, compresora y pieza de mano el servicio dental del CS. Palmeras de Oquendo y Ramón Castilla.
- Se ha realizado la difusión de documentos normativos entregando fotocopias a los EESS que no contaban con ellos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El presupuesto asignado debe ser acorde a lo requerido para la ejecución de las metas programadas.
- Logística debe atender totalmente el requerimiento anual programado con anterioridad, según cronograma.
- El contar con equipos en buenas condiciones de funcionamiento y con insumos para la ejecución de actividades, se lograra cumplir con las metas programadas y la satisfacción tanto del usuario externo como interno, logrando la disminución de la morbilidad de las enfermedades de la cavidad bucal.
- Fortalecimiento de las actividades promocionales y preventivas mediante la ejecución de las guardias comunitarias.

E.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES

- Los daños no transmisibles constituyen un problema de salud pública su prevalencia va en aumento, los niños, adultos y ancianos son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ENT, (dietas inadecuadas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol), como consecuencia de las dietas inadecuadas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo intermedios" que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular, el envejecimiento, la urbanización rápida y no planificada, y los modos de vida poco saludables.
- Los daños no transmisibles 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 y la DIRESA Callao en el POA 2011, identifica como prioridad Sanitaria las enfermedades no transmisibles

- Para el 2011, las metas físicas establecidas en el PpR Presupuesto por Resultados se incrementaron y para realizar las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno se contrato profesionales de salud que se asignaron a las diferentes Redes de Salud, se realizaron eventos de capacitación en prevención, tamizaje y manejo de daños no transmisibles dirigido a los profesionales de salud de los 48 establecimientos de salud de la DIRESA Callao.
- Se realizo también campañas de prevención de daños no transmisibles en los trabajadores de la DIRESA, personal médico, y trabajadores de salud de los establecimientos de las tres redes de salud del Callao, lo que contribuyo a sensibilizarlos y comprometerlos con la detección precoz y tratamiento oportuno de estos daños.
- En el año 2011 se han incrementado los casos de Hipertensión Arterial (27.49%), Diabetes Mellitus, (14.12%). En relación al sexo se observa que el sexo femenino es el que presenta un mayor número de casos tanto en el año 2010 y 2011.

COMPARATIVO DE MORBILIDAD DAÑO NO TRANSMISIBLE POR SEXO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD I CALLAO 2010 - 2011

MORBILIDAD	2010			2011		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
HIPERTENSION	3744	7697	11441	4702	9884	14586
DIABETES MELLITUS	3733	6846	10579	4016	8057	12073
OBESIDAD	4223	9779	14002	4034	9854	13888
CANCER	2191	3211	5402	2376	3326	5702

Fuente: OITE –DIRESA Callao

La estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños no Transmisibles viene implementando actividades para la atención integral de los daños prevalentes, tomando en consideración las diferentes etapas del ciclo de vida: niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

COMPARATIVO DE MORBILIDAD DAÑO NO TRANSMISIBLE POR CICLOS DE VIDA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO 2010-2011

MORBILIDAD	2010						2011					
	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR	TOTAL	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR	TOTAL
ARTROSIS	23	32	158	3175	4972	8360	45	61	222	4379	6528	11235
ASMA	17279	1215	1591	3629	1936	25650	16809	1064	1409	3437	1930	24649
CANCER	242	153	448	2272	2287	5402	164	135	375	2618	2410	5702
CEGUERA	112	129	24	72	88	425	45	125	28	88	67	353
DIABETES MELLITUS	61	54	236	5245	4983	10579	72	59	323	6189	5430	12073
ENF. CARDIOVASCULAR	406	29	105	933	2162	3635	464	29	100	925	2110	3628
HIPERCOLESTEROLEMIA	21	16	154	1507	885	2583	26	33	181	1859	1031	3130
HIPERTENSION	15	28	193	3958	7247	11441	19	38	216	5006	9307	14586
INSUF. RENAL CRONICA	5	6	59	408	1021	1499	6	6	39	350	696	1097
OBESIDAD	4110	952	1882	5437	1621	14002	3858	944	1977	5483	1626	13888
OSTEOPOROSIS	2	3	6	465	1129	1605	1	3	22	530	1202	1758
TBC (A 150 - A 160 - A 151 - A 169)	122	160	557	537	168	1544	130	153	462	492	142	1379
ENF. PULMONAR OBSTRUC. CRONICA	5	1	4	121	456	587	23		4	114	446	587
ARTRITIS REUMATOIDEA	5	11	115	742	473	1346	9	14	127	872	586	1608

Fuente: OITE – DIRESA Callao

a) Atendidos por Hipertensión Arterial:

En el 2011 se atendieron 14,586 casos de Hipertensión Arterial, es decir que se atendió un 44% (4,452) más de lo programado para el 2011.

En relación al sexo es el sexo femenino el más afectado y los grupos etáreos más afectados son los adultos y adultos mayores.

b) Atendidos por Diabetes mellitus:

Se realizó el diagnóstico en 12,073 atendidos por Diabetes Mellitus, no se alcanzo la meta (13,651) debido a que no se conto con insumos para realizar el Tamizaje de Diabetes, sin embargo se observa que hubo un incremento de 1,494 casos respecto de lo atendido en el 2010, lo que representa un incremento de 14%, si bien en los establecimientos del primer nivel se ha intensificado las actividades de Prevención con consejería no fue posible realizar los tamizajes programados.

Es el sexo femenino el que tiene un mayor número de casos por Diabetes Mellitus, en el 2011 se encontraron 6,823 es decir que el 57% de casos correspondió al sexo femenino y el 43% correspondió al sexo masculino, en cuanto al grupo etáreo son los adultos y adultos mayores los que tienen un mayor número de casos.

c) Atendidos por Obesidad:

Se atendieron 13,888 casos de obesidad, si bien los profesionales realizaron el Tamizaje de obesidad, en los primeros meses del año, ingresaron a laborar en los establecimientos de salud un grupo de profesionales que tuvieron dificultad para codificar las patologías por lo que no se reporto esta patología, para el año 2012 se están difundiendo los códigos mediante las coordinadoras de Red.

En relación al sexo se presentan un mayor número de casos en las mujeres y los grupos etáreos más afectados son los adultos y adultos mayores.

d) Atendidos por Cáncer:

TOTAL	
2010	2011
5,402	5,702

Se han diagnosticado 5702 nuevos casos, lo que denota un incremento de (5.6%) a predominio del grupo de adultos. Este incremento puede deberse a que se está considerando los carcinomas in situ. En relación a los grupos etáreos afectados se observa un mayor número de casos en los Adultos.

Priorización de Problemas:

- No se cuenta con estudios integrales para determinar prevalencia de Daños No Transmisibles en la Región Callao.
- La Red de establecimientos de salud del primer nivel de atención no están adecuados para brindar atención integral oportuna a los pacientes con DNT
- Los profesionales de salud de los establecimientos del primer nivel de atención no priorizan las actividades de prevención, detección precoz, tamizaje y tratamiento oportuno.
- Recursos humanos insuficientemente capacitados en Prevención y Control de Daños No Transmisibles.
- Insumos de laboratorio y medicinas insuficientes para la atención de Daños No Transmisibles.
- La Población no considera la prevención de daños no transmisibles una prioridad.
- Procesos Logísticos lentos y extemporáneos que obstaculiza la realización de actividades programadas.
- La obesidad considerada como factor de riesgo, es un problema de salud pública que requiere de una intervención integral a nivel nacional y regional con participación multisectorial.

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

- La Estrategia Regional Sanitaria de Prevención y Control de Daños no Transmisible desde que se le ha asignado el presupuesto mediante el PpR, diagnostica un mayor número de casos. El incremento de casos de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cáncer esta en relación al incremento de actividades de prevención y Tamizaje de los DNT lo que se está evidenciando desde el 2009.
- Implementar las Unidades de Prevención, Tamizaje, detección precoz y tratamiento en el primer nivel de atención adecuando un establecimiento de salud de cada red de salud para brindar atención integral con oportunidad.
- Lograr el compromiso de todos los profesionales, técnicos y trabajadores del sector salud para realizar las actividades de prevención y control de daños no transmisibles.
- Lograr que la promoción de los estilos de vida saludable cuente con el apoyo de los medios masivos de difusión para que la población tome conocimiento de la importancia de combatir los factores de riesgo como: dieta balanceada, actividad física, no consumo de mucha sal, no consumo de tabaco y uso moderado del alcohol, no sedentarismo en los diferentes escenarios: hogar, escuela, comunidad.
- Garantizar la continuidad de los recursos humanos, equipamiento, insumos y medicamentos para DNT en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, priorizando a los del primer nivel.

F.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

La Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable es una de las 12 Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, generando las sinergias necesarias para conseguir los resultados esperados según R.M. N° 701-2004/MINSA, debiendo coordinar, supervisar y monitorear las diversas actividades relacionadas a la alimentación y nutrición que se ejecuta a nivel Regional.

La iniciativa de lucha contra la desnutrición Infantil y la morbimortalidad materna renueva el compromiso del Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud del Callao de seguir trabajando y apoyando los esfuerzos realizados desde el estado, la sociedad civil y el sector privado.

Las actividades realizadas en el año 2011 responden a las metas contempladas en el Plan Operativo Institucional y su articulación transversal con las Direcciones y Unidades Técnicas de la Institución, orientadas a contribuir a disminuir la desnutrición Infantil y la morbimortalidad materna prioritariamente, así como los demás problemas nutricionales en beneficio de la población chalaca.

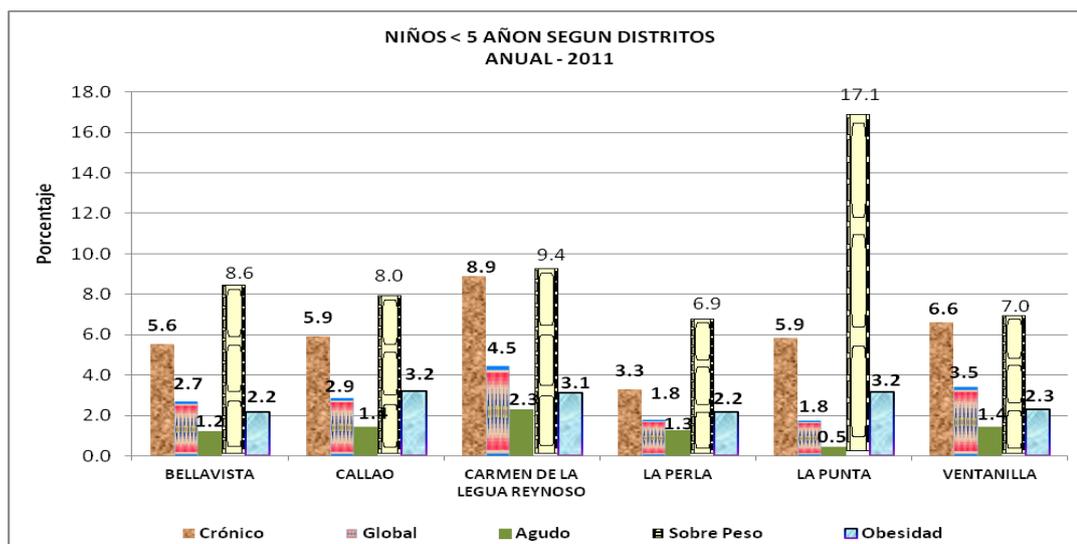
Se promovió en el año 2011 el desarrollo de comportamientos saludables de alimentación y nutrición en la atención integral de salud, con la participación de instituciones públicas, privadas, organizaciones civiles, organizaciones sociales de base y comunidad organizada, así como el fortalecimiento de competencias al personal de salud de la DIRESA Callao, el monitoreo y evaluación de las intervenciones que se desarrollan en la Región Callao.

La Dirección Regional de Salud del Callao proporciona los conceptos y técnicas adecuadas en relación al dato antropométrico (peso y talla) y su trascendencia en el diagnóstico nutricional de la población materno infantil chalaca haciendo un seguimiento y registrando en una Base de datos llamado "Sistema de información del Estado Nutricional – SIEN".

A.1 Niños menores de cinco años:

En el año 2011 se evaluaron más niños menores de 5 años, en relación al año anterior en Desnutrición Crónica (DC) Desnutrición Global (DG), Desnutrición Aguda (DA) Sobrepeso y Obesidad. El porcentaje de DC disminuyó 0.08% en relación al año anterior, la DG en (0.21%), la DG (0.17%), el sobrepeso y obesidad se incrementaron en 0.31% y 0.18% respectivamente.

En relación al indicador trazador para estos años tenemos como objetivo la disminución de la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años. A partir del año 2008 al 2011 se observa una tendencia en descenso progresivo de un 7.7% a un 6.2%. Y en relación a la obesidad existe un leve aumento en relación a los años 2010 y 2011 de 2.6% a 2.8% en niños menores de cinco años.



FUENTE: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2011

Como Distritos, se tiene que la cantidad mayor de evaluados se realizó en el Callao (35077), seguido de Ventanilla (30734). El mayor porcentaje de malnutrición por exceso en Sobrepeso se tiene en La Punta en un 17.1% (38), seguido de Carmen de la Legua (9.4%) (45) y en obesidad se tiene los mayores porcentajes, tanto en el Callao (1116), como La Punta (7) con 3.2%. En cuanto a la malnutrición por déficit la Desnutrición crónica el mayor porcentaje se encuentra en Carmen de la Legua 8.9% (42) y le sigue Ventanilla con un 6.6% (2033).

A.2 Gestantes:

El total de gestantes evaluadas para el año 2011 (16423) en comparación al 2010 (13897) hubo mayor captación y se observa para el año 2011 diagnósticos con sobrepeso el 41.3% (6786), de déficit de peso el 12.3% (2027) y en relación a los casos de anemia en gestantes fue de 26.3% (2690), viéndose un descenso de ella en comparación al año anterior. El distrito que más gestantes con sobrepeso tiene es la Perla (60%), Callao (43.5%)

En relación al indicador priorizado de sobrepeso en la gestación en el Callao, se observa un descenso de los años 2005 (42.9%) al 2011 (41.3%) en un 1.6%, Además las gestantes con diagnóstico de normalidad en su estado nutricional comparando los años 2005 (46%) al 2011 (45.7%) existe un leve descenso en un 0.3 puntos porcentual. Y si vemos el diagnóstico de déficit de peso del año 2005 (11.9%) al 2011 (12.3%) un aumento leve.

En lo referente a **la Anemia** en gestantes, se observa que se mantiene desde el año 2008 (35.3%) al año 2011 (26.3%) un descenso en 8,8 puntos porcentuales. En el 2011 se evaluaron a 10232 gestantes en relación al año 2010 de 7194 gestantes evaluada.

En el año 2011, se observa los casos de sobrepeso a nivel de los distritos de la Región Callao se tiene una mayor cantidad de evaluados a nivel del distrito de la Perla (226 gestantes evaluadas) un 60.2% (136 casos), seguido del Callao (7150

gestantes evaluadas) en 43.5% (3108 casos), teniendo la menor cantidad en el distrito de la Punta (16 gestantes evaluadas) en 18.8% (3 casos).

Y en relación a la anemia se ve a nivel de los distritos una mayor cantidad de evaluados a nivel del distrito de la Perla (181 gestantes evaluadas) un 34.3% (62 casos), seguido del Ventanilla (4952 gestantes evaluadas) en 28.1% (1393 casos), para el distrito de la Punta de los 16 gestantes evaluadas no se observa casos de anemia.

LOGROS 2011.

- Disminución de la desnutrición crónica en menores cinco años de 6,2% en el año 2010 a 6,1% en el año 2011.
- Asistencia técnica en el marco de los incentivos municipales a las Municipalidades Distritales de Bellavista y Carmen de la Legua – Reynoso y la Municipalidad Provincial del Callao.
- Implementación del suplemento de zinc en el tratamiento de enfermedades diarreicas en niños entre 06 a 59 meses de edad del distrito de Ventanilla, en el marco de contribuir a disminuir la desnutrición infantil.
- Fortalecimiento del programa de Suplementación de hierro en el II semestre de la entrega sistematizada de los multimicronutrientes o llamados “Chispitas Nutricionales” rescatando la información del número de sobrecitos entregados en relación a los niños atendidos.

RETOS PARA EL 2012.

- Contar con una relación nominal de los niños que se atienden en los Establecimientos, en el marco de la atención integral de salud.
- Fortalecer el Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN, como instrumento y fuente de datos de Gestión Regional y Nacional.
- Asistencia Técnica en el Plan de Incentivos Municipales, en el marco del Presupuesto por Resultados con la finalidad de contribuir a reducir la desnutrición infantil y la morbimortalidad materna.
- Fortalecer la información relacionada a la anemia nutricional y suplementación con hierro en los niños menores de cinco años que se atienden en los establecimientos de salud.
- Cumplir con las finalidades y productos de acuerdo al presupuesto enviado por el Programa Articulado Nutricional bajo el marco de Presupuesto por Resultados.

CONCLUSIONES

- Como DIRESA, para el año 2011 se evaluó a través de SIEN a 68820 niños y niñas que acudieron a los Establecimientos de Salud, asimismo se observa:
 - El indicador nutricional Talla / Edad (T/E): De cada 16 niños hay un niño con diagnóstico de desnutrición crónica, en un porcentaje de 6.2%.
 - Referente al sobrepeso: De cada 13 niños hay un niño con diagnóstico de sobrepeso, en un porcentaje de 7.6%.
- Según la obesidad: De cada 36 niños hay un niño con diagnóstico de obesidad, en un porcentaje de 2.8%. La población evaluada de niños menores de cinco años y gestantes en el 2011 en relación al año 2010, ha aumentado.

- Las gestantes evaluadas a nivel de DIRESA año 2011 (16423) fue mayor en relación a la del año 2010 (12484).
- La población evaluada de niños menores de cinco años y gestantes en el 2011 en relación al año 2010, ha aumentado.
- Las gestantes evaluadas a nivel de DIRESA año 2011 (16423) fue mayor en relación a la del año 2010 (12484)

RECOMENDACIONES

A nivel Gerencial

- Fortalecer las Políticas Públicas de Salud a través de una Ordenanza Regional y/o municipal considerando la Alimentación y Nutrición Saludable en las diferentes etapas de la vida, priorizando la disminución o erradicación de la desnutrición crónica y anemia infantil en la Región Callao.
- Considerar como prioridad Regional a la Alimentación y Nutrición Saludable, en el marco de la lucha de las enfermedades crónicas degenerativas, principalmente las que afectan a los niños, madres gestantes, madres lactantes y adultos mayores.
- Realización de una línea de base con enfoque integral de salud y nutrición, que contribuya a direccionar las políticas públicas de salud en la Región Callao.

A nivel de la DIRESA

- Socialización de la información generada de la situación nutricional a las distintas Instituciones y sectores que abordan el tema alimentario nutricional en la Región Callao.
- Fortalecer la inclusión de las actividades nutricionales en los instrumentos de gestión, acorde con la realidad actual de la Región.
- Promover reuniones de coordinación y socialización de la información generada de la situación nutricional por el equipo multidisciplinario de la Red, Micro red y EE.SS. para el análisis de la información, uso y toma de decisiones concertadas.
- Siendo el aplicativo SIEN la única herramienta que reporta información del estado nutricional de niños menores de 5 años y de la gestante, es muy importante garantizar la oportunidad y calidad de la información, de manera permanente por cada semana epidemiológica.
- A partir del SIEN sirva para el seguimiento y monitoreo de los niños con algún tipo de malnutrición y su recuperación así como su permanente vigilancia de su estado nutricional.
- Fortalecer la consejería nutricional con enfoque de visita familiar integral a domicilio y las sesiones demostrativas de preparación de alimentos priorizando a las madres de niños menores de 5 años con riesgo nutricional y gestante con anemia nutricional.
- Continuar con las coordinaciones multisectoriales e interinstitucionales para el abordaje de contribuir en la reducción de la desnutrición crónica infantil de la DIRESA en la Región Callao:
 - ✓ Con el MIMDES/PRONAA y actualmente con la Municipalidad Provincial por el apoyo alimentario que se brinda a los menores de 36 meses, madres gestantes y madres lactantes.

- ✓ Con los Gobiernos Locales sobre el apoyo alimentario a los pacientes en tratamiento de tuberculosis y los programas de vaso de leche.
- ✓ Con las Municipalidad de Bellavista, Carmen de la Legua y el Callao a través de la asistencia técnica y monitoreo de la ejecución del “Programa Articulado Nutricional – Incentivos Municipales”, la realización de un diagnostico basal nutricional a los niños menores de 36 meses de su jurisdicción.
- ✓ Con la Municipalidad Distrital de Ventanilla su Plan Local de Salud, con la participación de Instituciones cooperantes que abordan el tema nutricional y la coordinación permanente con la Dirección de Red de Salud Ventanilla.
- ✓ Con los Wawa Wasis actividades consideradas en el Convenio Especifico firmado el año 2011.
- ✓ Las intervenciones realizadas en la zona contaminada por plomo, donde se cuenta con un componente nutricional, actividades coordinadas con la Gerencia Regional de Recursos Naturales y la Sociedad Civil.

G.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE ZONOSIS

La Situación epidemiológica de rabia en nuestra Región a través de los años se mantiene en ningún caso de rabia humana o en animales a pesar de registrarse casos de rabia a nivel país.

Indicador de Extensión de uso:

TASA NOTIFICACION DE PERSONAS EXPUESTAS A RABIA

Años	Nº de Personas Mordidas	Tasa x 10,000	Nº Ttos. Iniciados	% Ttos. Iniciados
2009	2393	27.7	703	29.40%
2010	2187	23.23	765	34.98%
2011	2491	26.07	1066	42.79%

Fuente: OEI-Diresa-ESRZ-2011

FOTO: CORTESIA HSJ

En el año 2011 se notificación 2491 personas expuestas a rabia, mayor al año pasado, con una tasa de notificación 26.07% personas afectadas por cada 10,000 habitantes en el Callao, superior al año anterior. La meta programada en cuanto a Atención Integral de personas expuestas a rabia fue de 2400 en el año 2011, alcanzando una cobertura de (103.8%) mayor a la registrada en el año 2010 (81%).

Las personas expuestas a rabia por accidente de mordedura en el 2011 suman un total de 2,491, al análisis por distrito, tenemos a Callao con el mayor número de personas afectadas (41.7%) seguido de Ventanilla (28.6%) Carmen de la Legua (18.5%) Bellavista (7.5%) y la Perla (3.49%), el menor número de afectados proceden de la Punta (0.72%) el cual es el distrito con menor número

de personas expuestas a rabia en el presente año. En relación a etapas de vida, la del adulto y niño fueron las más expuestas.

	TOTAL	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR
inician tratamiento AH	1066	322	131	158	340	115
Completan tratamiento	231	85	20	31	72	23
Suspensión tratamiento	111	45	10	16	33	7
Abandona tratamiento	108	40	15	17	35	1
Paciente Transferido	279	91	37	30	84	37

Fuente: OEI-Diresa-ESRZ-2011

FOTO: CORTESIA HSJ

Al análisis de la condición de egreso al tratamiento antirrábico por etapa de vida, el indicador importante es tratamiento completo sin embargo se observa que la mayor cantidad de abandonos corresponden a la etapa de vida niño, seguido del adulto, joven y adolescente, por los que se debe reforzar la sensibilización a los padres para el cumplimiento del tratamiento así como a todos los pacientes.

INDICADOR DE COBERTURA: PERSONAS QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTIRRABICO

AÑOS	Personas Expuestas a Rabia por Accidente de Mordedura	Exposición Leve	Exposición grave	Paciente Inicia Tratamiento A.H	% Inicio Tratamiento A.H
2011	2491	1451	1040	1066	42.7
2010	2187	1341	846	785	35.8

Fuente: OEI-Diresa-ESRZ-2011

Indicador de Cobertura: En el año 2011 el total de personas expuestas a rabia fueron 2,491, iniciándose tratamiento antirrábico a un total de 1,066 pacientes con un porcentaje de 42.7% mayor al año anterior (35.8%).

Indicador de calidad: Teniéndose un 102.5% de inicio de tratamiento antirrábico (1066) para las personas con exposición grave (1040) para el año 2011.

Brucelosis Humana Tasa de Incidencia de x 100,000 Habitantes.

Año	Población humana	Casos	TASA Incidencia x 100,000	Años	Meta Programada	Logro Alcanzado	Cobertura
2009	863793	118	13.6	2011	120	59	49.10%
2010	941268	55	5.8	2010	130	55	42.30%
2011	955385	59	6.2				

Fuente: OEI-Diresa-ESRZ-2011
FOTO: CORTESIA HSJ

La tasa de Incidencia de Brucelosis a Setiembre 2011, ha tenido un ligero incremento de casos en relación al año 2010. Así mismo el total de casos de brucelosis registrado fue de 59, un ligero incremento en relación al año anterior.

En cuanto a personas atendidas y tratadas en Brucelosis, se tuvo una cobertura en el año 2011 de 49% de lo programado en relación a año 2010 cuya cobertura fue de 42.3%.

ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS ANUAL 2011

Los casos registrados en el año 2011, por Accidentes ponzoñosos , araña no identificadas y araña Loxosceles, suman un total de 238 accidentes de los cuales 39 fueron Loxosceles atendidos oportunamente , aplicándosele suero antiloxoscelico a 14 pacientes en los Hospitales San José y HNDAC, no habiéndose registrado ninguna complicación.

De la meta programada en la atención de accidentes ponzoñosos el 2011, se alcanzó el 90.1%.

AÑOS	MANEJO PRIMARIO	TOTAL ARACNIDOS	ARAÑA LOXOSCELES	OTROS ACCID.PONZOÑOSOS	TTO SUERO ANTILOXOSCELICO
2011	238	238	39	199	14
2010	309	177	57	149	25

LOGROS DEL 2011

- Actualización del personal médico y de enfermería de las 3 redes y Hospitales en manejo de pacientes expuestos a rabia, con un total de 7 talleres, así como la realización de un taller a nivel de hospital grupo 8 Sanidad aérea.
- Se logra mantener la tasa de incidencia de rabia humana en cero casos en el año 2011.
- Implementación con Norma técnica de rabia, brúcela y accidentes ponzoñosos al 100% de Establecimientos de salud, en el IV trimestre del año 2011.
- Realización de Megaevento Día mundial contra la rabia el cual el objetivo principal es difundir la triada preventiva de la Rabia en comunidad.

- Implementación con guías de tratamiento a establecimientos de Salud de la REDES.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los insumos, materiales, medicamentos y reactivos, son necesarios para el buen funcionamiento de la Estrategia Sanitaria Regional en REDES y Hospitales.
- Se debe tener una atención oportuna a los requerimientos de la Estrategia por presupuesto PpR, asignado en el año 2012 para el Programa Estratégico, permitiendo el cumplimiento de los objetivos trazados.
- Contar con el apoyo logístico necesario para la impresión de material educativo (trípticos, afiches, rotafolios, guías de tratamiento y otros), para la sensibilización del usuario externo en los EESS.
- Brindar tratamiento oportuno a 100% de pacientes afectados por las principales zoonosis (Rabia, Brucela y Accidentes Ponzoñosos en la Región Callao).

H.- 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 morbi-mortalidad por tuberculosis y tuberculosis multidrogorresistente así como orientar hacia conductas saludables.

La Tuberculosis en el Callao continúa siendo un flagelo dentro de nuestra Región a pesar de los grandes esfuerzos que realiza el personal de salud, especialmente el que labora en la estrategia de cada establecimiento de salud; y esto se denota por el incremento de casos nuevos de tuberculosis MDR de 195 el 2009 a 239 en el 2,010, 234 el 2011, siendo el porcentaje de casos de TBC MDR entre el total de casos de tuberculosis de 16.81% el 2011, a comparación del 15.02% el 2010.

Y es que el trabajo a realizar no es únicamente tarea del Sector Salud; por las dimensiones que el problema toma, se necesita de la participación de todas las entidades, Públicas y Privadas para que desde cada área de desempeño se priorice el problema y forme parte de su carpeta de trabajo, involucrándose activamente en la lucha frontal contra la tuberculosis.

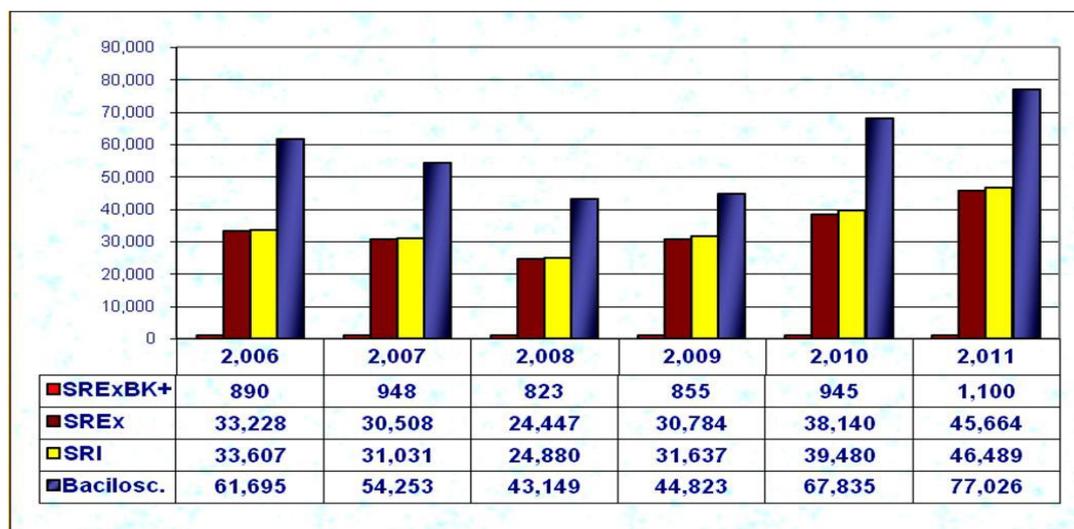
Con una tasa de incidencia de 121.83 x 100,000 habitantes y una tasa de morbilidad y de incidencia de tuberculosis bacilos copia positiva de 145.70 y 68.03 x 100,000 habitantes respectivamente, es necesario focalizar acciones en aquellas zonas donde la carga de tuberculosis sensible y tuberculosis MDR es superior incluso a los indicadores que se presentan a nivel nacional.

Del mismo modo es necesario formular actividades y/o planes que permitan disminuir los abandonos a tratamientos de esquemas primarios y mejorar la adherencia al tratamiento, así como conseguir que el 100% de los contactos

censados menores de 19 años puedan recibir la quimioprofilaxis que a la larga contribuirá a cortar la cadena de transmisión rápidamente.

Al desgregar las tasas en las respectivas Redes vemos que la mayor tasa de morbilidad la tiene la Red Bonilla, seguido de la Red Bepeca; igual patrón de orden se repite en las tasas de incidencia y la de incidencia BK (+). Esto nos lleva a inferir que los niveles de hacinamiento y los otros condicionantes sociales (drogadicción, delincuencia, alcoholismo) que se dan en esta Red, generarían una mayor posibilidad de contraer la enfermedad, por lo que será necesario focalizar actividades sin descuidar las otras redes.

SINTOMATICOS RESPIRATORIOS / ANUAL 2006 AL 2011 ESRPyC TBC - DIRESA CALLAO



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

Este gráfico de barras nos permite observar cómo se incrementa el número de bacilos copias (12% más en el año 2010), de Sintomáticos Respiratorios Identificados, de Sintomáticos Respiratorios examinados y de Sintomáticos Respiratorios Examinados bacilos copia positiva; demostrando incremento en la búsqueda, pero también mayor presencia de casos positivos siendo estos los que mantienen la cadena de transmisión en la Región Callao

Indicadores Epidemiológicos ESRP y C TB-DIRESA CALLAO 2006-2011

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de Morbilidad	150	150	181	163	144	147
Tasa de Incidencia	117	122	137	136	121	122
TBC Pulmonar BK(+)	65	63	76	68	66	71

Nota: Por 100,000 Hab. Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis DIRESA. Callao.

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

Se evidencia un aumento de las tasas de Morbilidad, Incidencia e Incidencia BK (+) a diferencia del año anterior, 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.

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

INDICADORES OPERACIONALES Y EPIDEMIOLOGICOS ESRPyC TBC DIRESA CALLAO - AÑO 2007 – 2011

AÑO	2007		2008		2009		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
% de S.R.I / Atenciones > 15 a.	953,930	3.25	839,205	2.9	1,283,165	2.5	1,385,016	2.9	1,848,883	2.5
Sintomáticos Respiratorios Esperados	47,697		41,960		64,158		69,251		92,444	
Nº y % de S.R.I	31,031	65.06	24,880	59.29	31,637	49.31	39,480	60.55	46,489	50.29
Nº y % de S.R.Ex	30,508	98.31	24,447	98.25	30,784	97.30	38,140	96.61	45,664	98.22
Nº y % de S.R.Ex BK (+)	948	3.11	823	3.36	855	2.78	945	2.48	1,100	2.41
Nº de SR Ex para hallar un caso de TBP FP	32		30		36		40		42	
Nº baciloscopias de diagnostico efectuadas	54,253		43,149		44,823		67,835		77,026	
Proporción de Cont. Exam entre Cont. Cens.	3,818		4,228		5,364		3,884		3,863	
	4,429	86.20	4,505	93.85	5,010	93.40	4,422	87.83	4,925	78.43
Proporción de contactos con Quimio. < 19a.	633	660	712	755	944	1068	776	1193	711	1,165
	95.91		94.30		88.39		65.05		61.03	

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

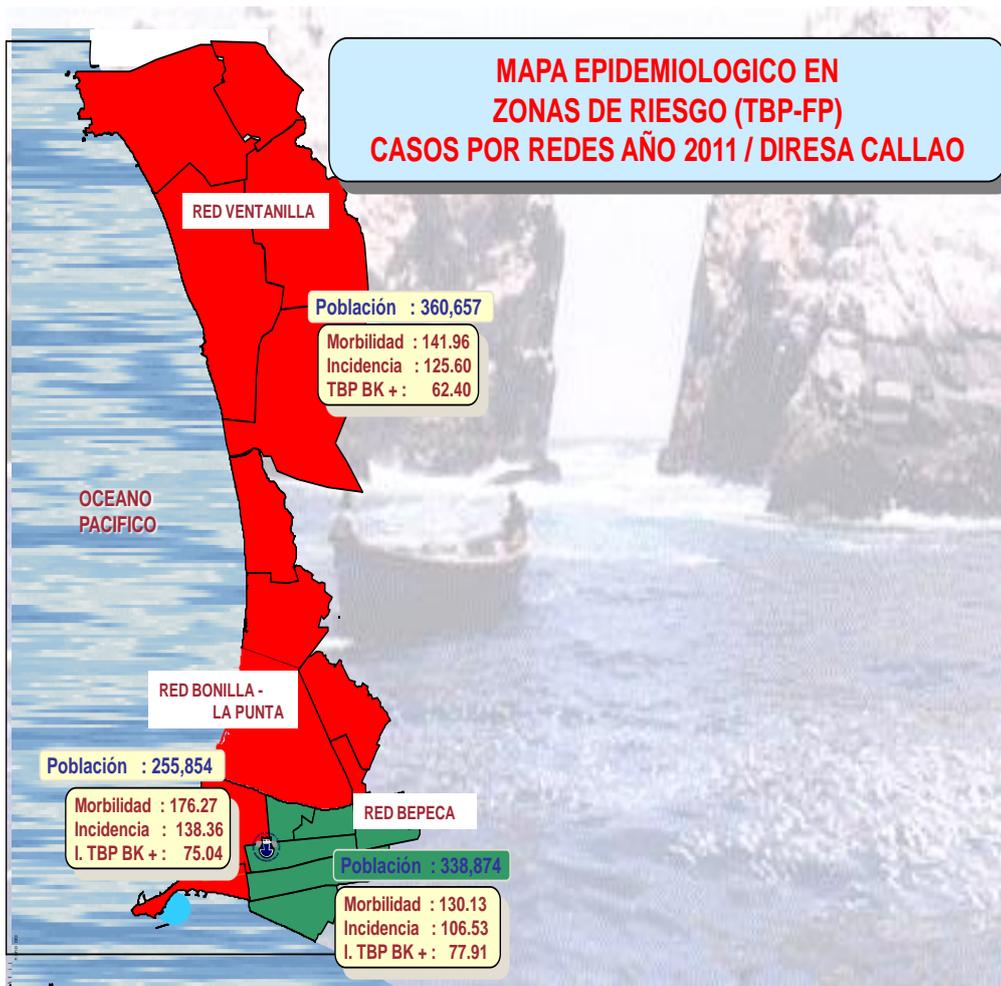
La disminución del indicador trazador de 2.9% año 2,009 a 2.5% el 2011, es debido al aumento de la atenciones en las personas mayores de 15 años a pesar del aumento en la búsqueda (SRI), aumento que se evidencia en cifras absolutas. Este incremento nos ha permitido detectar mayor numero de sintomáticos respiratorios BK (+) (de 855 en el 2,009 a 1,100 en el 2,011), lo que nos hace inferir que buscando mas, probablemente encontremos mas. Nuestra cobertura de contactos examinados 3,863 dentro de los censados 4,925 ha disminuido en relación a los tres últimos años de 93.85% a 78.43%, lo que nos debe hacer mejorar nuestras estrategias para coberturas al 100%. Motivo particular es la disminución de la cobertura de quimioprofilaxis en menores de 19 años, situación que se viene dando en los tres últimos años de 94.30% a 61.03% y que podría generar a la larga un incremento de casos en la etapa niño y adolescente.

**ESTRATIFICACIÓN GEOGRÁFICA DE
ZONAS DE RIESGO (TBP-FPN)
POR REDES (AÑO 2007 AL 2011) DIRESA CALLAO**

RED DE SERVICIO	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
DIRESA	63	76	68	66	71
I RED BONILLA - LA PUNTA	99.9	102.3	81.3	71.71	75.04
II RED BEPECA	65.7	52.8	56.8	55.01	77.9
III RED VENTANILLA	60.2	69.1	63.4	62	62.4

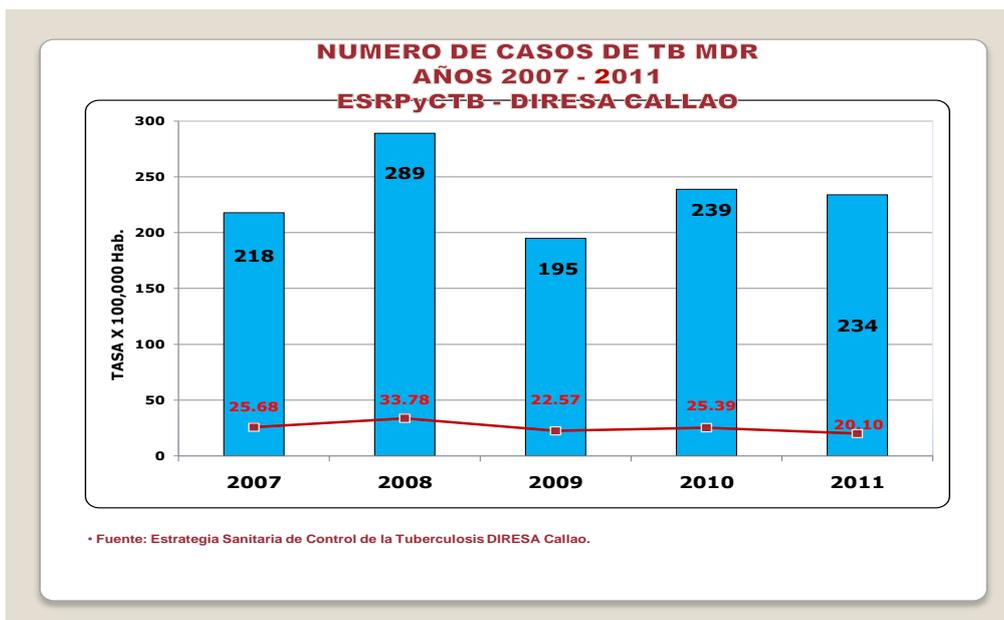
■ ALTO RIESGO	(Tasa de TBP-FP > 66 x 100.000 hab.)
■ MEDIANO RIESGO	(Tasa de TBP-FP entre 25 a 66 x 100.000 hab.)
■ BAJO RIESGO	(Tasa de TBP-FP < 25 x 100.000 hab.)

La estratificación geográfica según zonas de riesgo que está definida por la tasa de incidencia de frotis positivo, para el año 2,011 coloca a la DIRESA Callao y a las dos redes (Red Bonilla, Red BEPECA) en zonas de alto riesgo, esto implica una alta posibilidad de contagio dentro de nuestra Región, a diferencia de la Red Ventanilla que está al margen de alto riesgo.



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

Este cuadro nos muestra que la Red Bonilla y la Red BEPECA de la DIRESA CALLAO están en alto riesgo de transmisión consideradas AERT, ya que de acuerdo a la estratificación de la OPS las tasas mayores a 66 x 100,000 habitantes son consideradas alto riesgo.



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

Los casos de TBC MDR han mostrado una conducta errática en estos últimos años, con subidas y bajadas, llegando este año 2,011 a representar un 20.10% con 234 casos, esto nos refleja que hay una mayor posibilidad de tener pacientes con TBC MDR dentro de nuestra comunidad y si no se implementan estrategias para fortalecer las medidas preventivas el contagio será mayor entre las personas ya que no se está logrando cortar la cadena de transmisión.

LOGROS 2011

- En el 2011 se continuo el poder recabar la información semanal de sintomáticos respiratorios de los Establecimientos de Salud, logrando de esta manera monitorear la búsqueda de los mismos y conseguir un incremento del indicador trazador.
- Se mejoró el registro de información en los libros respectivos, de igual forma se mejoró los tiempos de presentación de expedientes de casos MDR, y esto gracias a que en los últimos meses del año se contó con el apoyo de enfermeras contratadas por Ppr y que trabajan en los establecimientos de Salud con la intención de brindar atención integral y monitorizar las actividades de la estrategia Sanitaria de Prevención y control de Tuberculosis.
- La Red Bonilla consiguió capacitar a la mayoría del personal que labora en la estrategia, realizando pasantías en el Establecimiento de Salud Manuel Bonilla permitiendo esto sensibilizarlos y de esta manera optimizar el funcionamiento de la misma.
- Se logró un gran compromiso de trabajo con los coordinadores de Redes.
- Laboratorio aplica la prueba MODS a todos los pacientes que ingresan a tratamiento antituberculoso
- Las reuniones CERI se dieron en las fechas programadas dos, consiguiendo las evaluaciones de los expedientes, contando con la participación de Consultores locales y especialistas neumólogos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Continuar con el monitoreo continuo en lo referente a la captación de Sintomáticos Respiratorios.
- Afianzar las alianzas con otras Instituciones para alcanzar las metas establecidas.
- Es necesario contar con personal profesional en Enfermería suficiente para realizar el Monitoreo y el control estricto de la administración de medicamentos bajo la estrategia DOTS y DOTS PLUS.
- Culminar las actividades conducentes a obtener el Presupuesto por Resultados (PPR), modelo que permitirá sostener las labores que se realizan dentro de la Estrategia.
- Sensibilizar a todas las autoridades, tanto intra Institucionales como extra Institucionales, sobre la importancia de enfrentar el problema de la tuberculosis dentro de nuestra Región, y así colocar el tema como un punto prioritario dentro de la agenda de trabajo.

I.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, VIH Y SIDA

La Estrategia Regional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (ESRITSS) 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, y que desempeña las siguientes funciones:

- Brindar asistencia técnica en ITS/SIDA a Centros de Salud, Direcciones de Redes de Salud y Hospitales.
- Realizar investigaciones operacionales relacionadas a la estrategia.
- Formular informes técnicos de la estrategia.
- Formular el presupuesto anual correspondiente a la ESRITSS.
- Promover el trabajo articulado con otras instancias de la DIRESA CALLAO, a fin de cumplir con las metas establecidas en el Plan Operativo Institucional.
- Promover la participación de la comunidad en las acciones para enfrentar las epidemias de ITS, VIH y SIDA, priorizando las poblaciones vulnerables.
- 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.

Asimismo, tiene a su cargo los siguientes procesos:

- 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.

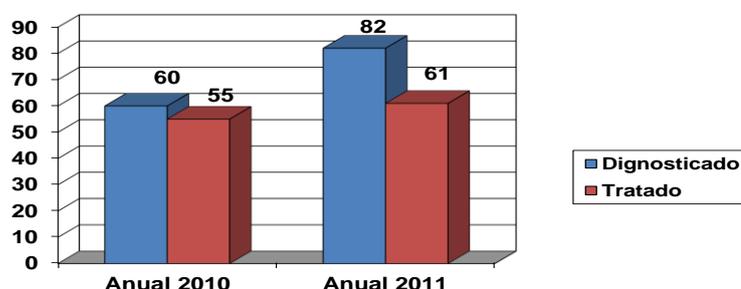
- Investigar y promover la investigación y análisis de temas de interés de la unidad.
- Coordinar con los responsables de las otras Unidades Técnicas de atención integral de salud y con los responsables de las redes y hospitales.
- Estrategias de Intervención: Contamos con tres intervenciones principales orientadas a poblaciones vulnerables plenamente identificadas a través de Consejeros Educadores de Pares. Estas son: Trabajadoras (es) Sexuales (TS), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y Personas que Viven con el VIH/SIDA (PVVS).
- Líneas de Acción:
 - Se promueve la Atención Médica Periódica (AMP) de las/los TS y HSH, así como la Atención Integral de las PVVS.
 - Se promueve el tamizaje con RPR o PRS para Sífilis, y ELISA o Prueba Rápida para VIH en el primer control pre – natal de gestantes que acuden a nuestros servicios de salud.
 - Prevención de la Transmisión Vertical (TV): Tratamiento de gestantes RPR + en prevención de Sífilis Congénita, y profilaxis en gestantes VIH+.
 - Acceso al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA).
 - Incremento de Consejerías para el cambio de comportamiento y para el soporte al seropositivo.

Indicadores

Del análisis de todo lo anterior se puede determinar que existe una gran tarea por realizar, toda vez que las debilidades y amenazas tienen mucho que ver con la sociedad en general, donde debemos trabajar con criterio regional para que las convocatorias para intervenir en esta lucha debe ser de todos. Siendo las ITS y el VIH/SIDA un problema multifactorial debe enfrentarse de manera multisectorial. Aunque el sector salud debe liderar esta tarea, se requiere del esfuerzo conjunto de la comunidad en general.

1. **Cobertura RPR para Sífilis:** Tamizaje con RPR/PRS para Sífilis a las gestantes que acuden a los establecimientos de salud para su primer control pre natal superó la meta programada (Cobertura 89%).
En la medida que cumplamos con tamizar al total de las gestantes que acuden a nuestros establecimientos de salud podremos considerar que sea posible erradicar el riesgo de tener niños con Sífilis Congénita. Nuestra cobertura como DIRESA es bastante adecuada pero se debe apuntar a una estandarización hacia un nivel de calidad óptimo en el servicio.
2. **Cobertura de tratamiento adecuado a gestantes RPR Reactivas**
Gestantes RPR + tratadas adecuadamente de acuerdo a normas / Gestantes RPR+ x 100.

COMPARATIVO TRATAMIENTO GESTANTES RPR+ 2011



Se diagnosticaron más casos que en el 2010, pero se trataron menos de acuerdo a los informes recibidos desde los EE.SS., la mayoría de los cuales eran de la Red BEPECA. Se debe mencionar que pasamos por un periodo de desabastecimiento de medicamentos. Además se ha identificado que existe un sub registro de casos tratados y que algunos casos fueron derivados a hospitales de referencia. Es probable que se encuentren más casos tratados.

***Fuente: Informes mensuales de monitorización**

En el año 2011 se diagnosticaron más gestantes reactivas (37% más) que el año anterior, pero solo se trataron 74%, a diferencia del año anterior (92%).

3. Cobertura Prueba Rápida o ELISA para VIH

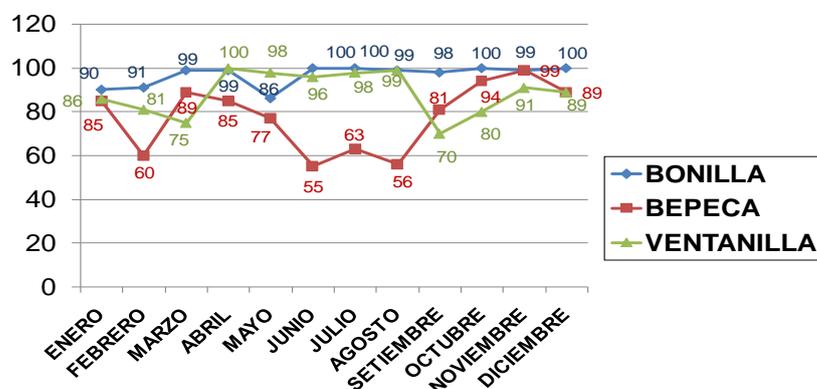
Tamizaje con ELISA o Prueba Rápida para VIH a las gestantes que acuden a los establecimientos de salud para su primer control pre natal superó la meta programada (Cobertura 91%)

En igual sentido, el diagnosticar la presencia del VIH en una gestante permitirá entregar la profilaxis adecuada a fin de evitar la transmisión del mismo al niño por nacer. La norma estipula que dicha profilaxis debe iniciarse a partir de la semana 14 de gestación, por lo que la promoción del Control Pre Natal debe acompañar esta importante actividad. El 85% alcanzado cumple lo programado para el año de acuerdo a normas internacionales.

El riesgo de transmisión vertical del VIH es de 30% (3 de cada 10 hijos de madre seropositiva) pero con la profilaxis ese riesgo puede disminuir hasta 2% (2 de cada 100 hijos de madre seropositiva). Es claro entonces que debemos tender a tamizar al total de gestantes para poder ofrecer la profilaxis a todas las que resultaran reactivas a la prueba.

4. Cobertura de tratamiento de las ITS mediante Manejo Sintórmico. Supero lo programado (88%).

COBERTURA ANUAL 2011 MANEJO SINDRÓMICO (%) POR REDES



La Red Bonilla presenta una tendencia regular con coberturas dentro de lo esperado. BEPECA presenta irregularidad con una tendencia a la mejora, aunque baja al final del trimestre. Ventanilla se recupera a partir del segundo trimestre, pero baja en setiembre y mejora en el último trimestre. El promedio trimestral (88%) está dentro de lo adecuado. Los proveedores de servicios (sobre todo médicos) deben cumplir su rol como tales. Se debe registrar lo actuado y enviar oportunamente los informes mensuales, en los formatos actualizados.

*Fuente: Informes mensuales de monitorización

Las ITS, dentro de otros daños a la salud, son bastante prevalentes y afectan sobre todo a gente joven generando el riesgo de tener secuelas o complicaciones de alto costo social y económico de no ser tratadas a tiempo: Infertilidad, Abortos, Natimueitos, Cáncer de Cuello Uterino, Embarazo Ectópico, Dolor Pélvico Crónico, Embarazos Patológicos, Sepsis, Malformaciones Congénitas, entre otros problemas serios para la salud. Además el tener una ITS incrementa hasta en 20% el riesgo de infección por VIH/SIDA, sobre todo aquellas que generan lesiones genitales. Es claro entonces que el diagnóstico y tratamiento oportunos son una estrategia altamente efectiva para prevenir lo antes mencionado por lo que es una preocupación que no alcancemos las metas programadas, siendo un compromiso el mejorar estas cifras para beneficio de la población a nuestro cuidado, sobre todo en la Red BEPECA.

5. Cobertura con Conserjerías Pre Test en gestantes tamizadas para VIH alcanzo el 96%, aunque supero la meta merece una intervención sostenida para mejorarlo dada su importancia.

Del análisis de todo lo anterior se puede determinar que existe una gran tarea por realizar, toda vez que las debilidades y amenazas tienen mucho que ver con la sociedad en general, donde debemos trabajar con criterio regional para que las convocatorias para intervenir en esta lucha debe ser de todos. Siendo las ITS y el VIH/SIDA un problema multifactorial debe enfrentarse de manera multisectorial.

LOGROS 2011

- Tamizaje con RPR/PRS para sífilis a las gestantes que acuden a los establecimientos de salud para su primer control pre natal superó la meta programada (Cobertura 89%).
- Tamizaje con ELISA o Prueba Rápida para VIH a las gestantes que acuden a los establecimientos de salud para su primer control pre natal supero la meta programada (Cobertura 91%).
- Consejerías realizadas en los establecimientos de salud de la DIRESA Callao se incrementaron.
- Cobertura de Manejo Sindrómico de las ITS curables superó lo programado (88%).
- Asesoría y acompañamiento a los diferentes consorcios que intervienen con la DIRESA, de acuerdo a los objetivos del Fondo Global.
- Asesoría y acompañamiento a las organizaciones de poblaciones vulnerables presentes en la región incluyendo a las Personas Privadas de libertad (PPL), Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y Trabajadoras/es Sexuales (TS).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Mejorar la accesibilidad de las poblaciones vulnerables a una atención médica de calidad:
- Implementación de un Centro de Referencia de ITS/VIH/SIDA (CERITS) en el Hospital de Ventanilla: Se cumpliría con acercar las bondades de la estrategia a la 2da. zona con más casos en la región y que se constituye en un polo de expansión, muy alejado del único CERITS existente en la actualidad lo cual no permite el acceso de una gran cantidad de personas de poblaciones vulnerables. Un CERITS debe estar en la capacidad de brindar una Atención Médica Periódica (AMP) completa (esto incluye entregar resultados de análisis en un lapso no mayor de 30 a 45' por lo que el equipamiento es muy importante).
- Fortalecimiento del CERITS "Alberto Barton": Siendo el único CERITS funcionando en el Callao no cuenta con personal médico suficiente para atender a la demanda. Requiere además mejorar su equipamiento.
- Descentralizar el TARGA implementando el servicio en el Hospital Ventanilla: 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.
- Reconocimiento del Plan Estratégico Regional Multisectorial de Salud en ITS, VIH/SIDA (PERM) como aporte para el Plan Concertado de Salud del Callao.
- Se requiere abastecimiento oportuno de medicamentos y reactivos.

J.- ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tiene a su cargo los componentes de Planificación Familiar, Materno Perinatal, Cáncer de Cuello Uterino y Mamas, transmisión Vertical y el FON.

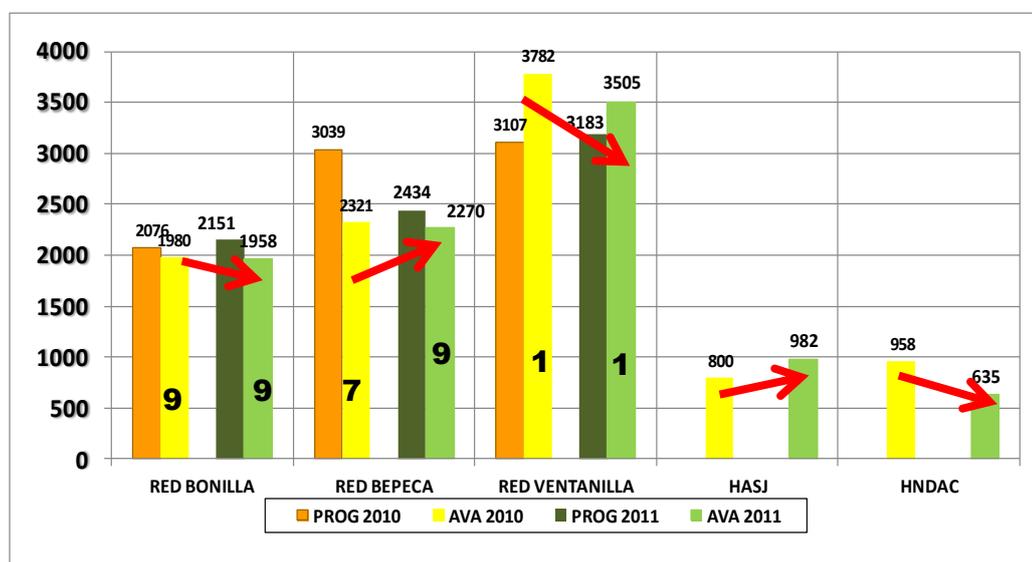
En Gestantes Atendidas se logro 97% (12081) de la meta anual con un incremento de 3% (320) respecto del año anterior. Al comparar las metas

alcanzadas por las Redes (2010-2011) observamos que la Red Ventanilla incremento 7% (348), la Red BEPECA (0.1%) y la Red Bonilla-La Punta disminuyo (1%), al igual que el HNDAC 32% (697) y del 39% (1,126) en el HSJ respecto del año anterior.

Este logro se debió probablemente al contrato de recurso humano Obstetra por PpR, 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, afectándose las actividades del servicio de obstetricia.

Gestantes Controladas: se alcanzó un 97% (7,743) de la meta anual programada (7,768) en el año 2011 y en relación al año anterior se incremento en 3%.

Gestantes Controladas Comparativo por Redes y Hospitales Anual 2010 – 2011 DIRESA – CALLAO



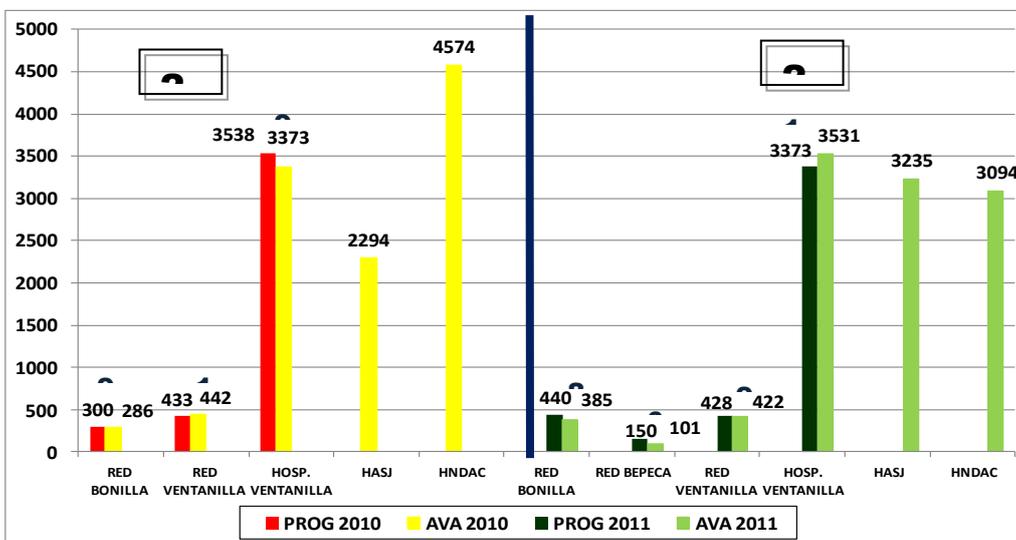
Fuente: Informe Materno Perinatal Redes y Hospitales

En relación al avance de la meta programa en el año 2011 de las redes: Red Bonilla La Punta, logro avance 91%, Red BEPECA 93% y Red Ventanilla 110%. Si comparamos estos avances con los del año anterior, Red Bonilla La Punta disminuyó 1% la Red BEPECA 2% y la Red Ventanilla 7%.

En el HSJ se aprecia un incremento del 23% (182) y en el HDAC la disminución es 34% (323) respecto del año anterior.

Afectando al logro de este indicador las referencias por Alto Riesgo Obstétrico, el inicio tardío del control prenatal, la falta de recurso humano para realizar el seguimiento a las que faltan a sus citas de control prenatal.

Nº Partos Comparativo por Redes y Hospitales Anual 2010 – 2011 DIRESA - CALLAO

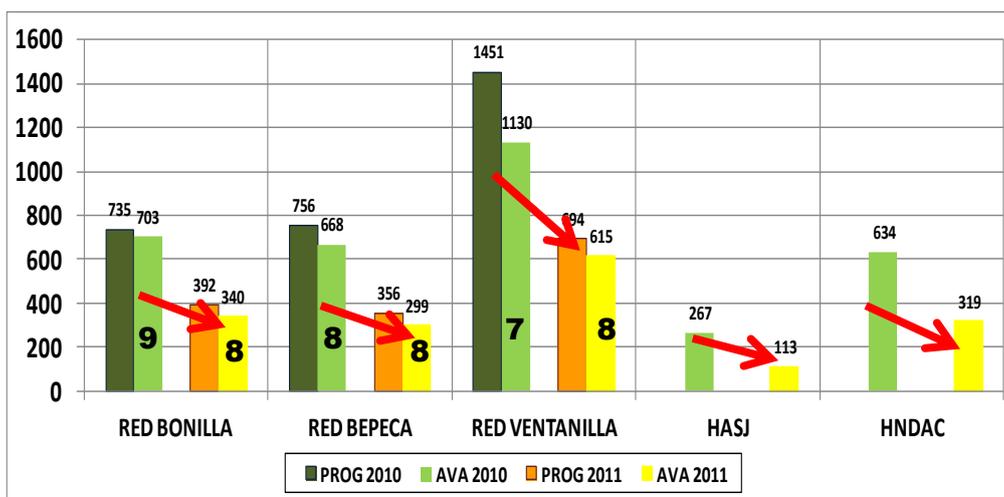


Fuente: Informe Materno Perinatal Redes y Hospitales

En partos se ha obtenido un avance de 99% (4391) de la meta anual programada. El Hospital de Ventanilla logro un avance de 99%(3,527) y un incremento del 5% (154) respecto del año anterior. En HSJ se ha incrementado en 41%(941) y en HNDAC la disminución es del 32%(1,480) este EESS solo está reconociendo por SIS los partos por Cesárea.

En relación al avance en las redes: la red Bonilla-la Punta (88%), BEPECA (67%), Red Ventanilla (99%). Si comparamos estos avances con los del año anterior: I Red incremento 35% (99), II Red (atendió partos desde Mayo de este año.), III Red disminuyo 5% (20) - C S Márquez en reestructuración.

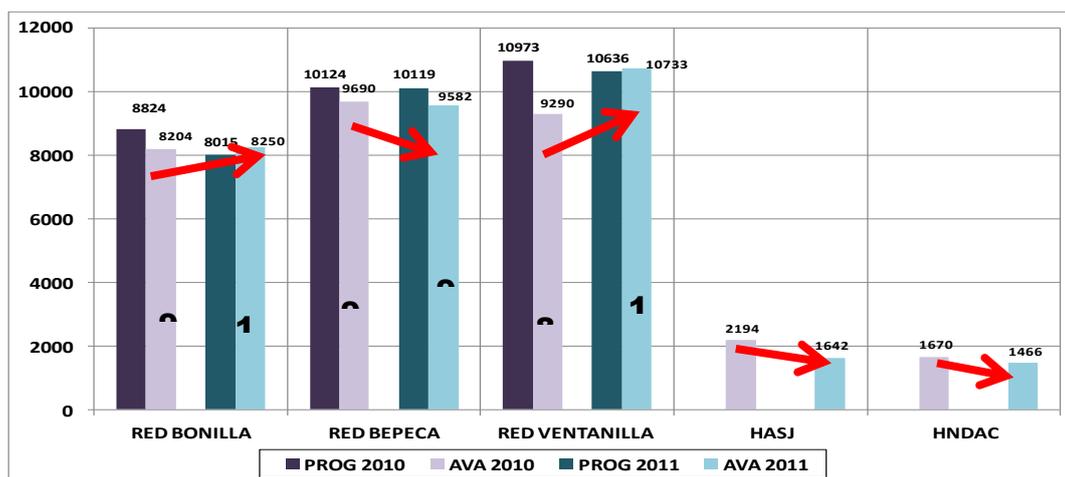
Gestantes Adolescentes Comparativo por Redes y Hospitales Anual 2010 – 2011 DIRESA – CALLAO



Fuente: Informe Materno Perinatal Redes y Hospitales

El grupo adolescente de 12 a 17 años desde el año pasado. Se observa una disminución de gestantes adolescentes tanto en redes como hospitales, siendo en Red Bonilla del 52%(363), en Red BEPECA 55%(369), en Red Ventanilla el 46%(515), en HNDAC del 49.6%(315) y en HSJ es del 58% (154).

Parejas Protegidas Comparativo por Redes y Hospitales Anual 2010 – 2011 DIRESA – CALLAO



FUENTE: INFORME MATERNO PERINATAL REDES Y HOSPITALES

En Parejas Protegidas se obtuvo un 100%(28,565) con un incremento del 5%(1362) comparado con el año pasado.

.En la Red Bonilla La Punta se logro 103% del avance de la meta programada, de parejas protegidas, Red BEPECA 95% y la Red Ventanilla 101%.

Si comparamos los avances logrados por las redes y hospitales en el año 2011 en relación al 2010: La Red Bonilla La Punta incremento 0.56%, la red Ventanilla 15.53% y la Red BEPECA disminuyo 1.11%. En HSJ la disminución es del 25%(552) y en HDAC la disminución fue 12%(204). Han contribuido a este logro las: Campañas programadas durante el año, el aporte desde mayo de las Obstetras contratadas por PpR.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- Existe demanda insatisfecha por falta de recursos humanos (centros de atención de 6 horas, centros de 12 horas donde solo se brinda atención por Planificación familiar en un solo turno) Dotar de materiales de para la realización de Psicoprofilaxis Obstétrica como estrategia para incrementar el parto institucional y contribuir a disminuir muerte materna.
- La participación de la comunidad con los promotores de los Comités de vigilancia comunal de seguimiento de gestantes y puérperas resulta una excelente estrategia que contribuye a mejorar la calidad de vida de la población chalaca, identificando con especial atención a los adolescentes y de extrema pobreza, estableciendo redes en la comunidad y municipalidad, bomberos y EsSALUD para solucionar el problema de transporte en casos de emergencia.

K.- UNIDAD TÉCNICA DE CALIDAD EN SALUD

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

La Unidad Técnica de Gestión de la Calidad en Salud depende de la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud desarrollando las siguientes líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad:

- ✓ Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- ✓ Acreditación.
- ✓ Proyectos de Mejora Continua.
- ✓ Encuestas de Satisfacción de Usuarios Internos.
- ✓ Seguridad del Paciente.

Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

- ✓ Taller de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2011, los integrantes de los Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud designados fueron capacitados en el taller de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- ✓ Se realizó Auditoría de la Calidad de Registro de Historia Clínica de consulta externa, obstetricia, emergencia, referencias, odontología, seguimiento del cumplimiento de las Auditorías.
- ✓ Auditorías de la Calidad de Registro realizadas según el POA 2011: logrando algunas Microrredes la meta y otras la: M. Bonilla, M. José Olaya, M. Faucett, M. Sesquicentenario, la que alcanzo menor avance, la M. Angamos.(20%)
- ✓ Las Auditorías programadas para el año 2011, fueron por profesionales de la salud de todos los establecimientos.

Proyectos de Mejora Continua

Taller de Proyectos de Mejora Continua, se realizo el taller de mejora continua en junio del 2011 con el apoyo de la ONG ADRA, al taller asistieron los participantes con sus proyectos en proceso de implementación, recibiendo cada uno de ellos asesoramiento para la culminación del mismo y lograr su participación en el VIII Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.

Participaron:

- ✓ **Contribuyendo a Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor en mi Comunidad** del Centro de Salud Faucett de la Red BEPECA
- ✓ **Por un Ambiente Saludable y Seguro para Nuestro Trabajo**, del Hospital San José.
- ✓ **Salud y Comunidad Luchando Juntos Contra el Dengue**, del Centro de Salud Ventanilla Alta de la Red Ventanilla.

LOGROS ALCANZADOS

- Desde el año 2009, se viene presentando Proyectos de Mejora continua al MINSA, siendo seleccionados para participar en el VIII Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- En el presenta año, el Centro de Salud Ventanilla Alta de la Red Ventanilla quedo entre los 5 finalistas (primer nivel de atención), y el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en tercer lugar “Rediseño de procesos y mejora continua para garantizar la seguridad en el uso de medicamentos y material médico quirúrgico en la atención de cirugías de emergencia de pacientes prioridad II y III, Diciembre 2010- octubre 2011 en el Hospital Daniel Alcides Carrión”,
- En octubre del 2011, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión obtuvo el primer lugar en el concurso organizado por la Sociedad Nacional de Industrias: “Gestión de la historia clínica para la atención en Consulta Externa en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión – Callao”

Acreditación

Se cuenta con 157 evaluadores internos capacitados y reconocidos por la Dirección Regional de Salud, considerando los integrantes de DIRESA, ESSALUD, Hospital Naval, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y Hospital San José.

Se programó realizar la autoevaluación primera etapa de la acreditación, a la fecha se encuentra con la información de las Microrredes correspondientes de la Red Bonilla – La Punta y la Red BEPECA, la Red Ventanilla se encuentra en proceso.

Se ha logrado el 66.6% de cumplimiento, habiendo obtenido los siguientes resultados:

Establecimiento de Salud	Puntaje
Red Bonilla – La Punta	
Microrred Bonilla	
C.S. Manuel Bonilla	67%
C.S. Alberto Barton	79%
C.S. La Punta	69%
C.S. Puerto Nuevo	84%
C.S. San Juan Bosco	84%
Micro red Santa Fe	
C.S. Santa Fe	56%
C.S. Callao	69%
C.S. José Botterin	64%
Microrred José Olaya	
C.S. José Olaya	69%
C.S. Miguel Grau	64%

C.S. Santa Rosa	68%
Microrred Gambetta Alta	
C.S. Gambetta Alta	74%
C.S. Ramón Castilla	61%
C.S. Gambetta Baja	53%
Microrred Acapulco	
C.S. Acapulco	84%
C.S. Juan Pablo II	86%
C.S. El Ayllu	70%
Centro de Desarrollo Juvenil	89%
Red BEPECA	
Microrred Faucett	
C.S. Faucett	68%
C.S. Palmeras de Oquendo	57%
C.S. 200 Millas	56%
Microrred Sesquicentenario	
C.S. Sesquicentenario	49%
C.S. Previ	93%
C.S. El Alamo	33%
C.S. Bocanegra	54%
Microrred Aeropuerto	
C.S. Aeropuerto	46%
C.S. Playa Rímac	52%
C.S. Polígono IV	45%
Microrred Bellavista	
C.S. Bellavista	55%
C.S. Alta Mar	47%
C.S. La Perla	56%
C.S. Villa Señor de los Milagros	55%
C.S. Carmen de la Legua	54%

Resultado Final:

No aprobado: Subsanan en 9 meses (50%-69%).

Calificaciones:

No aprobado: Reiniciar desde autoevaluación (- 50%)

No aprobado: Subsanan en 9 mese (50% - 69%)

No aprobado: Subsanan en 6 meses (70% - 84%)

Aprobado (85% a mas)

Clima Organizacional

Se realizó la encuesta de Clima Organizacional al 100% de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao, obteniendo una evaluación de la puntuación por mejorar (84%). Para el 2012 se está gestionando para ser parte del piloto de intervención de mejora con el apoyo del Ministerio de Salud.

LOGROS OBTENIDOS

- Se cuenta con Planes Regionales con RD. Del POA 2011 Auditoría de la Calidad de Atención en los servicios de Salud, Comité de Auditoría a nivel Regional, Redes y Microrredes, que vienen desarrollando actividades según metas programadas.
- Se han realizado supervisiones programadas.
- Se ha realizado capacitación en Auditoría a nivel de las tres Redes de salud.
- Se cuenta con Evaluadores Internos de Acreditación de los servicios de salud.
- Equipos capacitados en Proyectos de Mejora Continua de la calidad en los servicios de salud, ganadores en el VII concurso Nacional de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el primer, segundo y tercer nivel de Atención.
- Se han realizado talleres de sensibilización para la atención del buen trato (Personal de Emergencia del Hospital Daniel A. Carrión, DIRESA y Establecimientos de Primer nivel de atención.
- Se cuenta con Plan de intervención de Clima Organizacional en proceso de intervención.
- Se ha realizado reuniones técnicas para la implementación de proyectos de mejora Continua de la Calidad.
- Se aplicó encuestas de satisfacción al usuario externo.
- Implementación de mecanismos de escucha al usuario, según directiva.
- Implementación del Libro de Reclamaciones en DIRESA.
- Diseño y solicitud a DIRESA del Libro de Reclamaciones para los establecimientos de Salud.

L.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ

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 2011

sobre tres ejes prioritarios: la atención de **la violencia intrafamiliar, la depresión y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.**

En relación a RRHH de la Región Callao: En DIRESA (redes, hospitales) contamos con 9 psiquiatras 34 psicólogos, en EsSalud Sabogal, 4 psiquiatras, 10 psicólogos, en Centro Médico Naval 6 psiquiatras, 12 psicólogos, Beneficencia.

Cuenta con 1 psiquiatra y 4 psicólogos. Es evidente la carencia de recursos humanos que trabajen en el área de salud mental y también es evidente la carencia de camas asignadas a psiquiatría, que de acuerdo a la recomendación de la Declaración de Caracas sobre la Reforma de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1,990) los Hospitales Generales deben asignar el 10% del total de sus camas a psiquiatría.

**ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN: TAMIZAJES DE PATOLOGÍAS PREVALENTES
POR REDES - DIRESA CALLAO 2010-2011**

TAMIZAJES	Redes	ANUAL		Diferencia
		2010	2011	
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	RED BONILLA	2,752	4,017	146%
	RED BEPECA	808	1,469	182%
	RED VENTANILLA	1215	517	43%
		4,775	6,003	126%
TRASTORNO DEPRESIVO	RED BONILLA	1,702	2,326	137%
	RED BEPECA	445	1,184	266%
	RED VENTANILLA	308	386	125%
		2,455	3,896	159%
ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS	RED BONILLA	699	882	132%
	RED BEPECA	69	629	912%
	RED VENTANILLA	89	142	160%
		857	1,653	193%
TOTAL REDES		8,087	11,552	143%

Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

Se puede observar que en el año 2011 se ha mejorado la detección de casos de violencia intrafamiliar, depresión y abuso de alcohol y drogas en un 143% del total en comparación con el año 2010. Ello ha sido posible gracias a la ampliación de las actividades de tamizaje que consisten en la aplicación de entrevistas a los pacientes que acuden a los establecimientos de salud y luego reciben atención integral. De igual manera a la incorporación de 10 profesionales de psicología que han reforzado a la estrategia y han permitido alcanzar estos logros.

En todos los grupos etarios existe una mayor detección de violencia intrafamiliar en las entrevistas de tamizaje, con referencia a depresión se aprecia que también atraviesa todos los ciclos de vida , pero llama la atención en niños y

adolescentes que si no reciben ayuda puede afectar en su desarrollo. en relación a las adicciones se aprecia su presencia a nivel de los adolescentes y jóvenes constituyendo poblaciones en alto riesgo de tener un cuadro de trastorno adictivo.

La comparación de casos atendidos en redes y hospitales durante el año 2011 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 resolutive corresponde a dichos establecimientos. Lo referente a otros problemas es una cantidad elevada de atendidos a nivel de las redes posiblemente es necesario precisar el diagnostico o puede ser casos con doble diagnostico que se necesita tomar en consideración.

PORCENTAJE DE CASOS ATENDIDOS POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE ATENDIDOS POR CUALQUIER CAUSA EN REDES Y HOSPITALES DIRESA CALLAO 2010 -2011

Establecimiento	2010			2011		
	Atendidos		Indicador %	Atendidos		Indicador %
	Salud Mental	Total		Salud Mental	Total	
RED BONILLA	11,677	85,925	13.6%	16,868	78,434	21.5%
RED BEPECA	6,109	72,330	8.4%	4,061	69,229	5.9%
RED VENTANILLA	4,812	103,438	4.7%	3,652	98,123	3.7%
HOSPITAL CARRION	4,548	63,315	7.2%	4,264	58,265	7.3%
HOSPITAL SAN JOSÉ	3,626	98,483	3.7%	604	112,849	0.5%
Total	30.772	423,491	7.3%	29,449	416,900	7.1%

Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

En esta tabla se observa la proporción entre los atendidos por algún problema de salud mental en relación a otras patologías, tanto a nivel de las redes como en los hospitales, notándose que la mayor proporción de atendidos se encuentra en la Red Bonilla, lo cual es coincidente con el mayor número de psicólogos con que cuenta esta Red, en contraste con la Red Ventanilla que cuenta con el menor número de estos profesionales. No existe una diferencia significativa de atendidos entre el año 2010 y 2011, siendo un indicador que aún se encuentra por debajo de lo óptimo.

CONCLUSIONES

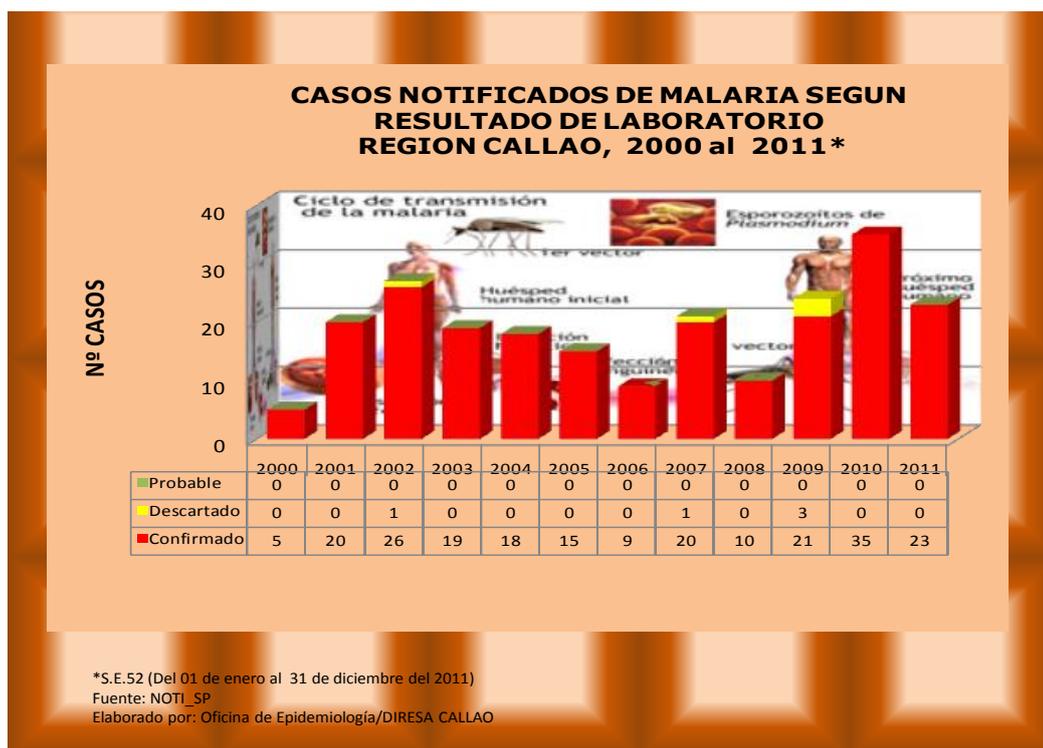
- Las acciones de la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz se encuentran incorporadas en el Plan Operativo de la DIRESA y se han desarrollado de acuerdo a lo programado, lográndose incrementar en los resultados en cuanto a atenciones realizadas.
- De acuerdo al análisis respectivo se puede mencionar que la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Mental y Cultura de Paz, en este año 2011 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.
- Las guías de práctica clínica aprobadas para la atención de los principales trastornos de la salud mental en primer nivel de atención nos permite que mediante la capacitación se incorporen a otros profesionales en especial a los médicos de los centros de salud para la implementación de las acciones de salud mental.
- Ha sido aprobado mediante una Ordenanza del Gobierno Regional el Plan Regional de Lucha contra las Drogas.
- 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.
- Fortalecer la implementación de los módulos de atención en adicciones en los Centro de Salud Faucett, Centro de Salud Santa Rosa de Pachacutec, Centro de Salud San Juan Bosco y el Centro de Salud Perú - Corea Bellavista en concordancia con el Acuerdo de Cooperación Institucional entre la Dirección Regional de Salud del Callao, La Cooperación Técnica Belga y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA).
- Se ha incorporado en el Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS) del MINSA el componente de atención de cuatro patologías mentales, Depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. Estando considerado el Callao dentro de las regiones en las que se iniciará la aplicación del plan
- Los responsables de la estrategia de salud mental en los establecimientos y en las Microrredes además del desempeño de sus cargos tienen de dos a tres coordinaciones adicionales, limitando el tiempo efectivo que pueden dedicar a las actividades de la estrategia propiamente dicha.
- Limitación de Espacios asignados como consultorios, en algunos casos estando en un solo ambiente dos profesionales en el mismo turno, actitud contraproducente para la atención; considerando la privacidad que necesita cada paciente para poder permitir el objetivo principal de la consulta.
- La escasez de recursos humanos no permite satisfacer la demanda sentida de atención. El número de casos que son atendidos es menor que el Número de casos detectados pues no siempre se cuenta con el profesional adecuado para la atención.
- El presupuesto asignado a las actividades de la Estrategia de Salud Mental tanto del nivel central como de la Región es insuficiente para mejorar la oferta de servicios.
- Se ha realizado la Formulación del Presupuesto por Resultados en la Estrategia Salud Mental y Cultura de Paz.

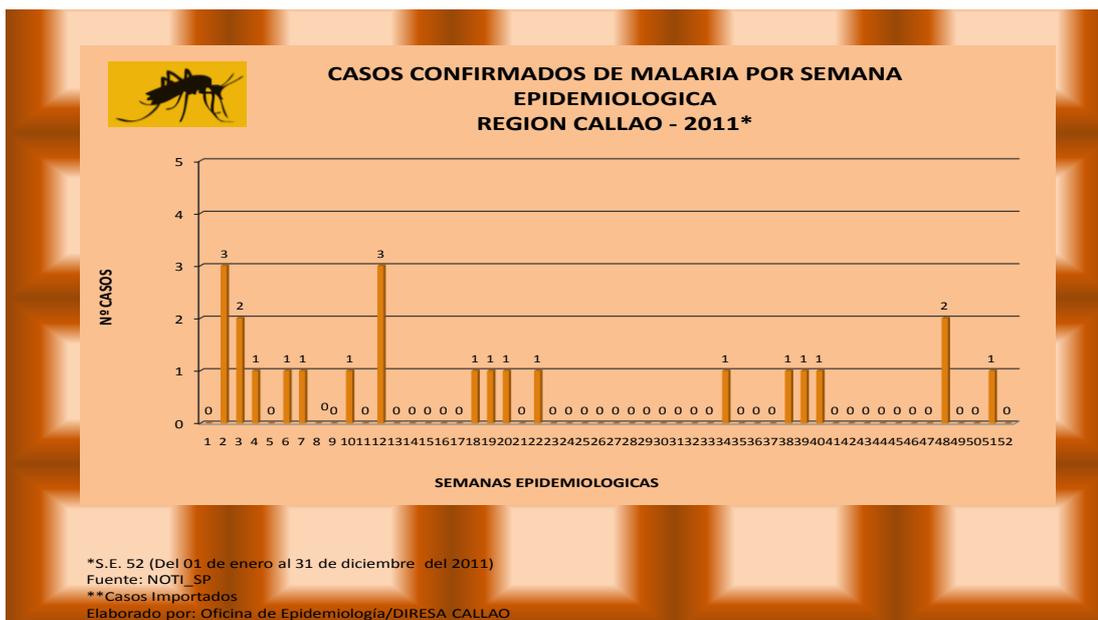
RECOMENDACIONES

- 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 y consolidar 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, Trastornos afectivos en los pacientes con TBC.

M.- ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXEMICAS

INFORMACION CUANTITATIVA





ANALISIS FODA

FORTALEZAS:

- Equipo técnico suficiente, capaz y comprometido con las actividades propias de la estrategia.
- Comunicación fluida entre los Establecimientos de Salud (Internet).
- Manejo del AUS (aseguramiento Universal en Salud) en todos los pacientes que ingresan al tratamiento.
- Ampliación de la Red de laboratorios de la DIRESA Callao.

OPORTUNIDADES:

- Presupuesto por resultados del año 2011, nos da la oportunidad de brindar una atención de calidad a los pacientes afectados por Enfermedades Metaxénicas y otros Vectores,
- Trabajo coordinado con las Promotoras de Salud en la prevención y promoción de las Enfermedades Metaxénicas.
- En marcha la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial en Prevención de las Enfermedades Metaxénicas.
- Participación de los comités locales de Salud.

DEBILIDADES:

- Multifuncionalidad del equipo que trabaja en la estrategia a nivel de los establecimientos de salud.
- Deficiencia logística (Sistema de registro, formatos, afiches, libros de registro, etc.).
- Falta de movilidad para transportar las muestras y para la realización de las supervisiones.

AMENAZAS:

- Crecimiento y expansión poblacional con bajas condiciones socio-económicas.
- Aparición de áreas potenciales de alta escenario II

N.-UNIDAD DE SEGUROS DE SALUD**Funciones de Unidad de Seguros**

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 desarrolla las siguientes actividades:

1.- 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 las siguientes tareas:

- Afiliación a población en pobreza y pobreza extrema 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)

2.- Procesamiento y digitación de las prestaciones de salud y administrativas financiadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en los Establecimientos de Salud.

3.- Revisión, levantamiento, ingreso al sistema SIASIS, recopilación y entrega de expedientes de las Fichas Únicas de Atención observadas por la UDR Callao, periodo 2010 – 2011.

4.- Asesoría en la cobertura de las prestaciones realizadas en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud tanto en el componente subsidiado como semicontributivo.

5.- Ingreso de los expedientes de sepelio de los afiliados aun al SIS con cobertura LPIS, al sistema informático SIASIS, así como de hacer el seguimiento de estos expedientes a través de la UDR Callao.

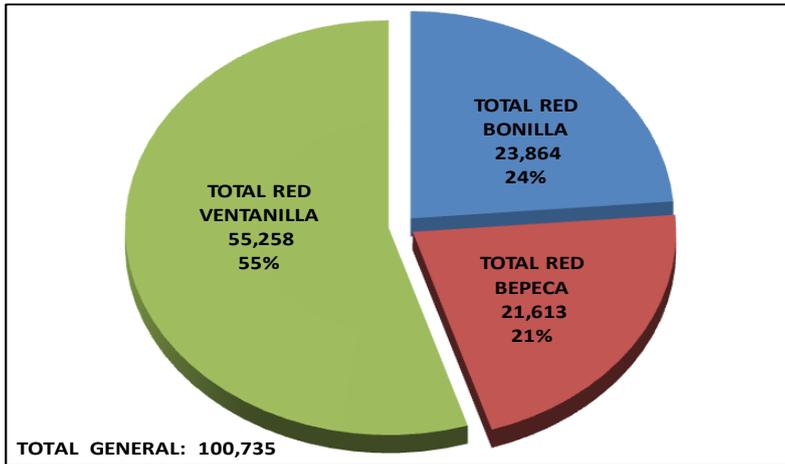
6.- Capacitaciones a cerca de las Normativas vigentes del SIS a los diferentes grupos profesionales y no profesionales a nivel de las redes de Salud.

7.- Supervisión, monitoreo y control de las actividades en los establecimientos de salud según cronograma.

8.- Asesoría Técnica y participación en reuniones de gestión a nivel de la DIRESA Callao.

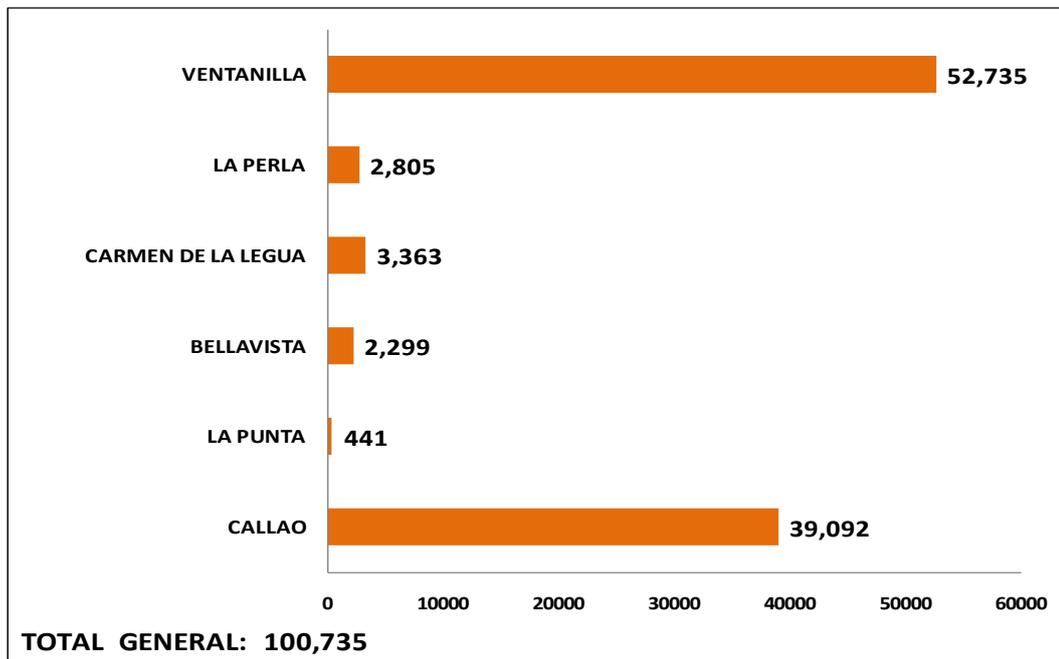
REPORTES DE FICHAS DE AFILIACION POR REDES DE SALUD EN LA REGION CALLAO 2011

DIRESA CALLAO / UNIDAD DE SEGUROS
AFILIACIONES AUS POR REDES DE SALUD AÑO 2011



Fuente: Unidad de Seguros DIRESA Callao.

DIRESA CALLAO / UNIDAD DE SEGUROS
AFILIACIONES AUS POR DISTRITO AÑO 2011



Fuente: Unidad de Seguros DIRESA Callao

O.-DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES

ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES



LA DIRECCIÓN DE SANIDAD MARITIMA INTERNACIONAL.

Es la unidad orgánica de línea que depende de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales y está a cargo de los siguientes objetivos funcionales:

- Prevenir y controlar el ingreso y salida de epidemias a través de personas, vectores y alimentos.
- Efectuar la recepción y despacho sanitario de todas las naves que ingresan y/o salen del Puerto bajo su jurisdicción.
- Realizar la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles.
- 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.

La Dirección de Sanidad Marítima Internacional tiene a su cargo los siguientes proceso y subprocesos de acuerdo a sus competencias funcionales:

DIRECCIÓN DE SANIDAD MARITIMA INTERNACIONAL.

PROCESO 1

- Otorgamiento de la Libre Platica Marítima a las Naves Marítimas de procedencia Internacional nacional evitando el ingreso de enfermedades que puedan constituir una Emergencia de Salud Publica de importancia Internacional. 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 Recepción y Despacho de Naves D.S. 014-2005-MTC.RSI-2005.
- Proceso de Inmunización: mediante la aplicación de Vacuna Internacional contra la Fiebre Amarilla, en nuestro Centro Vacunatorio Internacional acreditado, asimismo otras vacunas acorde con la situación epidemiológica Internacional y Nacional.

PROCESO 2

- Otorgamiento de **Patente Sanitaria Internacional**, a las Naves marítimas que zarpan de nuestro Primer Puerto, hacia Puertos Internacionales y e nuestro litoral evitando la salida de enfermedades que puedan constituir una Emergencia de Salud Publica de Importancia Internacional.

INSTITUCIONES CON LAS QUE REALIZAMOS COORDINACIONES DE TRABAJO COMO AUTORIDADES SANITARIAS QUE LABORAMOS EN EL AMBITO MARITIMO Y PORTUARIO DEL CALLAO:

- Autoridad Portuaria Nacional.- Servicio de REDENAVES Callao
- Dirección de Capitanía y Guardacostas.- Capitanía de Puerto Callao
- Dirección de Migraciones y Naturización – Puesto de Control Migratorio del Callao.
- SUNAT Aduana Marítima del Callao

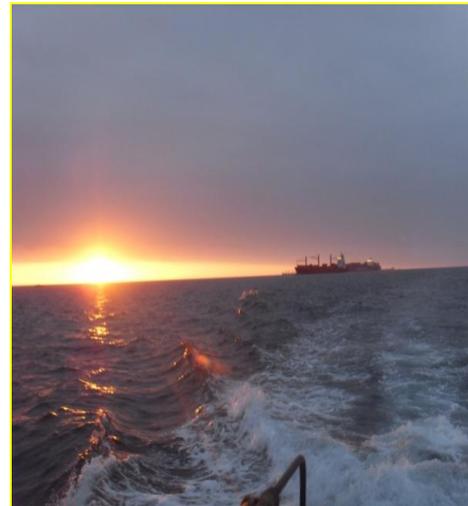
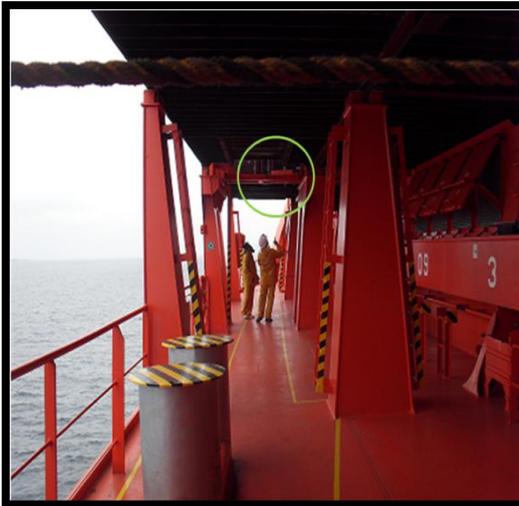
Investigación de un caso importado de sarampión



Sarampión y rubéola (2010)

Evento: Derrame de Sustancia Peligrosa en la Embarcación "MONTE VERDE" Procedente de Manzanillo – México

**Número 1
17 Setiembre
2011
17: 00 Hrs.**



EQUIPO DE INTERVENCIÓN REALIZA INSPECCIÓN Y EVALUACIÓN SANITARIA IN SITU DEL EVENTO

DIRECCION DE SANIDAD MARITIMA INTERNACIONAL: PROBLEMAS

- 1 Falta implementar, reforzar y mantener las Capacidades Básicas Necesarias Puerto.
- 2 Falta actualizar los documentos de gestión de la SMI: CAP, MOF, MAPRO, TUPA.
- 3 No se ejerce adecuadamente la Instancia Técnica de Referencia Nacional de Puertos del País.
- 4 Tarifario 2011 aprobado para la DSMI rebajado que no logra la recaudación del 2010.
- 5 No se cuenta con Director de la Sanidad Marítima Internacional, el Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales, viene asumiendo los dos cargos.
- 6 No se cuenta con movilidad para el desplazamiento del personal para las instalaciones de ENAPU y Muelle Dársena, principalmente por las noches y madrugadas.
- 7 La infraestructura actual no se adecuada a las necesidades actuales de la DSMI, se necesita nuevas instalaciones con los servicios exigidos para la atención de los viajeros internacionales de acuerdo al RSI.
- 8 La ubicación del local de la DSMI se encuentra en una zona de alta delincuencia, considerada como zona de alta peligrosidad.
- 9 Desplazamientos de médicos a los C.S. para realizar turnos y AETAS, disminuyendo horas/médico a la SMI para atender adecuadamente funciones.
- 10 Inoperatividad del Nextel por falta de mayor alcance en bahía, el cual dificulta las coordinaciones de las diferentes actividades de la DSMI .
- 11 No se cuenta con uniforme de faena para las actividades que realiza el personal de salud en Bahía y Muelle del Callao.
- 12 No se cuenta con Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, para el personal que trabaja en bahía y muelle del Callao.
- 13 La ambulancia acuática presenta dificultades de operatividad, problema de chapa de encendido, de motor, fuga de gasolina en el motor y chapa de la puerta de cabina que no se cierra bien, etc., el mismo resulta no adecuado a las exigencias actuales.
- 14 Ausencia de financiamiento del Plan de Capacitación para mejorar las habilidades y competencias del RR.HH. de la SMI (Epidemiología, Salud Pública, inglés, computación, natación, urgencias y emergencias, gestión, etc.).
- 15 En el sistema contable, se necesita que la facturación sea computarizado, actualmente se viene realizando en forma manual, que dificulta brindar un adecuado servicio.
- 16 Falta de Recursos Humanos: 4 Médicos, 1 Enfermera, 1 biólogo, 1 patrón de lancha y 1 ayudante, un auxiliar contable, 3 técnicos en computación para implementación del RSI en relación a las capacidades básicas.
- 17 Falta de 04 computadoras, para continuar con la implementación del RSI y las capacidades básicas, actualmente se tiene 04 computadoras prestadas por las Agencias Marítimas Cosmos y TRAMARSA.
- 18 Falta de un sistema alternativo de internet, cuando falla de la Región, para garantizar la continuidad de la atención.
- 19 Falta de fotocopidora para los trámites de los diferentes expedientes y rendición contable.
- 20 Falta de ventiladores en los diferentes ambientes de SMI.
- 21 Falta de telefonía satelital, para la comunicación en bahía que cuente con internet para la revisión expedientes digitales.

- 22 Falta de contar una página Web, boletín que permita difundir nuestra diferentes actividades y fortalecer el posicionamiento en el ámbito portuario del Callao.
- 23 Falta de material informativo (díptico o trípticos en Castellano e Inglés), para prevención de enfermedades.
- 24 Falta de laboratorio para análisis urgentes para diagnóstico de enfermedades y análisis de agua y alimentos, según el RSI 2005 OMS.
- 25 Falta de equipos y material de fumigación, el que se encuentra tiene más de 20 años de antigüedad.
- 26 Falta de un grupo electrógeno para continuar con atención de los expedientes digitalizados por la VUCE y VUP, ante la falta de energía eléctrica por corte de la misma.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL 2011

UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. LIBRE PLATICA INTERNACIONAL:

Se programo 2400 naves recepcionadas (inspeccionadas), lográndose un total de 2927, lo que significo un 122% sobre la meta programada (527 mayor a lo programado). En el año 2010 se atendieron 2783 naves, en el año 2011 se atendieron 144 naves más.

2. LIBRE PLATICA CABOTAJE:

Sobre 780 nave a recepcionar programadas, se logro 768 atenciones, lo que representa un 98%. En el año 2010 se atendieron 818 naves. En el año 2011 disminuyeron las atenciones debido probablemente a la disminución de naves de pesca de calamar.

Como sabemos esto se da por movimiento comercial interno, o por naves internacionales que arribaron a un puerto nacional antes de llegar al puerto del callao, esta es una actividad programada gratuita.

3. ZARPE SANITARIO INTERNACIONAL:

Observamos que sobre 2400 naves programadas, se logro 2764 atenciones, lo que representa 115% de lo programado .En el año 2010 se atendieron 2640 naves Esto se da en el contexto similar al otorgamiento de libre plática.

4. ZARPE SANITARIO A CABOTAJE:

Observamos que sobre 900 naves programadas en este rubro, se atendieron 910, que representa 101%.(es un servicio gratuito). En el año 2010 se atendieron 882 naves

VACUNA ANTIAMARILICA

Observamos que sobre **1080 como meta** programada para el 2011, **se logro 533** atenciones, lo que representa **el 48%** de lo programado.

Debemos de tener en cuenta que este es también un servicio de atención a la demanda.

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.

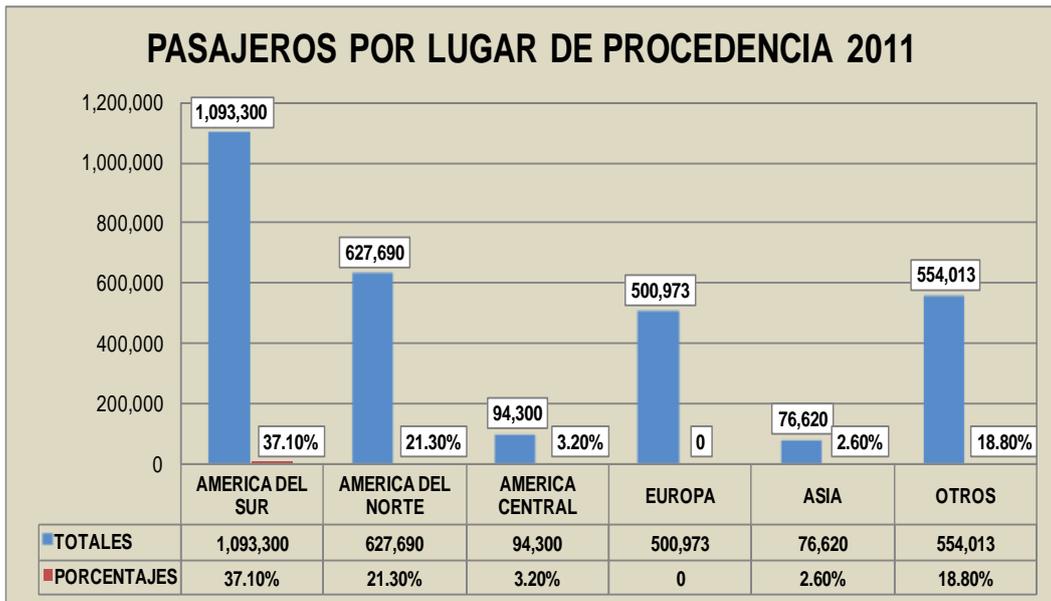
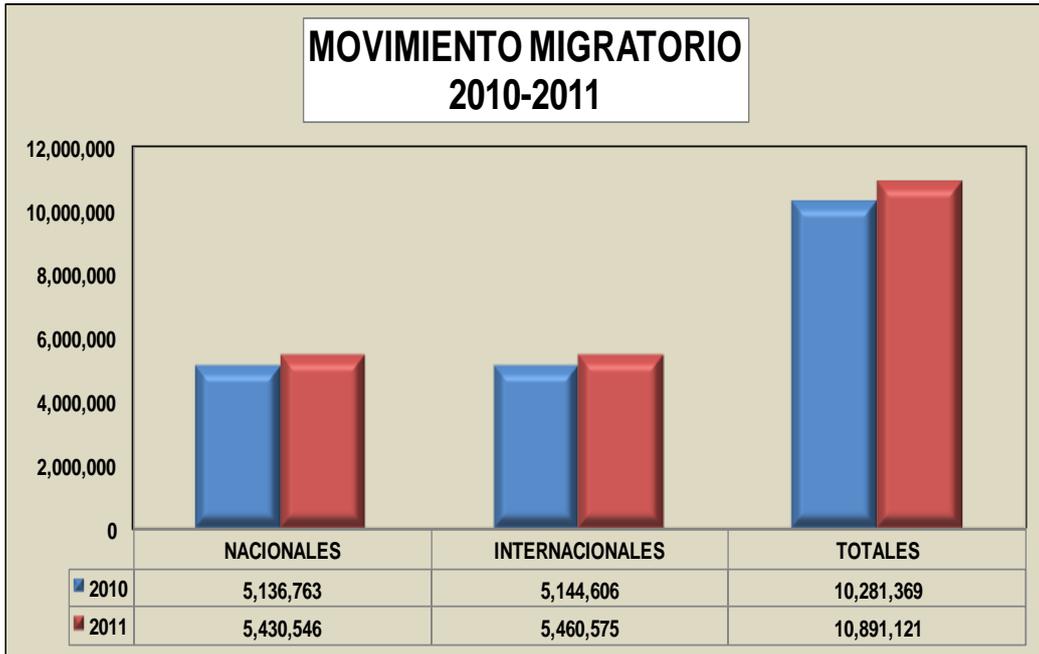
DIRECCIÓN	LARGO		SUPERFICIE
	METROS	PIES	
15/33	3.507	11.506	ASFALTO
ESTADISTICAS (2011)			
Movimiento de Pasajeros			10`891,121
Pasajeros nacionales (Entradas y salidas)			5`430, 546
Pasajeros internacionales (Entradas y salidas)			5`460, 575
Movimiento de carga			271.794 TM
Operaciones Aéreas			120.496

Fuente: LAP

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.

INSTITUCIONES CON LAS QUE TRABAJAMOS

LAP, CORPAC, Migraciones, Dirección General de Aeronáutica Civil, SENASA, Aduanas, Cocinas de Vuelo (GATE GOURMET / DOCAMPO), Aerolíneas (16), FAP, PNP, Ministerio De Relaciones Exteriores, Otros



En el 2011, el 37.10% del total de pasajeros provienen de América del Sur (1'090,00 pasajeros), específicamente de Chile con un total de 8.4% (91,837) pasajeros, seguido de Estados Unidos de Norteamérica con un total de 18.20% (530,442) lo que deja a América del Norte en 2º lugar del total de pasajeros (24.5%). Total: 2'946,900 arribos de extranjeros a nuestro país (27.06% del total del movimiento migratorio general).

LLEGADAS DE VISITANTES NACIONALES Y EXTRANJEROS A SITIOS TURISTICOS

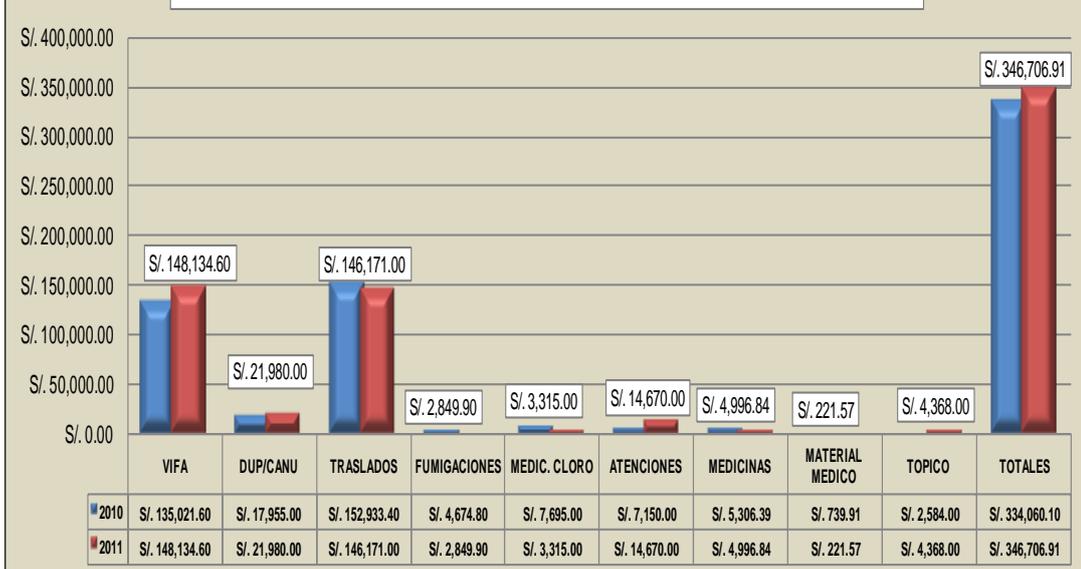


Como es de suponer, el primer sitio turístico más frecuentado es el Cusco (1'744,432 y 37.89%) seguido por Lima (823,369 y 17.88%). Solamente estos dos lugares ofrecen al turista o visitante el 55.77% del total de visitas a nivel nacional.

SERVICIOS QUE PRESTA LA SANIDAD AEREA INTERNACIONAL

Consulta médica, presión arterial, curación, dosaje de glucosa, inyectable endovenoso, inyectable intramuscular, inyectable subcutáneo, vacuna antiamarílica, duplicado de carnet vacuna antiamarílica, canje de carnet vacuna antiamarílica, venta de medicamentos, venta de material médico, nebulización, sutura, extracción de puntos, lavado de oídos, control de temperatura, servicios de análisis de cloro residual, traslado de cadáveres, desinfecciones, otros.

RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS 2010/2011



LOGROS

- Reorganización en las funciones y rotación del personal en los diferentes servicios.
- Apoyo de personal facilitador de la región en la publicidad y promoción del establecimiento y de las actividades que se realizan en la sanidad aérea.
- En el área de estadística e informática abastecimiento de equipos de cómputo para el consultorio médico y secretaria y jefatura.
- En el área de logística, se elaboraron paneles, material de difusión y compra de accesorios y artefacto eléctrico (Termo de 5 Lts.)
- Actualización permanente de las Salas Situacionales. (de Salud Ambiental, Emergencia Sanitaria, Emergencias Y Desastres etc.)
- Se ha fortalecido las reuniones técnicas mensuales con la capacitación al personal y participación de invitados (Dr. Aldo Lama y Dr. Francisco Bravo Psiquiatra, Dr. Rigoberto Robles).
- Fortalecimiento del trabajo y coordinación permanente con la Dirección Ejecutiva de la Sanidad Marítima.
- Mejoramiento de la información en la elaboración de (Cuadro Misión – Visión, letreros, paneles informativos, tarifario de todos los servicios, que se brindan en el Establecimiento de Salud.

P.-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

ANÁLISIS FODA

FORTALEZAS

- Personal capacitado para absolver algún inconveniente que tengan las demás unidades orgánicas en temas presupuestales y documentos de gestión.
- Trabajo en equipo

DEBILIDADES

- Retraso de la información mensual, solicitada a las unidades orgánicas
- Equipos informáticos obsoletos, y en algunos casos desperfectos en los equipo de computo, lo que hace que su uso sea compartido.
- Equipos informáticos insuficientes (scanner, impresora, fotocopidora, fax).
- Inadecuado sistema de antivirus y soporte informático limitado.
- Ambientes físicos inadecuado (pequeño) y mobiliario insuficiente y en regular estado de conservación.
- Falta de interface con aplicativos informáticos(MMP, SIAF, Otros)
- Información estadística dispersa, no sistematizada y de inadecuada calidad.
- Limitados recursos de la Institución para mejorar las condiciones laborales de acuerdo al nivel profesional, lo que ocasiona la deserción constante del personal de proyectos de inversión a otras entidades
- Falta de facilidades (movilidad) para el monitoreo y evaluación de los proyectos culminados.
- No se cuenta con un equipo de costo, que permita que los presupuestos puedan llegar a los que tienen menores recursos.

OPORTUNIDADES

- Coordinaciones con el Ministerio de Salud, Gobiernos Locales y Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial del Gobierno Regional del Callao.
- Presupuesto participativo del Gobierno Regional del Callao.
- Financiamiento de proyectos institucionales con apoyo de Cooperación Extranjera.

AMENAZAS

- Actividades de salud desarrolladas por los Gobiernos Locales de la jurisdicción del Callao, no consensuadas con la Dirección Regional de Salud Callao.
- Normatividad poco flexible, para la ejecución del presupuesto
- Políticas de estado no planificadas y coyunturales en temas de inversión.
- Déficit presupuestal institucional, que ocasiona el incumplimiento de la sostenibilidad de los Proyectos en recursos humanos y mantenimiento de equipos biomédicos e infraestructura.
- Desconocimiento del personal de las Redes y Micro redes de Salud en temas de proyectos, lo que dificulta la identificación adecuada de las necesidades de inversión.
- Falta saneamiento legal de los Establecimientos de Salud, que impide la ejecución de los proyectos.
- Información estadística dispersa, no sistematizada y de inadecuada calidad.

LOGROS 2011

- Taller de Fortalecimiento de las acciones previas a la transferencia presupuestal para el año 2012.
- En materia presupuestal se logro dotar de recursos a todas las unidades orgánicas, para que puedan contar con los insumos, materiales y equipamiento para el buen funcionamiento de la DIRESA Callao.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 000410, que aprueba la actualización del Cuadro para Asignación de Personal – CAP de la Dirección Regional de Salud del Callao, y las Direcciones de Redes de Salud: Bonilla –La Punta, BEPECA y Ventanilla y el Hospital de Ventanilla, de fecha 19 de Agosto del 2011.
- Con una inversión de 5´157,235.21 (Cinco Millones Ciento Cincuenta y Siete Mil Doscientos Treinta y Cinco y 21/100 Nuevos Soles), el Gobierno Regional del Callao, inauguró, el nuevo Centro de Salud Acapulco.

Q.-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.

Sistema de Información Epidemiológica:

- La Red de Vigilancia Epidemiológica de la Región Callao se incrementa a 71 unidades notificantes en el año 2011, integrada 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. Esta información es recepcionada en el sistema Noti_Sp y enviada vía email a la Dirección General de Epidemiología del MINSA.
- En el año 2011 hemos continuado 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.
- La Oficina de Epidemiología continúa elaborando 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.
- Elaboración del “Análisis de la Situación de Salud de las Personas con Discapacidad de la Región Callao 2010” .El objetivo principal de este documento es establecer la demanda de pacientes procedentes de la Región Callao, atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación y proponer las alternativas de solución para satisfacer la oferta generada por el traslado del mencionado instituto. Este documento es un instrumento de gestión que servirá al equipo de decisores para implementar estrategias, alternativas

para la satisfacción de la demanda de personas con discapacidad que proceden del Callao y son atendidos en INR.

INTERSECTORIALIDAD

- Se fortaleció el trabajo de la Red de Epidemiología de la Región Callao sobre todo con la respuesta rápida y coordinada ante los 6 brotes que se presentaron en el año 2011.
- 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 Epidemiología para el Control de Enfermedades) con manuales aprobados por la OPS.

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

VIGILANCIA DE INMUNOPREVENIBLES

El Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC), es el instrumento básico para la verificación y certificación de la cobertura administrativa a nivel distrital, departamental y nacional, e identificación de brechas de población no vacunada de alto riesgo para la importación de casos y por consiguiente la presencia de casos secundarios de sarampión, - rubeola. Por lo que el MRC se constituye en una pieza de evidencia clave en el proceso de documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubeola y el Síndrome de Rubeola Congénita (SRC).

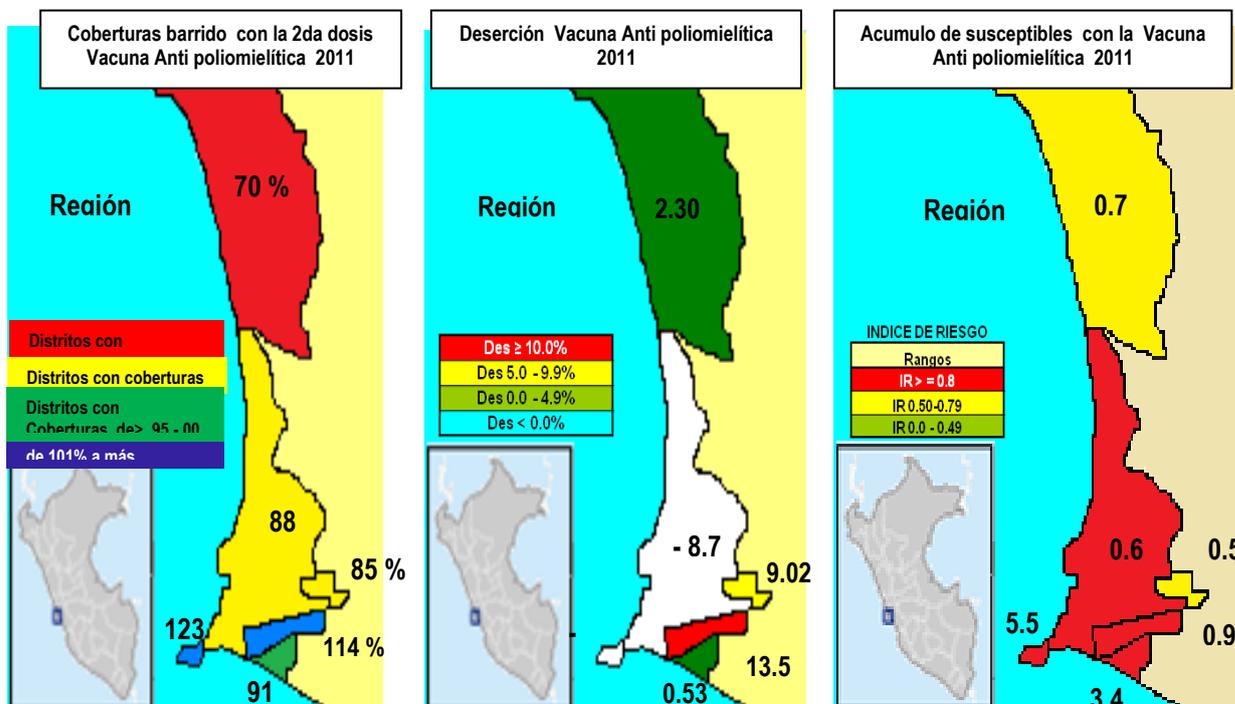
COBERTURA DE VACUNACIÓN CON APO I-II / SPR/SR, EN POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, SEGÚN DISTRITOS, DIRESA CALLAO, SETIEMBRE 2011.

	DE 1 A 4 AÑOS						
	META	ANTIPOLIO				SPR/SR	
		1º	COB	2º	COB	1º	COB
TOTAL PROV. CALLAO	63196	72047	114%	62988	99.6%	75043	119%
CALLAO	25049	25491	102%	22407	89%	26911	107%
BELLAVISTA	3853	15346	398%	17507	454%	15397	400%
CARMEN DE LA LEGUA	2619	3016	115%	2551	97%	3293	126%
LA PERLA	3006	3109	103%	2836	94%	3087	103%
LA PUNTA	284	166	58%	204	72%	162	57%
VENTANILLA	28385	24919	88%	17483	62%	26193	92%

FILE:CONSOLIDAO BARRIDO - 2011 .XLS/LCUYA
FUENTE: ESN/ DRSC AL 30 DE SETIEMBRE DEL 2011

**CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE BARRIDO CON SPR/SR Y APO I,
DISTRITOS CERTIFICADOS, DIRESA EL CALLAO, MARZO 2012**

**COMPARATIVO ANTIPOLIOMIELITIS DEL BARRIDO 2011, DESERCIÓN 2011 Y
ACUMULO DE SUSCEPTIBLES DESDE EL 2007 AL 2011 POR DISTRITOS DE LA
REGION CALLAO**



Fuente: **ESNI/ DREC**
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

PROVINCIAS DISTRITOS	DESERCIÓN	IR %	ESCENARIO
CALLAO	- 8.73	0.64	I
BELLAVISTA	13.51	0.95	IV
C. DE LEGUA	9.02	0.53	II
LA PERLA	0.53	3.40	III
LA PUNTA	- 23.9	5.52	III
VENTANILLA	2.30	0.70	II

Nº	DISTRITOS	Monitoreo Rápido de Cobertura (1 a 4 años) con vacuna APO 2da dosis				Certifica	
		Total entrevistados de 1 a -4a	Total de vacunados	Cobertura administrativa	Cobertura MRC	SI	NO
1	Callao	5167	4996	100	97.0	CERTIFICA	-
2	Bellavista	307	292	100	98.0	CERTIFICA	-
3	La Perla	562	508	100	98.0	CERTIFICA	-
4	La Punta	39	36	58	100.0	CERTIFICA	-
5	Carmen de la Legua	372	358	100	96.2	CERTIFICA	-
6	Ventanilla	3800	3656	100	96.2	CERTIFICA	-
	TOTAL	10247	9846	100	97.0	CERTIFICA	-

FUENTE: **ESNI/ DREC**

Los escenarios de Riesgo es el resultado de la deserción y el acumulo de susceptibles lo que permite plantear las principales acciones a realizar como la estrategia de barrido cada 4 años para alcanzar a inmunizar a los niños susceptibles.

La cobertura alcanzada en la 2da dosis de barrido Antipoliomielítica 2011 fue 62 988 (87%) niños inmunizados de la meta programada de 72 047 en función de lo alcanzado en la 1ra dosis.

Mientras que la deserción del año 2011 en los distritos de Bellavista 468 (13.5%) en el distrito de Carmen de la Legua 171 (9%) niños que no alcanzaron a ser protegidos por los EESS de dichos distritos.

El acumulo de susceptibles que es la suma de la ineficacia de la vacuna 5 % más lo no vacunados entre los años 2007 al 2011 fueron 12 733 niños susceptibles para Poliomieltis, para lo cual el barrido tenía como objetivo alcanzar a inmunizar dicho grupo de niños susceptibles.

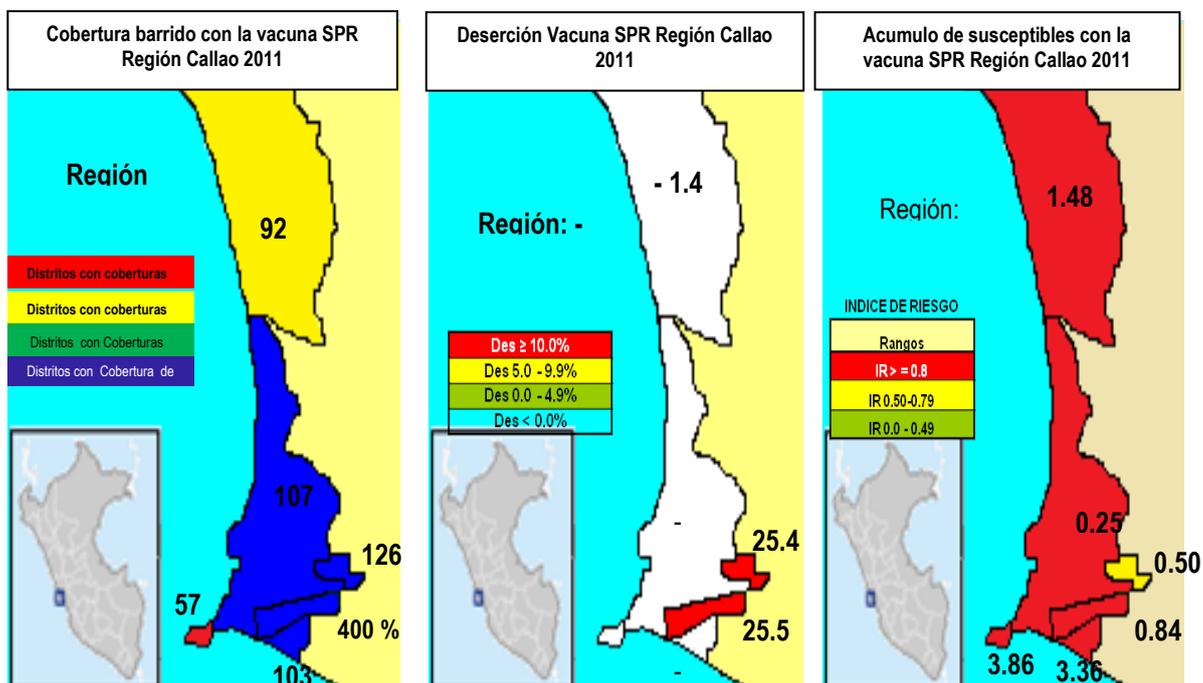
El monitoreo posterior al barrido da como resultado los distrito Callao 97%, Bellavista y La Perla 98%, La Punta 100%, C. de la Legua y distrito Ventanilla 96,2% y como Región el 97.0%. cobertura con lo que certifica la Región Callao que para este grupo etareo no se encuentran en riesgo de presentar caso de Polio.

MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS CON VACUNA SPR/SR EN LA REGION CALLAO

Nº	DISTRITOS	Monitoreo Rápido de Cobertura (1 a 4 años) con vacuna SPR/SR				Certifica	
		Total entrevistados de 1 a -4a	Total de vacunados	Cobertura administrativa	Cobertura MRC	SI	NO
1	Callao	5167	5011	100	97.0	CERTIFICA	-
2	Bellavista	307	293	91	98.0	CERTIFICA	-
3	La Perla	562	509	100	98.0	CERTIFICA	-
4	La Punta	39	30	57	95.0	CERTIFICA	-
5	Carmen de la Legua	372	357	100	98.0	CERTIFICA	-
6	Ventanilla	3800	3686	100	97.0	CERTIFICA	-
	TOTAL	10247	9886	100	96.5	CERTIFICA	-

FUENTE: ESN/ DREC

COMPARATIVO BARRIDO SPR, DESERCION 2011 Y ACUMULO DE SUSCEPTIBLES DESDE EL 2007 AL 2011 POR DISTRITOS DE LA REGION CALLAO



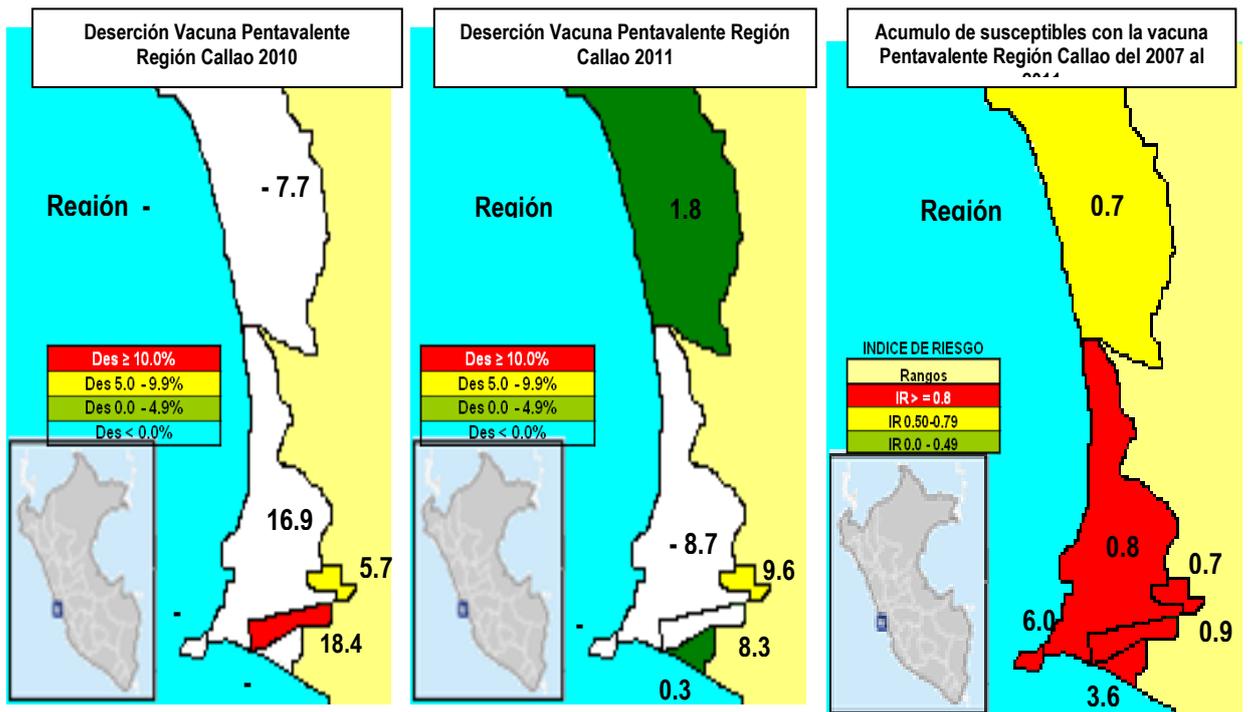
Fuente: ESNI/ DREC
Elaborado: Oficina de Epidemiología

Los escenarios de riesgo para la presencia de Sarampión Rubeola era alto en la Región Callao antes del Barrido 2011 ya que el 5 (84%) de distritos se encontraban en escenario III y IV.

La cobertura alcanzada en el barrido con la vacuna contra SPR en el año 2011 a nivel regional es de 119%, desertión negativa en 4 distritos (Ventanilla, Callao, La Punta y La Perla) y en 2 distritos mayor al 5% (Carmen de la legua y Bellavista) lo que muestra la desertión negativa es la vacunación de niños más de lo programado o captado con 1ra dosis de Pentavalente y la desertión > a 5% que los niños captados con 1ra dosis de Pentavalente no llegaron a recibir la vacuna SPR en estos distritos.

El acumulo de susceptibles desde el 2007 al 2011 son 19 523 niños. Lo que revierte este riesgo son los resultados del monitoreo rápido de coberturas cuyo resultados son: Distrito Bellavista, C. de la legua y La Perla 98%, Ventanilla y Callao 97%, La Punta 95%, y como Región 96% con lo que certifica los 6 distritos de la Región Callao lo que certifica disminuir el riesgo de niños susceptibles.

Es importante discriminar de la población vacunada cuántos niños viven en distritos de la Región Callao y excluir los niños vacunados con domicilio en jurisdicciones fuera del ámbito de la Región Callao.



Fuente: ESNI/ DREC
Elaborado: Oficina de Epidemiología

Comparando la deserción en los años 2010 y 2011 muestran distritos que han revertido de deserción negativa y > de 5 a deserción < de 5 que es aceptable, mientras que el acumulo de susceptibles de los últimos 5 años es de 15 003 niños en riesgo de desarrollar difteria, Tos convulsiva, Tétanos, y Hepatitis B en la Región Callao.

PROVINCIAS DISTRITOS	DESERCION	IR %	ESCENARIO
CALLAO	- 8.34	0.84	III
BELLAVISTA	- 8.3	0.96	III
C. DE LEGUA	9.6	0.78	II
LA PERLA	0.3	3.69	III
LA PUNTA	- 30.4	6.07	III
VENTANILLA	1.8	0.78	Zona de Seguridad

De acuerdo a los escenarios de riesgo podemos identificar que en los distritos de Callao, Bellavista, La Perla y la Punta muestran escenario III es decir de alto riesgo para presentar casos de difteria, Tos convulsiva, Tétanos, y Hepatitis B. El distrito de Carmen de la Legua muestra escenario II y el distrito de Ventanilla muestra zona de seguridad ya que presenta una deserción < al 5% que viene a ser aceptable y un índice de riesgo < a 0.8.

MANTENER LAS SIGUIENTE RECOMENDACIONES

- Análisis mensual de lo programado y seguimiento mensualizado de dosis.

- Fortalecer cada uno de los componentes (Promoción, Comunicación, logística y revalorar RRHH).
- Monitorear la demanda, oferta y las oportunidades perdidas de vacunación.
- Capacitación permanente a los RRHH sobre el esquema de vacunación.
- Monitoreo Rápido de Coberturas.
- Vacunación de seguimiento extramural intensificada por excelencia.
- Sistema de referencia y contra referencia
- Tener información de vacunados de la región Callao.

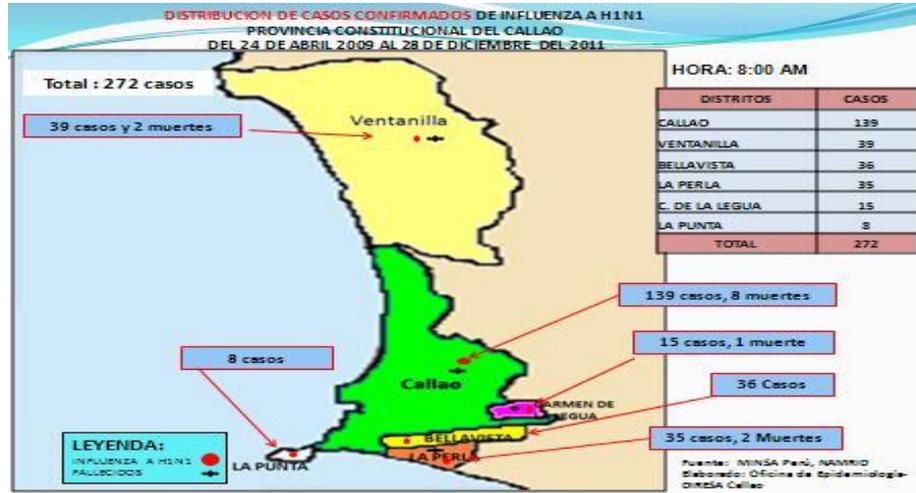
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: IRAS, NEUMONIA, NEUMONIA GRAVE, SOBA-ASMA

- 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 2011 se han reportado 132276 casos de IRAs atendidos en los EESS de la Región Callao, 1153 de Neumonía, 131 casos de Neumonía Grave y 26480 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 65675, las neumonías 789, neumonía grave 57 y SOBA-ASMA 14066.
- 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 y Ventanilla.
- El grupo etéreo de 1-4 años es el más comprometido: en IRAs con (67.19%), en cuanto a Neumonía con (62.27%), en <2 años en Neumonía Grave con (44.27%) y en SOBA-ASMA <2 con (57.48).
- La Tasa de Incidencia (TI) de IRAs a nivel Regional es 11374.6 x 10,000 superior a la nacional (9914.39 x 10,000 hab.) En Neumonías la TI Regional es de 58.3 x 10,000 hab. inferior a la nacional (61.95 x 10,000 hab). En relación a Neumonía Grave la TI es de 14.3 x 10,000 hab. inferior a la nacional (42.00 x 10,000 hab). En cuanto a SOBA – ASMA la TI regional es de 1973.3 x 10,000 hab superior a la nacional 675.44 x 10,000 hab.

INFLUENZA AH1N1:

- En el año 2011 la Vigilancia de Influenza AH1N1 la realizan el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Centro Médico Naval
- Desde el 29 de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2011 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 272(63.70%) procedían de la Provincia Callao. De estos 139(32.55%) procedente del distrito de Callao, 39 (14.44%) de Ventanilla, 36 (13.33%) de Bellavista, 36 (8.43%) de La Perla, 15 (3.51%) de Carmen de la Legua 8 (2.96%) de La Punta.

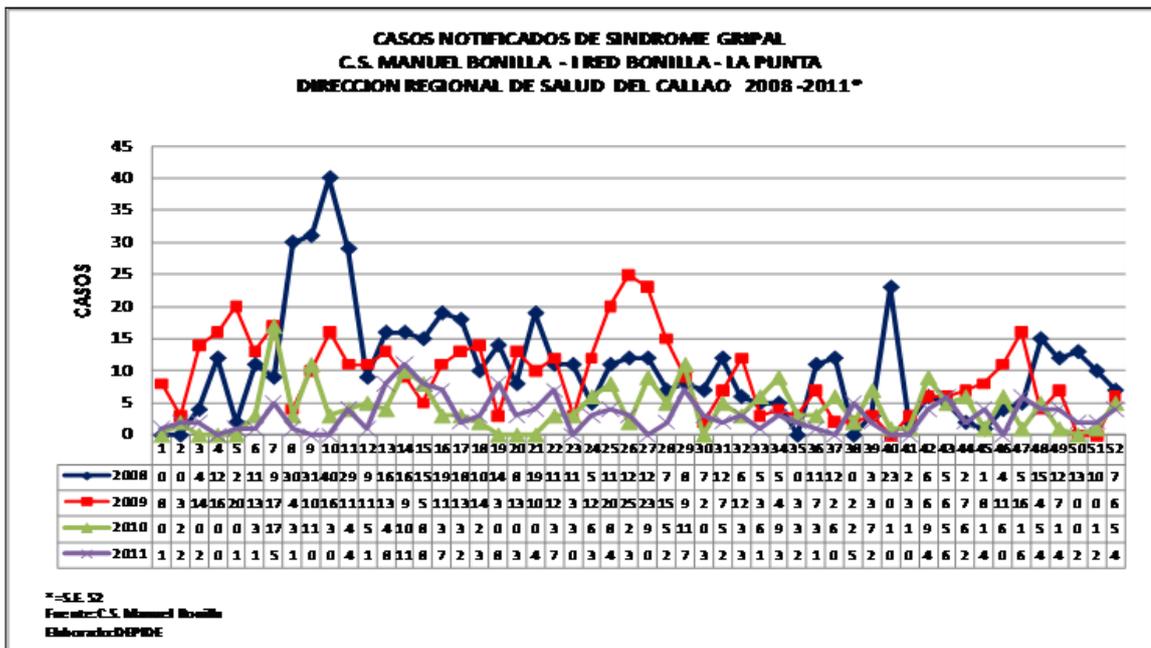
- Fallecieron 21 pacientes 9 (42.86%) procedían de Lima y otros lugares y 13 de la Región Callao, de estos 8 (61.53%) residían en el Callao, 2 (16.66%) en La Perla, 2 (16.66%) en Ventanilla, 1 (8.33%) en Carmen de la Legua.
- Lugar de atención de fallecidos Hospital Carrión 7 (31.81%) Centro Médico Naval 4 (18.18%) EsSalud Alberto Sabogal 11 (50%).



VIGILANCIA DE SÍNDROME GRIPAL

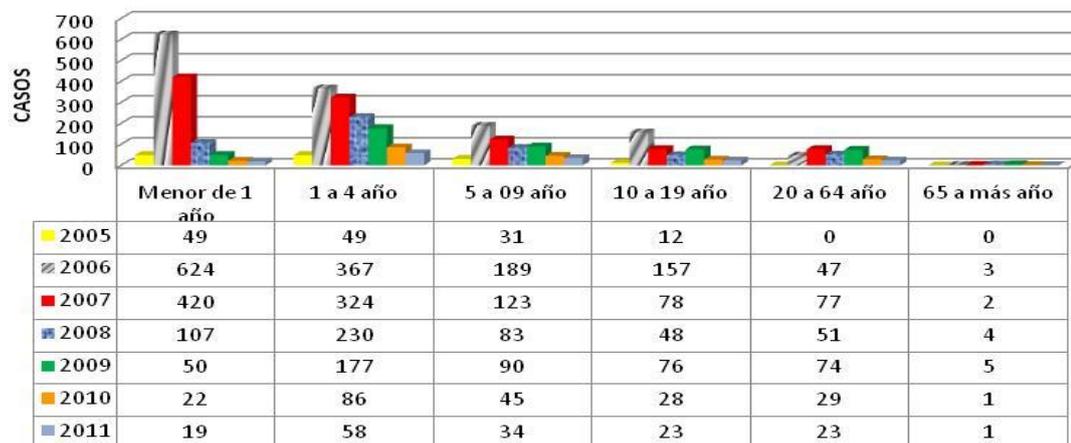
La vigilancia de Síndrome Gripal se inicia en el año 2005 teniendo como único centro notificante del C.S. Bonilla-La Punta.

Son considerados casos de síndrome gripal, toda persona que presenta fiebre mayor o igual a 38°C, de inicio brusco y tos o dolor de garganta (puede acompañarse de otros síntomas como mialgias, postración, cefalea o malestar general), según la DIRECTIVA N° 057-MINSA OGE V.01 (2009).



La curva de casos de Síndrome Gripal del año 2011 está debajo de la del 2009 y del 2010 con algunos picos, con tendencia al incremento de casos en los 2 últimas semanas del año 2011.

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



Fuente: C.S. Manuel Bonilla

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

A la SE. 52-2011 se han reportado 158 casos de Síndrome Gripal: <de 1 año: 19 casos (12%) de 1 a 4 años: 58(36.71%), 5-9 años: 34 casos (21.52%) de 10-19 años: 28 (14.56%), 20-64 años: 29 (14.56%) >65 años: 1 (0.63%).

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

- A nivel nacional y regional las Enfermedades Diarreicas son causa importante de morbilidad en nuestros niños menores de 5 años contribuyendo al incremento de la desnutrición, producidas por patógenos que contaminan agua y alimentos.
- A la SE 52-11 las 71 unidades notificantes han reportado 55,446 casos de EDAs ACUOSAS atendidos en los establecimientos de salud ubicados en la Región Callao, de los cuales 50.09% son atendidos por los establecimientos de EsSalud, 8.56% proceden de Lima y otros, 90.44% son pacientes que residen en la Provincia los cuales disminuyeron 0.9% de casos en relación al mismo periodo del año anterior. Continuamos realizando la vigilancia de Cólera, teniendo el último caso confirmado en 1998.
- A la SE 52-11 se han notificado 327 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 Áreas 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 16.75% de EDAs ACUOSAS notificadas en la Provincia y los Hospitales del MINSA (HNDAC, H. San José y H. Ventanilla) el 24.61%, los establecimientos de ESSALUD (50.09%) otras

instituciones 8.56%. 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 26.91% de casos de EDAS DISENTERICAS, incrementando su atención en relación a años anteriores, a su vez los hospitales de MINSA atendieron 41.28% de estos casos, disminuyendo en relación con años anteriores, las otras instituciones atendieron el 30.89% de casos restantes.

ZONA DE RIESGO

SEGÚN MAGNITUD LUGAR DE PROCEDENCIA:

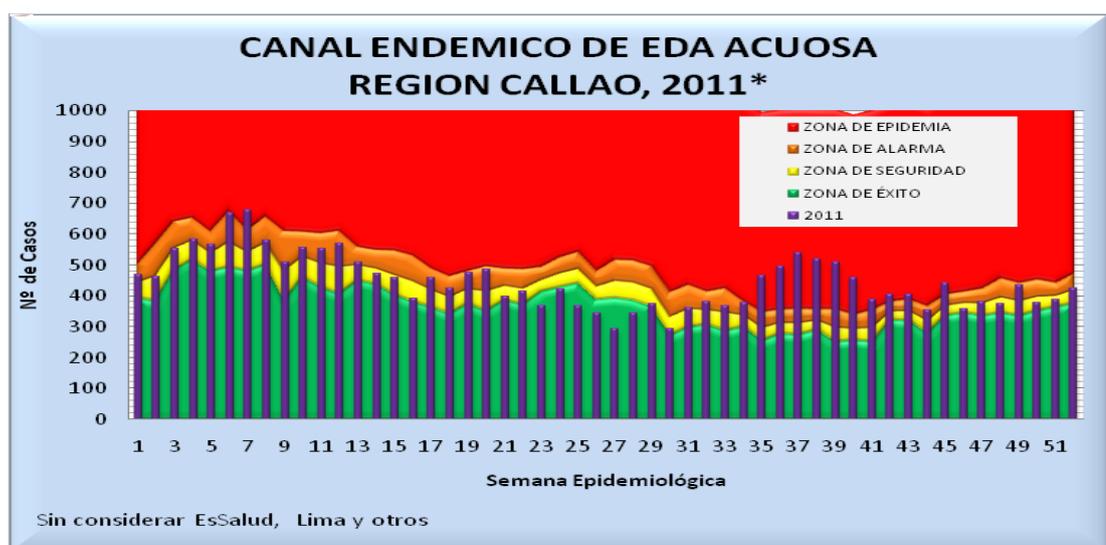
- La mayoría de pacientes con EDA Acuosa y/o Disentérica proceden del distrito Callao 47.40%, Ventanilla 13.76%.

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 (243.3 x 10,000 habitantes) menor que la nacional (341.43x 10,000 habitantes).
- Las zonas de severo riesgo para EDAS DISENTERICAS son los distritos de Callao y Bellavista. La Tasa de Incidencia Acumulada de este daño a nivel regional es (2.6 x 10,000 habitantes) menor que la nacional (17.94x 10,000 habitantes).

SEGÚN GRUPO ETÁREO:

- La mayor cantidad de casos de EDAs ACUOSAS se presenta en mayores de 5 años (63.15%) de casos, seguido de niños de 1-4 años con (24.85%) de casos, y finalmente los menores de 1 año con (11.99 %) de casos. Igualmente en las EDAs DISENTERICAS la mayor cantidad de casos se presenta en mayores de 5 años con (40.67%) seguido de niños de 1-4 años (37.30%) y finalmente los menores de 1 año (22.01%).



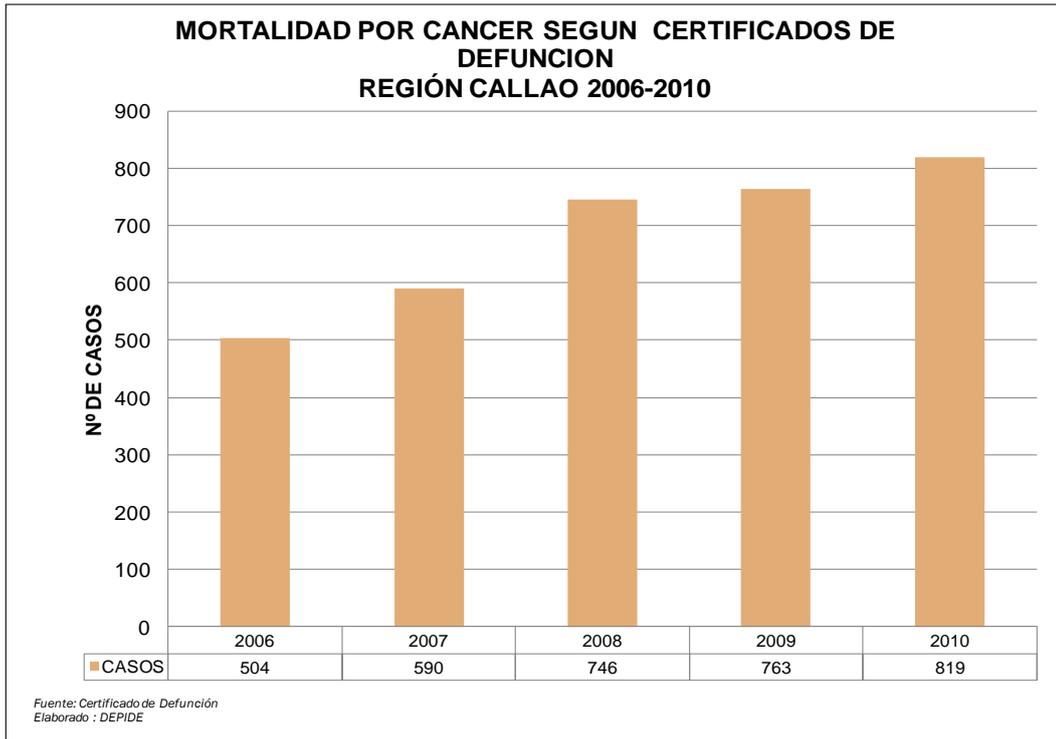
La curva de casos de EDAs Acuosa en el año 2011 se ubica en la zona de epidemia en las semanas 7 y de la 35 a la 40.

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 Cerebrovascular, 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

- 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 2011 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 6.68% del total de fallecidos ocupando el 5º y 7º lugar respectivamente en la estructura de la tabla de mortalidad en el año 2011.
- El Ministerio de Salud desde el 2006 estableció la Vigilancia Epidemiológica del cáncer con la emisión de la RM N° 660-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 004-MINSA/DGE-V.01, "Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer – Registros Hospitalarios".
- Contempla los registro de certificados de defunción por cáncer de la DIRESA Callao del 2006 al 2010 .El registro se realiza en la Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao.
- En estos años fallecieron 15,997 habitantes en la Provincia del Callao de ellos 3,422 (39.00%) 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.
- 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



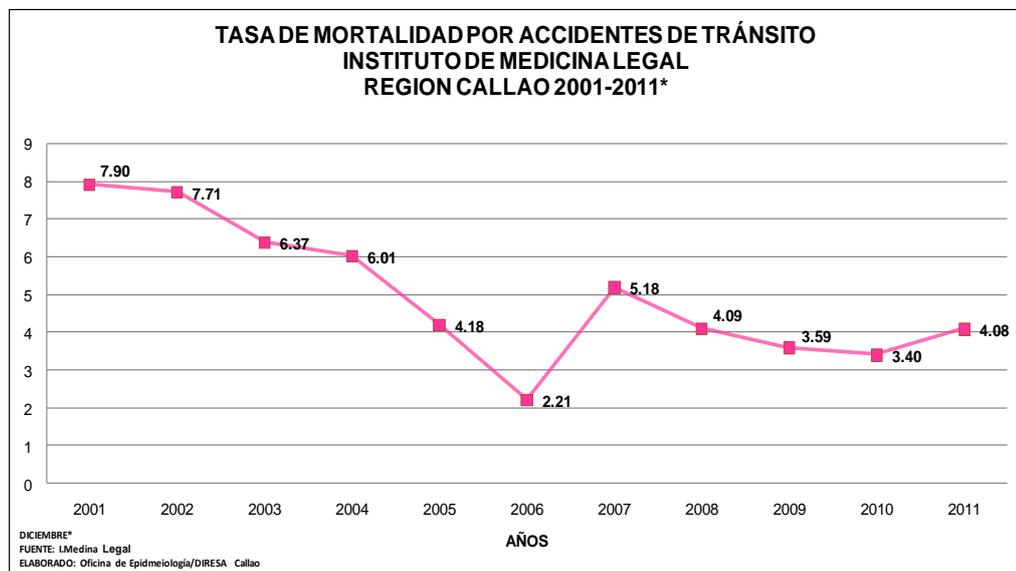
VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CALLAO

- **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.

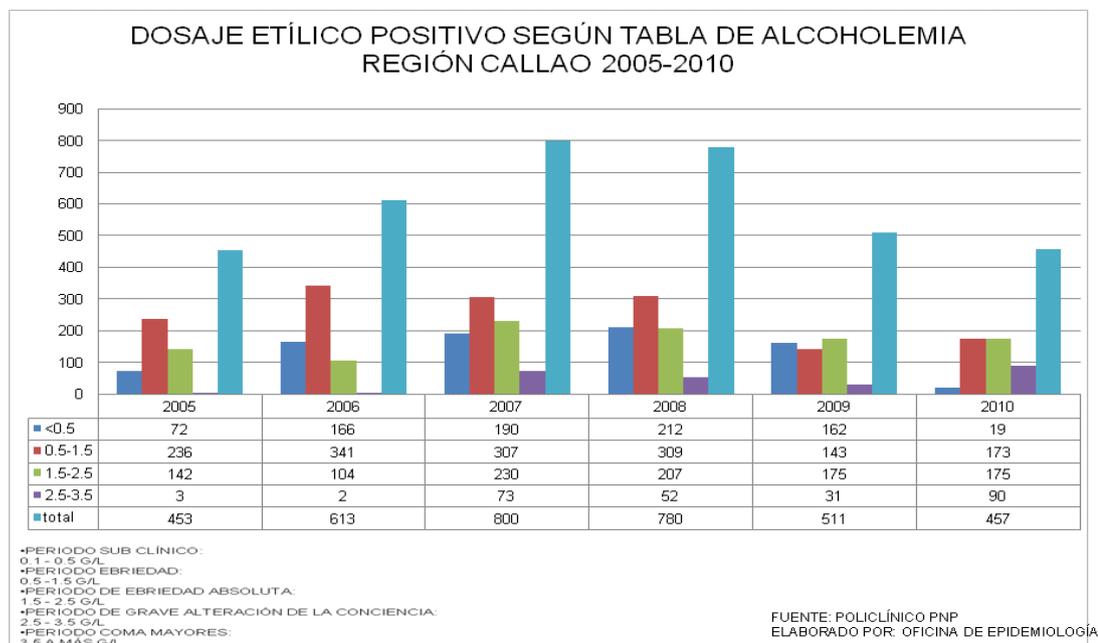
VIGILANCIA DE LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CALLAO

- 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 Médico Naval desde el año 2010 y el Hospital Ventanilla notificó en (noviembre 2011).
- 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 : nombre, edad, sexo, diagnóstico, lugar de procedencia, con el transcurso de los años la iniciativa se transforma en nacional.
- En Abril del 2007 se oficializa la Vigilancia mediante Resolución Ministerial N° 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 2011 se han notificado 434 casos de lesionados por accidentes de tránsito, 28.26% de casos menos en relación al año anterior (605).
- El mes de mayor accidentalidad es el mes de Febrero los días viernes, sábado y domingo de 09 - 12 hrs.
- La mayoría de estos accidentes se realizan en las avenidas, los más afectados son los pasajeros, de sexo masculino de 35-39 años y el sexo femenino de 35-39 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 190 casos (43.77 %) del total, disminuyendo 31.40% en relación al mismo periodo del año anterior (277). El atropello siempre ha ocupado el primer lugar, actualmente se han reportado 133 casos (30.64%) del total, 31.44% % de casos menos que el 2010 (194) .

- Los fallecidos por Accidente de Tránsito suman 39 en el año 2011 a diferencia de 32 (2010), 31 (2009) ,35 (2008).



- La tasa de mortalidad (T.M.) ha tenido un ligero incremento en el año 2011 a 4.08 por 100,000 hab. a diferencia de 3.40 por 100,000 hab.(2010),3.59(2009),4.09 (2008)
- La T.M. más alta se ubica en el grupo de 70-74 años en el año 2011 y 2010, mayores de 80 años 2009 y 2008. Recordemos que el indicador Esperanza de Vida al Nacer de la Región Callao (77.7 años) es el más alto del país (74.1 años)

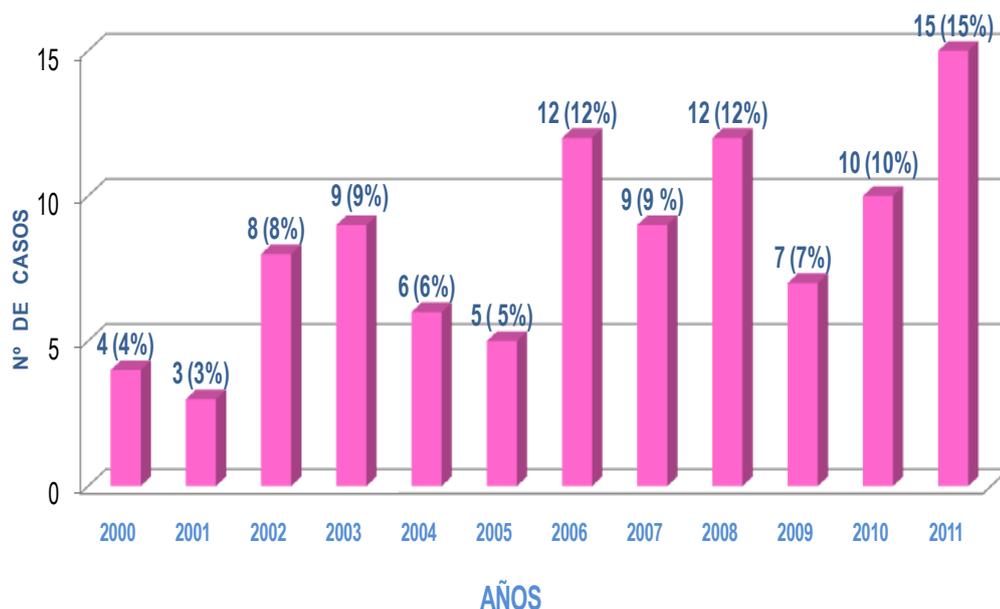


- En el periodo 2005-2010 el Policlínico PNP procesó 3614 muestras de Dosaje etílico positivo:

- 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 pérdida 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 en el cuarto período de grave alteración de conciencia (2.5 a 3.5 gr. / l.) en el año 2010 en relación al mismo periodo del año anterior: En este periodo el conductor se encuentra en estupor, coma, apatía, falta de respuesta a los estímulos, marcada descoordinación muscular, relajación de esfínteres.

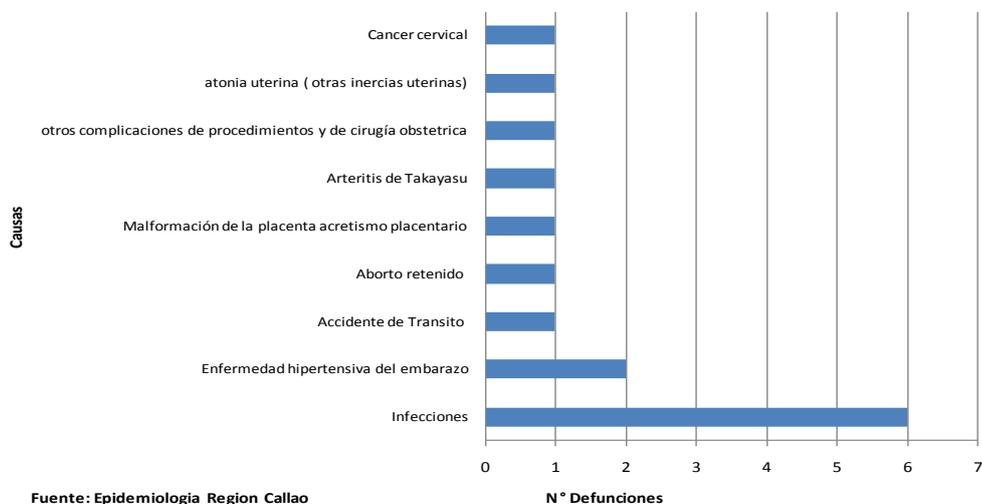
VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA

DEFUNCIONES MATERNAS POR AÑOS
REGION CALLAO DEL 2000 AL 2011*



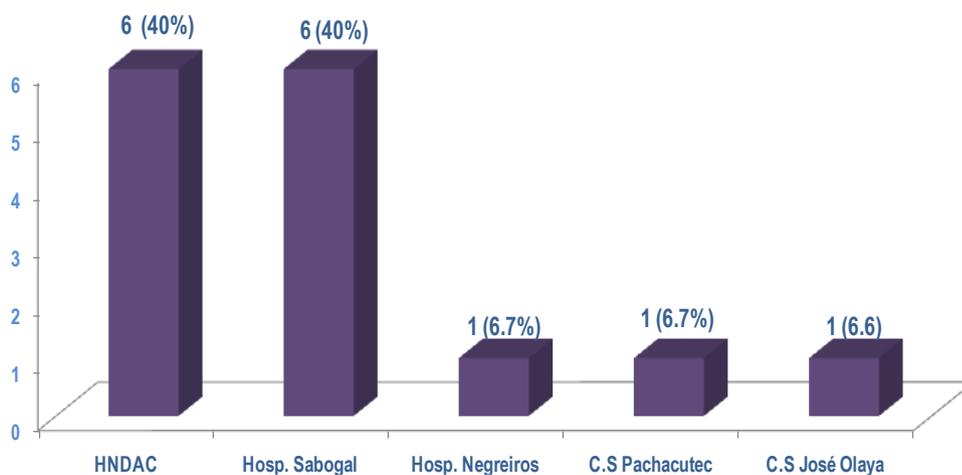
Las defunciones maternas en la Región Callao tienen un comportamiento ascendente con mayor intensidad desde el año 2009

**CAUSA BASICA DE MORTALIDAD MATERNA SEGUN
DIAGNOSTICOS REGION CALLAO AÑO 2011**



La principal causa de mortalidad en la Región Callao son las infecciosas entre ellas: aborto infectado (02 casos), infección de vías urinarias (01 caso), meningoencefalitis tbc (01 caso), shock séptico (01 caso), VIH complicado (01 caso), seguido de enfermedad hipertensiva del embarazo

**DEFUNCIONES MATERNAS SEGÚN EE.SS. NOTIFICANTE
REGIÓN CALLAO 2011**



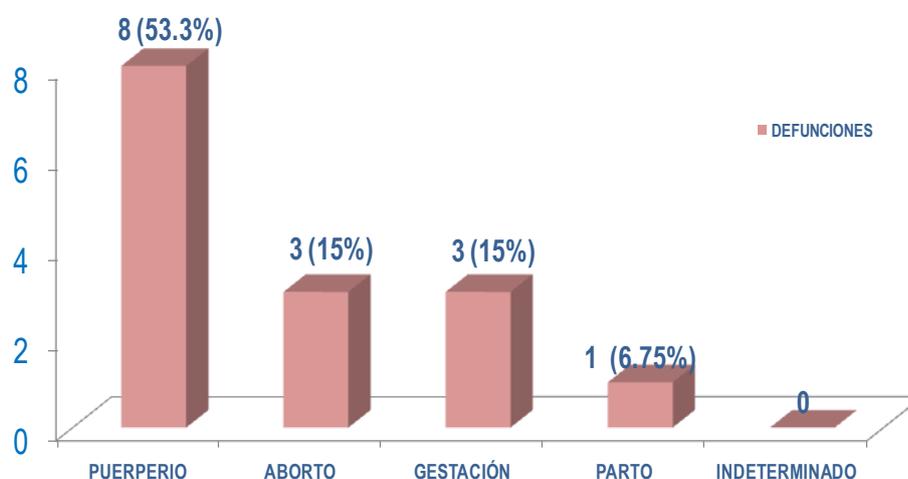
S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *

Fuente : Noti SP.

Elaborado: Oficina de Epidemiología

Durante el 2011 los EESS DE I nivel que notificaron las MM es corresponder a sus jurisdicciones el domicilio caso de accidente de tránsito (José Olaya) y el caso que fallece el trayecto al EESS. (C.S Pachacutec)

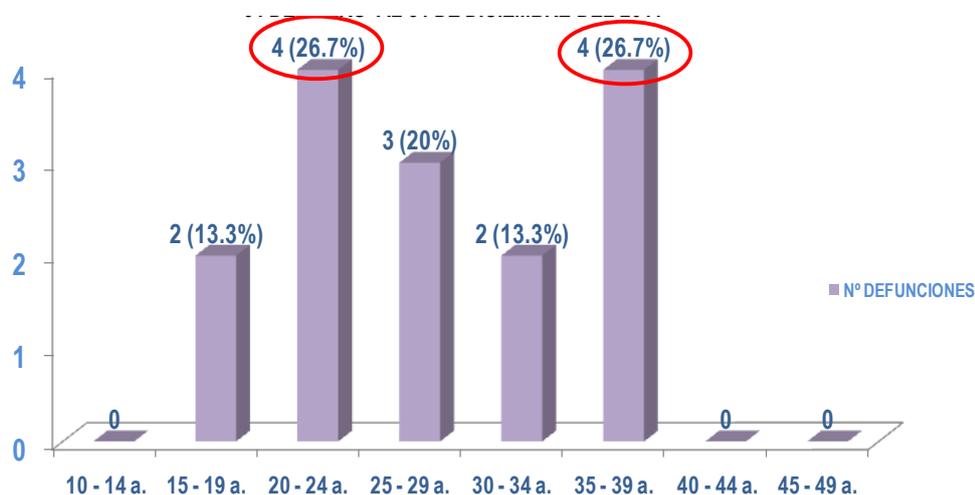
**DEFUNCIONES MATERNAS SEGÚN MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN
REGION CALLAO 2011**



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
 Fuente : Noti SP.
 Elaborado: Oficina de Epidemiología

Los casos notificados de muerte materna ocurren en un 53.% durante el puerperio, considerando como principal causa las muertes directas (evitables)

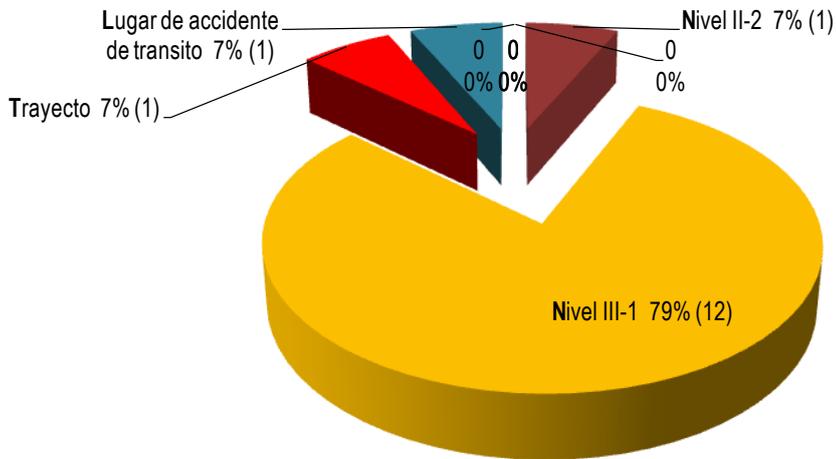
**DEFUNCIONES MATERNAS SEGÚN GRUPO ETAREO
REGION CALLAO 2011**



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
 Fuente : Noti SP.
 Elaborado: Oficina de Epidemiología

Durante el año 2011, en la Región Callao el grupo etáreo que reporta el mayor número de muertes con el 53.4% (8/15) son de 20 -24 y 35 -39 años, resaltando además un 13.3% (2/15) que son adolescentes.

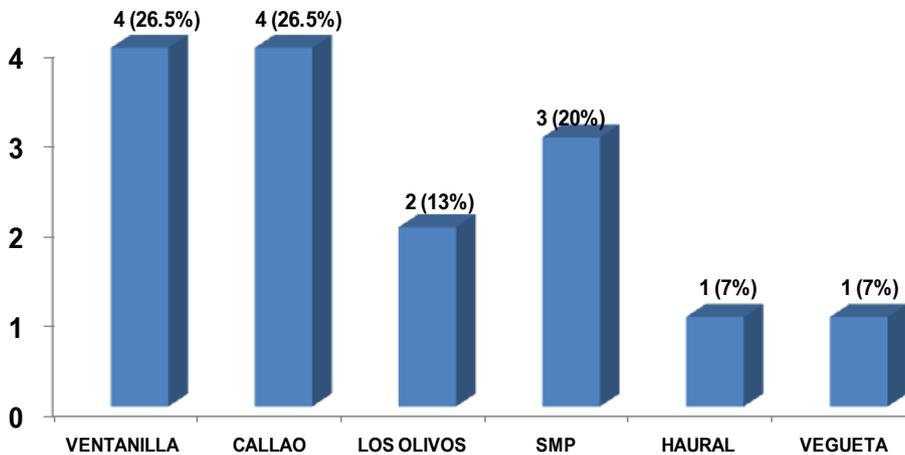
**CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIO LA MUERTE MATERNA
REGION CALLAO 2011**



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
 Fuente : Noti SP.
 Elaborado: Oficina de Epidemiología

Durante el año 2011, en los hospitales de categoría III-1 de la Región Callao ocurrieron el 79% (12/15) de las muertes maternas y el 7% (1/15) ocurrió en un hospital de categoría II-2.

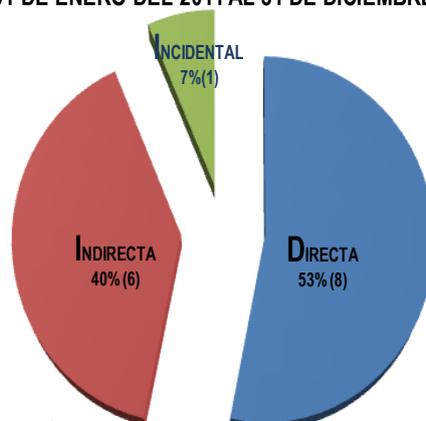
**MUERTES MATERNAS SEGÚN DISTRITO DE PROCEDENCIA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011***



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
 Fuente : Noti SP.
 Elaborado: Oficina de Epidemiología

Durante el año 2011, el 52% (8/15) de las defunciones maternas se presentan en la jurisdicción de la Región Callao, los distritos de Ventanilla y el Callao.

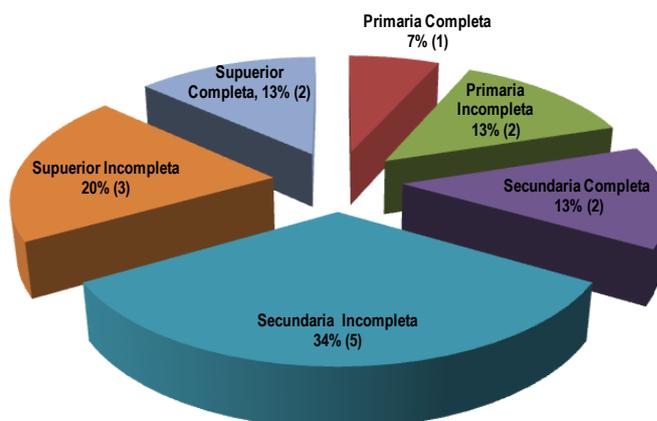
**CLASIFICACION DE LA MUERTE MATERNA EN LA REGION CALLAO
DEL 01 DE ENERO DEL 2011 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011 ***



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
Fuente : Noti SP.
Elaborado : Oficina de Epidemiología

El 53% de los casos notificados corresponde a muertes maternas directas, esta característica es importante pues se conoce que estas son evitables.

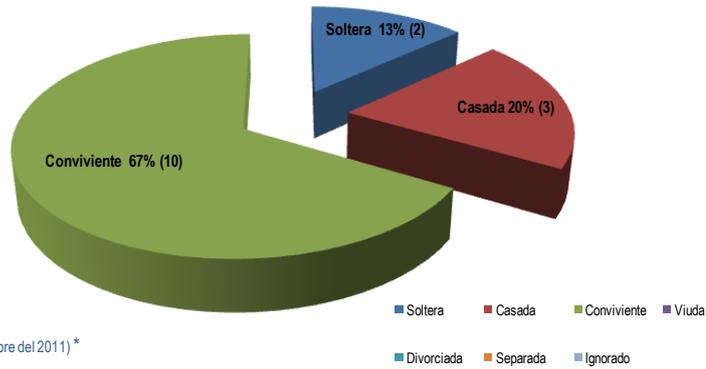
**MUERTES MATERNAS SEGUN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA REGION
CALLAO DEL 01 DE ENERO DEL 2011 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011***



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
Fuente : Noti SP.
Elaborado: Oficina de Epidemiología

El 80% de los casos tenía grado de instrucción secundaria o superior, ninguno de los casos ha sido analfabeta.

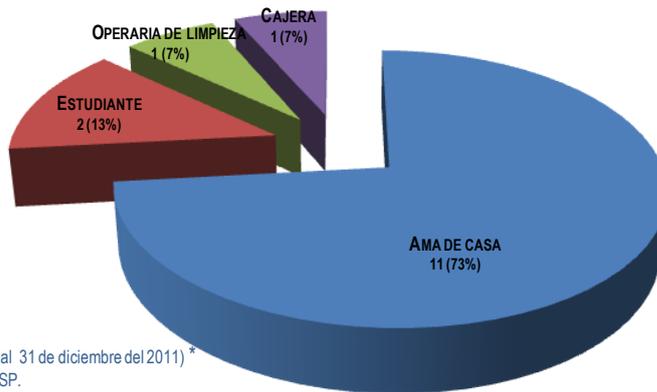
MUERTES MATERNAS SEGUN ESTADO CIVIL EN LA REGION CALLAO DEL 01 ENERO DEL 2011 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011*



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
 Fuente : Noti SP.
 Elaborado : Oficina de Epidemiología

El 67% de los casos notificados (10 muertes maternas) tenía como estado civil el ser conviviente (unión de hecho), que podría representar una limitante al acceso a los servicios de salud.

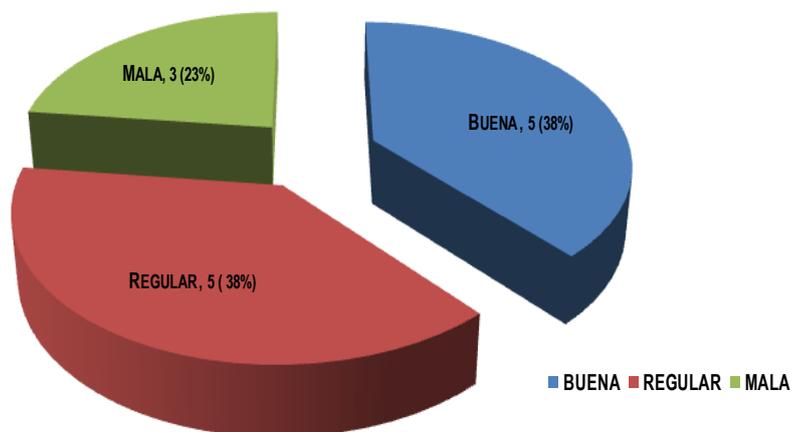
MUERTES MATERNAS DE LA REGION CALLAO SEGUN OCUPACION DEL 01 DE ENERO DEL 2011 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011*



S.E : 52 (al 31 de diciembre del 2011) *
 Fuente : Noti SP.
 Elaborado : Oficina de Epidemiología

La principal ocupación en los casos de muerte materna corresponden en un 73% a amas de casa, 13% a estudiantes, que posibilitaría la disponibilidad del tiempo para acceso a los servicios de salud (las muertes maternas fueron principalmente directas y por ende evitables).

PERCEPCION DE LA ATENCION DE SALUD EN FAMILIA CON OCURRENCIA DE MUERTE
MATERNA EN LA REGION CALLAO SEGUN FICHA DE INVESTIGACION DEL 01 DE ENERO
DEL 2011 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011*



Fuente: Ficha de investig. Epidem. de MM

La percepción de la familia respecto a la atención de los establecimientos de salud es considerada en un 76% regular o buena a pesar del fallecimiento del familiar, para la evaluación se ha excluido 02 casos (uno por ser accidente de tránsito y otro en trayecto al servicio de salud)

6.2. RESPUESTA SOCIAL DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD EN LA REGIÓN CALLAO

1) HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

I - OBJETIVOS GENERALES DEL HNDAC – 2011

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en su condición establecimiento de salud Nivel III – y Unidad Ejecutora N° 401 del Gobierno Regional del Callao , tiene como misión brindar atención de salud integral a nivel especializado , con calidad y compromiso social.

No tiene población asignada directa , sino población de referencia regional y nacional y se constituye en el centro de mayor complejidad de la Región Callao .

Los cuatro principales objetivos del HNDAC para el año 2011 , estuvieron enmarcados dentro de los lineamientos de la Política Nacional de Salud Concertada del MINSA 2007 – 2020 y los de la DISA Callao 2008 – 2011 .

1. Contribuir a la disminución de la morbilidad materna y neonatal .
2. Contribuir en la disminución de la desnutrición infantil.
3. Contribuir en la disminución de la morbilidad de enfermedades transmisibles e Inmunoprevenibles.
4. Incrementar la prevención secundaria y terciaria en la atención de enfermedades no transmisibles y apoyar la promoción y prevención .
5. Mejorar la calidad de los servicios especializados de salud que se brinda.

6. Fortalecer las competencias de los trabajadores y su compromiso con la salud de la población.
7. Mejorar el acceso y disponibilidad a productos farmacéuticos de calidad , seguros y eficaces , con énfasis en la población de menores recursos .
8. Optimizar la gestión de los recursos económicos, materiales y financieros.

II - ACTIVIDADES Y METAS

Para el año 2011 se programaron 36 metas estratégicas que se encuentran comprendidas dentro de los cuatro primeros objetivos de salud que detallamos a continuación :

EJECUCION DE METAS ESTRATEGICAS 2011				
ESTRATEGIAS SANITARIAS	UNIDAD DE MEDIDA	REPROG. 2011	TOTAL EJEC 2011	% EJEC
0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL				
Niños con Vacuna Completa	niño protegido	2,100	2,022	96
Niños con CRED completo según edad	niños con CRED completo	1,250	1,192	95
Atención IRA	caso tratado	9,700	9,426	97
Atención EDA	caso tratado	1,850	1,825	99
Atención de Niños y Niñas con Parasitosis Intestinal	caso tratado	222	216	97
Atención IRA con complicaciones	caso tratado	7,200	6,737	94
Atención EDA con complicaciones	caso tratado	280	255	91
ESTRATEGIAS SANITARIAS	UNIDAD DE MEDIDA	REPROG. 2011	TOTAL EJEC 2011	% EJEC
0002 SALUD MATERNO NEONATAL				
Población accede a métodos de planificación familiar	pareja protegida	1,800	2,134	119
Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	pareja atendida	2,900	2,833	98
Atención prenatal reenfocada	gestante controlada	680	691	102
Atención del parto normal	parto normal	1,900	1,891	100
Atención del puerperio	atención puerperal	1,000	982	98
Atención del recién nacido Normal	recién nacido atendido	2,100	2,103	100
Atención de la gestante con complicaciones	gestante atendida	801	799	100
Atención del parto complicado no quirúrgico	parto complicado	15	15	100
Atención del parto complicado quirúrgico	cesárea	1,200	1,188	99
Atención del puerperio con complicaciones	egreso	9	11	122
Atención Obstétrica en la unidad de cuidados intensivos	egreso	29	40	138
Atención del recién nacido con complicaciones	egreso	920	924	100
Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCI	egreso	400	394	99

EJECUCION DE METAS ESTRATEGICAS 2011				
ESTRATEGIAS SANITARIAS	UNIDAD DE MEDIDA	REPROG. 2011	TOTAL EJEC 2011	% EJEC
0016 TBVIH/SIDA				
Despistaje de TBC en sintomáticos respiratorios	persona atendida	12,000	12,158	101
Diagnóstico de casos de TBC	persona diagnosticada	258	258	100
3233784 Tratamiento de casos para población indígena	persona atendida	0	0	0
Monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH-SIDA-TBC	informe	12	12	100
Adultos y jóv. reciben consej.y tamiz. para ITS VIH y acc.volunt.a la prueba (nuevos)	persona atendida	38,000	41,501	109
Personas diagnost.con VIH que acuden a los serv.y reciben at. integral	persona atendida	4,300	4,333	101
Mujeres gest.reactivas y niños expuest.al VIH recib.tratamiento oportuno	persona atendida	42	33	79
Muj.gest.reactiv.a Sífilis y sus contac.y rec.nac. expuestos rec.trat.oportuno	persona atendida	580	565	97
0017 ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS				
Diagnóstico y tratamiento de enfermedades metaxénicas	persona tratada	11	12	109
Diagnóstico y tratamiento de enfermedades zoonóticas	persona tratada	186	195	105
0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES				
Tamiz.y trat.integral de pobl.de 0 a 11 años, gest.y ad.mayor, de enf.de la Cav.Bucal (caries, periodontitis, lesi)	persona tratada	4,300	7,390	172
Tamizaje y tratamiento de pacientes con enfermedades de Hipertensión Arterial	persona tratada	4,400	4,423	101
Tamizaje y tratamiento de pacientes con enfermedades de Diabetes Mellitus	persona tratada	3,181	3,254	102
Tamizaje y tratamiento de pacientes con problemas y trastornos de salud mental	persona tratada	11,746	10,217	87
Tamizaje y tratamiento de pacientes con cataratas	persona tratada	1,030	994	97
Tamizaje y tratamiento de pacientes con errores refractarios	persona tratada	5,400	5,344	99
Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados	persona tratada	411	412	100

HNDAC : PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN CONSULTA EXTERNA 2011

Nº orden	Codigo CIE 10	DESCRIPCION	AÑO 2011		
			Total	%	% Acumulado
1	H52	Trastornos de la acomodación y de la refracción	6,483	3.3	3.3
2	J00	Rinofaringitis aguda (resfrió común)	5,364	2.7	6.0
3	J45	Asma	5,106	2.6	8.6
4	M54	Dorsalgia	4,285	2.2	10.8
5	I10	Hipertensión esencial (primaria)	4,197	2.1	12.9
6	N40	Hiperplasia de la próstata	3,206	1.6	14.5
7	J30	Rinitis alérgica y vasomotora	3,054	1.5	16.1
8	N39	Otros trastornos del sistema urinario	2,722	1.4	17.5
9	M19	Otras artrosis	2,627	1.3	18.8
10	B35	Dermatofitosis	2,543	1.3	20.1
11	F41	Otros trastornos de ansiedad	2,523	1.3	21.4
12	H25	Cataratas senil	2,520	1.3	22.6
13	E 11	Diabetes mellitas no insulino dependiente	2,516	1.3	23.9
14	N 76	Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva	2,371	1.2	25.1
15	K30	Dispepsia	2,286	1.2	26.3
16	E66	Obesidad	2,103	1.1	27.3
17	G40	Epilepsia	2,037	1.0	28.4
18	J02	Faringitis Aguda	1,977	1.0	29.4
19	H40	Glaucoma	1,844	0.9	30.3
20	M17	Gonartrosis (artrosis de la rodilla)	1,744	0.9	31.2
	Otras causas		135,594	68.8	100
			197,102	100	

III - HNDAC LOGROS 2011

1. Cumplimiento de las metas programadas de las actividades asistenciales
2. Re categorización del Hospital como Nivel III – 1 siendo el establecimiento de Mayor complejidad de la Región.
3. El HNDAC obtuvo el reconocimiento a la Gestión en proyectos de mejora 2011 en la categoría Sector Público , con el Proyecto “ Mejoramiento de Administración y Gestión de la Historia Clínica para la Atención, evento organizado anualmente por la Sociedad nacional de Industrias .
4. Que el MEF , otorgue con DU N° 054-2011 , el monto de S/ 3,870,517 , para la ejecución de 07 proyectos de Inversión Pública en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Nº	CODIGO DGPP	PROYECTOS DE INVERSION PUBLICA	MONTO
1	134809	ACONDICIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO	s/105,143
2	115772	ADECUACION Y AMPLIACION DEL CENTRO DE ALMACENAMIENTO FINAL DE RESIDUOS SOLIADOS DEL HNDAC.	S/ 288,973
3	115786	MEJORA RESOLUTIVA EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	S/ 1,005,582
4	115758	MEJORA RESOLUTIVA EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	S/ 380,895
5	078625	REMODELACION DE LA OFICINA DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	S/ 125,209
6	078624	REMODELACION DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	S/989,209
7	115603	IMPLEMENTACION DEL CENTRO DE EXCELENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA TBC EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	S/ 975,506
TOTAL			s/ 3,870,517

FODA HNDAC 2011

FORTALEZA

- Ubicación Física Estratégica
- Tarifas Sociales Asequibles
- Profesionales calificados y especializados
- Decisión de consolidar un sistema de gestión de calidad
- Participación Activa del bienestar de la salud del pueblo chalaco
- Ser sede docente de Pre y Post grado con normatividad del campo clínico.

OPORTUNIDAD

- Ser un Hospital de Referencia Nacional
- Proyectos de Inversión Pública según los lineamientos de un Plan Maestro de Inversiones Públicas Hospitalarias.
- Aseguramiento Universal solido

DEBILIDADES

- Infraestructura deteriorada

- Parte del equipamiento obsoleto
- Procesos de adquisiciones lentos
- ROF no actualizado
- Presupuesto de limitado
- Falta de plan Maestro de inversiones hospitalarias
- Inadecuado sistema de información hospitalaria

AMENAZAS

- Limitaciones Presupuestales
- Nuevos centros de salud cercanos
- Gran número de pacientes con poco recursos subsidiados al 100%

2) HOSPITAL SAN JOSE

ATENCIONES Y ATENDIDOS AL HOSPITAL:

	CONSULTA EXTERNA		EMERGENCIAS	
	2010	2011	2010	2011
ATENDIDOS	196,072	205,293		
ATENCIONES	453,420	482,059	58,878	55,637

INDICADORES HOSPITALIZACION

INDICADOR	2010	2011
PROMEDIO DE PERMANENCIA	$\frac{16790}{6297} = 2,67$	$\frac{18714}{7510} = 2,49$
INTERVALO DE SUSTITUCION CAMA	$\frac{8794}{6297} = 1,40$	$\frac{8006}{7510} = 1,07$
PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMA	$\frac{17008}{25802} = 65,92\%$	$\frac{18601}{26607} = 69,91\%$
RENDIMIENTO CAMA	$\frac{6297}{71} = 88,59$	$\frac{7510}{73} = 102,88$

NRO DE CAMA POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION 2012

SERVICIO	CAMAS
MEDICINA	16
CIRUGIA	12
PEDIATRIA	8
NEONATOLOGIA	10
GINECO OBSTETRICIA	27
TOTAL	73

PARTOS INSTITUCIONALES

PARTOS	2010	2011
EUTOCICOS	1616	2080
CESAREAS	670	1137
PREMATUROS	12	15
TOTAL	2298	3232

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
CONSULTA EXTERNA - GENERAL
Año 2010**

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	6156	4.01%	4.01%
H52	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	5898	3.84%	7.86%
J45	ASMA	5044	3.29%	11.14%
M54	DORSALGIA	5033	3.28%	14.43%
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	5005	3.26%	17.69%
J02	FARINGITIS AGUDA	4629	3.02%	20.70%
J30	RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA	3541	2.31%	23.01%
K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	3301	2.15%	25.16%
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2681	1.75%	26.91%
E78	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	2579	1.68%	28.59%
	OTROS	109553	71.41%	100.0%
	TOTAL CASOS	153420		

FUENTE : Hojas HIS

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
CONSULTA EXTERNA - GENERAL
2011**

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
M54	DORSALGIA	5559	3.51%	3.51%
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	5252	3.32%	6.83%
H52	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	5242	3.31%	10.14%
J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	5158	3.26%	13.40%
J45	ASMA	4814	3.04%	16.44%
J02	FARINGITIS AGUDA	4656	2.94%	19.38%
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	4068	2.57%	21.95%
K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	3295	2.08%	24.03%
J30	RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA	3278	2.07%	26.11%
E66	OBESIDAD	2587	1.63%	27.74%
	OTROS	114377	72.26%	100.0%
	TOTAL CASOS	158286		

FUENTE : Hojas HIS

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL
TOPICO DE EMERGENCIA
2010**

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
K52	OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	4127	6.74%	6.74%
J45	ASMA	3978	6.49%	13.23%
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MÚLTIPLES O NO ESPECIFICADOS	3378	5.51%	18.74%
J02	FARINGITIS AGUDA	3169	5.17%	23.92%
O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	2688	4.39%	28.31%
S01	HERIDA DE LA CABEZA	2615	4.27%	32.57%
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	2079	3.39%	35.97%
R10	DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO	1895	3.09%	39.06%
O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	1892	3.09%	42.15%
J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	1565	2.55%	44.70%
	OTROS	33875	55.30%	100.0%
	TOTAL CASOS	61261		

FUENTE : Fichas de Emergencia

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL
TOPICO DE EMERGENCIA
2011**

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	4049	7.22%	7.22%
K52	OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	4010	7.15%	14.37%
J45	ASMA	3378	6.02%	20.39%
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	2562	4.57%	24.96%
S01	HERIDA DE LA CABEZA	2390	4.26%	29.22%
O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	2376	4.24%	33.45%
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MÚLTIPLES O NO ESPECIFICADOS	2357	4.20%	37.65%
R10	DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO	1902	3.39%	41.04%
J02	FARINGITIS AGUDA	1899	3.39%	44.43%
S61	HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	1514	2.70%	47.13%
	OTROS	29658	52.87%	100.0%
	TOTAL CASOS	56095		

FUENTE : Fichas de Emergencia

**MORBILIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACION
2010**

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
O80	Parto único espontáneo	1612	25.60%	25.60%
O82	Parto único por cesárea	660	10.48%	36.09%
O06	Aborto no especificado	447	7.10%	43.19%
K35	Apendicitis aguda	427	6.78%	49.97%
J18	Neumonía, organismo no especificado	234	3.72%	53.68%
K81	Colecistitis	189	3.00%	56.69%
J45	Asma	157	2.49%	59.18%
O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	110	1.75%	60.93%
N39	Otros trastornos del sistema urinario	92	1.46%	62.39%
J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	88	1.40%	63.79%
	OTROS	2280	36.21%	100.0%
	TOTAL CASOS	6296		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

**MORBILIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACION
2011**

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
O80	Parto único espontáneo	2078	27.67%	27.67%
O82	Parto único por cesárea	1139	15.17%	42.84%
O06	Aborto no especificado	443	5.90%	48.74%
K35	Apendicitis aguda	399	5.31%	54.06%
K81	Colecistitis	301	4.01%	58.06%
J18	Neumonía, organismo no especificado	241	3.21%	61.27%
J45	Asma	152	2.02%	63.30%
K40	Hernia inguinal	99	1.32%	64.62%
O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	89	1.19%	65.80%
K85	Pancreatitis aguda	80	1.07%	66.87%
	OTROS	2488	33.13%	100.0%
	TOTAL CASOS	7509		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

MORTALIDAD HOSPITALARIA SEGÚN CAUSA: 2010

Primeras causas de muerte	0-9	10-19	20-59	>60	TOTAL	%
A41.9 Septicemia, no especificada				3	3	12.0%
J44.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada				2	2	8.0%
J96.1 Insuficiencia respiratoria crónica				2	2	8.0%
P22.0 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	2				2	8.0%
A17.82+ MENINGITIS TUBERCULOSA				1	1	4.0%
B20.0 Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias			1		1	4.0%
C16.9 Tumor maligno del estómago, parte no especificada				1	1	4.0%
C43.9 Melanoma maligno de piel, sitio no especificado				1	1	4.0%
D43.0 Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, supratentorial			1		1	4.0%
D64.9 Anemia de tipo no especificado				1	1	4.0%
I46.9 Paro cardíaco, no especificado				1	1	4.0%
J91.X Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte				1	1	4.0%
J96.0 Insuficiencia respiratoria aguda			1		1	4.0%
J96.9 Insuficiencia respiratoria, no especificada				1	1	4.0%
J98.4 Otros trastornos del pulmón				1	1	4.0%
K74.6 Otras cirrosis del hígado y las no especificadas			1		1	4.0%
M31.3 Granulomatosis de Wegener			1		1	4.0%
N18.9 Insuficiencia renal crónica, no especificada				1	1	4.0%
P21.0 Asfixia del nacimiento, severa	1				1	4.0%
R62.8 Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado				1	1	4.0%
TOTAL					25	100%

FUENTE : HISTORIAS CLINICAS (HOJA DE EPICRISIS)

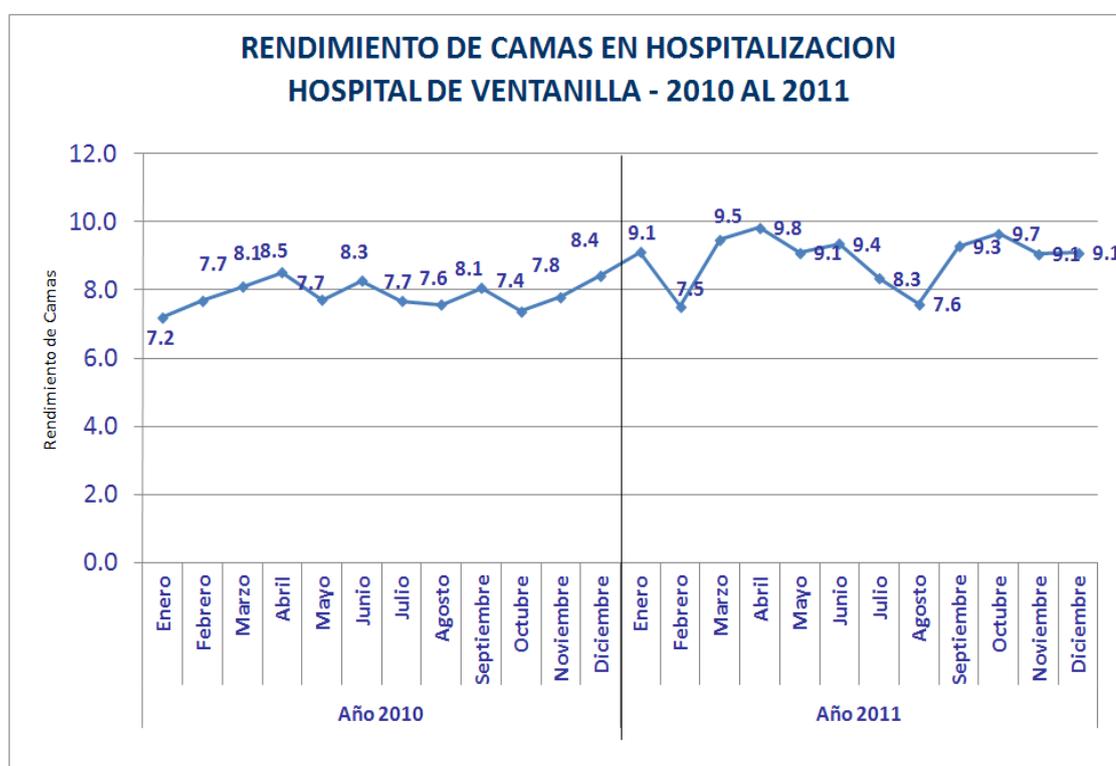
3) HOSPITAL DE VENTANILLA

	CONSULTA EXTERNA		EMERGENCIAS	
	2010	2011	2010	2011
ATENDIDOS	21676	22088	-	-
ATENCIONES	103201	11625	38964	44365

En el servicio de emergencia todos los pacientes que se registran son atenciones, atendidos solo por consultorios externos.

HOSPITALIZACION

RENDIMIENTO DE CAMA POR MES 2010 – 2011



NRO DE CAMA POR SERVICIO DE HOSPITALIZACION 2012

Camas de hospitalización neonatología: 3

Camas de hospitalización pediatría: 13 (9 cunas, 2 pre-escolar, 2 cama)

Camas de hospitalización de medicina: 9

Camas de hospitalización de cirugía: 6

Camas de hospitalización de ginecología-obstetricia: 27

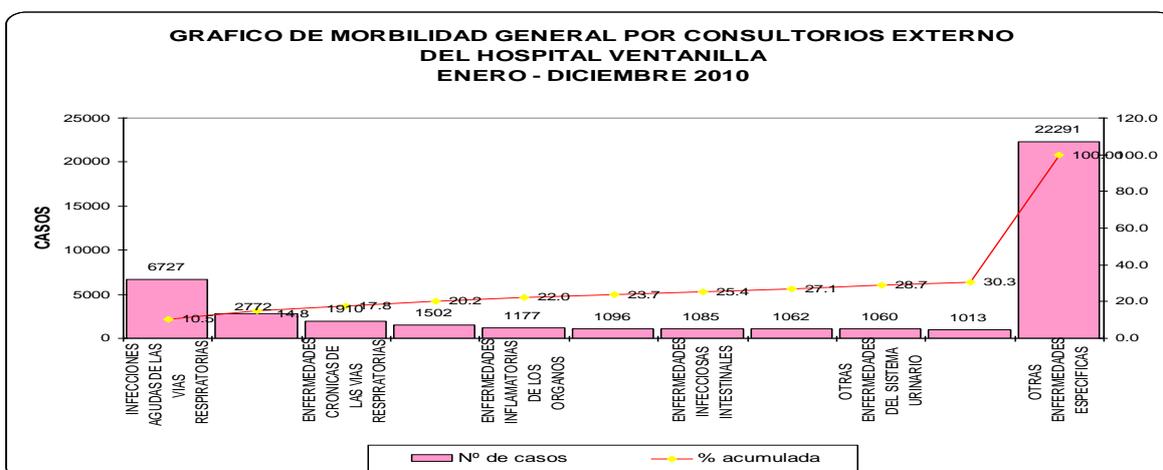
NRO PARTOS INSTITUCIONALES

-NRO DE CESAREAS 2010-2011

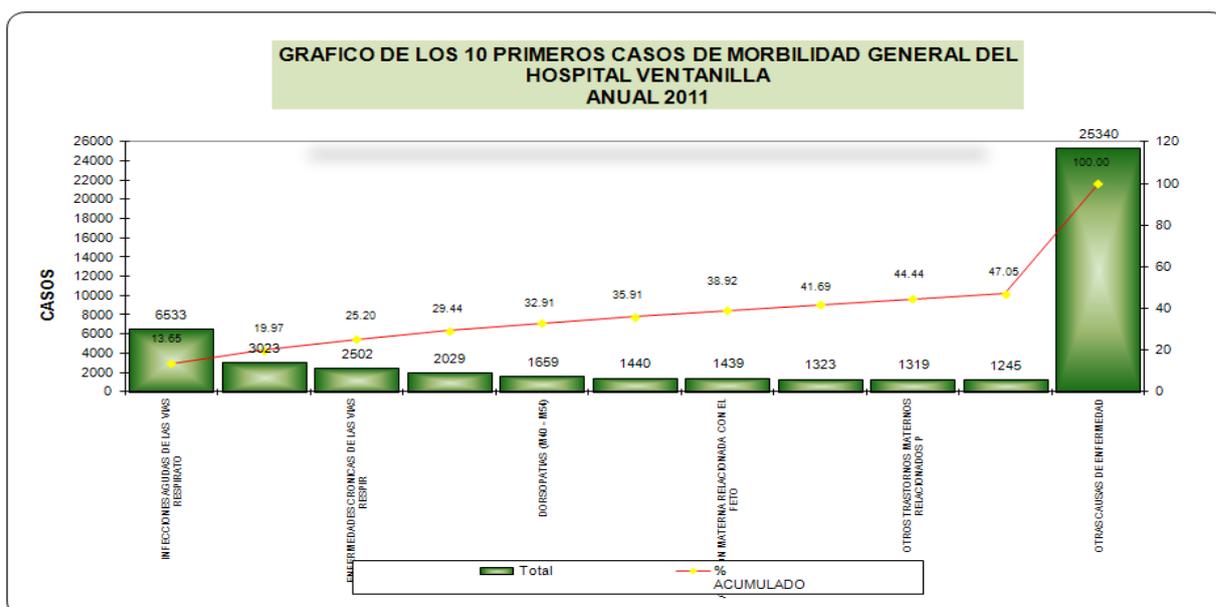
	2010	2011
PARTOS VAGINALES	2802	2774
CESAREAS	570	749

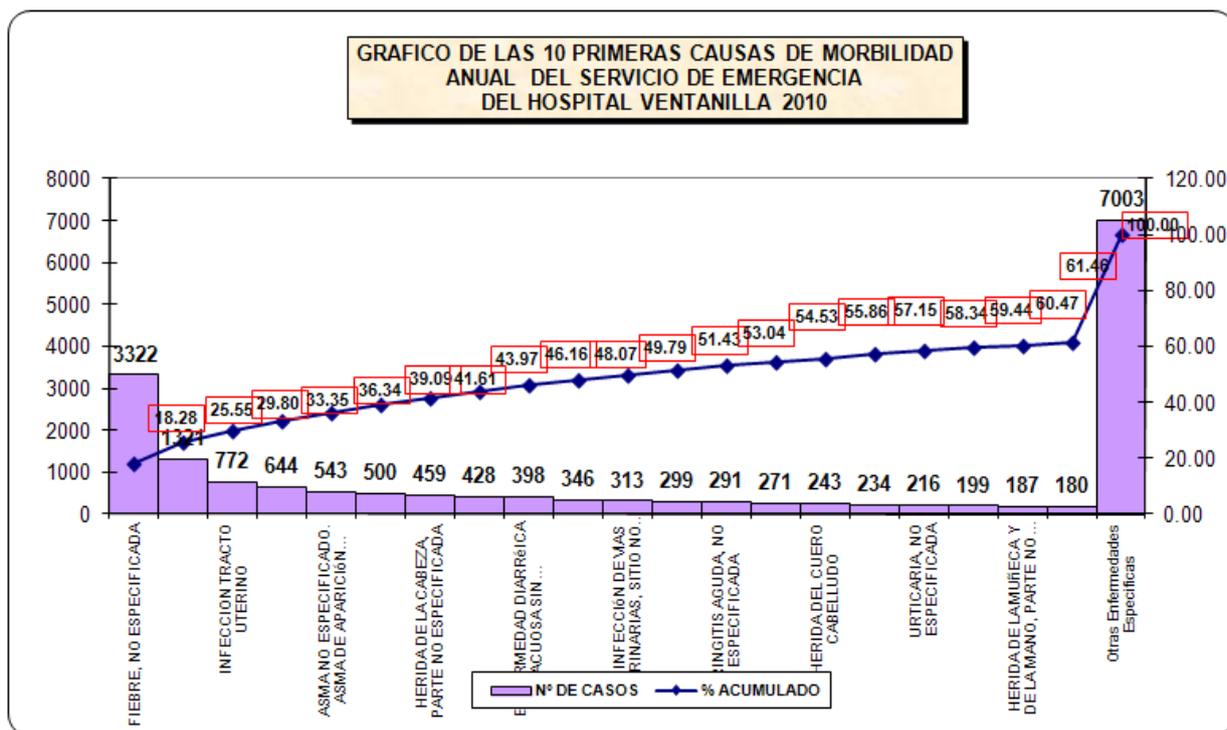
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA, HOSPITALIZACION 2010

MORBILIDAD CONSULTORIO EXTERNO 2010-2011



PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL VENTANILLA 2011





DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACION: 2011

Causas	Nº	%	%acumulado
Neumonía no especificada	52	9.5	9.5
Asma, no especificado	41	7.5	16.9
Apendicitis aguda, no especificada	34	6.2	23.1
Aborto no especificado incompleto	32	5.8	29
Celulitis de sitio no especificado	31	5.6	34.6
Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	29	5.3	39.9
Atención y examen inmediatamente después del parto	26	4.7	44.6
Infección del riñón en el embarazo	26	4.7	49.4
Hernia inguinal unilateral o no especificada	19	3.5	52.8
Pielonefritis crónica no obstructiva asociada con reflujo	18	3.3	56.1
Las demás causas	241	43.9	100
Total	549	100	

FUENTE: HIS – HOSPITAL DE VENTANILLA

LOGROS DEL 2011

- Reestructuración de la organización del hospital.
- Fortalecimiento de la Unidad de calidad, Unidad de imagen institucional, Unidad de epidemiología y Salud Ambiental y de los comités.
- Se implementó el comité de auditoría, con realización de auditorías de registro y auditorías de caso.
- Se ha incrementado fuertemente la recaudación del hospital.
- Implementación del SIGME, se incorporo citas previas por teléfono y internet.
- Aumento en el número de atenciones y atendidos en consultorios y emergencia.
- Se incrementó el número de operaciones quirúrgicas
- Disminución en el tiempo de espera de pacientes.
- Se ha mejorado la satisfacción del usuario.
- Implementación de consultorios itinerantes (módulos localizados en la área de estacionamiento)
- Implementación de consultorios externos de las siguientes especialidades:
 - Cardiología
 - Oftalmología
 - Gastroenterología
 - Psiquiatría
- Se contrato personal de salud especialista para los consultorios externos
- Se realizaron campañas de salud integral a la población para evaluar hipertensión, diabetes, colesterol.
- Campañas de vacunación barrido de sarampión y cáncer de cuello uterino en niñas de 9 años.
- Se mejoró todos los indicadores hospitalarios.
- Campañas de prevención, control de cáncer de cuello uterino y mamas.
- Capacitación al personal de limpieza en temas de limpieza y bioseguridad.
- Se ha establecido la notificación y vigilancia de eventos adversos.
- Se ha incrementado el porcentaje de verificación de la seguridad de la cirugía por medio de la lista de verificación.
- Se implementó el sistema de quejas y sugerencias, por medio del buzón y el libro de reclamaciones.
- Se dio mantenimiento recuperativo a todas los equipos electromecánicos con el decreto de urgencia 058.

FODA 2011

ANÁLISIS INTERNO	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Personal médico especializado • Infraestructura de reciente construcción. • Personal identificado con la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • El hospital no es una unidad ejecutora • Recurso Humano especializado insuficiente. • Cultura organizacional débil • Pobre cultura en calidad. • Incumplimiento de las normas básicas. • Documentos de gestión desactualizados • .Pobre socialización de los documentos de gestión. • Pobre cultura de mantenimiento de equipos y de infraestructura. • Pobre racionalización de los recursos • Capacidad de respuesta debilitada. • Inadecuada implementación del sistema de referencias y contra referencias
ANÁLISIS EXTERNO	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno nacional, regional y local con gran capacidad de inversión. • Somos el único hospital de Ventanilla • Tenemos convenios con instituciones educativas públicas y privadas. • Autoridades políticas interesadas en el desarrollo del distrito. • Implementación del aseguramiento Universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Competidores con equipamiento de tecnología de punta • Incremento de las enfermedades no transmisibles y sus complicaciones • Modificaciones constantes de la normatividad. • Disminución de la oferta de profesionales de la salud. especialidades.

RECURSOS HUMANOS POR GRUPOS OCUPACIONALES 2012

RECURSOS HUMANOS

CUADRO DE PERSONAL DEL HOSPITAL VENTANILLA 2011									
N°	PERSONAL:	NOMBRADOS		CAS		TERCEROS		TOTAL	
		CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%
1	MEDICOS	33	28.95	19	9.55	16	66.67	68	20.18
2	OBSTETRAS	11	9.65	12	6.04	4	16.67	27	8.01
3	LIC. ENFERMERIA	4	3.51	33	16.58	1	4.16	38	11.28
4	TEC. DE ENFERMERIA	23	20.17	71	35.68	0	0.00	94	27.89
5	AUX. ENFERMERIA	3	2.63	0	0.00	0	0.00	3	0.89
6	TEC. ADMINISTRATIVAS	14	12.28	9	4.52	0	0.00	23	6.90
7	TEC. ASISTENCIALES	11	9.65	8	4.02	0	0.00	19	5.64
8	AUX. ADMINISTRATIVOS	0	0.00	12	6.03	3	12.50	15	4.45
9	AUX. ASISTENCIALES	7	6.14	4	2.01	0	0.00	11	3.26
10	ASISTENTAS SOCIAL	1	0.88	4	2.01	0	0.00	5	1.48
11	TECNOLOGOS MEDICOS	1	0.88	11	5.53	0	0.00	12	3.56
12	TECNICO LABORATORIO	3	2.63	3	1.51	0	0.00	6	1.68
13	BIOLOGO	0	0.00	1	0.50	0	0.00	1	0.30
14	QUIMICO FARMACEUTICO	0	0.00	1	0.50	0	0.00	1	0.30
15	PSICOLOGOS	0	0.00	1	0.50	0	0.00	1	0.30
16	NUTRICIONISTAS	0	0.00	2	1.00	0	0.00	2	0.60
17	TRANSPORTE	0	0.00	7	3.52	0	0.00	7	2.08
18	ODONTOLOGOS	3	2.63	1	0.50	0	0.00	4	1.20
TOTAL GENERAL		114	100	199	100	24	100	637	100

Fuente: Unidad de Administración-HV.

4) HOSPITAL ESSALUD ALBERTO SABOGAL

Durante el 2011 se realizaron 485,754 atenciones en todos los servicios de consulta externa, mostrándose un descenso de 11,807 atenciones.

	CONSULTA EXTERNA		EMERGENCIAS	
	2010	2011	2010	2011
ATENDIDOS	103930	100764		
ATENCIONES	497561	485754	239511	238682

HOSPITALIZACION	2010	2011
RENDIMIENTO CAMA	4.7	4.4

SERVICIOS	CAMAS (*)
MEDICINA	139
NEUROLOGIA	6
CARDIOLOGIA	8
NEUMOLOGIA	6
GASTROENTEROLOGIA	6
ENDOCRINO	6
REUMATOLOGIA	4
ONCOLOGIA	6
INFECTOLOGIA	4
GERIATRIA	4
NEFROLOGIA	4
CIRUGIA	52
TRAUMATOLOGIA	23
CIR. PLASTICA	1
UROLOGIA	17
NEUROCIRUGIA	17
OTORRINO	3
CIR. CABEZA Y CUELLO	2
CIR. TORAXICA Y CARDIOVASCULAR	4
CIR. PEDIATRICA	4
GINECOLOGIA	16
OBSTETRICIA	45
PEDIATRIA	27
TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS	404

(*) : CAMAS ARQUITECTONICAS

	Nº DE PARTOS		Nº CESAREAS (*)	
	2010	2011	2010	2011
HOSP. SABOGAL	4244	3369	2274	1913

(*) : INCLUYE PARTOS.

**MORBILIDAD HOSPITAL SABOGAL
COMPARATIVO 2010-2011**

CONSULTAS EXTERNAS PO CICLO DE VIDA AÑO 2010							CONSULTAS EXTERNAS PO CICLO DE VIDA AÑO 2011						
CODIGO	DIAGNOSTICO	0-9 años	10-19 años	20-59 años	60 a mas	Total	CODIGO	DIAGNOSTICO	0-9 años	10-19 años	20-59 años	60 a mas	Total
Z51.4	ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIENTO	1239	382	5343	5923	12887	Z51.4	ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIE	1718	559	6398	7787	16462
I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	1986	7059	9045	N40.X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	0	0	1009	8668	9677
N40.X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	0	0	977	7825	8802	B20.9	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN E	108	147	6430	530	7215
I11.9	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INS	3	7	1302	6396	7708	K29.3	GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL	4	118	3535	3239	6896
K29.3	GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL	9	112	4000	3404	7525	I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	4	1620	4832	6456
F20.0	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2	123	5537	1142	6804	H40.1	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	9	12	708	5442	6171
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	1090	571	2713	2424	6798	N18.0	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	1	35	2547	3492	6075
F41.2	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	4	96	2761	3758	6619	I11.9	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SI	1	5	887	5098	5991
H40.1	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	8	4	744	5739	6495	M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	26	83	3454	2385	5948
B20.9	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN ENFER	93	111	5255	384	5843	J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	977	404	2006	2370	5757
	otros Diagnosticos	42072	17803	179366	179794	419035		otros Diagnosticos	38946	16780	172736	180644	409106
	Total	44531	19217	209965	223848	497561		Total	41790	18150	201327	224487	485754

**MORBILIDAD HOSPITAL SABOGAL
COMPARATIVO 2010-2011**

HOSPITALIZACION			Año 2010	HOSPITALIZACION			Año 2011
CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL		CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL	
O80.0	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION C	1,738		O82.1	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	1,290	
O82.1	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	1,549		O80.0	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION C	1,207	
K35.9	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	759		K35.9	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	726	
K80.1	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA CO	700		K80.1	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA CO	635	
K80.2	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECIST	543		J96.0	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	597	
A41.9	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	499		N40.X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	580	
J96.0	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	465		A41.9	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	483	
N40.X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	375		P22.9	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	369	
P22.9	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	369		Z54.0	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA	294	
O82.0	PARTO POR CESAREA ELECTIVA	336		K40.9	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFIC	243	
	Otros diagnosticos	15518			Otros diagnosticos	14792	
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS		22,851		TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS		21,216	

**MORBILIDAD HOSPITAL SABOGAL
COMPARATIVO 2010-2011**

EMERGENCIA			Año 2010	EMERGENCIA			Año 2011
CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL		CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL	
J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	18058		J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	16484	
A09.X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO C	15734		A09.X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO C	15258	
J00.X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	9472		J00.X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	8291	
M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	7887		M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	8164	
R10.1	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUP	7574		N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPE	8024	
N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPE	7550		R10.1	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUP	7370	
J03.9	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6835		J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	6478	
J20.9	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6431		J03.9	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6042	
I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	6148		R10.4	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESP	5322	
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	5969		I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	5240	
	Otros diagnosticos	147853			Otros diagnosticos	152009	
TOTAL ATENCIONES DE EMERGENCIA			239,511	TOTAL ATENCIONES DE EMERGENCIA			238,682

5) HOSPITAL II LIMA NORTE CALLAO ESSALUD LUIS NEGREIROS VEGA

A. DEFINICION DE LA POBLACION Y EL AMBITO O TERRITORIO QUE OCUPA

a. Descripción del ámbito territorial

El Hospital II Lima Norte Callao "Luis Negreiros Vega", se ubica en la Provincia Constitucional del Callao, colindante con el Sector Centro Occidental del Departamento de Lima, en la Costa Central del Perú. Esta edificada entre las avenidas Tomas Valle (cuadra 37) y Pacasmayo, cerca al Aeropuerto Jorge Chávez, teniendo como área de influencia: Carmen de la Legua (Elmer Faucett, 200 Millas, La Grimanesa), Callao (Dulanto, Santa osa, Ramón Castilla, Sta. Cruz, Gambeta, Bella Unión, Las Fresas, Bocanegra, Previ, Jorge Chávez, El Cóndor Albino, Herrera Satélite, Los Libertadores, Los Jazmines, Vipol), Sn Martin de Porres (Castilla, Sesquicentenario) y Los Olivos.

b. Ubicación territorial, señalando límites

Se ubica entre los 200 y 500 m.s.n.m. abarcando los distritos del Callao, San Martin de Porres

Límites:

Por el norte con los distritos del Callao, Ventanilla y Puente Piedra

Por el sur Bellavista y el Aeropuerto

Por el este Comas Independencia, Rímac y Lima

Por el Oeste con el Callao

c. Características geográficas:

- **Relieves:** Diversidad de forma de relieves: Sector Norte: Geoformas de Arena: Sector Centro Sur: Terraza Fluvial (Área entre el Río Chillón y Río Rímac), Sector Sur: Terraza fluvial (Margen izquierda del río Rímac) hasta la zona del litoral zona del mar brava.
- **Altitud:** 500 metros sobre el nivel del mar
- **Sistema hidrográfico:** Principales recursos hidrográficos: Río Rímac cuya cuenca alcanza 3952Km² y Río Chillón cuya cuenca alcanza 2645 Km². Zona de lluvias a 2500 m. de altitud.
- **Red vial:** Cuenta con importantes avenidas como Tomas Valle, Universitaria, Morales Duárez, Panamericana Norte, Gambeta, Faucett, Pacasmayo, Dominicos entre otras.
- Todos los distritos están comunicados a través de los servicios de transporte urbano (buses, colectivos, combis, taxis)
- **Riesgos ambientales relevantes:** En la provincia del Callao el 50% de la población se localiza en la zona adyacente al litoral. Así mismo existen Instalaciones Industriales que representan un peligro constante tanto por

la contaminación ambiental y sonora como por los peligros de accidentes permanentes.

- Redes de establecimientos de salud de ESSALUD – MINSA
- Asentamientos humanos (Callao): 101
- Clima: 18°C
- Humedad: 97%

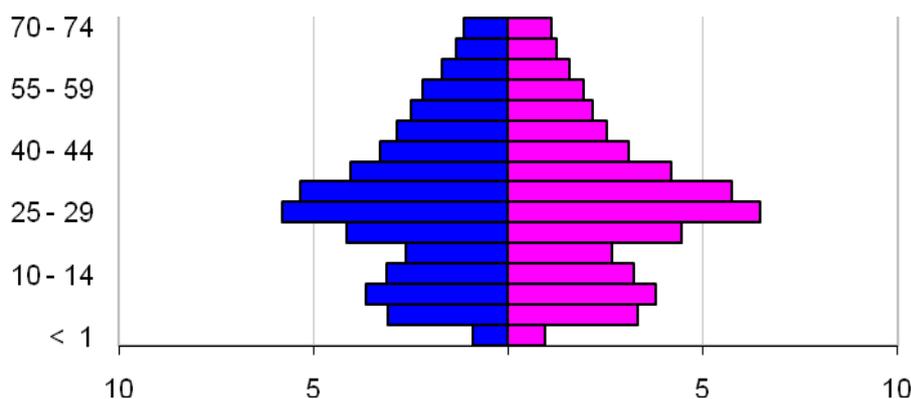
d. Población:

Tamaño de la población adscrita. Número de habitantes

Varones: 73024

Mujeres: 73841

ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACIÓN



e. Tendencias, brechas

- Existen brechas importantes en los accesos a los servicios públicos
- La población tiende a mejorar su nivel de vida con la incorporación de la población a las actividades económicas
- Existe migración aumentando el número de asentamientos humanos
- La población predominante es femenina
- La población adulta y joven constituye más del 50% de la población lo que conducirá a una variación mayor de la pirámide poblacional
- Existe mejoría en la tasas de mortalidad

B. EL CONTEXTO POLITICO, SOCIAL Y ECONOMICO DE LA POBLACION OBJETIVO

a. Organización de la población

- Municipalidad: San Martín de Porres y Callao
- Participación de la población en las decisiones de orden local

- Se fomenta la participación de la población a través de los gobiernos locales
- Las municipalidades realizan constante difusión de sus actividades
- Es necesaria mayor integración de la población con sus autoridades en el manejo de los gobiernos locales

Análisis de brechas

- Se debe considerar las organizaciones oficiales y no oficiales con miras a lograr una integración en los gobiernos locales.
- La falta de conciencia de la población sobre una cultura de prevención condiciona factores de riesgo
- La falta de integración e interés de la población condiciona que no existan grupos de participación comunitaria en ciertas zonas
- Corresponde a los gobiernos locales lograr la participación comunitaria con un enfoque social.

b. Características Socio-Económicas de la población

- El estrato Socio Económico predominante de la población es de Nivel C o Clase Media Baja
- El principal grupo de demanda de servicios es de la población económicamente activa, de 15 a 49 años, los cuales tienen cónyuges dependientes e hijos de edad pre-escolar y escolar
- Otro grupo importante es de la población Adulta Mayor, conformado en su mayoría por individuos pensionistas o beneficiarios de instituciones del estado o particulares, quienes reciben una compensación baja que su calidad y proyección de vida.
- Integrando la zona de influencia se encuentran Asentamientos Humanos cuyos pobladores se caracterizan por tener ingresos eventuales con viviendas de construcción precaria y deficientes servicios
- Se identifican problemas de viviendas multifamiliares tugurizadas con pobres prestaciones de saneamiento.
- Existe un incremento del nivel socioeconómico medio representado por el crecimiento del distrito de Los Olivos
- Ha habido un incremento significativo de la construcción de viviendas multifamiliares aumentando la población en el área de influencia

Actividades económicas principales de la población

- Las principales fuentes de trabajo son el comercio ambulatorio, tiendas de abarrotes y empleos de baja remuneración
- Existe incremento a nivel del transporte, construcción civil

Nivel de educación de la población

Primaria	98%	Superior no universitaria	12.21%
Secundaria	88%	Superior universitaria	9.84%

Acceso a servicios básicos: agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, telefonía,

72%	Energía eléctrica	73%
70%	Teléfono fijo	

Análisis.

La población en área de influencia ejerce actividades económicas en crecimiento por un aumento de la población económicamente activa.

El nivel educativo de la población ha experimentado un aumento en los últimos años

La mayor parte de la población cuenta con acceso a servicios básicos existiendo diferencias según la zona en estudio.

El área de influencia se encuentra en constante crecimiento principalmente en Los Olivos

C .PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION. RELACION CON CONDICIONANTES O DETERMINANTES MAS IMPORTANTES.

a . Morbilidad registrada en los establecimientos: Diez primeras causas NIÑOS

Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
<ul style="list-style-type: none">- Infecciones agudas de las vías respiratorias- Otras infecciones agudas de las vías respiratorias- Enfermedades infecciosas intestinales- Enfermedades de la cavidad bucal- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias- Helmintiasis- Dermatitis y eczema- Otras enfermedades de las vías respiratorias- Desnutrición- Micosis	<ul style="list-style-type: none">- Infecciones agudas de las vías respiratorias- Otras infecciones de las vías respiratorias- Enfermedades infecciosas intestinales- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias- Otras enfermedades de las vías respiratorias- Enfermedades diarreicas agudas- Infecciones del sistema urinario- Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo- Infecciones del oído medio	<ul style="list-style-type: none">- Fiebre, no especificada- Diarrea y gastroenterocolitis aguda- Estado Asmático- Asma, no especificado- Rinofaringitis Aguda- Bronquitis Aguda, no especificada- Faringitis Aguda, no especificada- Infección Aguda no especificada- Nausea y vomito- Otras enfermedades crónicas de las vías respiratorias

MUJERES

Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
<ul style="list-style-type: none">- Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores- Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares- Enfermedades infecciosas intestinales- Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores- Otras infecciones de las vías respiratorias superiores- Dermatitis y eczema- Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y refracción- Otras enfermedades del sistema urinario- Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	<ul style="list-style-type: none">- Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto- Embarazo terminado en aborto- Enfermedades del apéndice- Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas- Influenza y neumonía- Complicaciones del trabajo de parto y parto- Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos- Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores- Tumores benignos	<ul style="list-style-type: none">- Falso trabajo de parto, sin otra especificación- Infección de vías urinarias, sitio no especificado- Infección de vejiga urinaria en el embarazo- Amenaza de aborto- Falso trabajo de parto a las 37 y mas semanas- Supervisión de embarazo- Dolor pélvico y perineal- Supervisión de embarazo de alto riesgo- Cistitis Aguda- Supervisión de otros embarazos normales

ADULTOS-ADULTOS MAYORES

Consultas	Hospitalización	Emergencia
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de la cavidad bucal - Infecciones agudas de las vías respiratorias - Enfermedades del esófago y del estomago - Enfermedades hipertensivas - Enfermedades crónicas de las vías respiratorias - Artropatías - Enfermedades infecciosas intestinales - Enfermedades del sistema urinario - Dorsopatías - Trastornos musculares 	<ul style="list-style-type: none"> - Influenza y neumonía - Enfermedades del apéndice - Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas - Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores - Tumores benignos - Otras infecciones crónicas de las vías respiratorias - Enfermedades del sistema urinario - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus complicada - Trastornos cardiovasculares 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso - Otros dolores abdominales y los no especificados - Hipertensión esencial (primaria) - Estado asmático - Faringitis Aguda, no especificada - Infección intestinal bacteriana, no especificada - Dolor abdominal localizado en parte superior - Lumbago no especificado - Fiebre, no especificada - infección de vías urinarias, sitio no especificado

b. Estadísticas de mortalidad: Diez primeras causas

Varones: 55%

Mujeres: 45%

Mortalidad

- Hipertensión esencial no especificada
- Diabetes mellitus
- Neumonía
- Cirrosis hepática sin mención de alcoholismo
- Enfermedad cerebrovascular
- Infarto agudo de miocardio
- Tumor maligno de estómago, parte no especificada
- Sida
- Tuberculosis sin especificación
- Tumor maligno bronquio, pulmón sin especificación

c. Análisis de los determinantes de la salud local

El Callao como parte de la costa presenta un clima húmedo el cual es un factor de riesgo para infecciones respiratorias

Existe un riesgo incrementado de problemas de infecciones de VIH- Sida.

Existen dificultades en la socialización de medidas preventivas para evitar el riesgo de infecciones transmisibles

Al haber un incremento de la población adulta la demanda de servicios de salud se hace cada vez mayor para este grupo etareo

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública en la provincia del Callao

La presencia de fábricas cerca al río, el aeropuerto y numerosas industrias constituyen factores de riesgo para enfermedades laborales y accidentes.

La participación comunitaria debe ser activa con identificación de su problemática

Sistemas de Salud no integrados: EsSalud, PNP, MINSA, Municipalidades, Parroquias y ONGs.

Población adscrita corresponde a DISA Lima Norte y DIRESA Callao, las cuales tienen realidades diferentes.

EsSalud tiene su sistema organizado en redes, correspondiendo Negreiros a la RED SABOGAL

d. Análisis FODA

FORTALEZAS

- Centros asistenciales del sector público y privado
- Amplia capacidad resolutive en consulta externa y emergencia
- Servicios de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento
- Personal capacitado y con experiencia
- Integración con el sector MINSA
- Presencia de médicos PAAD
- Gobiernos locales con conocimiento de la problemática sanitaria
- Población con mejoría de indicadores sanitarios
- Facilidad de comunicación interinstitucionales
- Población con acceso a servicios básicos

OPORTUNIDADES

- Lograr integración de oferta asistencial con posibilidad de tercerización.
- Establecer alianzas estratégicas con gobiernos locales
- Trabajar con instituciones organizadas

DEBILIDADES

- Falta de trabajo en equipo
- Objetivos sanitarios comunes no priorizados
- Oferta asistencial no acorde con población demandante
- Falta de integración con los gobiernos locales
- Desconocimiento de la Atención Integral en Salud
- Acceso a los servicios de salud dependiente del status socioeconómico.
- Falta planificación a largo plazo en gobiernos locales
- Centros asistenciales con limitaciones de infraestructura y equipos
- Crecimiento de la oferta asistencial privada con fines de lucro

AMENAZAS

- Crecimiento de la población en los segmentos adulto y adulto mayor demandante de mayores servicios
- Presencia de factores de riesgo sanitarios por contaminación, accidentes, cercanía a la costa.

e. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

- La población del área de influencia cuenta con diferentes servicios de salud con capacidad resolutive variable no articuladas.
- Esta falta de integración en los servicio de salud es el principal problema para lograr una mayor cobertura.
- Existe un importante grupo poblacional en constante incorporación a la actividad económica y con riesgos de adquirir enfermedades.
- Se cuenta con autoridades locales en municipalidades relacionadas a la salud, lo que permite realizar coordinaciones con objetivos comunes.
- Existen limitaciones en la sensibilización de atención primaria por parte de instituciones privadas por tener objetivos diferentes.
- Se deben establecer alianzas y coordinaciones permanentes con

participación de los diferentes centros asistenciales

Profesionales: 353

Médicos	125
Enfermeras	121
Odontólogos	9
Químico-Farmacéuticos	9
Obstetrices	25
Otros Profesionales	64

No profesionales 266	Aux. Asistencial	6
	Téc. Asistencial	260
Administrativo	Administrativo	58

6) CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA NIVEL III BELLAVISTA DE LA RED ESSALUD SABOGAL

	CONSULTA EXTERNA (**)		EMERGENCIAS	
	2010	(*) 2011	2010	2011
ATENDIDOS		28,934	00	00
ATENCIONES		119,336	00	00

(*) Se dispone de datos del periodo anual 01 de octubre 2010 al 30 de setiembre 2011, del servicio consulta externa de medicina general, medicina interna, pediatría y ginecología,

(**) El Centro Asistencial Bellavista no está programado para atender Emergencias, los casos son derivadas de inmediato al Hospital, de ser necesario previa atención inmediata encaminada a la estabilización.

HOSPITALIZACION El Centro Asistencial no dispone de este servicio.

NRO PARTOS INSTITUCIONALES -NRO DE CASAREAS 2010-2011

(**) El Centro Asistencial Bellavista no está programado para atender parto vaginal ni cesárea, los casos son derivadas de inmediato al Hospital, de ser necesario previa atención inmediata encaminada a la estabilización

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA

Se dispone de datos del periodo anual 01 de octubre 2010 al 30 de setiembre 2011, del servicio consulta externa de medicina general, medicina interna, pediatría y ginecología. FUENTE: Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de ESSALUD.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA
CAP-III BELLAVISTA AÑO 2011**

CAPITULO	CATEGORIA	Nº DE DXS	%	% ACUMULADO
J00-J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	32.338	18,0	18,0
M00-M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	27.958	15,6	33,6
E00-E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	21.979	12,2	45,8
I00-I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	19.573	10,9	56,7
N00-N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	18.186	10,1	66,9
K00-K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	13.217	7,4	74,2
A00-B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	12.264	6,8	81,0
L00-L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	8.202	4,6	85,6
H00-H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	5.485	3,1	88,7
F00-F99	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	4.746	2,6	91,3
OTROS	OTROS	15.609	8,7	100,0
	TOTAL	179.557	100,0	

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL:

Por ciclo de vida: niño (0-9), adolescente (10-19), adulto (20-59), adulto mayor (mayor de 60 años):2010-2011

Se dispone de datos del periodo anual 01 de octubre 2010 al 30 de setiembre 2011, del servicio consulta externa de medicina general, medicina interna, pediatría y ginecología. FUENTE: Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de ESSALUD.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO DE VIDA NIÑO DE 0 A 9 AÑOS DE EDAD

CAP-III BELLAVISTA AÑO 2011

CAPITULO	CATEGORIA	Nº DE DXS	%	% ACUMULADO
J00-J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	13.090	52,6	52,6
A00-B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3.081	12,4	65,0
L00-L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	2.516	10,1	75,1
E00-E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	1.211	4,9	79,9
N00-N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	879	3,5	83,5
D50-D89	ENFERMEDADES DE LA SANGRE, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y MECANISMO DE LA INMUNIDAD	860	3,5	86,9
H00-H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	800	3,2	90,1
K00-K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	582	2,3	92,5
H60-H95	ENFERMEDADES DE OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	427	1,7	94,2
Q00-Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	365	1,5	95,7
OTROS	OTROS	1.081	4,3	100,0
		24.892	100,0	

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO DE VIDA ADOLESCENTE DE 10 A 19
AÑOS DE EDAD
CAP-III BELLAVISTA AÑO 2011**

CAPITULO	CATEGORIA	N° DE DXS	%	% ACUMULADO
J00-J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	3.289	33,7	33,7
A00-B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.235	12,6	46,3
E00-E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	1.126	11,5	57,9
L00-L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	884	9,1	66,9
M00-M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	638	6,5	73,5
K00-K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	527	5,4	78,9
N00-N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	527	5,4	84,3
H00-H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	424	4,3	88,6
S00-T98	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	268	2,7	91,3
G00-G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	199	2,0	93,4
OTROS	OTROS	646	6,6	100,0
	TOTAL	9.763	100,0	

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO DE VIDA ADULTO DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

CAP-III BELLAVISTA AÑO 2011

CAPITULO	CATEGORIA	N° DE DXS	%	% ACUMULADO
M00-M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	13.652	18,7	18,7
N00-N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	10.791	14,8	33,4
E00-E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	9.400	12,9	46,3
J00-J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	9.301	12,7	59,0
K00-K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	6.394	8,7	67,7
A00-B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	5.195	7,1	74,8
I00-I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	4.486	6,1	81,0
L00-L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	2.773	3,8	84,8
G00-G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	2.349	3,2	88,0
S00-T98	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	1.950	2,7	90,6
OTROS	OTROS	6.845	9,4	100,0
	TOTAL	73.136	100,0	

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO DE VIDA ADULTO MAYOR DE 60 A MÁS
AÑOS DE EDAD**

CAP-III BELLAVISTA AÑO 2011

CAPITULO	CATEGORIA	Nº DE DXS	%	% ACUMULADO
I00-I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	14.952	20,8	20,8
M00-M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	13.485	18,8	39,6
E00-E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	10.242	14,3	53,9
J00-J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	6.658	9,3	63,2
N00-N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	5.989	8,3	71,5
K00-K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	5.714	8,0	79,5
A00-B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2.753	3,8	83,3
F00-F99	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	2.541	3,5	86,9
H00-H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	2.524	3,5	90,4
L00-L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	2.029	2,8	93,2
OTROS	OTROS	4.879	6,8	100,0
	TOTAL	71.766	100,0	

7) CENTRO MÉDICO NAVAL

I. INTRODUCCION

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” (CEMENA “CMST”) es un establecimiento de salud categoría III-1 de la Marina de Guerra del Perú, ubicado en el distrito de Bellavista de la Provincia Constitucional del Callao que cuenta con una capacidad de 473 camas hospitalarias y 48 camas no hospitalarias.

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental de la Dirección de Salud está conformada por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica; la Unidad de Salud Ambiental y la Unidad Inteligencia Sanitaria; para lo cual se cuenta con un Médico Infectólogo, dos Enfermeras, una Técnica de Enfermería, una Secretaria y una dotación de tres militares como personal de apoyo.

II. GENERALIDADES

II.1. Indicadores Geográficos

La Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú en la Región Callao tiene a su cargo el CEMENA “CMST”, el Hospital de la Base Naval del Callao y la Posta de Ventanilla.

II.2. Indicadores Demográficos

La población naval usuaria de los servicios de salud de la Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú son 234,812 de los cuales 128,995 son titulares y 105,817 son familiares.

II.3. Recursos Humanos

En la cuadro se muestra la relación y número de Personal de Salud por grupo ocupacional que labora en el CEMENA "CMST" Periodo 2010 – 2011, observándose un incremento de recurso humano en el Grupo Ocupacional correspondiente a los médicos, enfermeras/enfermeros navales y serumistas.

Recurso Humano por Grupo Ocupacional en el CEMENA "CMST". Periodo 2010 - 2011

ESPECIALIDAD	2010	2011
Médicos	288	306
Médicos residentes	62	61
Cirujano Dentista	76	73
Químicos Farmacéuticos	18	18
Enfermeras/Enfermeros Navales	558	605
Psicólogo	15	16
Asistente Social	6	5
Biólogos	3	3
Nutricionistas	8	8
Tecnólogos Médicos	32	35
SERUMs	12	83
Técnico de Salud	560	479
Profesional Docente	2	2
Técnico Docente	2	2
Auxiliar Docente	2	2
Profesional Administrativo	31	35
Técnico Administrativo	137	137
Auxiliar Administrativo	135	130
Otros	325	478
TOTAL	2,272	2,478

Fuente: Oficina de Personal

II.4. Cartera de Servicios

Los servicios con los que cuenta el CEMENA "CMST" son los siguientes:

- Medicina General
- Cirugía General
- Gineco-Obstetricia
- Pediatría
- Subespecialidades de Medicina
 - o Cardiología
 - o Dermatología
 - o Endocrinología
 - o Gastroenterología
 - o Geriatría
 - o Hematología
 - o Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales
 - o Medicina Física y Rehabilitación
 - o Neumología
 - o Neurología
 - o Nefrología
 - o Oncología
 - o Psiquiatría
 - o Reumatología
- Subespecialidades de Cirugía
 - o Cirugía de Cabeza y Cuello
 - o Cirugía de Tórax
 - o Cirugía de Transplantes
 - o Cirugía Oncológica
 - o Cirugía Pediátrica
 - o Cirugía Plástica
 - o Oftalmología
 - o Otorrinolaringología
 - o Neurocirugía
 - o Terapia del dolor
 - o Traumatología y Ortopedia
 - o Urología
- Unidades de Cuidados Intensivos (UCI):
 - o UCI Médica de Adultos
 - o UCI Pediátrica
 - o UCI Neonatal
 - o UCI Quirúrgica
- Diagnóstico por Imágenes:
 - o Ecografía
 - o Radiología
 - o Tomografía
 - o Resonancia Magnética
 - o Medicina Nuclear

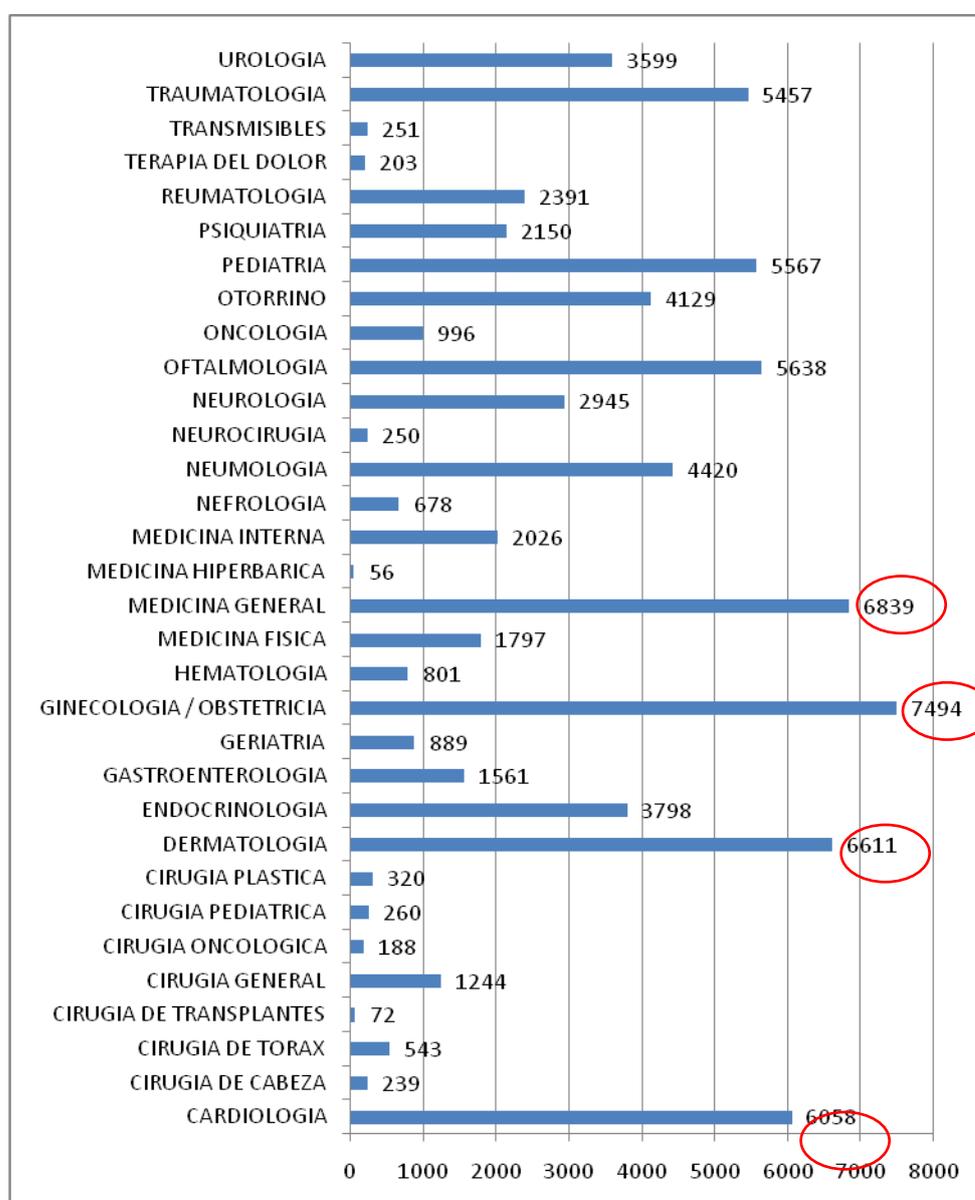
– Estomatología

III. ATENCIÓN AMBULATORIA: CONSULTORIOS EXTERNOS

III.1. Atendidos

En relación a los **Atendidos** en Consultorios Externos por especialidad en el CEMENA “CMST” durante el año 2011, el mayor número de atendidos (usuarios) se registró en consultorios a Ginecología/Obstetricia (n=7,494), seguido de Medicina General (n=6,839), Dermatología (n=6,611) y Cardiología (n=6,058).

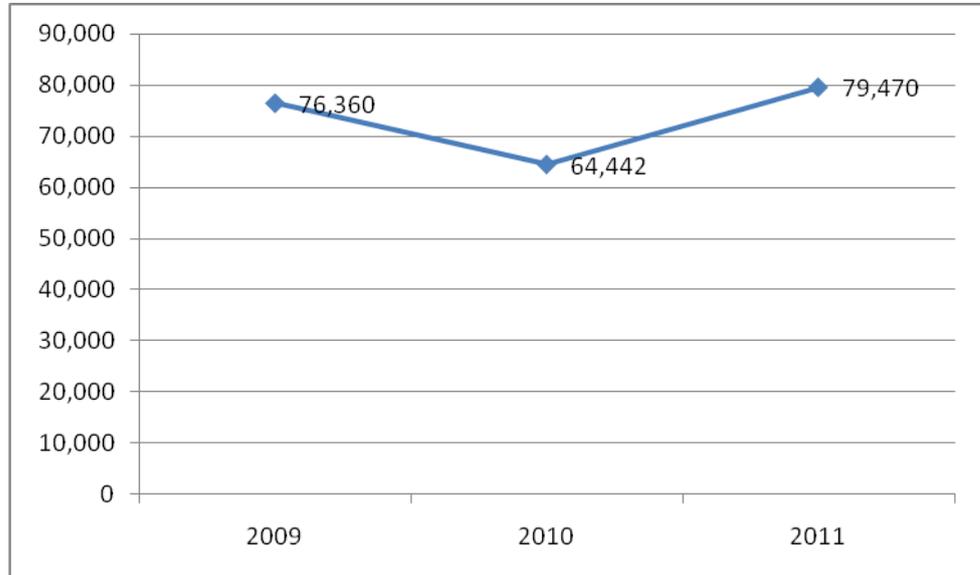
Atendidos en Consultorios Externos según Especialidad. Año 2011



Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística
Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Al evaluar el **total de los atendidos** en consultorios externos en el periodo 2009 – 2011, se observa una línea de tendencia ascendente en el total de usuarios en la consulta externa respecto a los años anteriores.

Total de Atendidos en Consulta Externa. Periodo 2008 – 2011



Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística
Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Atendidos por Especialidad en Consulta Externa. Periodo 2008 – 2011

ESPECIALIDAD	2009	2010	2011
CARDIOLOGIA	9,053	6,599	6058
CIRUGIA DE CABEZA	83	114	239
CIRUGIA DE TORAX	315	363	543
CIRUGIA DE TRANSPLANTES	15	18	72
CIRUGIA GENERAL	772	937	1244
CIRUGIA ONCOLOGICA	150	72	188
CIRUGIA PEDIATRICA	91	131	260
CIRUGIA PLASTICA	140	98	320
DERMATOLOGIA	4,897	4,595	6611
ENDOCRINOLOGIA	3,696	2,701	3798
GASTROENTEROLOGIA	1,062	1,278	1561
GERIATRIA	728	687	889
GINECOLOGIA / OBSTETRICIA	7,561	6,137	7494
HEMATOLOGIA	804	574	801
MEDICINA FISICA	1,260	1,472	1797

MEDICINA GENERAL	6,207	5,601	6839
MEDICINA HIPERBARICA	156	21	56
MEDICINA INTERNA	1,633	1,659	2026
NEFROLOGIA	332	473	678
NEUMOLOGIA	1,903	3,620	4420
NEUROCIRUGIA	114	164	250
NEUROLOGIA	2,470	2,412	2945
OFTALMOLOGIA	5,559	4,617	5638
ONCOLOGIA	1,249	816	996
OTORRINO	4,463	3,381	4129
PEDIATRIA	6,898	4,559	5567
PSIQUIATRIA	1,405	1,679	2150
REUMATOLOGIA	1,997	1,958	2391
TERAPIA DEL DOLOR	142	166	203
TRANSMISIBLES	172	124	251
TRAUMATOLOGIA	5,350	4,469	5457
UROLOGIA	5,683	2,947	3599
TOTAL	76,360	64,442	79,470

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

**Atenciones en Consultorios Externos según Especialidad.
Periodo 2008 – 2011**

ESPECIALIDAD	2008	2009	2010	2011
CARDIOLOGIA	25,115	25,289	22,395	17,167
CIRUGIA DE CABEZA	1,054	973	914	1,048
CIRUGIA DE TORAX	1,724	1,615	1,817	2,043
CIRUGIA DE TRANSPLANTES	0	49	202	112
CIRUGIA GENERAL	2,35	2,530	2,811	3,010
CIRUGIA ONCOLOGICA	1,057	901	941	951
CIRUGIA PEDIATRICA	701	626	922	790
CIRUGIA PLASTICA	1,975	2,154	1,707	2,287
DERMATOLOGIA	19,030	17,303	16,431	12,806
ENDOCRINOLOGIA	11,473	12,530	10,005	12,738
GASTROENTEROLOGIA	8,245	9,319	12,940	8,599
GERIATRIA	9,972	9,702	10,358	7,056
GINECOLOGIA / OBSTETRICIA:	18,903	19,287	19,703	17,633
HEMATOLOGIA	3,051	3,130	2,993	3,360
MEDICINA FISICA	6,597	5,859	6,691	6,676
MEDICINA GENERAL	19,639	17,337	18,405	25,798
MEDICINA HIPERBARICA	270	377	194	436
MEDICINA INTERNA	5,143	5,134	4,978	4,968
NEFROLOGIA	1,860	1,766	1,895	1,889
NEUMOLOGIA	7,662	7,768	10,860	9,353
NEUROCIRUGIA	934	861	1,313	1,657
NEUROLOGIA	11,113	9,761	9,646	9,963
OFTALMOLOGIA	9,538	12,006	11,543	10,104
ONCOLOGIA	3,359	3,162	3,166	3,147
OTORRINO	11,293	10,308	9,845	9,954
PEDIATRIA:	16,902	14,834	12,476	14,299
PSIQUIATRIA	4,917	4,638	5,539	4,783
REUMATOLOGIA	5,771	5,822	5,815	5,401
TERAPIA DEL DOLOR	580	580	665	762
TRANSMISIBLES	1,270	931	1,129	1,232
TRAUMATOLOGIA	13,775	14,154	12,809	14,798
UROLOGIA	12,306	14,763	13,976	11,842
TOTAL	237,579	235,469	235,084	226,662

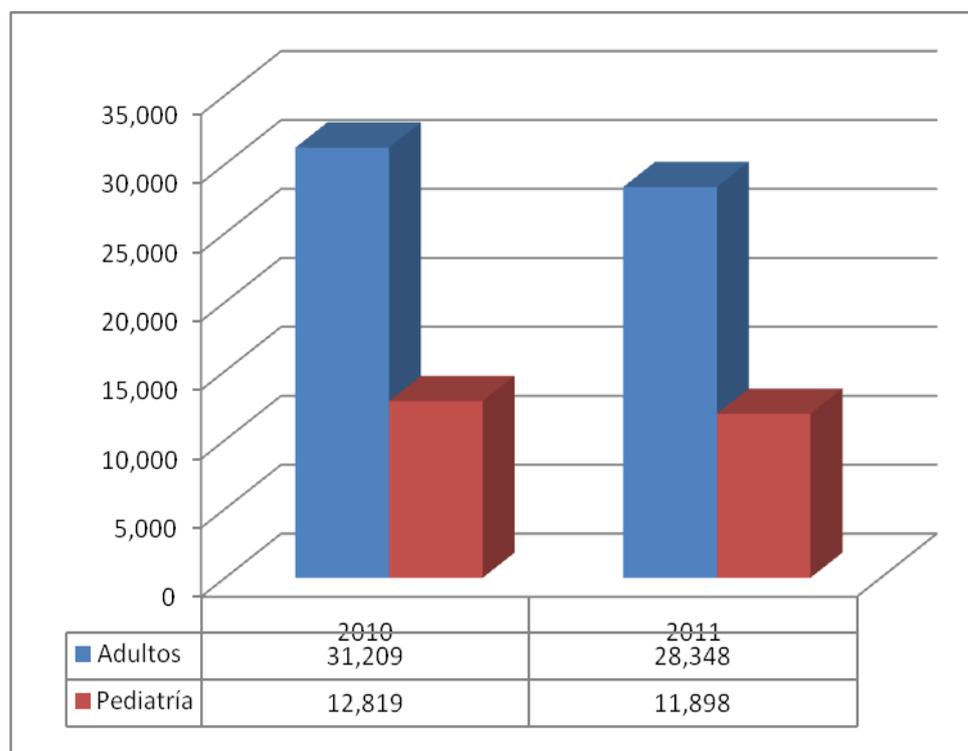
Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

EMERGENCIA

III.2. Atenciones

En los Servicios de Emergencias durante el 2011 realizaron 40,246 atenciones (100%), de las cuales en emergencia de adultos se realizaron 28,348 atenciones (70.44%) y en emergencia pediátrica 11,898 atenciones (29.56%), observándose una tendencia decreciente en ambos servicios en relación al año 2010 siendo mayor la diferencia en emergencia pediátrica.

Gráfico 07: Atenciones en Adultos y Pediátrica. Periodo 2010 - 2011.



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

IV. MORBILIDAD

En el CEMENA "CMST" durante el 2011 el análisis de las primeras causas de morbilidad en Consulta Externa muestra que las patologías con mayor número de atenciones fueron los casos de Rinofaringitis aguda (n = 8,869), seguido de los casos de Diabetes mellitus no insulino dependiente (n = 8,386), Hiperplasia de la próstata (n = 7,126), Dermatoftosis (n = 7,094), Asma (n = 6,320), Faringitis aguda (n = 6,064), Vitíligo (n = 5,944), Trastorno depresivo recurrente (n = 4,896), Falta del desarrollo fisiológico normal esperado (n = 4,432), y Parasitosis intestinales, sin otra especificación (n = 3,644).

Diez primeras causas de Morbilidad en Consulta Externa en el CEMENA "CMST". Año 2011

N°	CIE-10	Diagnóstico	N° Atenciones
1	J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	8,869
2	E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente	8,386
3	N40	Hiperplasia de la próstata	7,126
4	B35	Dermatofitosis	7,094
5	J45	Asma	6,370
6	J02	Faringitis aguda	6,064
7	L80	Vitíligo	5,944
8	F33	Trastorno depresivo recurrente	4,896
9	R62	Falta del desarrollo fisiológico normal esperado	4,432
10	B82	Parasitosis intestinales, sin otra especificación	3,644

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

La Morbilidad en Hospitalización del CMN "CMST durante el 2011 por Grupos de Familia - CIE-10, muestra que la mayor incidencia la tuvo las enfermedades del aparato digestivo (n = 1,023), seguida de las enfermedades del aparato respiratorio (n = 976), los Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (n = 969), las Enfermedades del aparato genitourinario (n = 926), el Embarazo, parto y puerperio (n = 878), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (n = 572), las Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (n = 445), las Neoplasias (n = 392), las Enfermedades del sistema circulatorio (n = 324), y los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (n = 235).

**Diez primeras causas de Morbilidad en Hospitalizados en el CEMENA
"CMST" por Grupos de Familia - CIE-10 en el 2011.**

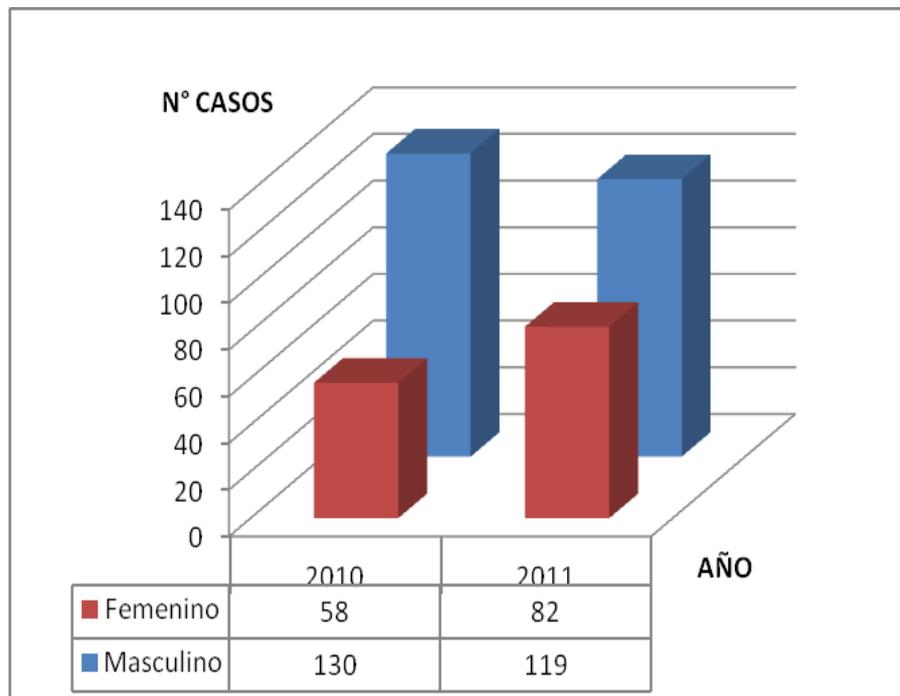
N°	CIE-10	ESPECIFICACION	TOTAL
1	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo	1,023
2	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	976
3	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	969
4	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario	926
5	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	878
6	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	572
7	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	445
8	C00-D48	Neoplasias	392
9	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	324
10	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	235

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

El análisis de los casos de cáncer en el CEMENA "CMST durante el periodo 2010 - 2011, muestra una tendencia creciente con 201 casos en el 2011 y 188 casos en el 2010.

El análisis de los casos de cáncer según género durante el periodo 2010 - 2011, muestra una tendencia creciente en el género femenino 58(2010), 82(2011) y una ligera disminución en el género masculino 130(2010) 119 (2011)

Incidencia de Cáncer según Género en el CEMENA - Periodo 2010 - 2011.



**Fuente: Oficina de Registros Oncológicos
Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**

En el análisis por tipo de cáncer en el CMN "CMST en el año 2011, muestra una mayor incidencia de casos de cáncer de próstata con 40 casos, seguido del cáncer de piel con 35 casos y el cáncer de mama con 18 casos

V. MORTALIDAD

El análisis de la mortalidad en el CEMENA "CMST" muestra que las patologías más frecuentes como causa de muerte en el año 2011 fueron la falla orgánica multisistémica con 31 casos, la insuficiencia respiratoria aguda con 25 casos, el shock séptico con 21 casos y la sepsis con 13 casos.

Las causas infecciosas (shock séptico y sepsis) fueron las patologías más prevalentes entre las causas de morbilidad en el CEMENA "CMST" en el año 2011.

Doce primeras causas de Mortalidad en el 2011

Causas de Mortalidad más frecuentes en el 2010		
1	FALLA ORGANICA MULTIFUNCIONAL	31
2	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	25
3	SHOCK SEPTICO	21
4	SEPSIS	13
5	CANCER DE MAMA	7
6	NEUMONIA ASPIRATIVA	6
7	INFARTO DEL MIOCARDIO	6
8	CANCER GASTRICO	3
9	CANCER DE PULMON	3
10	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	3
11	CANCER DE COLON	3
12	FIBROSIS PULMONAR	3

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

VI. VIGILANCIA ACTIVA DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

El análisis de las Enfermedades Metaxénicas del año 2011 se observa que la Malaria tuvo el mayor número de casos confirmados (n=16), seguido del dengue (n=05) y leishmaniosis (n=04); todos los cuales correspondieron a casos importados de zonas endémicas; en zoonosis se confirmó 01 caso de Brucella y 01 caso de Letospirosis; y en accidentes por ponzoñosos se presentaron 05 casos.

Al comparar la incidencia de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis según resultado de laboratorio durante el periodo 2008 – 2011 se observa que la mayor incidencia correspondió a la epidemia de influenza A (H1N1) en el 2009.

Incidencia de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis según resultado de laboratorio en el CMN "CMST" - Año 2011.

DAÑOS	2008		2009		2010		2011	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Brucella	9	0	6	0	6	3	1	1
Leishmaniasis	0	0	1	0	3	0	4	0
Malaria	3	0	12	0	29	0	16	0
Accidentes Ponzñosos	5	0	3	0	3	0	5	0
Dengue	4	0	4	12	1	9	5	11
Leptospirosis	0	0	0	2	5	16	1	12
Influenza A (H1N1)			280	222	10	29 (15*)	0	1
Bartonellosis								1
Tos Ferina								1
TOTAL	21	0	306	236	47	57	32	27

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (*) Casos sin resultado de laboratorio

VII. INDICADORES

VII.1. Indicadores de Salas de Hospitalización

El análisis de los indicadores hospitalarios del CEMENA "CMST" correspondientes al año 2011 muestra un **grado de uso de camas promedio** de un **60.54%**, un **promedio de permanencia por paciente** de **18.89 días**, un **rendimiento de paciente/cama al año** (número de pacientes que usan una cama en un año) de **20.02 paciente/cama**, un **promedio de censo diario paciente** de **16.10 pacientes/día** y un **intervalo de sustitución paciente cama** (tiempo de cama desocupada) de **7.11 días**.

El análisis del **grado de uso** por salas muestra que las salas con **mayor** grado de uso fueron Traumatología con 95.83%, seguido Medicina de Varones con 95.08% por encima del estándar que es 90%; y las de **menor** grado de uso fueron Geriatria con 27.32%, seguido de Gineco-Obstetricia con 29.50% y Neonatología con 29.91%. Los factores que alteran el grado de ocupación cama son la permanencia prolongada de los pacientes.

El análisis del **promedio de permanencia en días** por salas muestra que las salas con **mayor** promedio de permanencia en días fueron Tisiología con 62.71 días, seguido de Traumatología con 30.51 días,

y Neumología con 34.27 días; y las de **menor** promedio de permanencia fueron Neonatología con 3.85 días, seguido de Gineco-Obstetricia con 4.30 días .y de Pediatría con 5.44 días.

El análisis del **rendimiento cama/mes** (el número de enfermos tratados en una cama/mes) por salas muestra que las salas con **mayor** rendimiento fueron Pediatría con 3.47 pacientes por cama/mes, seguido de Cirugía de Damas con 2.45 paciente cama/mes y Gineco-Obstetricia con 2.33 paciente cama/mes; y las de **menor** rendimiento fueron las Salas de Tisiología con 0.20 paciente cama/mes, seguido de Geriatria con 0.65 paciente cama/mes y Psiquiatria con 0.85 paciente cama/mes; siendo el estándar nacional de 03 pacientes por cama/mes.

El análisis del **intervalo de sustitución** (tiempo en que permanece una cama desocupada) por salas muestra que las salas con **mayor** intervalo de sustitución fue Tisiología con 121.88 días y la de **menor** intervalo de sustitución fue Medicina de Varones con 0.80 días; siendo el intervalo estándar de 1.

Indicadores de Hospitalización durante el 2011

AMBIENTES DE HOSPITALIZACIÓN	INSTRUMENTOS		ACTIVIDADES			INDICADORES				
	Nº de Camas	Camas Días Disponible	Egresos	Estancia de los Egresos	Pacientes Día	Grado de Uso (%)	Promedio de Permanencia (DIAS)	Rendimiento (Cama/mes)	Promedio de Censo Diario (Paciente)	Intervalo de Sustitución
Clínica de oficiales	29	10585	541	6,439	6,395	60.65%	12.18	1.56	17.53	8.08
Cirugía especial i - urología	30	10950	454	7,095	7,638	69.70%	15.94	1.26	20.91	8.21
Psiquiatría	29	10585	297	4,826	4,790	45.29%	19.38	0.85	13.13	24.92
Neumología	23	8395	286	8,574	6,531	77.90%	34.27	1.04	17.92	6.55
Enfermedades transmisibles	15	5475	219	4,452	4,841	88.50%	19.88	1.22	13.27	3.16
Pediatría	17	6205	708	3,810	3,288	53.14%	5.44	3.47	9.03	4.25
Cirugía varones	30	10950	721	8,360	6,968	63.73%	11.59	2.00	19.12	6.03
Cirugía damas	32	11680	941	8,499	7,397	63.53%	9.24	2.45	20.33	4.85
Medicina damas	32	11680	860	17,465	9,462	81.16%	20.49	2.24	25.97	2.66
Traumatología	27	9855	427	13,012	9,436	95.83%	30.51	1.32	25.87	0.91
Tisiología	28	10220	67	3,920	3,516	34.43%	62.71	0.20	9.64	121.88
Medicina varones	34	12410	753	16,888	11,792	95.08%	22.54	1.85	32.33	0.80
Clínica de familiares	22	8030	517	3,939	4,260	53.00%	7.58	1.96	11.66	7.99
Gineco-obstetricia	32	11680	893	3,828	3,443	29.50%	4.30	2.33	9.44	9.60
Neonatología	22	8030	584	423	2,395	29.91%	3.85	2.21	6.58	7.49
Centro Geriátrico	18	6570	140	2,148	1,800	27.32%	22.37	0.65	4.92	49.83
TOTAL	420	153,300	8,408	113,678	93,952	60.54%	18.89	1.66	16.10	7.11

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

VII.2. Indicadores de los Servicios de Cuidados Intensivos

En el análisis de los indicadores de los Servicios de Cuidados Intensivos del CEMENA "CMST" correspondientes al año 2011 muestra un **grado de uso de camas promedio** de un **40.20%**, un **promedio de permanencia por paciente** de **13.81** días, un **rendimiento de paciente/cama al año** (número de pacientes que usan una cama en un año) de **21.11** paciente/cama al año, un **promedio de censo diario paciente** de **2.60** pacientes/día, y un **intervalo de sustitución paciente cama** (tiempo de cama desocupada) de **10.13** días.

El análisis del **grado de uso** por servicio de Cuidados Intensivos muestra que el servicio con **mayor grado de uso** fue Cuidados Intensivos Médico 47.42%, seguido de Cuidados Intensivos Quirúrgicos con 42.97% y de Cuidados Intensivos Pediátrico 30.21%; por debajo del estándar que es 90%.

El análisis del **promedio de permanencia en días** por servicio de Cuidados Intensivos muestra que el servicio con **mayor** promedio de permanencia en días fue Cuidados Intensivos Quirúrgicos con 21.29 días, seguido de Cuidados Intensivos Médico con 13.74 días, y de Cuidados Intensivos Pediátrico con 6.38 días.

El análisis del **rendimiento paciente** (el número de enfermos tratados en una cama) por servicio de Cuidados Intensivos muestra que el servicio con **mayor** rendimiento fue Cuidados Intensivos Pediátrico con 2.17.00 paciente cama/mes, seguido de Cuidados Intensivos Médico con 2.06 paciente cama/mes y Cuidados Intensivos Quirúrgicos con 1.44 paciente cama/mes; siendo el estándar nacional de 03 pacientes por cama/mes.

El análisis del **intervalo de sustitución** (tiempo en que permanece una cama desocupada) por servicio de Cuidados Intensivos muestra que el servicio con **mayor** intervalo de sustitución fue Cuidados Intensivos Quirúrgicos con 12.05 días, seguido de Cuidados Intensivos Pediátrico con 11.15 días y Cuidados Intensivos Médico con 7.20 días; siendo el intervalo estándar de 1.

Indicadores de Ambientes de los Servicios de Cuidados Intensivos. Año 2011

AMBIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS	NUMERO DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS E INDICADORES									
	INSTRUMENTOS		ACTIVIDADES			INDICADORES				
	Nº de Camas	Camas Días Disponible	Egresos	Estancia de los Egresos	Pacientes Día	Grado de Uso (%)	Promedio de Permanencia (DIAS)	Rendimiento (Cama/mes)	Promedio de Censo Diario (Paciente)	Intervalo de Sustitución
Cuidados Intensivos Médicos	8	2920	198	2,737	1,383	47.42%	13.74	2.06	3.79	7.20
Cuidados Intensivos Quirúrgicos	8	2920	125	2,624	1,133	42.97%	21.29	1.44	3.11	12.05
Cuidados Intensivos Pediátricos	3	1095	78	447	331	30.21%	6.38	2.17	0.91	11.15
TOTAL	19	6,935	401	5,808	2,847	40.20%	13.81	1.89	2.60	10.13

Fuente: Oficina de Registros Médicos y Bioestadística

Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

8) INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

El Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, está ubicado en el Jr. Vigil N° 535, distrito de Bellavista, Región del Callao, cuenta con un terreno de 9,630 m². 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 ETIOLOGIA TRAUMATICA	*LESION MEDULAR DE ETIOLOGIA 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%).

DAÑOS QUE OCASIONARON DISCAPACIDADES EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN INR - PROCEDENTES DE LA REGION CALLAO 2010

Daños que ocasionan Discapacidades	Total	(%)
*TRANSTORNOS POSTURALES	2177	23.9%
*RETARDOS DEL LENGUAJE	1422	15.6%
*REUMATISMO EXTRA-ARTICULAR	906	10.0%
*TRAST.HIPERCINETICOS DE LA NIÑEZ	668	7.3%
*ENFERMEDADES REUMATICAS	508	5.6%
*RETARDO MENTAL	428	4.7%
*TRASTORNOS DEL DESARROLLO	420	4.6%
*TRAST.DE DESARR.HABILIDAD.ESCOL.NO ESP.	258	2.8%
*DESORDEN VASCULAR CEREBRAL	245	2.7%
*TRAST.ESPECIFICOS DEL APRENDIZAJE	205	2.3%
*TRAST.DEL SIST.NERVIOSO PERIFERICO	205	2.3%
*TRAUMATISMOS	178	2.0%
*DISFEMIAS	166	1.8%
*ALTERACIONES DE AUDICION	161	1.8%
*ENCEFALOPATIA INFANTIL	148	1.6%
*ATENCION PARA DESCARTE	136	1.5%
*ANTECED.RIESGO LESION CEREBRAL	131	1.4%
*AMPUTACIONES	87	1.0%
*LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA	65	0.7%
*OTROS PROBLEMAS PSICOSOCIALES	59	0.6%
*DISARTRIA	48	0.5%
*LESION MEDULAR DE ETIOLGIA TRAUMATICA	37	0.4%
*TRAUMATISMO ENCEFALO-CRANEANO	26	0.3%
*DISGLOSIAS	28	0.3%
*AFASIA	27	0.3%
*OTROS	360	3.5%
TOTAL	9099	100.0%

Fuente: INR-DIS
Elaborado: Oficina Epidemiología INR

DAÑOS PRINCIPALES QUE CAUSAN DISCAPACIDAD EN EL CICLO DE VIDA NIÑO ATENDIDOS EN INR PROCEDENTES DE LA REGION CALLAO -2010

Daños que ocasionan Discapacidades	Total	(%)
*TRANSTORNOS POSTURALES	1476	28.4
*RETARDOS DEL LENGUAJE	1378	26.5
*TRAST.HIPERCINETICOS DE LA NIÑEZ	560	10.8
*TRASTORNOS DEL DESARROLLO	419	8.1
*RETARDO MENTAL	233	4.5
*TRAST.DE DESARR.HABILIDAD.ESCOL.NO ESP.	198	3.8
*ANTECED.RIESGO LESION CEREBRAL	129	2.5
*ATENCION PARA DESCARTE	127	2.4
*TRAST.ESPECIFICOS DEL APRENDIZAJE	114	2.2
*ENCEFALOPATIA INFANTIL	113	2.2
*DISFEMIAS	112	2.2
*ALTERACIONES DE AUDICION	62	1.2
*OTROS PROBLEMAS PSICOSOCIALES	39	0.8
*DISGLOSIAS	26	0.5
*TRAST.DEL SIST.NERVIOSO PERIFERICO	26	0.5
*TRAUMATISMOS	10	0.2
*LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA	8	0.2
*AMPUTACIONES	4	0.1
*OTROS	164	3.2
TOTAL	5198	100

Fuente: INR-DIS

DAÑOS PRINCIPALES QUE CAUSAN DISCAPACIDAD EN EL CICLO DE VIDA DEL ADOLESCENTE ATENDIDOS EN INR - PROCEDENTES DE LA REGION CALLAO -2010

Daños que ocasionan Discapacidades	Total	(%)
*TRANSTORNOS POSTURALES	415	38%
*RETARDO MENTAL	131	12%
*TRAST.HIPERCINETICOS DE LA NIÑEZ	108	10%
*TRAST.ESPECIFICOS DEL APRENDIZAJE	91	8%
*TRAST.DE DESARR.HABILIDAD.ESCOL.NO ESP.	59	5%
*DISFEMIAS	48	4%
*RETARDOS DEL LENGUAJE	37	3%
*REUMATISMO EXTRA-ARTICULAR	29	3%
*ENCEFALOPATIA INFANTIL	28	3%
*ALTERACIONES DE AUDICION	27	3%
*OTROS PROBLEMAS PSICOSOCIALES	20	2%
*TRAST.DEL SIST.NERVIOSO PERIFERICO	13	1%
* TRAUMATISMOS	11	1%
*ATENCION PARA DESCARTE	9	1%
*DISARTRIA	8	1%
*LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA	7	1%
*AMPUTACIONES	7	1%
*ENFERMEDADES REUMATICAS	6	1%
*LESION MEDULAR DE ETIOLGIA TRAUMATICA	3	0%
*TRAUMATISMO ENCEFALO-CRANEANO	2	0%
*OTROS	21	2%
TOTAL	1080	100%

Fuente: INR-DIS

DAÑOS PRINCIPALES QUE CAUSAN DISCAPACIDAD EN EL CICLO DE VIDA DEL ADULTO ATENDIDOS EN EL INR - PROCEDENTES DE LA REGION CALLAO -2010

Daños que ocasionan Discapacidades	Total	(%)
*REUMATISMO EXTRA-ARTICULAR	615	32.6
*ENFERMEDADES REUMATICAS	245	13.0
*TRANSTORNOS POSTURALES	230	12.2
*TRAST.DEL SIST.NERVIOSO PERIFERICO	132	7.0
*TRAUMATISMOS	107	5.7
*DESORDEN VASCULAR CEREBRAL	106	5.6
*RETARDO MENTAL	63	3.3
*AMPUTACIONES	46	2.4
*ALTERACIONES DE AUDICION	44	2.3
*LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA	43	2.3
*LESION MEDULAR DE ETIOLGIA TRAUMATICA	33	1.8
*DISARTRIA	23	1.2
*TRAUMATISMO ENCEFALO-CRANEANO	20	1.1
*AFASIA	14	0.7
*ALTERACIONES DE LA VOZ	10	0.5
*SECUELAS DE ENCEFALOPATIA INFANTIL	6	0.3
*DISFEMIAS	6	0.3
*OTROS	141	7.5
TOTAL	1884	100

Fuente: INR-DIS

DAÑOS PRINCIPALES QUE CAUSAN DISCAPACIDAD EN EL CICLO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL INR – PROCEDENTES DE LA REGION CALLAO -2010

Daños que ocasionan Discapacidades	Total	(%)
*REUMATISMO EXTRA-ARTICULAR	258	27.5
*ENFERMEDADES REUMATICAS	256	27.3
*DESORDEN VASCULAR CEREBRAL	137	14.6
*TRANSTORNOS POSTURALES	56	6.0
*TRAUMATISMOS	50	5.3
*TRAST.DEL SIST.NERVIOSO PERIFERICO	34	3.6
*AMPUTACIONES	30	3.2
*ALTERACIONES DE AUDICION	28	3.0
*DISARTRIA	12	1.3
*AFASIA	12	1.3
*LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA	7	0.7
*ALTERACIONES DE LA VOZ	5	0.5
*TRAUMATISMO ENCEFALO-CRANEANO	3	0.3
*OTROS	49	5.2
TOTAL	937	100

Fuente: INR-DIS

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL REHABILITACION, HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION, HOSPITAL SAN JOSE SEGÚN CICLO DE VIDA, REGION CALLAO 2010

Procedencia	INR		HNDAC		HSJ	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Niño	10255	53.40	754	18.20	357	11.59
Adolescente	2408	12.50	174	4.20	155	5.03
Adulto	4700	24.50	1843	44.50	145	48.20
Adulto Mayor	1827	9.50	1371	33.01	1084	35.18
TOTAL	19190	100.00	4142	100.00	3081	100.00

Fuente: HIS- DIS-INR, Estadística HNDAC, OITE DIRESA Callao
Elaborado: Oficina de Epidemiología

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA
INR – 2010**

NUMERO DE ATENDIDOS PROCEDENTES DE LA REGION CALLAO POR GRUPO DE EDADES SEGÚN DISTRITO

DISTRITOS	GRUPOS DE EDADES								TOTAL	
	<10 AÑOS		10-19 AÑOS		20-64 AÑOS		>64 AÑOS			
	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%
CALLAO-CALLAO-CALLAO	3148	60.562	636	58.889	1116	59.236	536	57.204	5436	59.743
CALLAO-CALLAO-BELLAVISTA	705	13.563	136	12.593	303	16.083	192	20.491	1336	14.683
CALLAO-CALLAO-CARMEN DE LA LEGUA	175	3.367	36	3.333	49	2.601	16	1.708	276	3.033
CALLAO-CALLAO-LA PERLA	614	11.812	123	11.389	257	13.641	136	14.514	1130	12.419
CALLAO-CALLAO-LA PUNTA	46	0.885	12	1.111	21	1.115	28	2.988	107	1.176
CALLAO-CALLAO-VENTANILLA	510	9.811	137	12.685	138	7.325	29	3.095	814	8.946
TOTAL	5198	100.000	1080	100.000	1884	100.000	937	100.000	9099	100.000

FUENTE: SISTEMA INR-DIS

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA
INR – 2010**

NUMERO DE ATENDIDOS PROCEDENTES DE LA REGION CALLAO POR SEVERIDAD DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN DISTRITO

DISTRITOS	SEVERIDAD DE LA DISCAPACIDAD												TOTAL			
	LEVE		MODERADO		SEVERO		NO APLICABLE		S/ESPECIFICAR		S/DISCAPACIDA				NO ANOTARON	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%
CALLAO-CALLAO-CALLAO	632	59.065	3009	59.490	1358	60.329	113	57.360	1	33.333	285	61.822	38	64.407	5436	59.743
CALLAO-CALLAO-BELLAVISTA	161	15.047	762	15.065	311	13.816	33	16.751	1	33.333	58	12.581	10	16.949	1336	14.683
CALLAO-CALLAO-CARMEN DE LA LEGUA	26	2.430	154	3.045	79	3.510	3	1.523	0	0.000	12	2.603	2	3.390	276	3.033
CALLAO-CALLAO-LA PERLA	152	14.206	647	12.792	231	10.262	33	16.751	0	0.000	59	12.798	8	13.559	1130	12.419
CALLAO-CALLAO-LA PUNTA	22	2.056	65	1.285	15	0.666	3	1.523	0	0.000	2	0.434	0	0.000	107	1.176
CALLAO-CALLAO-VENTANILLA	77	7.196	421	8.323	257	11.417	12	6.091	1	33.333	45	9.761	1	1.695	814	8.946
TOTAL	1070	100.000	5058	100.000	2251	100.000	197	100.000	3	100.000	461	100.000	59	100.000	9099	100.000

FUENTE: SISTEMA INR-DIS

- En el año 2011 el INR atendió 19,190 pacientes de los cuales 9,099 (47.42%) proceden de la Región Callao.
- En el año 2010 el INR atendió 5198 (50.68%) del total de niños procedentes de la Región Callao: 3,148 (60.56%) proceden del distrito Callao, 705 (13.56%) Bellavista, 175 (3.37%) Carmen de la Legua, 614 (11.82%) La Perla, 46 (0.88%) La Punta, 510 (9.81%) Ventanilla. El 86% de la demanda que deja INR procede los distritos Callao, Bellavista, La Perla.

- En el INR en relación a la morbilidad general de los pacientes procedentes del Callao, los trastornos posturales, retardo del lenguaje, reumatismo extraarticular ocupan los primeros lugares 49.5% (2010)
 - En cuanto al ciclo de vida niño de los pacientes procedentes del Callao, atendidos en INR, los trastornos posturales, retardo del lenguaje y trastornos hipercinéticos de la niñez ocupan los primeros lugares (65.7%)
 - En ciclo de vida Adolescente procedentes del Callao los trastornos posturales retardo mental y trastornos cinéticos de la niñez ocupan los primeros lugares (60%).
 - En el INR en el ciclo de vida adulto procedentes del Callao, los trastornos reumáticos extraarticulares, enfermedades reumáticas y trastornos posturales constituyen el 57.81% .
 - En el INR en el ciclo de vida adulto mayor procedentes del Callao las enfermedades reumáticas, reumatismo extraarticular y desordenes vasculares cerebrales ocupan los primeros lugares (66.7%)
- La mayoría de pacientes procedentes de la Región Callao atendidos en el INR presentaron en relación a la severidad de la discapacidad moderada (55.59%) y severa (24.74%), los distritos más afectados son Callao, Bellavista y La Perla.
- Para cubrir la demanda que dejaría de cubrir el INR por su próxima ubicación en Chorrillo se requiere 10 médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, 6 para atender niños y 4 para atender al ciclo de vida adolescente, adulto y adulto mayor y 30 tecnólogos médicos y docentes especializados. Para los cual se requiere brindar infraestructura adecuada e implementarlos con materiales y equipos según la norma técnica de UPSS de la Rehabilitación

6.3 RESPUESTA SOCIAL DE OTRAS INSTITUCIONES EN LA REGIÓN CALLAO

1) COLEGIO ODONTOLOGICO DEL CALLAO

El objetivo general del Colegio Odontológico del Perú Región Callao, en el 2011 fue establecer campañas de Salud Bucal con el fin de reducir la alta prevalencia e incidencia de enfermedades en la boca, en los preescolares y escolares de la Región, creando conciencia sanitaria.

Se entregaron 17 280 kits dentales (cepillo dental y crema) a los odontólogos colegiados hábiles, en dichas campañas se dieron a conocer medidas preventivas de Salud Bucal. Cada odontólogo participante, entrego a la Institución una relación de niños y adultos atendidos en dicha campaña, teniendo en el 2011 un total de 17 280 beneficiarios.

2) CORPAC S.A.

La Corporación Peruana de Aeropuertos y Aviación Comercial (CORPAC S.A.) tiene como política fundamental Proteger y prevenir de los riesgos que se

derivan del trabajo, eliminando y/o controlando las causas de los accidentes e incidentes, por encontrarse comprometidos con la salud, la vida de sus trabajadores y en la preservación del medio ambiente en todas sus actividades de producción, haciendo de este un compromiso y una cultura de trabajo en todos los niveles de la organización, mediante una mejora continua en su desempeño en seguridad y salud en el trabajo a través de la capacitación, motivación y sensibilización constante a todo su personal. Este compromiso es parte ineludible de su responsabilidad social e involucra el cumplimiento de las normas y disposiciones de la legislación vigente.

Es por tal motivo que Contando con el apoyo de la ALTA GERENCIA DE CORPAC la cual está comprometida con la preservación de la salud e integridad física de sus trabajadores, contratistas y visitantes; es por ello que para cumplir este compromiso se implemento **El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**, conforme lo establecido por el D.S. 009 – 2005 – TR Y D.S. N° 007- 2007-TR y actualmente regidos por la **Nueva Ley 29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo**.

La Corporación Peruana de Aeropuertos y Aviación Comercial es una Empresa del Sector Transportes y Comunicaciones, organizada para funcionar como Sociedad Anónima, que se rige por el Decreto Legislativo N° 099, la Ley de la Actividad Empresarial del Estado N° 24948, por la Ley General de Sociedades Ley N° 26887 y Por su Estatuto Social. CORPAC S.A. fue fundada el 25 de Junio de 1943.

FUNCIONES DE CORPAC S.A.

- Operar, equipar y conservar aeropuertos comerciales abiertos al tránsito aéreo, incluyendo las dependencias, servicios, instalaciones y equipos requeridos por la técnica aeronáutica de acuerdo con las normas internacionales reconocidas por el Estado Peruano y las disposiciones legales y reglamentarias referentes al funcionamiento de los aeropuertos y sus servicios.
- Establecer, administrar, operar y conservar los servicios de ayuda a la aeronavegación, radiocomunicaciones aeronáuticas y demás servicios técnicos necesarios para la seguridad de las operaciones aéreas en el país.
- Establecer sistemas apropiados e idóneos de comunicación requeridos para regular y controlar el tráfico aéreo de sobrevuelo.
- Financiar y/o ejecutar proyectos de construcción y remodelación de infraestructura aeroportuaria, conforme al Plan de Inversión que establezca el Ministerio de Transportes y Comunicaciones.
- Se delegó a CORPAC S.A. las funciones de establecer, administrar, operar y conservar los servicios de ayuda a la aeronavegación, radiocomunicaciones aeronáuticas y control de tránsito aéreo.
- Los aeropuertos y/o aeródromos que se encuentran al 31.12.09 bajo la administración de la Corporación, ascienden a 34 a nivel nacional.

**FACTORES DE RIESGOS OCUPACIONALES A LOS CUALES ESTAN EXPUESTOS LOS TRABAJADORES DE CORPAC S.A.
RIESGO FÍSICOS**

Representan un intercambio brusco de energía entre el individuo y el ambiente en una proporción mayor a la que el organismo es capaz de soportar, entre los más importantes se citan:

TIPO DE RIESGO	CLASE	EJEMPLO
FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> * ruido, vibración, temperatura, humedad , iluminación * radiaciones no ionizantes, (infrarrojas, ultravioleta, baja frecuencia) * Radiación ionizante. (rayos x, alfa, beta, gama) 	<ul style="list-style-type: none"> * trabajos de carpintería * Área de almacenes. *oficinas

RIESGOS BIOLÓGICO.

Microorganismos de naturaleza patógena, que pueden infectar a los trabajadores y cuya fuente de origen la constituyen el hombre, los animales, la materia orgánica procedente de ellos y el ambiente de trabajo, entre ellos tenemos: Bacterias, virus hongos y parásitos.

Para los riesgos biológicos no hay límites permisibles y el desarrollo y efectos, después del contagio, depende de las defensas naturales que tenga cada individuo.

TIPO DE RIESGO	CLASE	EJEMPLO
BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> * fuerza * Bacterias * Hongos * Virus * polvo 	<ul style="list-style-type: none"> * prolongado * baños * basuras * ambientes

RIESGOS QUIMICOS

Sustancias orgánicas, inorgánicas naturales o sintéticas que pueden presentarse en diversos estados físicos en el ambiente de trabajo, con efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos y en cantidades que tengan probabilidades de lesionar la salud de las personas que entran en contacto con ellas.

TIPO DE RIESGO	CLASE	EJEMPLO
QUÍMICOS	<ul style="list-style-type: none"> * polvo *Humos *Vapores 	<ul style="list-style-type: none"> * barrido * cigarro *disolventes

RIESGOS PSICOSOCIALES.

Denominan así a aquellas condiciones que se encuentran, presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y que afectan el bienestar o a la salud (Física, Psíquica y social) del trabajador, como al desarrollo del trabajo.

Personal que realiza labores operativas directamente relacionadas con la vigilancia aérea (oficina radar, torre de control, áreas de vigilancia aérea y aeronavegación).

TIPO DE RIESGO	CLASE	EJEMPLO
PSICOSOCIALES	* Fatiga * Monotonía * Relaciones * Sobre carga de trabajo	*Largas jornadas laborales *Trabajos repetitivos *Mala comunicación interpersonal *Acumulación de trabajo

RIESGO ERGONOMICO

Estos son aquel conjunto de atributos de la tarea o del puesto, más o menos claramente definidos, que inciden en aumentar la probabilidad de que un sujeto. Expuesto a ellos, desarrolle una lesión en su trabajo.

TIPO DE RIESGO	CLASE	EJEMPLO
ERGONÓMICO	* Mala Postura. * Fuerza	* Levantamientos de objetos Pesados por tiempo prolongado. * Mobiliario falto de ergonomía.

RIESGO DE INSEGURIDAD

Denominados así por diferentes motivos ya que en estos interviene riesgo de incendios, amagos, electrocución y apilamiento inseguro.

TIPO DE RIESGO	CLASE	EJEMPLO
INSEGURIDAD	* Hacinamiento, Apilamiento * Incendio, Explosión, incendios, cortos circuitos.	* Escaleras o pasillos húmedos, * Cables sueltos. * Cigarrillos, Motín * Cajas mal ubicadas y apiladas

ENFERMEDADES OCUPACIONALES A LOS CUALES ESTÁN EXPUESTOS LOS TRABAJADORES DE CORPAC:

De acuerdo con la información recabada del consultorio médico de CORPAC S.A. las principales enfermedades existentes en la actualidad en las instalaciones de la CORPAC – SEDE LIMA son:

RIESGO DE ENFERMEDADES OSTEDO – MUSCULARES.

Enfermedades causadas por determinadas actividades o medios ambientes de trabajo en que existen factores de riesgo específicos como: movimientos rápidos o repetitivos, concentración excesiva de esfuerzos mecánicos, posturas

forzadas, vibraciones (sinovitis, bursitis, lumbago, discopatía, reumatismos de partes blandas y síndromes comprensivos).

(Lumbalgia, dorsalgia, cervicalgia). Debido a: mobiliario de trabajo sin atributos ergonómicos o en mal estado; actividades que requieren movimiento de cargas en forma manual (talleres, almacenes) y realización de tareas con postura sentada (trabajos administrativos y de gestión).

RIESGO DE HIPOACUSIA INDUCIDA POR RUIDO.

Caso áreas próximas a zonas de tránsito de aeronaves (inspección de vuelo, observatorio meteorológico, estación localizadora o a otras formas de ruido (generadores de electricidad; VOR LAS SALIANAS).

RIESGO DE FATIGA VISUAL

En áreas con niveles de iluminación insuficiente para el tipo de tareas que se realizan; debido a desperfectos o distribución deficiente de luminarias. (Talleres de mantenimiento de equipos), pantallas de computadoras sin filtro protector y deslumbramiento por rayos solares (Torre de Control y Oficinas carentes de vidrios oscurecidos o con cortinas u persianas en mal estado)

RIESGO DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Estas enfermedades se deben a agentes físicos o químicos que al contacto con la piel del individuo previamente sensibilizado son capaces de ocasionar una lesión sin que participen mecanismos inmunológicos (Dermatitis de Contacto, Dermatitis Irritante de Contacto, radio- dermatitis, vitiligo profesional).

RIESGO DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.

Enfermedades causadas por factores químicos y ambientales tales como polvo, gases, humos y vapores que afectan directamente el aparato respiratorio de los trabajadores (Asma, Asma Bronquial, Rinitis, Faringitis, Aguda, Bronquitis Aguda).

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.

Este tipo de enfermedades degeneran neurológicamente, son en algunas ocasiones causadas por sustancias químicas o movimientos repetitivos (Parkinson, Alzheimer, Mononeuropatías, Síndrome del Túnel Carpeano, Polineuropatía, Encefalopatía Tóxica).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN FRENTE A RIESGOS OCUPACIONALES QUE AFECTEN A LA SALUD DEL TRABAJADOR

Nuestra corporación estableció un sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuyo fin es de velar y contribuir al bienestar de nuestros trabajadores ya que consideramos que nuestro capital más importante son los trabajadores, por lo cual es prioridad de la empresa mantener buenas condiciones de seguridad y salud en el trabajo, así como mantener al personal motivado y comprometido con la prevención de los riesgos del trabajo, para lo cual ha establecido una serie de medidas.

- **Detención Precoz de Enfermedades Profesionales.**
Realizando periódicamente campañas de prevención y exámenes clínicos que nos ayuden a:
- **Higiene Ocupacional.**
Se busca identificar, reconocer, evaluar y controlar los factores ambientales que se originen en los ambientes de trabajo y que puedan afectar la salud de nuestros 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.**

Se busca identificar y prevenir accidentes ocupacionales, adoptando medidas que sean precisas y que garanticen el cumplimiento de la seguridad y salud mediante la identificación y control de todas aquellas actividades que causen accidentes de trabajo.

- 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.

- **Estrategia.**

Realizar campañas de salud cuyo único fin fue la prevención dirigida hacia los trabajadores y algunas de estas fueron extendidas a sus familiares.

PROGRAMA DE VACUNACIÓN 2011 CORPORACIÓN PERUANA DE AEROPUERTOS.

Se realizó las coordinaciones necesarias estableciendo una alianza estratégica entre La **Dirección Regional de Salud del Callao** la cual por medio de la **Dirección de Sanidad Aérea Internacional**, se realizaron campañas de vacunación gratuitas durante todo el año 2011 las cuales continuaran durante el 2012 según cronograma establecido.

- **Vacunación Contra el Virus de Sarampión y Rubeola en Corpac**

El Equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo, en conocimiento de la Alerta de brote del virus de Sarampión en Ecuador, lo que significaba el riesgo de reintroducción del virus salvaje de Sarampión al Perú.

Y en alianza estratégica con la **Sanidad Aérea Internacional – Dirección Regional de Salud Del Callao**, llevaron a cabo la aplicación de vacunas GRATUITAS a nuestra Corporación llegando a suministrar un alrededor de 400 vacunas.

- **Campaña de Vacunación gratuita contra la Hepatitis B**

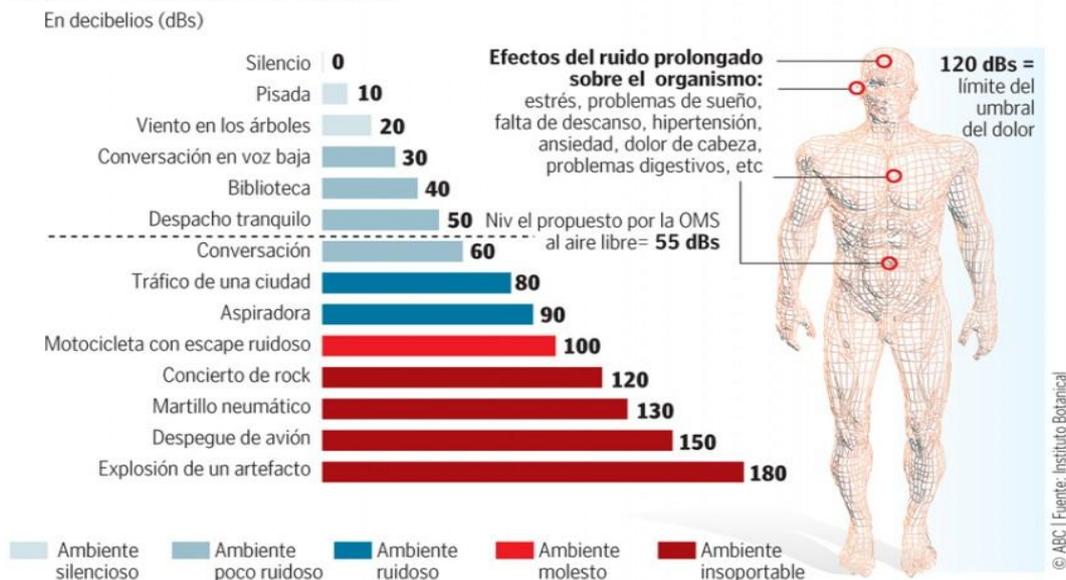
Establecimos coordinamos y desarrollamos el programa preventivo contra la Hepatitis B. El cual trabajamos conjuntamente la coordinación del programa con la **Sanidad Aérea Internacional – Dirección Regional de Salud del Callao**, realizando la aplicación de vacunas, sin costo alguno llegando a suministrar 450 dosis de las mismas la cual llegará a su término en el mes de mayo con la aplicación de la 3ra y última dosis.

SALUD Y NIVELES DE RUIDO.

- Como en años anteriores durante el 2011 se siguió con el análisis de niveles de ruidos dentro de la corporación estableciendo las medidas de control tanto administrativas como de ingeniería. Para reducir el nivel de exposición en las distintas áreas de trabajo afectadas.

- Se realizaron exámenes de audiometría a los trabajadores expuestos a ruido en campo.
- Se estableció el uso de protectores auditivos para el personal expuesto a niveles de ruido por encima de los 85 dB(A).
- Se estableció un monitoreo de ruido ambiental en los perímetros de las áreas de; Inspecciones de vuelo, Estación localizadora, Estación Vor Las Salinas – Huacho y estación meteorológica, así mismo en las Instalaciones de la Zona norte y sur de nuestra corporación y en el Centro de Instrucción de Aviación Civil (Ciac).
- Se midieron los niveles permisibles de ruido en el ambiente producidos por:
- Ruidos provenientes de fuentes fijas.
- Los niveles permisibles de emisoras 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



ERGONOMÍA

Ciencia que estudia como adecuar la relación del ser humano con su entorno, según la definición oficial que el consejo de la **Asociación Internacional de Ergonomía IEA**, por sus siglas en ingles. Adopto en agosto del 2000. Una de sus ramas, la ergonomía física, estudia las posturas mas apropiadas para realizar las tareas del hogar y del puesto de trabajo, para manejo de cargas y materiales y para los movimientos repetitivos, entre otros aspectos.

LOGROS 2011:

1. Se dio a conocer los principios básicos de la ergonomía a todos los trabajadores de la corporación, Capacitándolos en prevención de riesgos ergonómicos
2. Se realizo las evaluaciones de los puestos de trabajo tomando en consideración las capacidades mentales de los trabajadores buscando siempre el confort en el trabajo.
3. Se evito los sobre esfuerzos y se ejecuto los trabajos sin fatiga innecesaria.
4. Recomendar el reemplazo de sillas en aéreas con riesgo ergonómico identificado

5. Y el más importante la adquisición de 160 sillas que cumplen a cabalidad la ergonomía establecida por la **Asociación Internacional de Ergonomía IEA** con el fin del reemplazo de sillas en aéreas con riesgo ergonómico identificado.

SIMULACRO NACIONAL DE SISMO

El Equipo de Seguridad y salud en el Trabajo, conjuntamente con todos los trabajadores de nuestra Corporación dieron fiel cumplimiento al Simulacro Nacional De Sismo, programado para el día martes 29 del presente año a horas 11:00 am.

Aspecto normativo que permitió considerar la preparación, ubicación y evacuación, acto de gran significación en caso de emergencias demostrando la concientización y capacidad de respuesta ante fenómenos naturales por parte de nuestros trabajadores; siendo este simulacro uno de los mejores realizados en CORPAC S.A.

SIMULACRO NACIONAL DE SISMO Y TSUNAMI

El Equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo, el SEI y el COE de la Gerencia de Seguridad, coordinadamente con todos los trabajadores de nuestra Corporación, dieron fiel cumplimiento al Simulacro Nacional de Sismo y Tsunami, programado para el día 28 de junio a horas 10 AM.

3) MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LA PUNTA

La Municipalidad Distrital de la Punta tiene como objetivo, brindar servicios de salud oportunos y de calidad, orientadas a las características de nuestra población, Adultos, Adultos Mayores, Niños.

ACTIVIDADES:

Se realizan diferentes actividades de salud:

- Atenciones en el Centro Médico Municipal.
- Atenciones en el Tópico de Urgencias y Emergencias de la Cía. de Bomberos N° 34.
- Unidad Médica de la Cía. de Bomberos N° 34.
- Equipamiento de una Unidad Médica de la Cía. de Bomberos N° 34, Nivel II.
- Campañas Integrales de Salud (Diversas especialidades y servicios de salud).
- Campañas de Ecografías.
- Club de Diabéticos.
- Programa de Lucha Contra Drogas.
- Atenciones psicológicas.
- Servicio Médico en la Especialidad de Geriatria en el CIAM.
- Taller de Medicina Alternativa en el CIAM.
- Taller de Tai Chi en el CIAM
- Taller de Gimnasia Mental en el CIAM.
- Servicio de Terapia Física de Rehabilitación en OMAPED.
- Servicio de Terapia de Lenguaje, habla y audición en OMAPED.
- Taller de música para personas con habilidades diferentes.
- Reuniones con el Comité Local de Salud.

- Control de medidas antropométricas (Programa Articulado Nutricional)
- Control Nutricional (Programa Articulado Nutricional)
- Lavado de Manos (Programa Articulado Nutricional)

LOGROS 2011:

1. Población Punteña con mayor acceso a programas de salud.
2. Equipamiento de una Unidad Médica de la Cía. de Bomberos N° 34, Nivel II.
3. Equipamiento de Servicio de Fisioterapia.
4. Equipamiento de taller de música para personas con habilidades diferentes.
5. Sostenibilidad en las reuniones del Comité Local de salud.
6. Mantenimiento de Tópico y Unidad Médica con medicinas durante todo el año.
7. Brindar servicios de calidad a la comunidad punteña y sus visitantes, que requirieron de los servicios de salud.
8. Participación activa de los profesionales y el personal de la GSS, en las actividades de salud dirigidas a la comunidad.
9. Participación de la comunidad en actividades de prevención y promoción de la salud.
10. Posicionamiento del Tópico de emergencia y Centro Médico Municipal, como alternativas para atenciones de salud.
11. Empoderamiento de la MDLP en temas de salud.
12. El distrito cuenta con un Programa dedicado a la prevención, tratamiento, reinserción social y laboral de personas con problemas de consumo de drogas.
13. Implementación del Taller de Gimnasia Mental (Prevención de Alzheimer) en el CIAM.

4) BENEFICENCIA PÚBLICA DEL CALLAO

OBJETIVOS, LOGROS, FORTALEZAS, DEBILIDADES DEL CENTRO DE SALUD DE LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DEL CALLAO

El Centro de Salud, categorizado como tal por la Dirección de Salud I – Callao desde el 02 de diciembre 2008, según Constancia No. 042-2008 DSS se encarga de brindar atención de consultas médicas externas, con la participación de médicos especialistas en los servicios de: Medicina General, Pediatría, Obstetricia, Oftalmología, Psicología y Odontología, así como en laboratorio y enfermería.

En relación al servicio de terapia física solo se atendió hasta febrero 2011 y atención en oftalmología se realizó hasta mayo 2011.

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 2011 desde febrero a diciembre se brinda atención gratuita en el establecimiento con Campañas de Salud, con la finalidad de promocionar nuestros servicios y cumplir con las diferentes estrategias sanitarias preventivas, para descarte de enfermedades como: Hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus, Anemia, descarte de cáncer ginecológico de cuello uterino, de mama y osteoporosis, etc. dirigido al público en general, especialmente para las personas de escasos recursos económicos, con la finalidad de realizar en ellos una atención integral de salud, beneficiándose a 1,893 pacientes.

DURANTE EL EJERCICIO 2011 SE BENEFICIARON 1,893 PACIENTES EN LAS CAMPAÑAS DE SALUD GRATUITAS. EL DETALLE ES EL SIGUIENTE:

MESES	DETALLE DE CAMPAÑAS DE SALUD GRATUITAS							TOTALES
	PAPANI COLAOU	NUTRICION	EXAMEN MAMA	ANEMIA	OSTEO POROSIS	SALUD BUCAL	PERFIL LIPÍDICO	
FEBRERO	00			99	00	46	00	145
MARZO	50	40	0	88		00	00	178
ABRIL		28		98			00	126
MAYO	50	25		100	25	00	50	250
JUNIO	50	41	0	85	29	00	00	205
JULIO	50	30		91	00	00	00	171
AGOSTO	00	32		91			0	123
SEPTIEMBRE	50	38	00	100	38	00	00	226
OCTUBRE	50	13	00	100	36		00	199
NOVIEMBRE	90	30	0	98		00	00	218
DICIEMBRE	00	00	52	00	00	00	00	52
TOTAL ANUAL	390	277	52	950	128	46	50	1893

LOGROS 2011:

1. La identificación de los profesionales de la salud y administrativos con el Centro de Salud permite que se doblen esfuerzos por cumplir con las metas trazadas.
2. Se ha logrado cumplir con en casi todos los rubros con las metas trazadas.
3. La información solicitada relacionada a salud ha sido brindada en forma oportuna.
4. Los laboratorios efectúan campañas de salud en coordinación con el Centro de Salud y autorización de la institución en forma gratuita a los usuarios, financiando los laboratorios íntegramente el costo de insumos a utilizarse.
5. Las campañas preventivas de salud disminuyen el incremento de enfermedades y mortalidad en el Callao.
6. Las campañas de salud da mayor difusión al Centro de Salud, por lo que se incrementa el número de atenciones.

5) CLINICA SAN JOSE

MISIÓN

Brindar servicios de Salud con eficiencia y oportunidad, garantizando la satisfacción del usuario, con niveles óptimos de rentabilidad, enmarcados en la normatividad vigente, respetando los preceptos ambientales.

VISIÓN

Ser reconocida como una institución líder en la presentación de servicios de salud en el Callao y cono Norte, con tecnología de avanzada acorde a las necesidades y nivel de atención, así como el logro de acreditación mediante procesos de mejoramiento continuo.

METAS

Fortalecer las deficiencias médicas y administrativas para atender en tiempo y forma las emergencias.

Implementación de un sistema integrado de clínica de acuerdo a los nuevos estándares de atención en salud y las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC).

Consolidamos como la Clínica con mayor atención de pacientes en la provincia del Callao.

El análisis de FODA de una empresa es una herramienta muy importante que nos permite obtener una visión general de la empresa, tanto en el ambiente externo como en el interno. Este tipo de análisis representa un esfuerzo para examinar las interacciones entre las características particulares del negocio y el entorno en el cuál este compete.

ANALISIS FODA 2011

FORTALEZAS

- Alta calidad en la atención de las emergencias y clientes nuevos.
- Prestigio ganado de la Clínica.
- Conocimiento del negocio, claro entendimiento de su misión, visión y valores.
- Infraestructura adecuada.
- Servicio de atención personalizado.
- Margen alto de ingresos y utilidades.
- Se cuenta con Médicos de alto prestigio que permiten captar más pacientes.
- Se cuenta con instalaciones cómodas y adecuadas para la atención de los pacientes.

OPORTUNIDADES

- Implementación de un nuevo sistema integrado de Clínicas, que permitirá la automatización de historias clínicas.
- Captación de clientes potenciales y firma de convenio con las navieras internacionales.
- Mantener la calidad en la atención.
- Efectuar un marketing agresivo de las bondades estructurales y su personal Médico a fin de seguir captando clientes potenciales.
- Incorporar personal calificado y alinearlos a la filosofía de la Empresa para sostener nuevos convenios.
- Concretar en el corto plazo la implementación en el Sistema integral de Clínicas.
- Elaboración en el corto plazo de un manual de políticas de la empresa, que permitan sostener el crecimiento sobre los nuevos convenios pactados
- Aprovechar el crecimiento para gestionar compra de equipamientos para servicios auxiliares.
- Reestructurar el sector de administración y mejorar los procesos para los pagos a proveedores

DEBILIDADES

- No se cuenta con un manual de políticas de la empresa.
- Se tiene terceriarizado los Servicios auxiliares, por este motivo la clínica percibe solo un 30% del costo total del servicio brindado.

AMENAZAS

- La competencia tiene mejores métodos de captación de pacientes por emergencia (SOAT).

- Se debe generar mejor el trato con las entidades que derivan a los clientes a las diversas clínicas, ofrecer mejores beneficios.
- Al no contar con el manual de políticas no es factible regularizar los procesos de la administración, por lo cual la elaboración de un plan corporativo es esencial.
- Habilitación de un nuevo sector con equipamiento para dejar terceriarizar los servicios auxiliares, mejora de los ingresos y la integración completa de los servicios.

LOGROS 2011

- En la base a esfuerzo la clínica ha logrado un nombre y prestigio a lo largo de su existencia.
- Ha habido mayor captación de pacientes que en los años precedentes.
- El equipamiento de la Clínica está siendo renovado en un 100%.

**VII. ANALISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES E
INTERVENCIONES EN SALUD**

VII. 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 implementar 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 2011.

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.

7.1. PRINCIPALES PRIORIDADES SANITARIAS DISTRITALES

El taller para determinar las Prioridades Sanitarias Regionales realizado en la DIRESA Callao 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 2011 por distritos:

Prioridades Sanitarias 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 de TBC,(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

7.2. 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.

7.3. ANÁLISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS :

TUBERCULOSIS PULMONAR Y TBC-MDR

Desde el año 2009, el Perú ha declarado en Emergencia Sanitaria, "a nivel nacional la situación

Del control de la tuberculosis .tuberculosis multi-resistente y extremadamente resistente" Esta declaratoria se debe, a que el Perú es el segundo país en América con el mayor número de personas afectadas de Tuberculosis y actualmente el mayor número de personas afectadas con Tuberculosis multiresistente (TB-MDR) en la Región de las Américas .Lima y Callao son consideradas zonas de riesgo para estos daños. Desde el año 1996 identifico en nuestro país una forma de TB ultrarresistente o extremadamente resistente (TB-XDR), que desafía la capacidad de respuesta de los servicios de salud y pone en riesgo a toda la población.

La evolución de la tuberculosis probablemente responde a la subestimación de la magnitud del problema el cual se ha incrementado no solo en número y porcentaje sino también en el espectro de resistencia: mientras a inicios de los 90 predominaba la resistencia a dos drogas, actualmente la resistencia a 3 o más drogas es predominante

TB en el mundo

A nivel mundial, más de dos mil millones de personas es decir, un tercio de la población está infectada con el bacilo de la tuberculosis la cifra anual de nuevos casos de tuberculosis sigue aumentando ligeramente porque el crecimiento demográfico contrarresta las lentas reducciones de las tasas de incidencia. En el 2009, se estimó que la prevalencia era de entre 12 millones y 16 millones de casos, con 9,4 millones de casos nuevos. Se calcula que ese año murieron de tuberculosis 1,3 millones de personas seronegativas para el VIH. La mortalidad debida a esta enfermedad se ha reducido más de una tercera parte desde 1990. En el 2008 en la Región de África, la tasa de éxito terapéutico alcanzo el 86% en todo el mundo y el 87% en los países con alta carga de morbilidad.

La explosión demográfica, combinada con la deficiente planificación urbana y la falta de recursos para crear infraestructuras, ha ocasionado la proliferación de barrios míseros en muchas zonas urbanas, especialmente en los países más pobres. Aproximadamente 1000 millones de personas viven actualmente en ese tipo de barrios y se prevé que este número se duplicará en los próximos 30 años. En los países más pobres, cerca del 80% de la población urbana vive en barrios míseros. Las deficientes condiciones socioeconómicas y ambientales que caracterizan a estos barrios favorecen la transmisión de la mayoría de las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis.

La carga de tuberculosis suele ser mayor en las zonas urbanas que en las zonas rurales. En la mayoría de los países, padecen tuberculosis más hombres que mujeres. La Federación de Rusia constituye un ejemplo típico. De los casi 120 000 nuevos pacientes tuberculosos registrados en 2004 (sin incluir los del sistema penitenciario), un 71% (85 000) eran hombres y un 29%, mujeres. El predominio de los hombres entre los pacientes tuberculosos en la mayoría de los

países se debe más probablemente a diferencias epidemiológicas entre los sexos que a un acceso diferencial a la atención sanitaria.

TB en Las Américas

En el 2007, la Organización Mundial de la Salud estimó que en las Américas hubo 295 mil casos nuevos de TB todas las formas (TBTF), de los cuales 157 mil fueron formas pulmonares con baciloscopia positiva (TP BK+), con tasas de incidencia de 32 y 17 por 100 mil habitantes respectivamente. De todos los casos incidentes, 33 mil (11,3%) estuvieron infectados con el VIH y el 2,1% fueron TB multidrogorresistente (TB-MDR). De acuerdo a estimaciones murieron 41 mil personas por TB.

En este mismo período, los países notificaron 218 mil casos nuevos de TBTF (24/100.000) y 120 mil casos de TB BK+ (13/100.000). El 80% de las notificaciones se concentró en 12 países (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana); dos países reportaron el 50% del total: Brasil y Perú. Estos 12 países fueron declarados prioritarios para el control de la TB por parte OPS/OMS.

TB en el Perú

En el Perú en el año 2010 se diagnosticaron 32,477 casos de Tuberculosis (Tuberculosis en todas sus formas), de los cuales 28,297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos 17,264 a casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia positiva, cifras que traducidas en termino de tasas (por 100,000 Hab.) correspondieron respectivamente a Morbilidad total (110.2), Incidencia Total (96.1) e Incidencia Tuberculosis Pulmonar Bk(+) 58.6.

Tuberculosis en el Callao

La Tuberculosis en la Región Callao continúa siendo uno de los problemas prioritarios regionales de salud pública, se han incrementado los casos de tuberculosis MDR desde el 2009 con 195 casos, 2010 con 239 casos y al 2011 con 234 casos, existe una mayor posibilidad que se incrementen este tipo de pacientes, por lo que se debe implementar estrategias para fortalecer las medidas preventivas, el contagio será mayor entre las personas debido a que no se corta la cadena de transmisión.

En la estructura de la mortalidad de la Región Callao del año 2011, la TBC pulmonar se ubica entre las 10 primeras causas en los distritos de Carmen de La Legua y Ventanilla, en los ciclos de vida joven: en los distritos Callao y Ventanilla, en el adulto: en los distritos de Callao, La Perla, Ventanilla.

Los Indicadores Epidemiológicos de la Región Callao se han incrementado, situación similar ocurre a nivel nacional, en nuestro caso 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

El aumento de la Tasa de Incidencia de TBCP BK (+) indica que la posibilidad de contagio se ha incrementado.

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de Morbilidad	150	150	181	163	144	147
Tasa de Incidencia	117	122	137	136	121	122
TBC Pulmonar BK(+)	65	63	76	68	66	71

Nota: Por 100,000 Hab. Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis DIRESA. Callao.

La disminución del indicador trazador (búsqueda de sintomáticos respiratorios) de 2.9% (2009) a 2.5% (2011), es debido al aumento de atenciones en las personas mayores de 15 años, a pesar del aumento en la búsqueda (SRI), incremento que se evidencia en cifras absolutas, el cual permitió detectar más BK (+), si buscamos más encontraremos más.

La cobertura de contactos examinados ha disminuido en los tres últimos años de: 98.85% (2009), 93.40% (2010), 78.43% (2011), estamos dejando brechas que podrían desencadenar en nuevos casos.

También existe disminución en la cobertura de quimioprofilaxis en menores de 19 años, 94.30% (2008), 88.39% (2009), 65.05% (2010), 61.03% (2011), que podría generar un incremento de este daño en los niños y adolescentes.

La eficiencia y la eficacia tienen una tendencia ascendente superando el 90 % en ambos casos, generando la necesidad de establecer el nivel de resistencia antimicrobiana a los esquemas de tratamiento, reducir los niveles de abandono, deserción y mejorando la adherencia al tratamiento.

Territorios vulnerables:

SITUACION DE TBC A NIVEL DE REDES

INDICADOR	RED BONILLA	RED BEPECA	RED VENTANILLA
TASA DE MORBILIDAD	176.27	130.13	141.96
TASA DE INCIDENCIA	138.36	106.53	125.60
INCIDENCIA TBC FP+	75.04	77.91	62.40

Los Indicadores Epidemiológicos como Tasa de Morbilidad y de Incidencia son altos en la Red Bonilla, seguido de la Red BEPECA, esta última Red tiene

el indicador Incidencia TBP BK (+) más alto de la Región. Los factores de riesgo que tienen estas redes son: hacinamiento, drogadicción, delincuencia, alcoholismo, requisitoriados.

ESTRATIFICACION GEOGRAFICA DE ZONAS DE RIESGO DE ZONAS DE RIESGO POR REDES AÑOS 2007 – 2011 DIRESA CALLAO

RED DE SERVICIO	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
DIRESA	63	76	68	66	71
I RED BONILLA - LA PUNTA	99.9	102.3	81.3	71.71	75.04
II RED BEPECA	65.7	52.8	56.8	55.01	77.9
III RED VENTANILLA	60.2	69.1	63.4	62	62.4

■ ALTO RIESGO	(Tasa de TBP-FP > 66 : 100.000 hab.)
■ MEDIANO RIESGO	(Tasa de TBP-FP entre 25 a 66 : 100.000 hab.)
■ BAJO RIESGO	(Tasa de TBP-FP < 25 : 100.000 hab.)

La Red Bonilla –La Punta cuenta con Tasas de TBP-FP altas (zona de alto riesgo) desde 2007, incrementándose en el año 2011 en relación al año anterior.

La Red BEPECA que años anteriores presentaba la mencionada tasa en límites de mediano riesgo, ha sufrido un incremento significativo en el año 2011, lo que incrementa las posibilidades de contagio en nuestra región, por que se deben fortalecer las estrategias de prevención en esta red.

La Red Ventanilla presenta los indicadores epidemiológicos más bajos de la Región, pero todavía estamos en zona de mediano riesgo, que sumados a los determinantes socioeconómicos de esta red y existencia de redes en alto riesgo, se podrían incrementar casos.

Estrategias de Intervención:

- Es necesaria la participación de todos los trabajadores de los establecimientos de salud para lograr una adecuada búsqueda de los sintomáticos respiratorios dentro de la consulta diaria en todos los servicios de atención; también es de vital importancia sensibilizar al médico jefe a fin de que encabece la cruzada y haga suyo el trabajo de intensificar la búsqueda.
- Debemos buscar mecanismos que nos permitan evitar los abandonos a tratamiento en los diversos esquemas, ya que solo de esta forma estaremos evitando que aumente la morbilidad de casos de TB y TBC Resistente.
- Optimizar nuestro trabajo en el examen de contactos y la administración de quimioprofilaxis en menores de 19 años, deberá ser nuestra principal tarea este año que se inicia.
- Lograr que el personal de salud complete sus evaluaciones y siga todas las medidas de bioseguridad que garanticen su completo bienestar en Salud
- Continuar coordinaciones con Instituciones Privadas (Impacta, Socios en Salud Prisma, Fondo Global Adra, Próvida etc.)

- Continuar trabajo coordinado con las Promotoras de Salud en la prevención y promoción de este daño, así como también en la supervisión de tratamientos en horarios que no se atienden en los establecimientos de otros como postración de pacientes.
- Coordinación con los servicios de salud privado, debido a que no manejan correctamente los procedimientos y actividades estipulados en el Libro de Normas para el Manejo y Control de la Tuberculosis.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, VIH/SIDA

Un importante problema de Salud Pública lo constituyen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ,principalmente por el comportamiento ascendente de estas debido al elevado número de personas que adquieren o sufren una complicación de una ITS no tratada oportunamente y el rol facilitador (incrementa hasta en 20% el riesgo de infección) para la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) notificado desde 1983, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), generando un gran impacto en la salud pública.

La carga de Morbilidad y Mortalidad se ven incrementadas por las complicaciones de las ITS especialmente en gente joven en edad reproductiva generando infertilidad, abortos, Natimuertos, cáncer de cuello uterino ,embarazo ectópico entre otras patologías y afectando también a recién nacidos

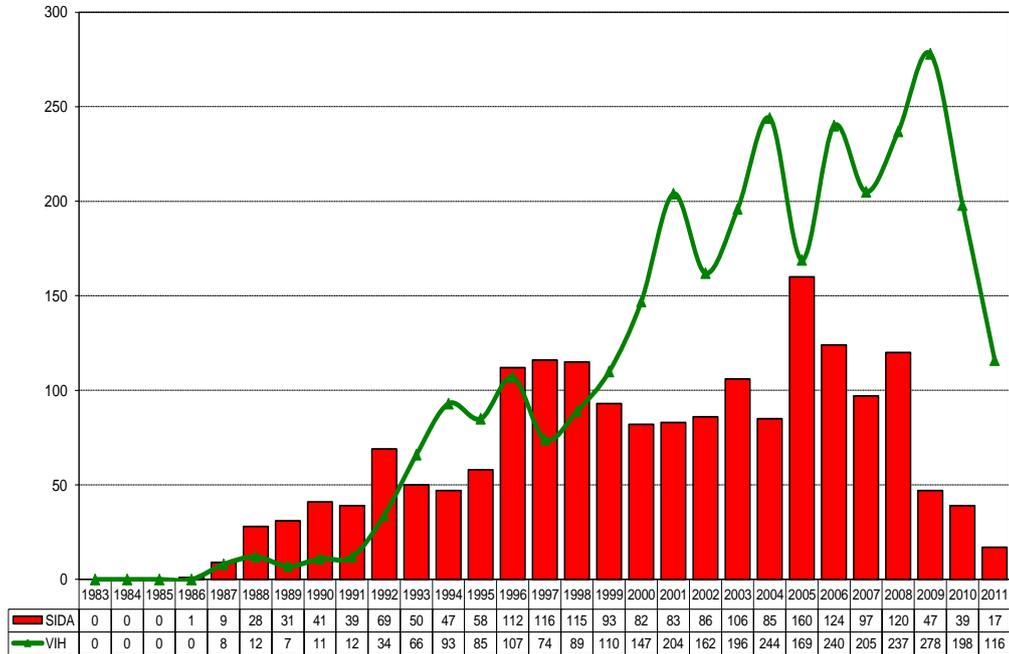
La Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha generado desde su aparición el mejoramiento de los servicios de salud y las estrategias de intervención, así como cambios en las políticas públicas en respuesta al enorme desafío a la humanidad.

La 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. Hasta el año 2010 han sido notificados 16295 casos de SIDA y 21302 casos de infecciones por VIH. La principal forma de transmisión es la vía sexual,(97%) a diferencia de la trasmisión vertical (madre-hijo 2%). La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas.

TIEMPO.- Desde el año 1983 (1er. Caso de SIDA en la Provincia Constitucional del Callao) hasta el mes de Noviembre del año 2011 se han notificado 1883 casos de SIDA. La curva de casos de SIDA muestra un incremento desde el año 1986 al año 1998 a partir de ese año la curva evidencia una meseta hasta el año 2008 disminuyendo en el año 2011, con picos en los años 2004, 2006 y 2009.

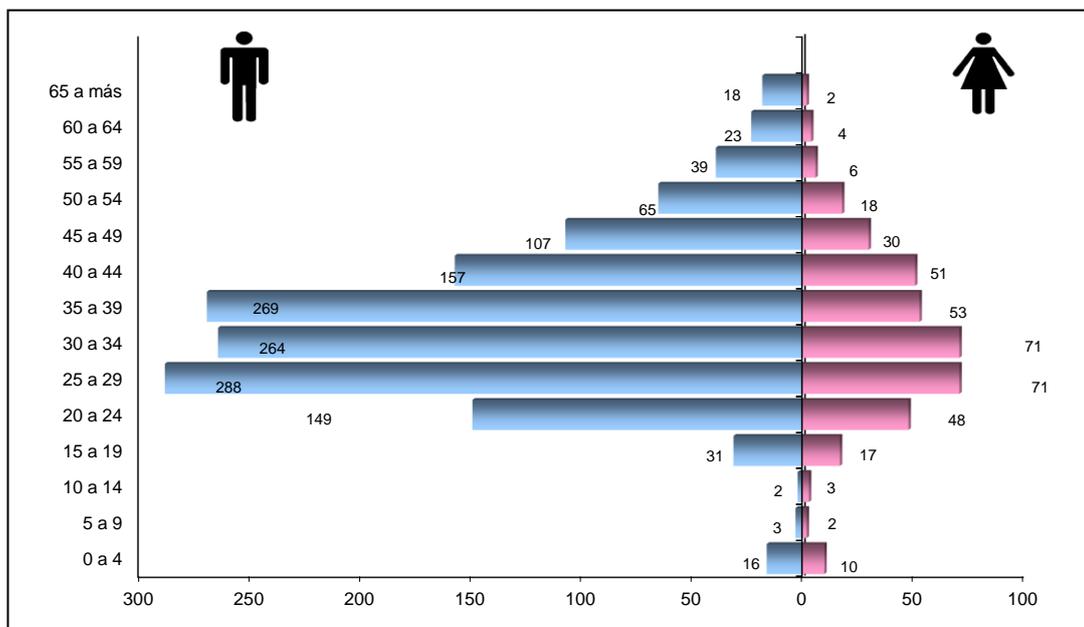
CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNOSTICO REGION CALLAO 1983-2011



Fuente: NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

PERSONA.- La edad comprometida es de 25 años a 39 años es 1016 (55.91%): de 25 a 29 años con 359 casos (19.75%) de 30 a 34 años con 335 casos (18.47%) de 35 a 39 años 322 casos (17.72%), considerando que es una población económicamente activa con capacidad disminuida por este daño.

SIDA: DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO REGION CALLAO 1983-2011



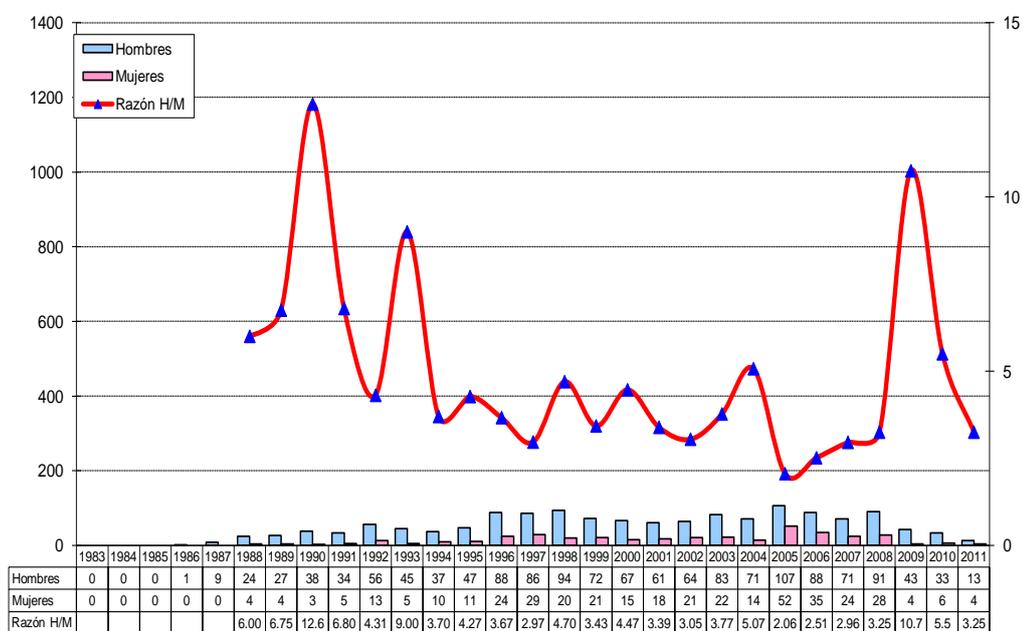
Fuente: NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

RAZON HOMBRE MUJER: La razón de Hombre/Mujer de 6 año 199, se redujo a través de los años, incrementándose a partir del año 2009. En el año 2010 la relación Hombre/Mujer es 6. A diferencia del nivel nacional que tiene una disminución sostenida, de una razón de más de 20 (1987) a 12 (1990) y desde 1998 es de 3.

VIA DE TRANSMISIÓN: Siendo la vía de transmisión la sexual 99%, la vertical (madre –hijo) 1% y parenteral es 0%.

LUGAR DE PROCEDENCIA: Según lugar de procedencia en el periodo 1983-2011 se notificaron 1887 casos de SIDA, procediendo en su mayoría del distrito Callao con 1216 casos (64.44%) y de Ventanilla con 283 casos (14.99%), Bellavista 150 casos (7.96%), La Perla 123 (6.51%), Carmen La Legua 73 (3.87%), La Punta 42 (2.23%).

**SIDA: RAZON HOMBRE/MUJER
REGION CALLAO 1983-2011**



Fuente: NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

Territorios vulnerables

El Callao concentra un elevado número de casos de infecciones por VIH y SIDA a pesar que el número de casos nuevos y acumulados es mayor en Lima por la magnitud de su población. Los territorios vulnerables a nivel de la región 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 sido identificados. La Red BEPECA (Callao - cercado) es el territorio que concentra el mayor número de casos a nivel regional, los distritos con mayor vulnerabilidad son Callao, Ventanilla, Bellavista y La Perla.

En el año 2011 en la estructura de la Mortalidad del distrito Carmen de la Legua SIDA se ubica en el 8vo lugar, en relación a las etapas de vida, en el **joven**

ocupa 1er lugar a nivel regional y distritos Callao, Bellavista, Carmen de la Legua, la Perla (1). En el **adulto** ocupa el 1er lugar a nivel regional, en los distritos de Callao, Carmen de la Legua y entre los primeros 5 lugares en los distritos de Bellavista (5to), La Perla (4to), Ventanilla (3er).

Análisis causal

Las condicionantes sociales, la pobreza, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el elevado número de parejas sexuales, el sexo no protegido elevado, el uso de alcohol son determinantes 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, estigmas y discriminación arraigado en la población se han identificado como factores más importantes para la transmisión de ITS-VIH/SIDA en la Región Callao.

Además multifuncionalidad de ejecutores, escasos recursos humanos, limitados recursos logísticos, débil manejo protocolizado 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. Implementación de nuevos centros en el Hospital de Ventanilla, Callao y Bellavista, con mejora de competencias e incremento de oferta profesional capacitado en los establecimientos.
- Fortalecimiento de las intervenciones con promoción de pares en poblaciones Vulnerables, 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
- Fortalecer la oferta de los servicios de salud. Mejorar la cobertura de manejo sindrómico protocolizado de las ITS-
- Mejora de competencias y sensibilización del personal de salud.
- Facilitar el uso de tecnologías para educación de adultos en las actividades con personal de salud
- Fortalecer los sistemas de 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.
- Potenciar las actividades de monitoreo y evaluación. Se realizará en forma constante (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 intrasectoriales (SIS, Laboratorio, DARES); extrasectoriales (sector educación DREC, CEDRO, Vía Libre, Policía Nacional) y comunales (agentes comunales)

SALUD MENTAL

INFORMACIÓN GENERAL

Un componente indispensable de la Salud Integral es la Salud Mental concebido como derecho fundamental de la persona necesario para el desarrollo humano.

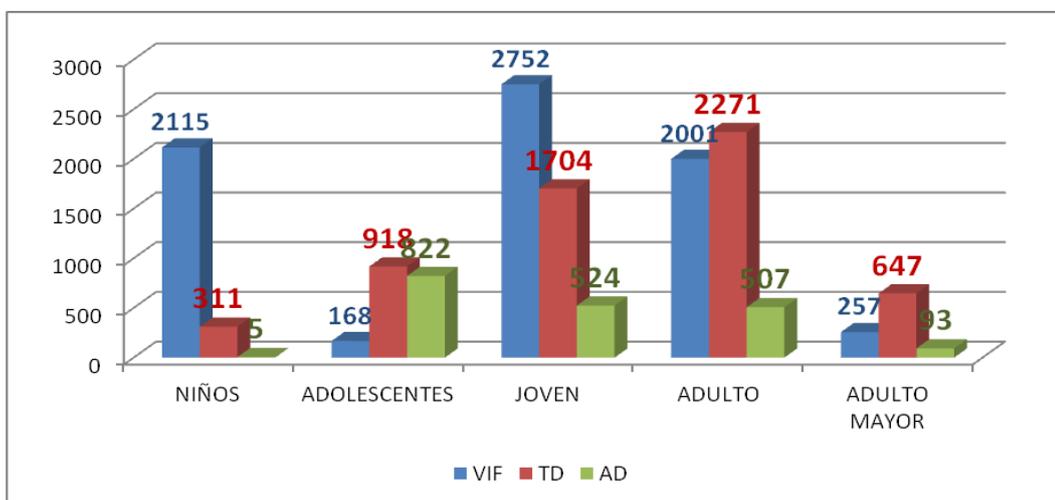
La concepción integral del ser humano implica atender los aspectos somáticos, psíquicos, socioculturales, históricos y políticos que constituyen una unidad dinámica indivisible en el contexto social.

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.

Los ejes de intervención son: **la atención de la violencia intrafamiliar, la depresión y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas priorizadas en la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Mental y Cultura de Paz**, se han incluido el desarrollo de sesiones educativas, talleres de habilidades para la vida dirigidos a adolescentes y jóvenes, el tamizaje de problemas de Salud Mental y la atención de las patologías prevalentes.

La Estrategia está a cargo de un Coordinador Regional y con Coordinadores en cada Red. Se cuenta con Equipo Técnico a nivel de la DIRESA, se cuenta con veinte y ocho psicólogos faltando cubrir los demás centros de salud. A nivel de la DIRESA se cuenta con una licenciada en psicología que asume el cargo de asistente en gestión. Asimismo en los establecimientos de salud de la DIRESA no se cuentan con camas psiquiátricas. La información de las actividades de la Estrategia se recoge en un formato paralelo que es utilizado en todos los establecimientos de las Redes y en los Hospitales.

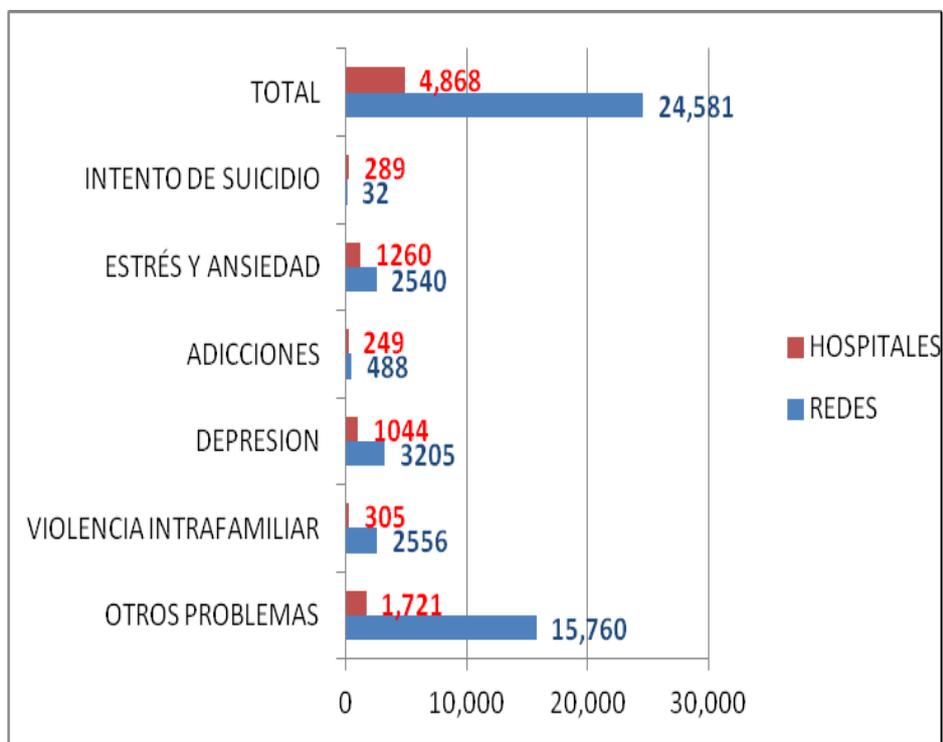
**ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN: TAMIZAJES DE PATOLOGÍAS PREVALENTES
POR GRUPOS ETARIOS - DIRESA CALLAO 2011**



Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

La incorporación de recursos humanos ha mejorado el acceso y oferta de servicios hacia la población de la Región Callao, centrándose en las prioridades de la estrategia, con incremento de cobertura de las actividades de tamizaje. La depresión se aprecia en todos los grupos, pero llama la atención en niños y adolescentes, por lo que pueda afectar en su desarrollo, si no reciben tratamiento. Asimismo la adicción en adolescentes y jóvenes es preocupante por su situación futura.

**ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ
ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN:
ATENDIDOS POR PATOLOGÍAS PREVALENTES EN REDES Y HOSPITALES-
DIRESA CALLAO 2011**



Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

	OTROS PROBLEMAS	INTENTO DE SUICIDIO	ESTRÉS Y ANSIEDAD	ADICCIONES	DEPRESION	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	TOTAL
REDES	15,760	32	2,540	488	3,205	2,556	24,581
HOSPITALES	1,721	289	1,260	249	1,044	305	4,868

La comparación de casos atendidos en redes y hospitales durante el año 2011 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 resolutive corresponde a dichos establecimientos. Lo referente a otros problemas es una cantidad elevada de atendidos a nivel de las redes posiblemente es necesario precisar el diagnostico o puede ser casos con doble diagnostico que se necesita tomar en consideració

**ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ
ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN: ATENDIDOS POR PATOLOGÍAS
PREVALENTES EN REDES DIRESA CALLAO 2011**

Diagnóstico	2010	2011	Diferencia
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	4,319	4605	7%
TRASTORNO DEPRESIVO	6,070	6693	10%
ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS	1,302	2328	79 %
ESTRÉS Y ANSIEDAD	5,759	5761	0.03%
INTENTO DE SUICIDIO	190	412	117%
OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	12,638	26187	107%
TODOS LOS DIAGNÓSTICOS	30,278	44733	48%

Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

Los diagnosticos mas frecuentes corresponden a depresión, abuso de alcohol y drogas, estrés y ansiedad, con un incremento de 48% de personas atendidas en total, la mejora de captacion a traves de cuatro modulos de atencion de adicciones ha permitido el incremento de 79% adicional al año anterior. Llama la atención el marcado incremento de intentos de suicidio que se debe tomar en cuenta para tomar decisiones sobre todo el tratamiento de la depresión y el manejo de emociones y afrontamiento de los problemas que se pueden presentar en la vida de las personas.

PORCENTAJE DE CASOS ATENDIDOS POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE ATENDIDOS POR CUALQUIER CAUSA EN REDES Y HOSPITALES DIRESA CALLAO 2010 -2011

Establecimiento	2010			2011		
	Atendidos		Indicador %	Atendidos		Indicador %
	Salud Mental	Total		Salud Mental	Total	
RED BONILLA	11,677	85,925	13.6%	16,868	78,434	21.5%
RED BEPECA	6,109	72,330	8.4%	4,061	69,229	5.9%
RED VENTANILLA	4,812	103,438	4.7%	3,652	98,123	3.7%
HOSPITAL CARRION	4,548	63,315	7.2%	4,264	58,265	7.3%
HOSPITAL SAN JOSÉ	3,626	98,483	3.7%	604	112,849	0.5%
Total	30.772	423,491	7.3%	29,449	416,900	7.1%

Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz,

La Red Bonilla presenta el mayor grupo de psicólogos asignados evidenciándose en los porcentajes de atendidos por problemas de salud mental respecto al total (incremento de 5191 atendidos), representando el número de atendidos por salud mental, 21,5% del total de atendidos en esta red. A nivel de la Región, a pesar de la gran falta de psicólogos y psiquiatras el 7.1% de todos

los atendidos en los establecimientos de salud de la DIRESA , consultan por problemas mentales.

Territorios Vulnerables

La inseguridad, sensación de miedo debido a la violencia delincriminal particularmente en el Callao incrementada con la percepción de impunidad determina la necesidad de considerar la violencia como prioridad sanitaria, en los Distritos del Callao, Ventanilla, La Perla y Carmen de la Legua.

En Ventanilla, “el incremento de la violencia delincriminal”, es catalogada como la primera amenaza distrital dentro su análisis de priorización de problemas.

La Red BEPECA es la que mayor intervención en Violencia Familiar, trastorno depresivo y en abuso de alcohol y drogas con un crecimiento de 182%, 266% y 912% respectivamente. Seguida de la Red ventanilla en abuso de alcohol y drogas (160%), Red Bonilla con trastornos depresivos (137%).

Análisis Causal

La compleja multicausalidad genera en la Región una alarmante situación de violencia y drogadicción .Las condicionantes como 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, incrementan la situación de vulnerabilidad

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

Reforzamiento de una cultura de paz y un uso adecuado del tiempo libre en todos los espacios de la Región. 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.
- 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.
- Fortalecimiento de ejes prioritarios: Atención de la violencia intrafamiliar, la depresión, y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Incremento de personal médico especializado en los servicios de salud, así como mejora de la infraestructura
- 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*.

- Desarrollar una estrategia eficaz para, tratamiento y rehabilitación de las personas adictas a drogas que incluya la formalización de las comunidades terapéuticas en condiciones de funcionamiento adecuado.
- 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.
- Incorporación de estrategias de intervención que modifiquen las determinantes que generan los principales problemas en cada distrito con abordaje interinstitucional, que busquen generar la sostenibilidad de la intervención.
- Desarrollo del 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 con:
 - ✓ Fortalecer los 03 módulos de atención en alcohol y drogas implementados en establecimientos del primer nivel de salud: Centro de Salud San Juan Bosco, Centro de Salud Faucett y Centro de Salud Santa Rosa de Pachacutec.
 - ✓ Fortalecer el módulo de atención en alcohol y drogas implementado en el 2do nivel de salud – Centro de Salud Perú Corea – Bellavista.
 - ✓ Implementar 02 módulos más de atención en alcohol y drogas en el primer nivel de salud, Centro de Salud Ventanilla Alta y Centro Juvenil Sarita Colonia.
- Completar la implementación del servicio de Salud Mental en el Hospital de Ventanilla
- Cumplir con lo programado en las finalidades y subfinalidades del PPR de la Estrategia de Salud Mental no se cumpla.
- 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.
- Elaborar e implementar programas para disminuir la violencia escolar Bullying y familiar.
- Ha sido aprobado mediante una Ordenanza del Gobierno Regional el Plan Regional de Lucha contra las Drogas.
- Se ha incorporado en el Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS) del MINSA el componente de atención de cuatro patologías mentales: depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. La región Callao es una de las escogidas para esta implementación.

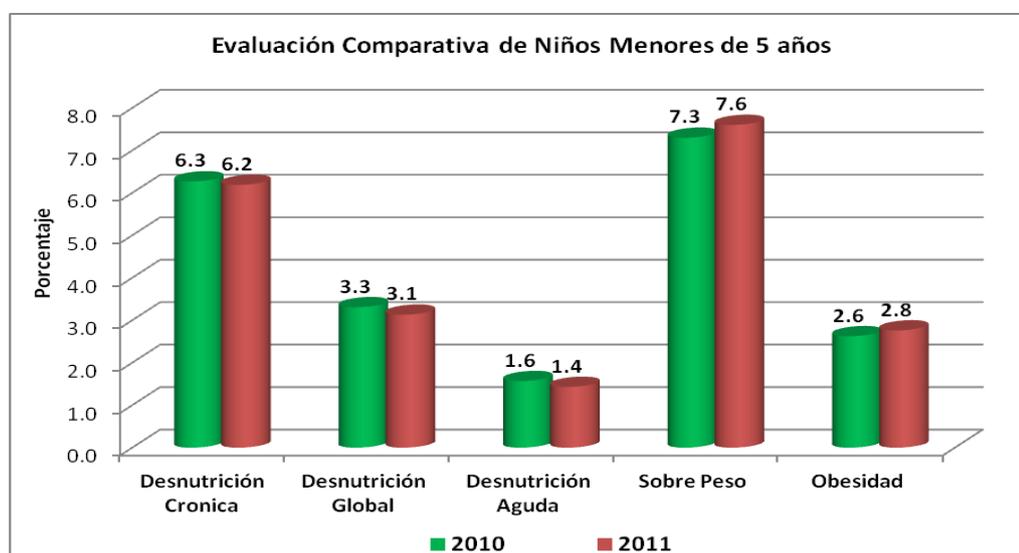
MALNUTRICION: ANEMIA, DESNUTRICIÓN Y OBESIDAD

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

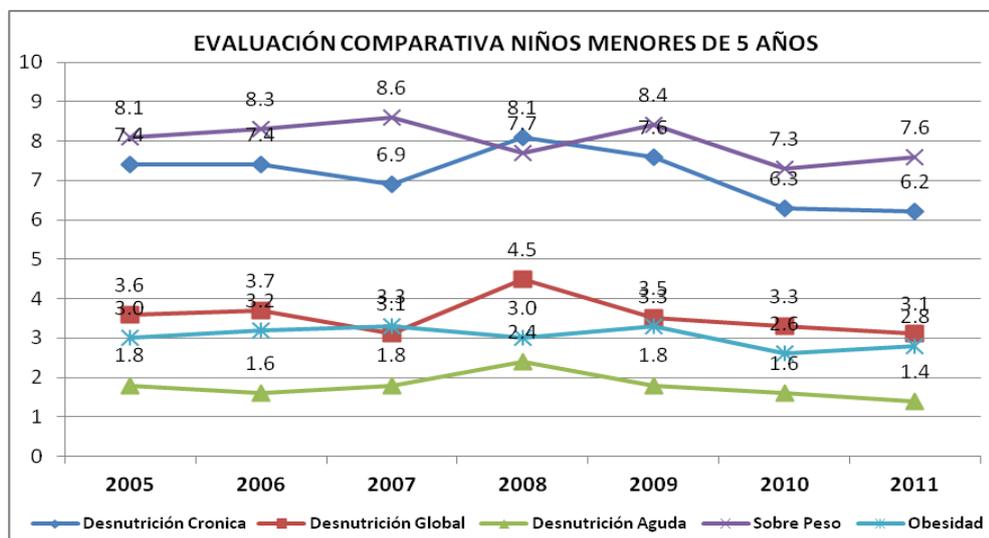
La escasez de hierro no se distribuye de manera homogénea a lo largo de la población. Los grupos más vulnerables son las mujeres en edad reproductiva -en especial las embarazadas-, los niños y los adolescentes. Se debe a que en dichas etapas de la vida las demandas de hierro se incrementan en forma notoria y en ocasiones la dieta no es suficiente para cubrirlos. 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 acarrear graves consecuencias, entre otras áreas, en la psicomotora e intelectual que en ocasiones solo se evidencian a largo plazo.



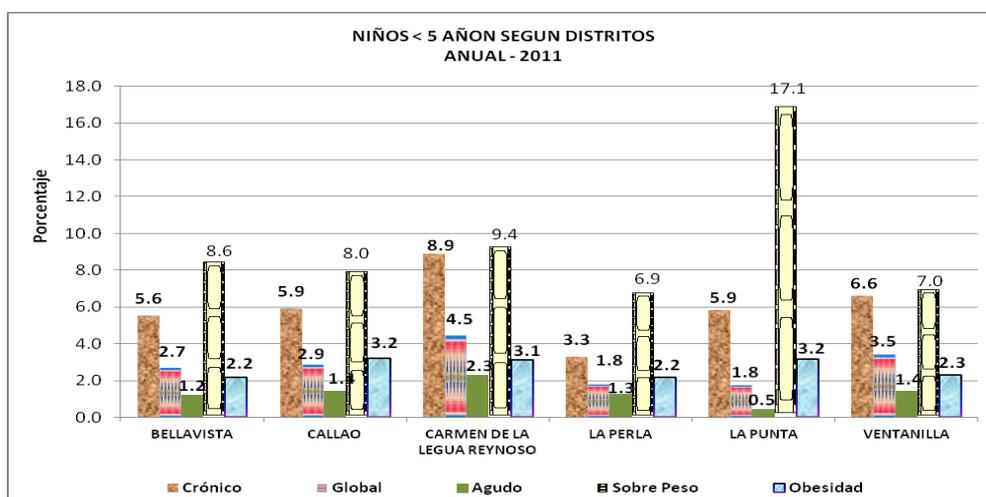
Anual	Evaluados	Desnutrición Crónica	Evaluados	Desnutrición Global	Evaluados	Desnutrición Aguda	Sobre Peso	Obesidad
2011	68820	4260	69385	2173	68589	982	5214	1894
2010	67340	4223	68157	2255	67406	1057	4920	1769

La situación del estado nutricional del niño menor de cinco años que acuden a los Establecimientos de la Dirección Regional de Salud del Callao se tiene 6.2%

de niños con desnutrición crónica (4260 niños) de un total de 68820 niños evaluados, un 3.1% de niños con desnutrición global (2173 niños) de un total de 69385 niños evaluados, un 1.4% de niños con desnutrición aguda (982 niños) de un total de 68589 niños evaluados. Y en relación a la malnutrición por exceso se tiene un 7.6% y 2.8% de niños con sobrepeso y obesidad respectivamente (5214 y 1894 niños) de un total de 68589 niños evaluados.



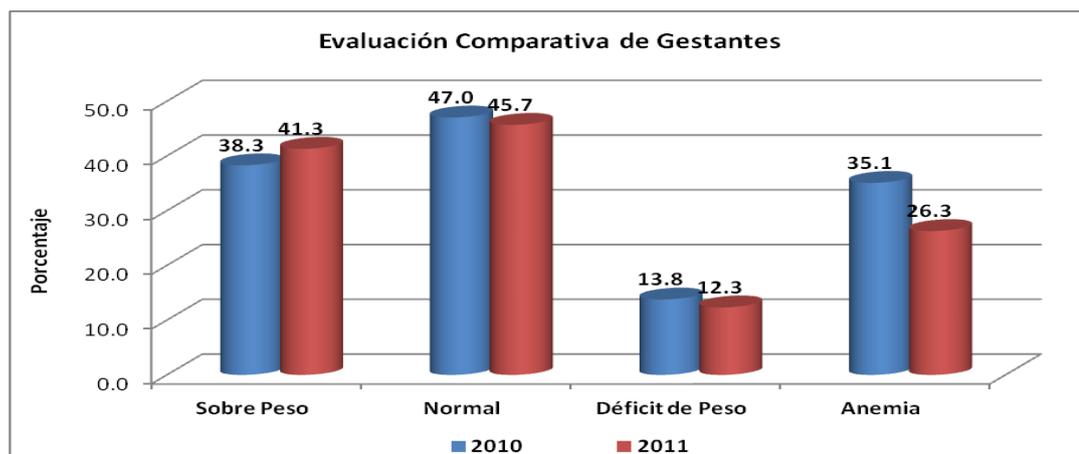
En relación al indicador trazador para estos años tenemos como objetivo la disminución de la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años. A partir del año 2008 al 2011 se observa una tendencia en descenso progresivo de un 7.7% a un 6.2%. Y en relación obesidad existe un leve aumento en relación a los años 2010 y 2011 de 2.6% a 2.8% en niños menores de cinco años.



Estado Nutricional según distritos - 2010

Como Distritos, se tiene que la cantidad mayor de evaluados se realizó en el Callao (35077), seguido de Ventanilla (30734). El mayor porcentaje de malnutrición por exceso en sobrepeso se tiene en La Punta en un 17.1% (38), seguido de Carmen de la Legua (9.4%) (45) y en obesidad se tiene los mayores porcentajes, tanto en el Callao (1116), como La Punta (7) con 3.2%. En cuanto a la malnutrición por déficit la Desnutrición crónica el mayor porcentaje se

encuentra en Carmen de la Legua 8.9% (42) y le sigue Ventanilla con un 6.6% (2033).

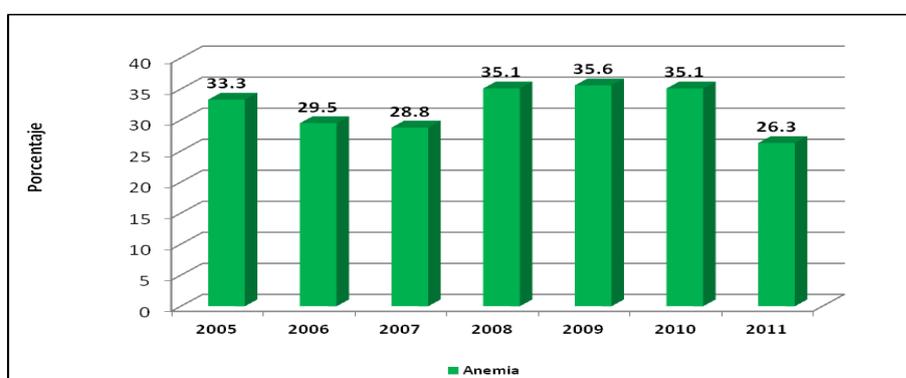


FUENTE: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN

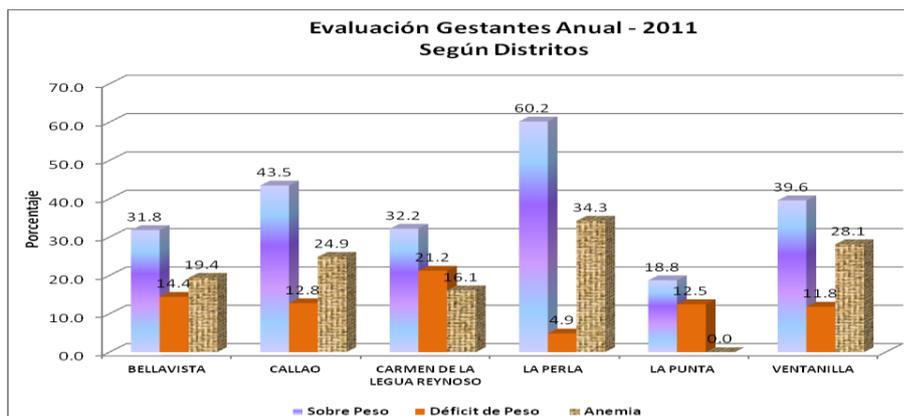
Anual	Registrados	Evaluados	Sobre Peso	Normal	Déficit de Peso	Evaluados	Anemia
2011	18012	16423	6786	7505	2027	10232	2690
2010	13897	12484	4782	5872	1720	7194	2525

Otro de los grupos priorizados son las gestantes, realizándose la técnica adecuada en relación al dato antropométrico (peso y talla) dentro de su periodo de gestación, para el buen seguimiento de su ganancia de peso mensual, registrándose en la Base de datos “Sistema de información del Estado Nutricional SIEN”. El total de gestantes evaluadas para el año 2011 (16423) en comparación al 2010 (13897) hubo mayor captación y se observa para el año 2011 diagnósticos con sobrepeso el 41.3% (6786), de déficit de peso el 12.3% (2027) y en relación a los casos de anemia en gestantes fue de 26.3% (2690), viéndose un descenso de ella en comparación al año anterior.

Como **distritos**, se tiene que la mayor cantidad de evaluados se realizó 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%).



En lo referente a la Anemia en gestantes, se observa que se mantiene desde el año 2008 (35.1%) al año 2011 (26.3%) un descenso en 8,8 puntos porcentuales. En el 2011 se evaluaron a 10232 gestantes en relación al año 2010 de 7194 gestantes evaluada.



En el año 2011, se observa los casos de sobrepeso a nivel de los distritos de la Región Callao se tiene una mayor cantidad de evaluados a nivel del distrito de la Perla (226 gestantes evaluadas) un 60.2% (136 casos), seguido del Callao (7150 gestantes evaluadas) en 43.5% (3108 casos), teniendo la menor cantidad en el distrito de la Punta (16 gestantes evaluadas) en 18.8% (3 casos).

Y en relación a la anemia se ve a nivel de los distritos una mayor cantidad de evaluados a nivel del distrito de la Perla (181 gestantes evaluadas) un 34.3% (62 casos), seguido del Ventanilla (4952 gestantes evaluadas) en 28.1% (1393 casos), Para el distrito de la Punta de los 16 gestantes evaluadas no se observa casos de anemia.

Causalidad: desconocimiento de la población en general información sobre nutrición saludable.

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 loncheras saludables.
- Fortalecimiento de las capacidades técnicas al personal de salud en temas de alimentación y nutrición, a nivel de los EESS. de la DIRESA Callao y las otras instituciones del Callao.
- Implementación de nueva tecnología en suplementación del hierro con multimicronutrientes “chispitas nutricionales” desarrollado en el Distrito de Ventanilla.

- Utilización de la base de datos que se genera del Sistema de Información del Estado Nutricional de niños y niñas menores de cinco años, para las intervenciones que se realiza de manera coordinada con la diferentes Direcciones, en el marco de contribuir a reducir la desnutrición crónica infantil..
- Dotar de suficiente recurso humano nutricionista que realice labor asistencial en los Establecimientos de Salud u otras instituciones que trabajan temas de Alimentación y nutrición, así como de infraestructura y ambientes adecuados para desarrollar las actividades nutricionales en la atención intramural, como la evaluación y consejería nutricional, almacén de alimentos igualmente abastecimiento suficiente de material impreso para actividades de IEC a Nivel de Establecimientos de Salud.
- Continuar con coordinaciones multisectoriales e interinstitucionales para el abordaje de contribuir en la reducción de la desnutrición crónica infantil de la DIRESA en la Región Callao:
 - ✓ Con el MIMDES/PRONAA y actualmente con la Municipalidad Provincial por el apoyo alimentario que se brinda a los menores de 36 meses, madres gestantes y madres lactantes.
 - ✓ Con los Gobiernos Locales sobre el apoyo alimentario a los pacientes en tratamiento de tuberculosis y los programas de vaso de leche.
 - ✓ Con las Municipalidad de Bellavista, Carmen de la Legua y el Callao a través de la asistencia técnica y monitoreo de la ejecución del “Programa Articulado Nutricional – Incentivos Municipales”, la realización de un diagnostico basal nutricional a los niños menores de 36 meses de su jurisdicción.
 - ✓ Con la Municipalidad Distrital de Ventanilla su Plan Local de Salud, con la participación de Instituciones cooperantes que abordan el tema nutricional y la coordinación permanente con la Dirección de Red de Salud Ventanilla.
 - ✓ Con los Wawa Wasis actividades consideradas en el Convenio Especifico firmado el año 2011.
 - ✓ Las intervenciones realizadas en la zona contaminada por plomo, donde se cuenta con un componente nutricional, actividades coordinadas con la Gerencia Regional de Recursos Naturales y la Sociedad Civil.
 - ✓ Implementación del suplemento de zinc en el tratamiento de enfermedades diarreicas en niños entre 06 a 59 meses de edad del distrito de ventanilla, en el marco de contribuir a disminuir la desnutrición infantil.
 - ✓ Fortalecimiento del programa de Suplementación de hierro en el II semestre de la entrega sistematizada de los multimicronutrientes o llamados “Chispitas Nutricionales” rescatando la información del número de sobrecitos entregados en relación a los niños atendidos.
- Fortalecer el Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN, como instrumento y fuente de datos de Gestión Regional y Nacional.
- Motivación para el personal de salud en el seguimiento y monitoreo a través de la visita domiciliaria de los niños con riesgo de desnutrición y sobrepeso en la Región Callao.
- Elaboración de Ordenanza Regional y/o municipal considerando la Alimentación y Nutrición Saludable en las diferentes etapas de la vida, priorizando la disminución o erradicación de la desnutrición crónica y anemia infantil en la Región Callao.

- Socialización de la información generada de la situación nutricional a las direcciones de redes, a los directores y a las distintas Instituciones y sectores que abordan el tema alimentario nutricional en la Región Callao.
- Fortalecer la inclusión de las actividades nutricionales en los instrumentos de gestión, acorde con la realidad actual de la Región.
- Fortalecer la consejería nutricional con enfoque de visita familiar integral a domicilio y las sesiones demostrativas de preparación de alimentos priorizando a las madres de niños menores de 5 años con riesgo nutricional y gestante con anemia nutricional

MORTALIDAD MATERNA.

La Mortalidad Materna es un indicador de impacto de la salud pública que permite indirectamente establecer si las estrategias consideradas en la salud sexual y reproductiva son eficientes y eficaces en su aplicación en los establecimientos de salud de la Región Callao.

La gestación, parto y puerperio son parte de la maternidad, que es una etapa importante en la vida de la mujer y familia, siendo un derecho irrenunciable y un fin social de importante repercusión.

Las determinantes en salud: sociales, económicas, culturales y las características sanitarias se manifiestan en la presencia, intensidad y extensión de la mortalidad materna. La implicancia familiar, social y económica que genera una muerte materna determina un mayor empobrecimiento, considerando que afecta mayormente a personas pobres, desposeídas, adolescentes y sin planificación del embarazo.

La importancia de una adecuada evaluación de la Muerte Materna en los componentes: estructura con evaluación de los servicios de salud, recursos humanos capacitados y sensibilizados con una actitud adecuada hacia la gestante; componente procesos que faciliten la adecuada atención: prenatal, del parto y puerperio. (Incluyendo las áreas administrativas y operativas), y componente resultado evaluando adecuadamente el establecimiento de metas reales y coherentes, sin vinculación histórica que permita romper paradigmas y permitan mejorar la atención.

El año 2011 ha presentado un incremento del número de muertes maternas en un 50% (15), de las cuales 8 han sido de causa directa, 6 de causa Indirecta y 1 muerte incidental. Destacando que aquella mortalidad materna de causa directa en su mayoría son evitables.

El Callao, a pesar de tener buenos indicadores de salud en lo que respecta a atención del parto institucional, presenta el incremento de muertes maternas, incrementándose la Razón de Muerte Materna a 96.90 por 10,000 n.v. (103 por 10,000 -2006-nivel nacional) es por ello que el tema de la muerte materna se convierte en una prioridad de salud para la Región.

Vulnerabilidad

En la región Callao en el 2011 han ocurrido 15 muertes maternas, del total 35% procedentes del distrito del Callao; 23% del distrito de Ventanilla; 17 % del distrito de Bellavista; 03% del distrito de la Perla.

Los grupos etarios más afectados son: de 20 a 34 años, de 35 a 39 años y de 25 a 29 años con 26.7%, 26.7% y 20% del total de los casos respectivamente. Evidenciando la mayor vulnerabilidad en los grupos de mujeres jóvenes.

La procedencia de las gestantes de zonas no pertenecientes a la Región Callao también representan un grupo considerable (22%); que genera la necesidad de mejorar la capacidad resolutoria y disminución de los tiempos de demoras en la atención materna.

Del total de los casos el 84% ocurrió en establecimientos de salud a diferencia de las zonas rurales que generalmente reportan las muertes maternas en lugares distintos a los servicios de salud por falta de accesibilidad.

Causalidad

La clasificación de la muerte materna de acuerdo a las causas que la ocasionan son:

Muerte materna directa, considerada generalmente como evitable; es producida como resultado de una complicación obstétrica, del estado de embarazo, parto o puerperio, o por intervenciones, u omisiones o tratamiento incorrectos.

Muerte materna indirecta, por causa no obstétrica, puede ser por 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 aquella producida por causas accidentales o incidentales en el curso de un embarazo

Desde el año 2000 las causas directas de mortalidad materna se han mantenido constantes representando un 66% del total de defunciones, a diferencia de la mortalidad materna de causa indirecta que mantiene un incremento constante representando en el 40% del total de casos ocurridos en el año 2011.

La ocurrencia de las defunciones son principalmente en establecimientos de salud mostrando la mejora de la accesibilidad a los servicios, pero a pesar de los esfuerzos las causas infecciosas siguen siendo la principal causa etiológica (40%). Que reflejaría las insuficiencias del sistema para la atención de la salud materna.

Estrategias de intervención

En el análisis de la causalidad de las muertes maternas ocurridas en el Callao, se ha podido identificar algunos determinantes para intervenir a fin de lograr la reducción de la muerte materna en nuestra Región; así tenemos:

- **Desde salud**, se ha identificado factores asociados a la prematuridad, específicamente con la amenaza de parto prematuro, teniendo las causas infecciosas y la enfermedad hipertensivas del embarazo como principales.
- Identificados debemos priorizar nuestros esfuerzos en la identificación y tratamiento adecuados y oportunos de las infecciones durante la gestación y sobre factores nutricionales.
- Mejora del seguimiento desde los servicios del sistema de salud con calidad y competencia, con permanente motivación y capacitación al personal en los diferentes niveles de atención e instituciones prestadoras.
- También considerar otros 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.
 - ✓ **Obstétricos:** Abortos, Embarazo ectópico anterior, Prematuridad, Pre eclampsia, Cesáreas previas, Hemorragias.
 - ✓ **Personales:** Hipertensión, infecciones urinarias, infecciones vaginales, tuberculosis, diabetes, desnutrición, anemia.
- **Desde los otros sectores**, la mortalidad materna tiene varios componentes para abordar fundamentalmente el educativo para lo cual es necesario la ejecución de actividades a corto, mediano y largo plazo en los diferentes niveles educativos (niños, adolescentes y adultos), con una mejor valoración de la salud de la mujer y del autocuidado.

- La incorporación de las diversas autoridades de la Región así como las instituciones (Municipios, Comisarias, entre otros) que sirvan de soporte así como la inclusión de las organizaciones sociales de base.
- 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.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: HIPERTESION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y CÁNCER.

Según el Center for Disease Control of Atlantic (CDC), las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales con largos periodos de incubación o latencia, largos periodos subclínicos, con prolongados cursos clínicos, con frecuencia episódica, sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo.

Estas 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. La transición demográfica significa un desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad más avanzados y un cambio en las causas de muerte. Los mecanismos son principalmente la aparición de factores de riesgo relacionados con los cambios en el modo de vida de la población debido al desarrollo tecnológico, urbanización, disminución de la fecundidad y mejoramiento de la tasa de letalidad.

En relación a la mortalidad 35 millones de muertes en el mundo son debidas a estos daños, de estas el 80% ocurren en los países de ingresos bajos y medianos (2005). En 10 años en el 2015 se incrementaran estas muertes 17% sobretodo en países pobres, estas enfermedades son causantes de 21 millones de años de vida ajustado en función a la discapacidad o AVAD una medida de vida productiva futura.

En la Región de las Américas:

Las enfermedades no transmisibles son la principal causas de mortalidad y discapacidad prematura, así hasta la edad de 70 años estas enfermedades causan el 44% de defunciones masculinas y 44.7% defunciones femeninas.

En el Perú:

En los años 90 las ENT se encontraban entre las 10 primeras causas de mortalidad, el tercer lugar lo ocupaba la enfermedad de cerebrovascular y en quinto lugar la enfermedad isquémica del corazón.

En el año 2007, la mortalidad por enfermedades no transmisibles está encabezada por las enfermedades cardiovasculares.

En la Región Callao:

En la Estructura de la Mortalidad de la Provincia en el año 2000 las ENT ocupaban las 10 primeras causas: Infarto Agudo de Miocardio(1er lugar), Enfermedad cerebrovascular (3er lugar) ,Diabetes mellitus (6to lugar) .A partir del año 2003 la Hipertensión arterial(HTA) ocupó el 1er lugar ,hasta el año 2009 que fue desplazado al 2do lugar por Neumonía.

En el año 2011 siete de las 10 primeras causas de mortalidad en la Región Callao son por ENT. La HTA es la segunda causa de muerte a nivel regional y

distrital, en Carmen de la Legua es desplazada al tercer lugar por otras enfermedades pulmonares intersticiales y en la Punta por tumor maligno de bronquio. En relación a las etapas de vida en el adulto se ubica entre la 10 primeras causas en los distritos de Carmen de La Legua y la Perla, en el adulto mayor se ubica en segundo lugar a nivel regional y distrital, en Carmen de la Legua es desplazada al tercer lugar por otras enfermedades pulmonares intersticiales.

En respuesta a esta situación el Ministerio de Salud ha desarrollado políticas y acciones para prevenir y controlar estas enfermedades, tales como la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud (MINSA), entre ellas la de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles; los Lineamientos de política de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud aprobados con Resolución Ministerial N° 111-2005-SA; el Plan Nacional Concertado de Salud, en el Objetivo 7, se prioriza la vigilancia, prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (RM N° 589-2007/MINSA).

En los últimos años, el sector salud ha incluido a las enfermedades no transmisibles en las prioridades sanitarias nacionales y desde el año 2011 se tiene un programa financiado por el presupuesto por resultados para prevenir y controlar estos daños. Las políticas actuales del Estado pretenden reducir la inequidad de acceso a los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades no transmisibles mediante el aseguramiento universal en salud (AUS) y la descentralización

Los daños No Transmisibles (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus y cáncer) 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 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.

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.

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.

Al realizar la evaluación comparativa de la morbilidad entre el año 2010 y el 2011 encontramos lo siguiente:

- Hipertensión Arterial 11, 441 casos en el 2010 y 14,586 casos el 2011, es decir que se incrementaron 3, 145 casos más (27%).

- Diabetes Mellitus 10,579 casos en el 2010 y 12,073 casos en el 2011, es decir que se incrementaron 1,494 más (14%).

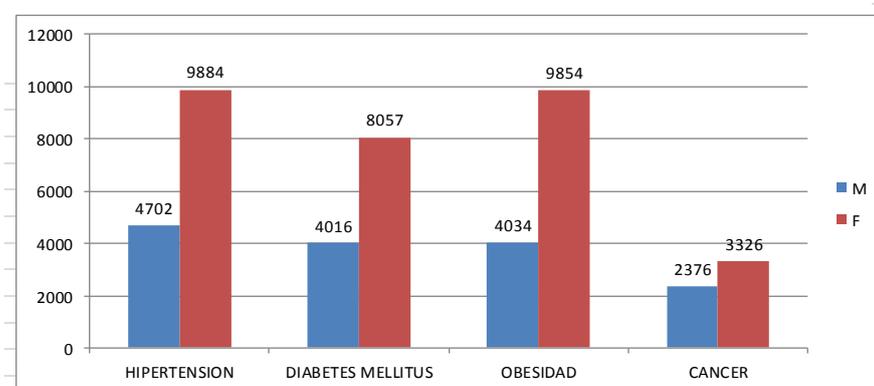
En relación al sexo se observa que el sexo femenino es el que presenta un mayor número de casos tanto en el año 2010 y 2011.

**COMPARATIVO DE MORBILIDAD DAÑO NO TRANSMISIBLE POR SEXO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD I CALLAO 2010 - 2011**

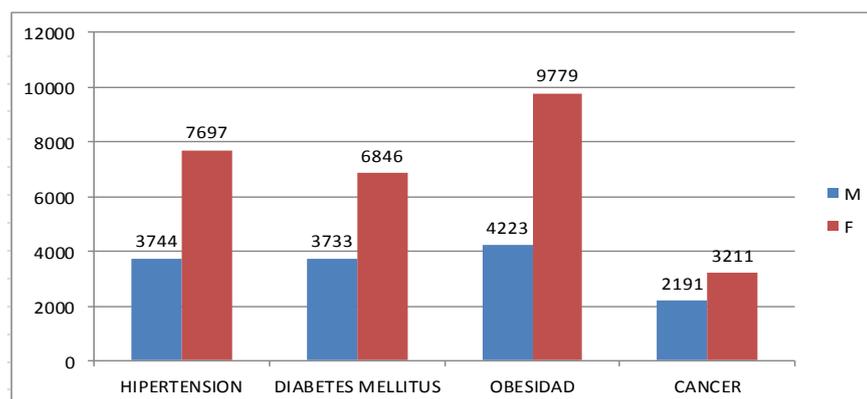
MORBILIDAD	2010			2011		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
HIPERTENSION	3744	7697	11441	4702	9884	14586
DIABETES MELLITUS	3733	6846	10579	4016	8057	12073
OBESIDAD	4223	9779	14002	4034	9854	13888
CANCER	2191	3211	5402	2376	3326	5702

FUENTE: BASE DE DATOS HIS

MORBILIDAD DE DNT POR SEXO DIRESA CALLAO AÑO 2011



NUMERO DE CASOS DE ENT POR SEXO DIRESA CALLAO AÑO 2010



La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños no Transmisibles viene implementando actividades para la atención integral de los daños prevalentes, tomando en consideración las diferentes etapas del ciclo de vida: niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

COMPARATIVO DE MORBILIDAD DAÑO NO TRANSMISIBLE POR CICLOS DE VIDA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO 2010-2011

MORBILIDAD	2010						2011					
	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR	TOTAL	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR	TOTAL
ARTROSIS	23	32	158	3175	4972	8360	45	61	222	4379	6528	11235
ASMA	17279	1215	1591	3629	1936	25650	16809	1064	1409	3437	1930	24649
CANCER	242	153	448	2272	2287	5402	164	135	375	2618	2410	5702
CEGUERA	112	129	24	72	88	425	45	125	28	88	67	353
DIABETES MELLITUS	61	54	236	5245	4983	10579	72	59	323	6189	5430	12073
ENF. CARDIOVASCULAR	406	29	105	933	2162	3635	464	29	100	925	2110	3628
HIPERCOLESTEROLEMIA	21	16	154	1507	885	2583	26	33	181	1859	1031	3130
HIPERTENSION	15	28	193	3958	7247	11441	19	38	216	5006	9307	14586
INSUF. RENAL CRONICA	5	6	59	408	1021	1499	6	6	39	350	696	1097
OBESIDAD	4110	952	1882	5437	1621	14002	3858	944	1977	5483	1626	13888
OSTEOPOROSIS	2	3	6	465	1129	1605	1	3	22	530	1202	1758
TBC (A 150 - A 160 - A 151 - A 169)	122	160	557	537	168	1544	130	153	462	492	142	1379
ENF. PULMONAR OBSTRUC. CRONICA	5	1	4	121	456	587	23		4	114	446	587
ARTRITIS REUMATOIDEA	5	11	115	742	473	1346	9	14	127	872	586	1608

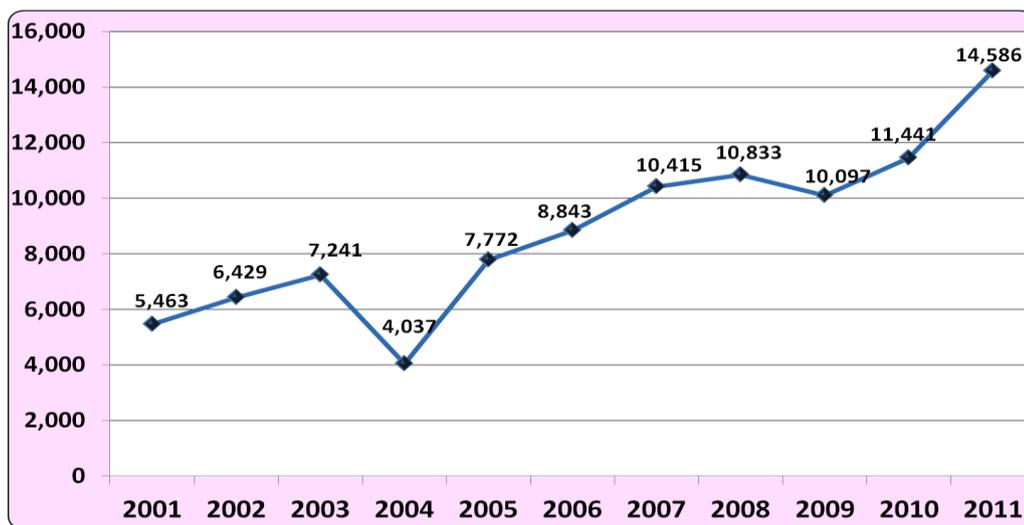
FILE: DAÑO NO TRANSMISIBLERED11.XLS/YENY G

*ASMA NO INCLUYE SOB



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

CUADRO COMPARATIVO ANUAL DE HIPERTENSION ARTERIAL (I10.X)
DIRECCION REGIONAL DE SALUD 2001 – 2011

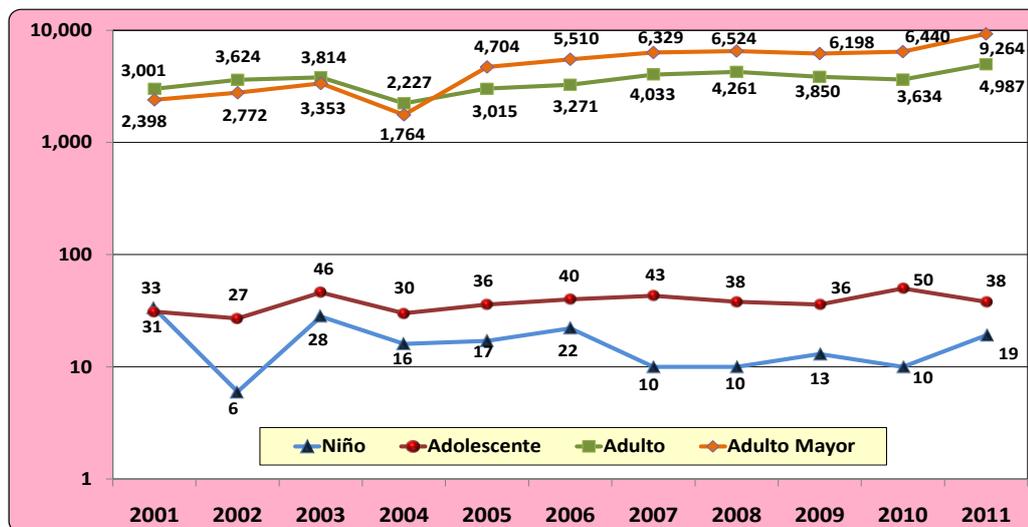


Fuente: Unidad de Estadística - OITE

El incremento de casos se ha evidenciado desde el 2001, lo que se explica por las actividades de prevención control y tamizaje de los ENT. En HTA se atendieron 14,586 casos, 27% más en relación al mismo periodo del año anterior (11,441), el más afectado es el sexo femenino (67.76%), el ciclo de vida adulto (34.32%) y adulto mayor (63%).



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
CUADRO COMPARATIVO ANUAL DE HIPERTENSION ARTERIAL (I10.X) POR GRUPO DE EDAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD 2001 – 2011



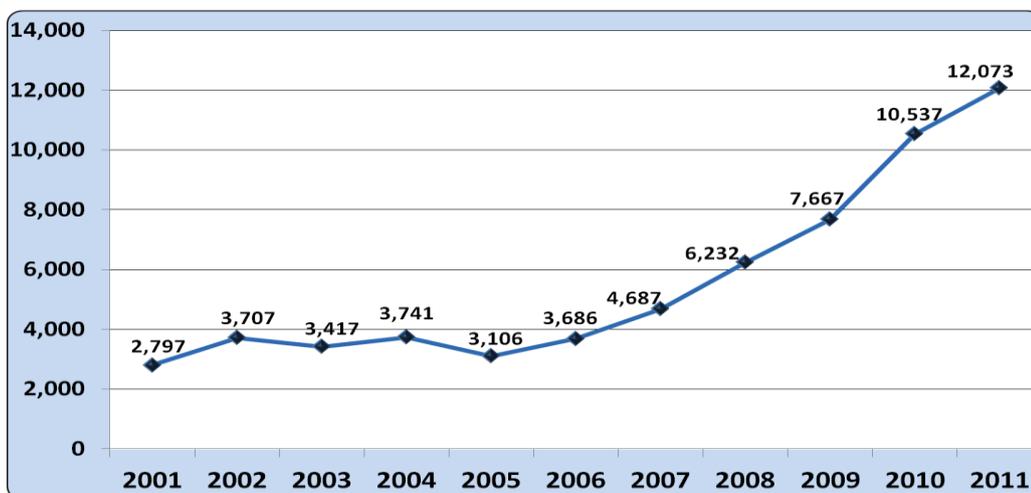
Fuente: Unidad de Estadística - OITE

Se realizó el diagnóstico en 12,073 atendidos por **Diabetes Mellitus**, no se alcanzó la meta debido a que no se contó con insumos para realizar el Tamizaje de Diabetes, sin embargo se observa que hubo un incremento de 1,494 casos respecto de lo atendido en el 2010, lo que representa un incremento de 14%, si bien en los establecimientos del primer nivel se ha intensificado las actividades de Prevención con consejería no fue posible realizar los tamizajes programados.

Es el sexo femenino el que tiene un mayor número de casos por Diabetes Mellitus, en el 2011 se encontraron 6,823 es decir que el 57% de casos correspondió al sexo femenino y el 43% correspondió al sexo masculino, en cuanto al grupo etáreo son los adultos y adultos mayores los que tienen un mayor número de casos.



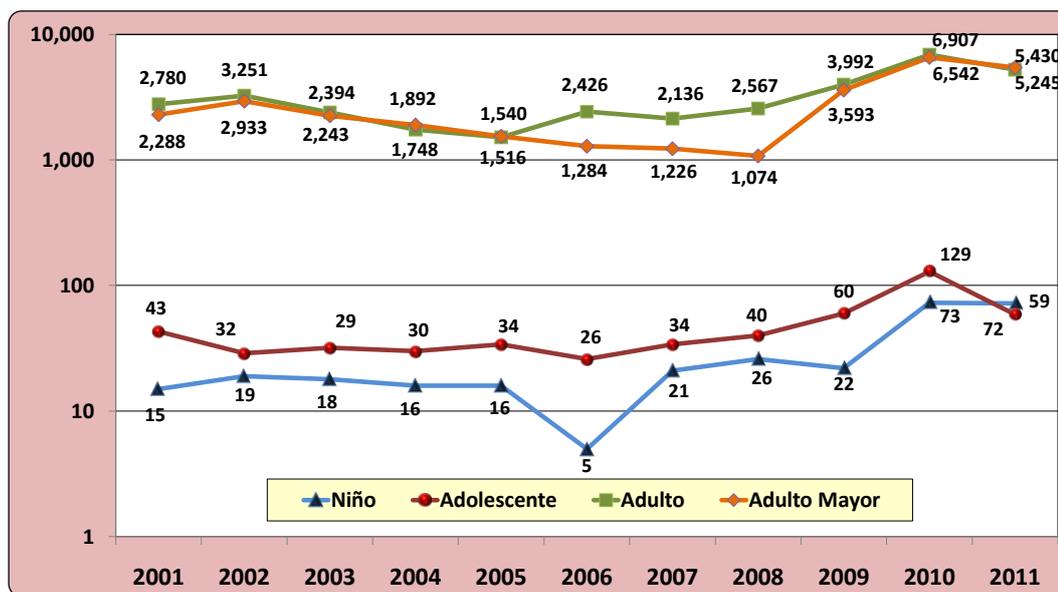
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
CUADRO COMPARATIVO ANUAL DE DIABETES MELLITUS (E10 - E14)
DIRECCION REGIONAL DE SALUD 2001 – 2011



Fuente: Unidad de Estadística - OITE



CUADRO COMPARATIVO ANUAL DE DIABETES MELLITUS (E10 - E14) POR GRUPO DE EDAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD 2001 - 2011

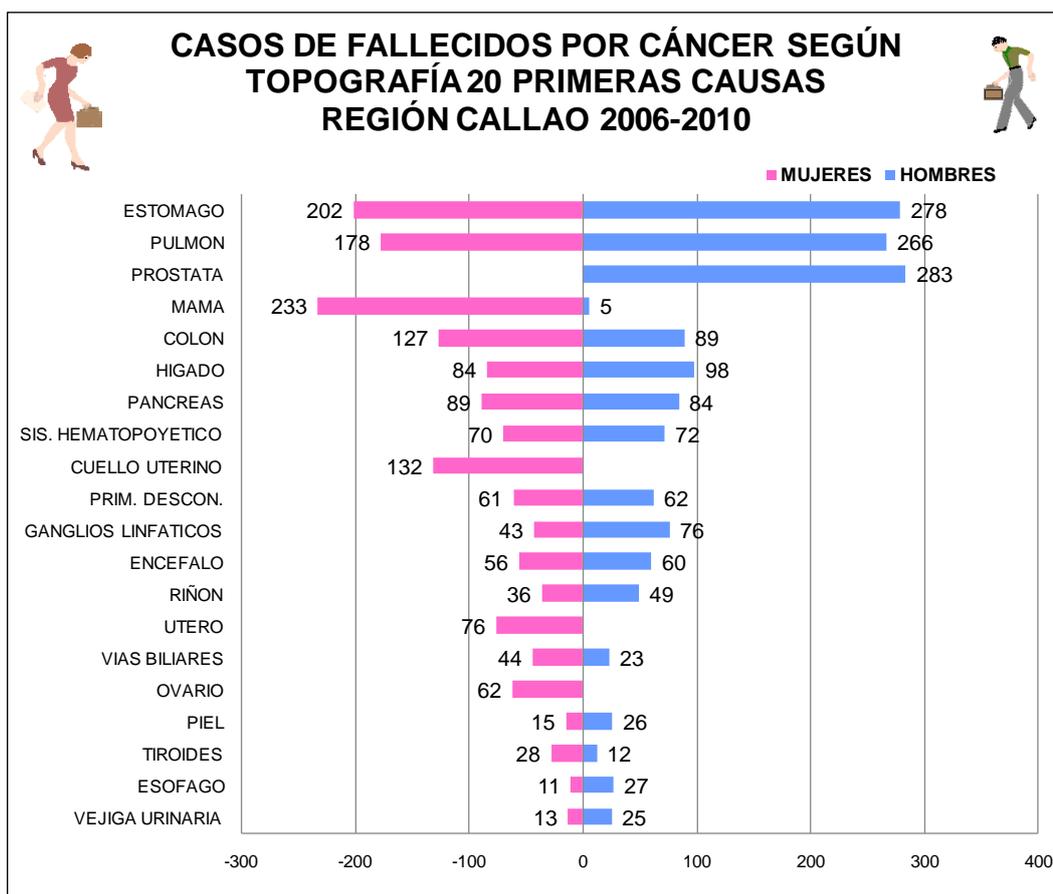


Fuente: Unidad de Estadística - OITE

VIGILANCIA DE CÁNCER

- 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.
- El Ministerio de Salud desde el 2006 estableció la Vigilancia Epidemiológica del cáncer con la emisión de la RM N° 660-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 004-MINSA/DGE-V.01, "Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer – Registros Hospitalarios"
- La Vigilancia de Cáncer se realiza mediante los registros de certificados de defunción por cáncer de la DIRESA Callao del 2006 al 2010. El registro se realiza en la Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao. El Registro de Cáncer Hospitalario lo deben realizar HNDAC y CEMENA.
- Al revisar los ASIS del periodo 1999 al 2011 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 6.68% del total de fallecidos ocupando el 5° y 7° lugar respectivamente en la estructura de la tabla de mortalidad en el año 2011.
- El Ministerio de Salud desde el 2006 estableció la Vigilancia Epidemiológica del cáncer con la emisión de la RM N° 660-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 004-MINSA/DGE-V.01, "Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer – Registros Hospitalarios".
- En estos años fallecieron 15,997 habitantes en la Provincia del Callao de ellos 3,422 (39.00%) 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 1703 casos (49.76%), sexo masculino 1719 (50.23%). Los varones fallecen por cáncer más frecuentemente a partir de los 70 años en cambio la mujer a partir de los 60 años. La relación mujer/hombre fallecido por cáncer es 1.01/1.

- Según certificado de defunción el sexo masculino es el más comprometido en el cáncer de estómago y fallecen entre 75 y 85 años. La relación hombre/mujer con este cáncer es 1.38/1. 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 1.49/1. Según lugar de procedencia el cáncer de bronquio y pulmón es más frecuente en el distrito Callao.
- Los varones fallecen por cáncer de próstata más frecuentemente entre los 75 y 85 años. Observamos también que el grupo de 80 a 44 años está comprometido. Según lugar de procedencia, 283 casos (93.03%), proceden de la Región Callao.
- El cáncer de mama es más frecuente entre los 50-64 años (34.35%) La mayoría de los casos de cáncer de mama proceden del Callao (95.02%). En el periodo 2006-2011 se han presentado 5 casos de cáncer de mama en el sexo masculino en los grupos de edad de 50-54 años, 80-84 años, 45-49 años y 90-94 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.



Territorio vulnerable: toda la población del Callao es vulnerable a las enfermedades no transmisibles.

Estrategias de Intervención:

- Capacitación y sensibilización a los profesionales de la salud del primer nivel de atención para la detección precoz, tamizaje, tratamiento oportuno de estos daños, así como el fortalecimiento de la educación sanitaria
- Garantizar la continuidad de los recursos humanos, equipamiento, insumos y medicamentos para daños no transmisibles en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, priorizando los establecimientos del primer nivel de atención.
- Adecuación de la Red de establecimientos de salud del primer nivel de atención no están adecuados para brindar atención integral oportuna a los pacientes con ENT.
- La DIRESA Callao ha priorizado los Daños No Transmisibles en el Plan Regional Concertado de Salud.
- Campañas de Despistaje de DNT en personal de salud, profesionales médicos, promotoras de salud a nivel central y las tres Redes de Salud.
- Los Daños No Transmisibles tienen presupuesto asignado en el PpR.
- Alianza estratégica con Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable.
- Las actividades de Prevención y Control del cáncer cuentan con presupuesto asignado por el programa Estratégico Regional de Cáncer.
- Asignación de presupuesto y coordinaciones continuas con el área de Promoción del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Incorporación de Daños No Transmisibles en el Aseguramiento Universal.
- Implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia aún no implementado adecuadamente.
- El abordaje de las Enfermedades no Transmisibles debe ser integral ya que los factores de riesgo son comunes en las patologías priorizadas Diabetes, Hipertensión y cáncer.
- La coordinación de las actividades debe ser continua entre la coordinación Regional, redes, Microrredes y hospitales para lograr los objetivos trazados.
- Implementar las Unidades de Prevención, Tamizaje, detección precoz y tratamiento en el primer nivel de atención adecuando un establecimiento de salud de cada red de salud para brindar atención integral con oportunidad.
- Lograr el compromiso de todos los profesionales, técnicos y trabajadores del sector salud para realizar las actividades de prevención y control de daños no transmisibles.
- Fortalecimiento del trabajo coordinado con otras direcciones priorizando Promoción y Epidemiología.
- Lograr la implementación de un Plan Regional para la Prevención y Control de la Obesidad y sus complicaciones.
- Para lograr que la promoción de los estilos de vida saludable cuente con el apoyo de los medios masivos de difusión para que la población tome conocimiento de la importancia de combatir los factores de riesgo como: dieta balanceada, actividad física, no consumo de mucha sal, no consumo de tabaco y uso moderado del alcohol, no sedentarismo en los diferentes escenarios: hogar, escuela, comunidad.

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).
- Los fallecidos por accidentes de tránsito suman 39 en el año 2011 a diferencia de 32 (2010), 31 (2009). Asimismo la tasa de Mortalidad ha tenido un ligero incremento en el año 2011 a 4.08 por 100,000 hab. a diferencia de 3.40 por 100,000 hab. en el 2010.

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 77.7 años, la más alta del país (2010) Las tasas de mortalidad más altas por este daño en la Región Callao se ubican en los mayores de 70 años (2007-2011), 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.

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

- 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 Epidemiología de la DIRESA Callao y está conformado por el Hospital San José, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Instituto de Medicina, Policía PNP, Policlínico PNP.
- 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 relacionadas con Accidentes de Tránsito, PNP, Policlínico PNP, Instituto de Medicina Legal.
- Finalmente, en la Región Callao la tasa de Mortalidad se ha incrementado en el año 2011 por lo que debemos de fortalecer la educación vial y aplicación rigurosa de la Normatividad vigente así como la abogacía en los medios de comunicación.

DENGUE

PERU:

Durante el año 2011 18 departamentos presentaron casos autóctonos confirmados en el orden siguientes por el número de casos Loreto 19971 (19 defunciones) Madre de Dios 1912 (6 defunciones) y San Martín 1286 (1 defunción).

Estos 3 departamentos notificaron el 89,62% de los caso del país. Defunciones; el año 2007 (2) defunciones, 2008 (1) defunción, 2009 (1) defunción, 2010 (9) defunciones, el 2011 (31) defunciones 3 veces más que el 2010.

El dengue afecta a todos los grupos de edad pero los niños y adolescentes son los más afectados.

EN LA REGION CALLAO: se han notificado 65 casos probables de dengue:

De acuerdo a la clasificación por etapa de vida:

Niño 15 casos notificados Dengue con señales de alarma 9 casos

notificados, descartado 7 casos (47%) y confirmados 2 casos (13%) como lugar de exposición al vector Callería – Ucayali e Iquitos- Loreto.

Dengue sin señales de alarma 6 casos notificados, descartado 5 casos (33%) confirmado 1 caso (7%) como lugar de exposición al vector Rioja – San Martín.

Adolescentes 4 casos notificados Dengue con señales de alarma 2 casos notificados, descartado 1 caso (25%), Confirmado 1 caso (25%) lugar de exposición al vector Punchana – Loreto.

Dengue sin señales de alarma 2 casos notificados, descartado 1 caso (25%), confirmado 1 caso (25%) como lugar de exposición al vector Callería – Ucayali.

Joven 14 casos notificados Dengue con señales de alarma 6 casos notificados, descartado 5 casos (36%) y confirmados 1 caso (7%) lugar de exposición al vector Iquitos – Loreto.

Dengue sin señales de alarma 8 casos notificados, descartado 7 casos (50%) confirmado 1 caso (7%) como lugar de exposición al vector Iquitos – Loreto.

Adulto 28 casos notificados Dengue con señales de alarma 14 casos notificados, de ellos descartados 11 casos (39%), confirmado 3 casos (11%) como lugar de exposición al vector Callería Ucayali y Yarinacocha – Ucayali.

Dengue sin señales de alarma 14 casos notificados de ellos, descartados 13 casos (46%), confirmado 1 caso, (4%) como lugar de exposición al vector Yarinacocha – Ucayali.

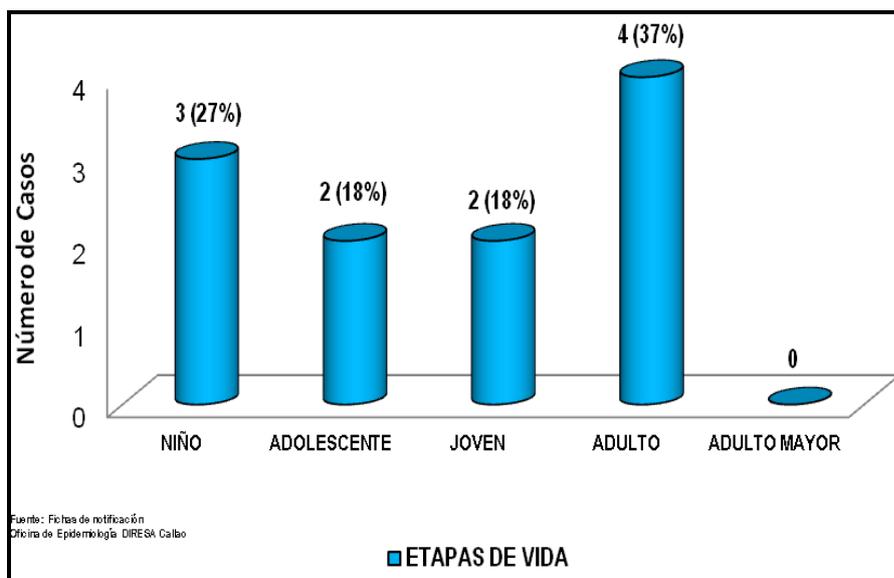
Adulto Mayor 4 casos notificados Dengue con señales de alarma 3 casos notificados, descartados 3 casos (75%) confirmados 0 casos (0%).

Dengue sin señales de alarma 1 caso notificado descartado (25%).

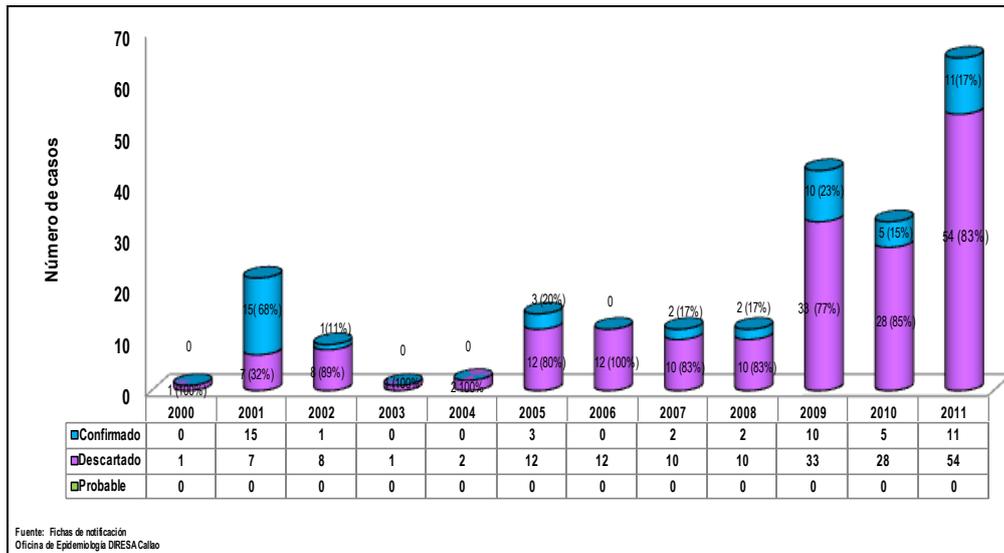
De los 65 casos notificados en el Callao no se presentaron defunciones.

Escenarios Epidemiológico: I: sin vector y sin casos (La Punta, La Perla y Bellavista), II: con vector y sin casos (Ventanilla, Carmen de la Legua y Callao), III: con vector y casos (0 distritos)

CASOS CONFIRMADOS IMPORTADOS DE DENGUE POR ETAPAS DE VIDA EN LA REGION CALLAO DURANTE EL 2011

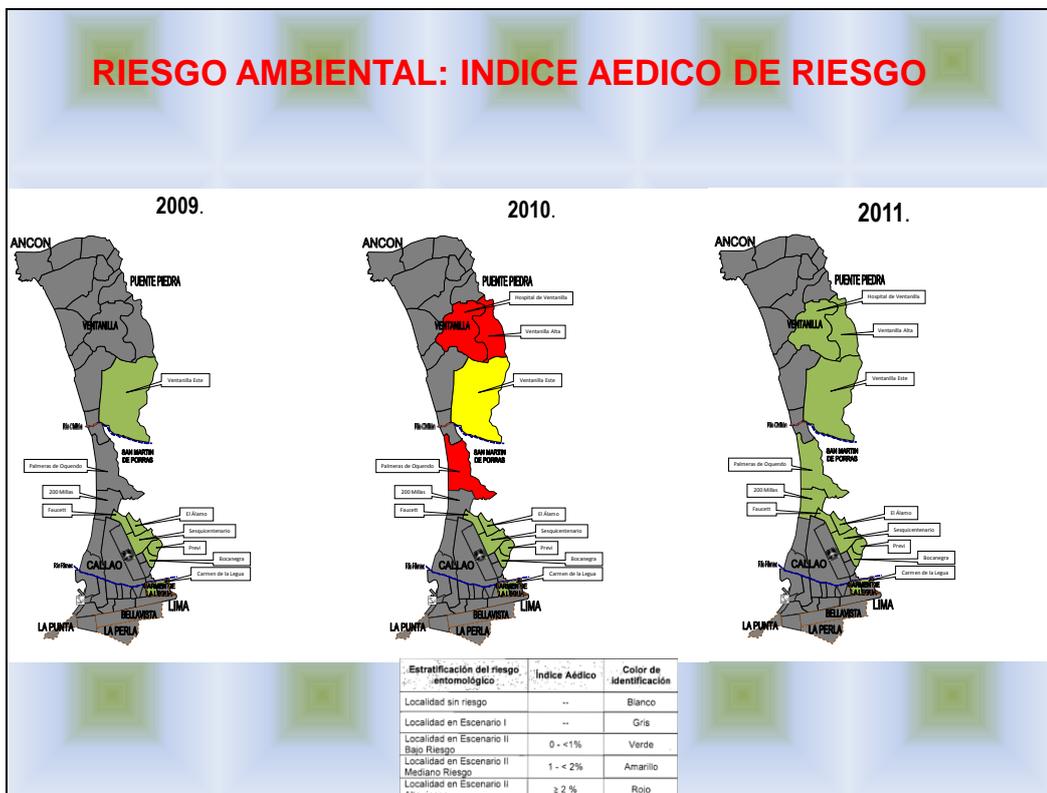


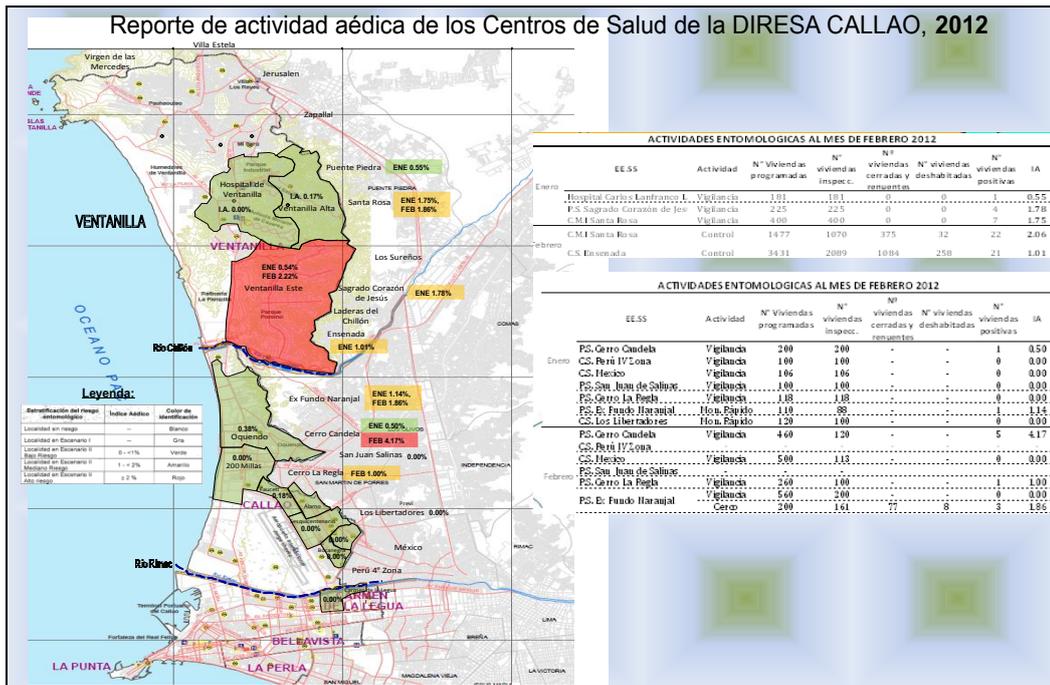
CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE SEGÚN CLASIFICACION POR RESULTADO DE LABORATORIO DE LOS ULTIMOS 12 AÑOS COMPARATIVOS DE LA REGION



Los casos notificados de los últimos diez años muestra el incremento paulatino comportamiento similar a nivel país ya que durante el año 2011 se presentaron 2 brote en el departamento de Loreto y Ucayali.

RIESGO AMBIENTAL: INDICE AEDICO DE RIESGO





ANÁLISIS CAUSAL:

Las altas temperaturas, así como la situación actual de saneamiento básico e idiosincrasia de la población hacen que se usen los tanques bajos, cilindros, baldes, floreros, bebederos de animales y similares, lo que se convierte en criaderos de sancudos como el *Aedes Aegypti* como el vector de esta enfermedad. Siendo por distrito la mayor preferencia: distrito de Ventanilla, los tanques bajos y cilindros, en el Callao los floreros y bebederos de los animales, en la jurisdicción de Palmeras de Oquendo los tanques bajos y en el distrito de Carmen de la Legua los floreros.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION:

- Fortalecer la vigilancia y control entomológico bajo responsabilidad del médico jefe del establecimiento, asegurando la vigilancia en viviendas, establecimientos de salud, instituciones educativas y otros lugares de riesgo en forma mensual.
- Socializar los índices aedicos con el equipo de salud y los actores sociales de su jurisdicción.
- Asegurar que en todos los establecimientos de salud exista la norma técnica para el manejo de casos de dengue, sin señales, con señales y dengue grave y que debe cumplirse de acuerdo al nivel de prestación que corresponda.
- Asegurar la dotación de medicamentos con stock suficiente en los establecimientos de salud.
- Difundir a través de los medios de comunicación masiva, mensajes a la población en relación a la prevención de este daño, según las características del poblador del callao para asegurar el impacto del mensaje en la población.
- Fortalecer el Plan Fronteras con DISA LIMA CIUDAD para realizar la Vigilancia Entomológica Epidemiológica en conjunto.

VIII. CONCLUSIONES

VIII.CONCLUSIONES DEL ASIS REGIONAL 2011

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 2011 el 26,71% de la población regional (255,183 personas) se encuentra en riesgo de contraer dengue, debido a la presencia del vector en 10 localidades de la Región, los distritos del Callao, Carmen de la Legua y Ventanilla se encuentran en Escenario II (Presencia de vector AEDS AEGYTI, sin enfermedad y los otros distritos con Escenario I (No presencia de vector ni enfermedad).

DEMOGRAFICOS, SOCIOECONOMICOS Y POLITICOS

1. La población de la Región Callao estimada para el 2011 es de 955,385 habitantes, la del Perú 29 797 694 habitantes.
2. La densidad poblacional de la provincia es la más alta del país 6500 habitantes por Km², siendo la nacional 23.2 hab/Km². El distrito de La Perla es el que presenta el mayor índice de nacimiento con una densidad poblacional de 22, 373 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. El vértice conformado por el adulto mayor constituye el 9.79 % de la población incrementándose en los últimos 18 años en un 2.8 % (Censo de 1993 – 6.99 %de la población).
4. En lo concerniente al género hay un leve predominio del sexo femenino 50.05% (478,118), mayor que el año anterior (50.03 %).
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. Para el periodo (2010-2015) la esperanza de vida al nacer en promedio para la Región Callao es 77.7 años, 75.2 años para hombres y 80.3 años para mujeres. El promedio nacional es 74.1 años, 71.5 años para hombres y 76.8 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 69.8 años, 67.6 años para hombres y 72.1 años para mujeres.
7. La Tasa Bruta de Mortalidad de la Región Callao – 2011, es 3.8 por mil habitantes inferior a la nacional (5.52 por mil habitantes), el mejor indicador del país a diferencia de Puno que posee el indicador más bajo (7.01 por mil habitantes). En el periodo 2002 – 2011 la tasa bruta de mortalidad más alta pertenece al distrito de Bellavista (sobrepasa la nacional), y siendo la más baja el distrito de ventanilla.
8. La Tasa de Mortalidad Infantil en la Región Callao 2010- es 6.9 por 1,000 inferior a la nacional (17.1 por 1,000 n.v.), la de los distritos de Bellavista y

La Punta cuadruplican la regional y son superiores a la nacional, los distritos de Callao y Ventanilla tienen las más bajas.

9. El Índice de Desarrollo Humano de la provincia es 0.680 superior al nacional (0.623) ocupando el primer lugar en el ranking nacional, y el último lugar es de Huancavelica 0.539. Los distritos de Carmen de Legua y Ventanilla cuentan con los IDH más bajos de la provincia.
10. La razón de Mortalidad Materna en la Región Callao es de 96.90 x 100,000 n.v. en el año 2011, a diferencia de la nacional que es de 103x 100,000 n.v. (2006). Se notificaron 15 muertes maternas, máximo número reportado en los últimos 12 años desde que se inició la vigilancia a nivel nacional.
11. En la Región Callao el promedio de la población con abastecimiento de agua potable es de 91.8% mejor indicador a nivel nacional, el distrito de Ventanilla es el menos favorecido
12. La Tasa Neta de Matricula es superior al nacional en los tres niveles, en primaria ocupa (2do lugar) y en secundaria (3er lugar) en el Rankin nacional.
13. El porcentaje de alumnos matriculados en el sector público descendió y en el sector privado, se incremento, similar al nacional.
14. El nivel primario de menores ostenta el alumnado más populoso, mayor cantidad de docentes y secciones. En el sector privado existen la mayor cantidad de instituciones educativas, secciones, en cambio en el público, predomina el alumnado y los docentes. En todos los niveles del sector público, existe un mayor promedio de alumnos por docente, alumnos por sección, alumnos por institución y docentes por institución
15. Los indicadores de eficiencia del sistema educativo sector público (aprobados, desaprobados, pasan a recuperación, retirados) 2011 del nivel primaria y secundaria de menores han evolucionado favorablemente en los últimos años. Los Indicadores de secundaria menores (aprobados, van a recuperación, retirados) son superiores a los de primaria. El indicador desaprobados (1%) del sector público primaria de menores, es mejor que el de secundaria (1.90%). En relación al indicador repetidores (2005-2010) en el nivel primario de 3.7% (2005) mejoro a 3% (2010) indicadores mejores al nacional ocupando el segundo y cuarto lugar en el ranking nacional respectivamente. En el nivel secundario de 4.8% (2005) mejoro a 4.5% (2010), indicadores superior al nacional ocupando el decimo y sexto lugar respectivamente.
16. Gasto público en Instituciones Educativas por alumno (Nuevos Soles) 2007-2010: en el nivel primaria se realizó un gasto de 903 soles por alumno (2007), ascendiendo a 1404 soles por alumno (2010), inferiores al gasto nacional en ambos años, ocupando el 21avo y 19avo respectivamente. En secundaria se invirtió 1283 soles por alumno (2007) y 1796 soles por alumno (2010) cifras inferiores al gasto nacional en ambos años ocupando el 10mo lugar (2007) y el 11vo lugar (2010).
17. El promedio de años de escolaridad en la Región Callao (15 a mas años) es de 11.5 años en el hombre y 11.2 años en la mujer, superior al nacional 10.8 años en hombres y 10.2 años en la mujer, ocupando el 4to lugar en hombres y el 5to en mujeres en el ranking nacional.
18. La tasa de alfabetismo en la Región Callao es de 97%, en hombre 99.2 %, y en mujeres 95%, siendo el mejor indicador del País (total 90%, hombres 95.2%, mujeres 85.1%).
19. El proyecto realizado en el año 2011: Con una inversión de 5,157 235.21 nuevos soles, el Gobierno Regional del Callao inauguro el Centro de Salud Acapulco.
20. En la población chalaca adolescente se ha incrementado los problemas de pandillaje, drogadicción, violencia, prostitución clandestina y un preocupante ascenso de gestantes adolescentes.

21. 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

SITUACIÓN DE SALUD

- La DIRESA CALLAO (administración central. centros de salud y hospital de Ventanilla) a enero del 2011, cuenta con 1931 trabajadores 1040 trabajadores nombrados y 891 trabajadores CAS. La distribución es: 3 médicos por cada 10 mil habitantes, 1 enfermera por cada 10 mil habitantes, 1 obstetrix por cada 10 mil habitantes, 0.53 odontólogos por cada 10 mil habitantes.
- 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, 05 Centros de Salud I-4, 15 Centros de Salud I-3, 27 Puestos de Salud I-2, 01 Puestos de Salud I-3.
- Brindan atención otros sectores, entre ellos: EsSalud: Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Hospital Luis Negreiros, Policlínico Hermana don Rose, Policlínico Bellavista. FFAA y POLICIALES: Policlínico PNP Vipol, Centro Médico Naval, Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara. PRIVADOS: Clínica San José Reaños Ríos S.A, Instituto Nacional de Rehabilitación. OTROS: Beneficencia Pública del Callao.
- El Porcentaje de Partos atendidos en EESS desde el año 2000, es superior al 98%, llegando al 99% a partir del año 2008. En el año 2011 es 99.32%.
- El 60% de la población del Callao no tiene ningún tipo de seguro, 13.35% está afiliada al SIS, 19.60% está afiliada a EsSalud y 6.96% está afiliada a otros seguros.
- Más de la mitad de la población con discapacidad que reside en el Callao, no tiene ningún tipo de seguro, siendo mayor en el distrito de Ventanilla y menor en el distrito de la Punta. El tipo de aseguramiento más utilizado por las personas con discapacidad es el de EsSalud, especialmente en los distritos de Bellavista, la Perla y la Punta. El porcentaje de personas con discapacidad afiliada a EsSalud y otros seguros es ligeramente superior a la población total, e inferior en el sistema integral de salud.
- La DIRESA CALLAO tienen una red de laboratorios: de microbiología, de citología, de tuberculosis, de vigilancia epidemiológica, (tomando muestras de bioquímica, inmunología, hematología, microbiología, patología), distribuida en las 3 redes de salud).
- La cobertura de vacunación APO y PENTAVALENTE en menores de 1 año, SPR en niños de 1 año y DT en gestantes son superiores al 100%
- La cobertura de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año en el año 2011, alcanzo un 87%, a pesar de incrementarse 26% en relación al mismo periodo del año anterior no se logro alcanzar la meta.

ESTADO DE SALUD

1. Las principales causas de atención a nivel Regional, fueron en primer lugar las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias con 183,952 casos que equivalen al 20% del total de causas de Morbilidad, en segundo lugar las enfermedades de la cavidad bucal 103,724 (11.13%), manteniéndose esta estructura a nivel distrital con excepción del distrito de la Punta, en que las enfermedades de la cavidad bucal desplazaron en un segundo lugar a las infecciones respiratorias agudas en relación a las etapas de vida. En el niño, adulto y adulto mayor las infecciones agudas de las vías respiratorias ocupan el primer lugar, en el joven y adolescente son desplazadas por las

enfermedades de la cavidad bucal, la segunda causa de morbilidad en el adulto mayor es la hipertensión arterial.

2. La primera causa de Morbilidad en consulta externa durante el año 2011 del Hospital EsSalud Alberto Sabogal S. fue la Hiperplasia de próstata, desplazando al cuarto lugar a la hipertensión arterial (2010). En el Policlínico Bellavista son las enfermedades del sistema respiratorio. En el Centro Médico Naval fue la rinfaringitis aguda desplazando al segundo lugar a la hipertensión arterial. En el HNDAC son los trastornos de la Acomodación y Refracción. En el Hospital San José es la dorsalgia, en el Hospital de Ventanilla son las Infecciones Respiratorias agudas.
3. En el año 2010 INR atendió 5,198 (50.68% del total) niños procedentes de la Región Callao: 3,148 (60.56%) proceden del distrito Callao, 705 (13.56%) de Bellavista, 175 (3.37%) de Carmen de la Legua, 614 (11.82%) de la Perla 46 (0.88%) de La Punta, 510 (9.81%) de Ventanilla. El 86% de la demanda que deja INR procede de los distritos Callao, Bellavista, La Perla.
4. En el INR, en relación a la morbilidad general de los pacientes procedentes del Callao, los trastornos posturales, retardos del lenguaje, reumatismo extraarticular ocupan los primeros lugares (49.5%) (2010).
 - a. En cuanto al ciclo de vida niño de los pacientes procedentes del Callao, atendidos en INR, los trastornos posturales , retardos de lenguaje y trastornos hipercinéticos de la niñez ocupan los primeros lugares (65.7%).
 - b. En el INR en el ciclo de vida adolescente procedentes del Callao, los trastornos posturales, retardo mental y trastornos cinéticos de la niñez ocupan los primeros lugares (60%).
 - c. En el Instituto Nacional de Rehabilitación en el ciclo de vida adulto procedentes del Callao, los trastornos reumáticos extraarticulares, enfermedades reumáticas y trastornos posturales constituyen el 57.81 %.
 - d. En el Instituto Nacional de Rehabilitación en el ciclo de vida adulto mayor procedentes del Callao, las enfermedades reumáticas, reumatismo Extraarticular y desordenes vasculares cerebrales ocupan los primeros lugares (66.7%).
5. La mayoría de pacientes procedentes de la Región Callao atendidos en el INR presentaron en relación a la severidad de la discapacidad Moderada (55.59%) y severa (24.74%) los distritos más afectados son Callao, Bellavista, La Perla y La Punta. En el Hospital Daniel Alcides Carrión la atención según severidad por discapacidad es mayor en los grados moderados.
6. Para cubrir la demanda que dejaría de atender el INR se requieren 10 médicos especialistas en medicina física y Rehabilitación , 6 para atender niños y 4 para atender al ciclo de vida adolescentes ,adulto y adulto mayor y 30 tecnólogos Médicos y docentes especializados. Para lo cual se requiere brindar infraestructura adecuada e implementarlos con materiales y equipos según la Norma Técnica de la UPSS de Rehabilitación
7. Entre las primeras clases de **mortalidad** ocupan el primer lugar la neumonía no especificada tanto en la población general como en la etapa de vida niño, adolescente, adulta mayor, en el joven y adulto es el SIDA. Al realizar un análisis comparativo por distrito igual representa la primera causa de muerte. Destacamos que entre las principales causas de muerte en Carmen de la Legua y Ventanilla: ubicamos a la TBC, además en Carmen de la Legua ubicamos el SIDA.
8. Las neumonías constituyen la primera causa de muerte desde el año 2009, desplazando la hipertensión al segundo lugar, este daño ocupó el primer lugar desde el año 2003. En nuestra Región se produce el “doble riesgo

epidemiológico”, las primeras causas de muerte son enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas.

9. 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.
10. La Tuberculosis en la Región Callao uno de los problemas prioritarios de salud pública, se han incrementado los casos de Tuberculosis MDR desde el año 2009 con 195 casos, en el año 2010 con 239 caso, y en el 2011 con 234 casos, existe una mayor posibilidad que se incremente este tipo de paciente, el contagio será mayor entre las personas debido a que no se corta la cadena de trasmisión.
11. Los indicadores Epidemiológicos de la Región Callao sean incrementado (han empeorado igual que a nivel nacional). En la Red BEPECA sea incrementado la tasa de TBP-F Positivo, ubicándola como zona de alto riesgo al igual que la Red Bonilla.
12. Las neumonías se han incrementado en la Región Callao, según lugares de procedencia, son los distritos del Callao y Ventanilla.
13. En el periodo 2000-2011 sean notificado 100 muertes maternas (MM) en la Región Callao. En el año 2011 se reportaron 15 MM, el mayor numero desde que inicio la vigilancia, la razón de MM es de 96.90 por 100 mil nacidos vivos. Las mayorías de estas muertes ocurrieron en el puerperio, en el HNDAC 40%, en el Hospital Sabogal 40% (categoría de ambos establecimientos 3-I), el grupo etario mayoritario de 20 a 24 año (26.27%), y de 35 a 39 años (26.27%), según el lugar de procedencia 4 MM (26.5 %) proceden de los distritos de Ventanilla y de Callao respectivamente. 8MM (53.3% son de causa directa), 6MM (40%) son indirecta
14. La desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanzó el 6.2% en la Región Callao, 0.1% menos que el año anterior, inferior a la de Lima 8.9%. La desnutrición global es de 3.1% superior a la de Lima (1.1%), en desnutrición aguda es 1.4% superior a la de Lima (0.2%)
15. En la región Callao las ITS-VIH/SIDA continúan siendo un problema de salud pública, por la persistencia de las condiciones sociales, el inicio precoz de las relaciones sexuales sin orientación adecuada entre otras causas..
16. En el año 2011 en la estructura de la mortalidad del distrito Carmen de la Legua el SIDA se encuentra en el 8vo lugar. En relación a las etapas de vida: en el joven ocupa el primer lugar a nivel Regional y distritos Callao, Bellavista, Carmen de la Legua, La Perla. En el adulto ocupa el primer lugar a nivel Regional y en los distritos de Callao y Carmen de la Legua, y entre los primeros 5 lugares en los distritos de Bellavista (5to), la Perla (4to), Ventanilla (3ro).
17. Los problemas de Salud Mental, como la depresión, la violencia familiar y la drogadicción han sido considerados como prioridades regionales, a atender en el plan Regional concertado de salud.
18. Desde el año 2000 las enfermedades no transmisibles ocupaban las 10 primeras causas de mortalidad. A partir del año 2003 la hipertensión arterial ocupó el primer lugar hasta el año 2009. En el año 2011, 7 de las 10 primeras causas de mortalidad en la Región Callao son por ENT (enfermedades no transmisibles). La hipertensión arterial es la segunda causa de muerte a nivel Regional y distrital, en Carmen de la Legua es desplazada al tercer lugar. En el ciclo de vida adulto se ubica entre las 10 primeras causas en los distritos de Carmen de la Legua y la Perla en el adulto mayor es similar a la estructura de mortalidad Regional.

- 19.** Del año 2006 al 2010 fallecieron 15,997 habitantes en la Región del Callao, de los cuales 3,422 (39%) presentaron neoplasias. Según ubicación topográfica se encuentra encabezando la lista el cáncer de estómago, seguido de cáncer de bronquio y pulmón, en tercer lugar cáncer de próstata, cuarto lugar cáncer de mama, 5to. Lugar cáncer de colon.
Según la estructura de la mortalidad de la Región Callao en el año 2011, el cáncer de estomago represento 2.31% del total de fallecidos (ocupo el 5to lugar), el cáncer de bronquios y pulmones el 6.68% y ocupo el 7mo lugar.
- 20.** En el año 2011 los fallecidos por accidentes de tránsito suman 39, con una tasa de mortalidad de 4.08 por 100 mil habitantes a diferencia de 32 fallecidos y una tasa de mortalidad de 3.40 por 100 mil habitantes en el 2010.
- 21.** El dengue es un problema de salud pública para la Región Callao, si bien es cierto en escenario II, con presencia de vector sin enfermedad, se encuentran los distritos de Callao, Ventanilla y Carmen de la Legua, y en escenario 1 los distritos de Bellavista, la Perla y la Punta; solo tenemos casos importados de esta enfermedad. El riesgo se agrava debido a que las zonas colindantes con el Callao, como Puente Piedra tienen casos autóctonos de dengue.

IX. RECOMENDACIONES

IX. 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, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de Neumonía. Así mismo fortalecer la educación en las medidas de prevención y control de este daño.
14. Fortalecer los establecimientos de salud existentes que brindan atención en Rehabilitación: Hospital Daniel Carrión y Hospital San José (recursos humanos, materiales y equipos).
15. Implementar el Servicio de Rehabilitación en el Hospital de Ventanilla.
16. Fortalecer la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), en los establecimientos de salud 1-IV de la Región Callao.
17. Implementar consultas médicas itinerantes para realizar evaluación médica a pacientes en los centros de salud de la Región Callao, lo que se lograría si se cuenta con los recursos humanos necesarios.
18. Implementar el Sistema de Referencia y Contra referencia de los pacientes con discapacidad.

19. Fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de EsSalud asegurando una temprana captación de la gestante, atención de calidad y oportuna referencia, también desarrollando capacidades para la atención de emergencias obstétricas y perinatales, así mismo y muy importante es cambiar la actitud de los trabajadores de salud para dar una atención de calidez.

X. BIBLIOGRAFIA

X. BIBLIOGRAFIA

- 1. Censos Nacionales 2007:** XI población y VI de vivienda INEI
- 2. Situación de Salud Perú 2010:** Dirección General de Epidemiología
- 3. Situación de Salud de las Américas 2011:** Organización Panamericana de Salud
- 4. Censo Escolar del Ministerio de Educación 2008-2010**
- 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 2011**
- 7. Oficina de Defensa Nacional y Defensa Civil, GRC, 2007.**
- 8. Noti_Sp Oficina de Epidemiología 2011**