

Gobierno Regional del Callao

Acuerdo del Consejo Regional N° 000010

Callao, 26 de Enero del 2015

El Consejo del Gobierno Regional del Callao, en sesión celebrada el 26 de Enero del 2015, con el voto UNÁNIME de los Consejeros Regionales presentes y en uso de las facultades conferidas por la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales – Ley N° 27867 y el Reglamento Interno del Consejo Regional del Callao;

VISTOS:

El Oficio N° 083 – 2015 – GRC – DIRESA / DG de fecha 08 de Enero del 2015, de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao; el Memorandum N° 358 – 2013 – GRC / DIRESA / DG de fecha 18 de Marzo del 2013, de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao; el Informe N° 193 – 2014 – GRC / DIRESA / OAJ de fecha 23 de Abril del 2014, de la Dirección de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao; el Informe N° 051 – 2014 / GRC / DIRESA / OEPE de fecha 20 de Marzo del 2014, de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la Dirección Regional de Salud del Callao; el Informe N° 014 – 2014 – GRC / DIRESA / OEPE – UP de fecha 18 de Marzo del 2014, emitido por la Jefatura de la Unidad de Planeamiento de la Dirección Regional de Salud del Callao; el Oficio N° 4874 – 2014 – GRC – DIRESA / DG de fecha 25 de Noviembre del 2014, de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao; el Informe N° 59 – 2014 – GRC / GRPPAT – OP de fecha 18 de Diciembre del 2014 y el Informe N° 06 – 2015 – GRC / GRPPAT – OP de fecha 12 de Enero del 2015 de la de la Oficina de Planificación de la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, el Oficio N° 770 – 2014 – GRC / GRPPAT de fecha 28 de Agosto del 2014, emitido por la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial; el Informe N° 104 – 2015 – GRC / GAI de fecha 15 de Enero del 2015, emitido por la Gerencia de Asesoría Jurídica; y, el Dictamen N° 001 – 2015 – GRC / CR – CESC de la Comisión de Educación, Salud y Cultura del Consejo Regional del Gobierno Regional del Callao;

CONSIDERANDO:

Que, entre los derechos fundamentales previstos en la Constitución Política del Perú, se encuentra el derecho a la salud, previsto en el Artículo 7° de la Carta magna: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa...”;

Que, de conformidad con el Artículo 1° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020 – 2014 – SA, establece que: “Artículo 1°.- Objeto de la Ley.- La presente Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento”;



Que, el Ministerio de Salud como ente rector, tiene a su cargo la responsabilidad de disponer de manera descentralizada las políticas y normas referidas con el fortalecimiento, así como con la implementación del aseguramiento universal en salud, conforme al Artículo 6º de las normas antes acotada;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 589 – 2007 – MINSA, se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud, instrumento a través del cual lo que se espera es mejorar en primer término el estado de salud de la población en general, así como la implementación de las políticas de salud con relación a las prioridades sanitarias del país; asimismo, hace referencia a los objetivos del Milenio correspondientes al sector salud, entre los que se encuentran mejorar la salud materna, combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, entre otros;

Que, en concordancia con lo indicado anteriormente, la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece en sus Artículos I y II del Título Preliminar, que la salud es considerada como una condición indispensable y básico para el desarrollo humano; precisando que su protección es de interés público, siendo el Estado al que corresponde regularla, promoverla y vigilarla;

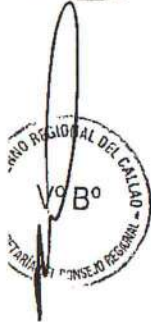
Que, es importante indicar que se cuenta con un Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, aprobado mediante Ley Nº 27813, el mismo que tiene como finalidad el coordinar el proceso de aplicación de las políticas nacionales de salud, impulsando de manera concertada y descentralizada los planes y programas de las instituciones del sector con el objeto de lograr un cuidado integral de la salud de los peruanos;

Que, con Memorándum Nº 358 – 2013 – GRC / DIRESA / DG de fecha 18 de Marzo del 2013, remitido por la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao al Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, remitiéndole el Plan de Trabajo para la elaboración del Plan Regional Concertado de Salud, el mismo que fuera aprobado en Sesión del Consejo Regional de Salud del Callao, según Acta de la Octava Sesión Ordinaria, de fecha 23 de Agosto de 2013;

Que, con Informe Nº 193 – 2014 – GRC / DIRESA / OAJ de fecha 23 de Abril del 2014, emitido por la Dirección de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao, concluyendo que de conformidad con la normatividad legal mencionada, esto es, Ley Nº 26842, Ley General de Salud (Artículos I, II, VI, VIII y IX); Ley Nº 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Artículos 15º y 39º); Ley Nº 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Artículos 1º, 8º y 9º), deben elevarse los actuados a la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, quien a su vez lo elevará al Consejo Regional para su aprobación;

Que, la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, en el marco de lo previsto por el Artículo 73º del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional del Callao: "Es el órgano que ejerce las funciones específicas sectoriales en materia de planificación estratégica prospectiva, presupuesto, tributación, ordenamiento territorial, racionalización y estadística. Es la encargada de contribuir a un ordenado y sistemático proceso de gestión del Gobierno Regional, mediante la formulación, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, programas y presupuesto del Gobierno Regional ...";

Que, según Informe Nº 051 – 2014 / GRC / DIRESA / OEPE de fecha 20 de Marzo del 2014, remitido por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la Dirección Regional de



Salud del Callao, dando la conformidad a la propuesta del Plan Regional Concertado de Salud 2014 – 2021, haciendo suyo el Informe N° 014 – 2014 – GRC / DIRESA / OEPE – UP de fecha 18 de Marzo del 2014, emitido por la Jefatura de la Unidad de Planeamiento de la Dirección Regional de Salud del Callao, señalando que procedió a actualizar los datos y elaboración de cuadros;

Que, luego de coordinaciones realizadas, se remite a la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial el Oficio N° 4874 – 2014 – GRC – DIRESA / DG de fecha 25 de Noviembre del 2014, por parte de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao, el Plan Regional Concertado de Salud del Callao con los ajustes indicados para su aprobación según lo coordinado con el equipo técnico, haciendo referencia al Oficio N° 770 – 2014 – GRC / GRPPAT de fecha 28 de Agosto del 2014, emitido por la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, remitido a la Dirección Regional de Salud del Callao y al Informe N° 21 – 2014 – GRC / DIRESA / DG / KJDR de fecha 24 de Noviembre del 2014, que contiene los ajustes al Plan Regional informados a la Dirección General de dicho órgano desconcentrado por parte de la Asesoría de dicha Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao;



Que, el Informe N° 59 – 2014 – GRC / GRPPAT – OP de fecha 18 de Diciembre del 2014 emitido por la Oficina de Planificación de la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, refiriendo ciertas recomendaciones al Plan Regional Concertado de Salud 2014 – 2021 de la Región Callao, remitido por la Dirección Regional de Salud del Callao;



Que, mediante Oficio N° 083 – 2015 – GRC – DIRESA / DG de fecha 08 de Enero del 2015, la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao remite a la Gerencia General Regional con copia a la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial el Plan Regional Concertado de Salud del Callao con los ajustes indicados;

Que, la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial remite el Informe N° 06 – 2015 – GRC / GRPPAT – OP de fecha 12 de Enero del 2015 de la Oficina de Planificación, señalando que con relación a las recomendaciones esgrimidas, ellas han sido subsanadas por la Dirección Regional de Salud del Callao, ratificándose en su Informe N° 59 – 2014 – GRC / GRPPAT – OP de fecha 18 de Diciembre del 2014, que contiene la opinión técnica correspondiente, la misma que precisa que el Plan Regional Concertado de Salud 2014 – 2021 de la Región Callao, se encuentra articulado con el Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589 – 2007 / MINSA, de fecha 20 de Julio del 2007, así como con el Plan de Desarrollo Concertado de la Región Callao 2011 – 2021 y el Plan Bicentenario; asimismo, señala que debe considerarse que el presupuesto propuesto es referencial, correspondiendo a las unidades orgánicas, unidad ejecutora y demás vinculadas con las actividades estratégicas, su previsión y ejecución; recomendando la prosecución del trámite pertinente;

Que, el Plan Regional propuesto por la Dirección Regional de Salud del Callao – DIRESA como es de apreciarse ha sido objeto de opinión técnica por parte de las áreas competentes, esto es, la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial; así como por el área técnica y legal de la Dirección Regional de Salud del Callao, quienes dan su conformidad a través de los informes emitidos que se verifica en los actuados;

Que, el Plan Regional Concertado de Salud 2015 – 2021 puesto a consideración, se encuentra diseñado sobre la base coordinada de las normas antes señaladas, permitiendo con ello dar prioridad a los problemas de salud de la Región Callao, habiéndose identificado como

principales ejes el desarrollo del aseguramiento en salud, la promoción de la salud y participación social, entre otros; de igual modo puede apreciarse que entre los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020, se encuentran el aseguramiento universal, la atención integral de salud a la mujer y el niño, la descentralización de la función salud a nivel del Gobierno Regional y Local cuenta con una Metodología explicitada en cuatro fases a saber: Preparación; Diagnóstico – Análisis Situacional; Formulación y Validación, respectivamente;

Que, de acuerdo con el Informe Nº 104 – 2015 – GRC / GAJ de fecha 15 de Enero del 2015, la Gerencia de Asesoría Jurídica procede a visar el Proyecto de Ordenanza Regional que aprueba el Plan Regional Concertado de Salud 2015 – 2021 Gobierno Regional del Callao; debiendo remitirse los actuados al Consejo Regional para su aprobación;

Que, por Dictamen Nº 001 – 2015 – GRC / CR – CESC la Comisión de Educación, Salud y Cultura recomienda al Consejo Regional aprobar, vía Ordenanza Regional, el Plan Regional Concertado de Salud del Callao 2015 – 2021 que consta de once (11) objetivos para la implementación en salud, el mismo que se anexa y que deberá formar parte de la respectiva Ordenanza Regional; por los fundamentos expuestos en la parte considerativa del presente;

Que, el Consejo Regional del Gobierno Regional del Callao, en uso de las facultades establecidas en el Artículo 15º de la Ley Nº 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, en virtud a los considerandos establecidos, por unanimidad:

SE ACUERDA:

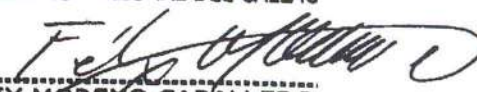
1. Aprobar el Dictamen Nº 001 – 2015 – GRC / CR – CESC de la Comisión de Educación, Salud y Cultura, en consecuencia, apruébese, vía Ordenanza Regional, el Plan Regional Concertado de Salud del Callao 2015 – 2021 que consta de once (11) objetivos para la implementación en salud, el mismo que se anexa y que deberá formar parte de la respectiva Ordenanza Regional; por los fundamentos expuestos en la parte considerativa del presente.
2. Encargar a la Gerencia General Regional y a la Dirección Regional de Salud del Callao, el fiel cumplimiento del presente Acuerdo del Consejo Regional.
3. Dispensar el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del Acta.

POR TANTO

MANDO SE REGISTRE Y CUMPLA


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

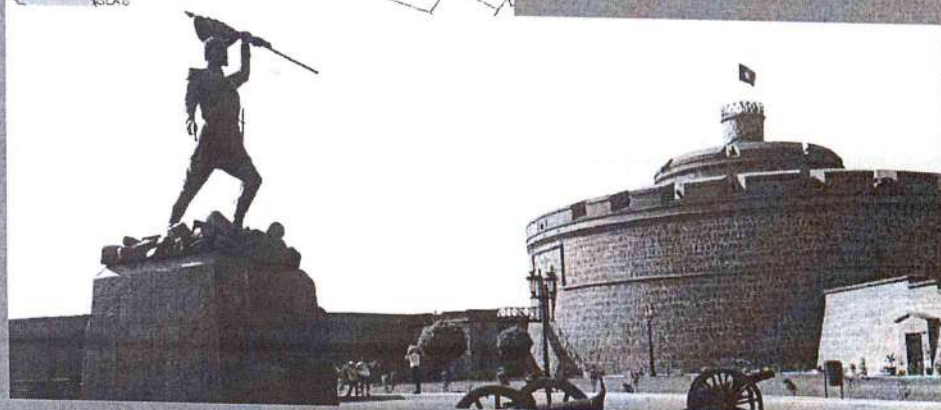
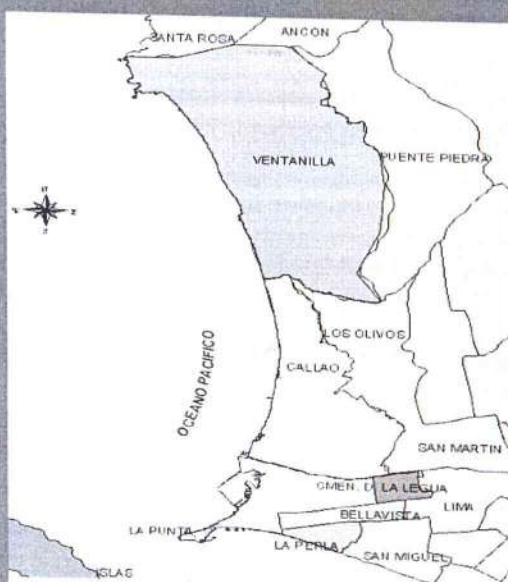
ABOG. DIOFEMENES ARANA ARRIOLA
SECRETARIO DEL CONSEJO REGIONAL


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

Dr. FELIX MORENO CABALLERO
PRESIDENTE

2015

PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD 2015-2021

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA CALLAO





Dr. Félix Moreno Caballero
Presidente del Gobierno Regional del Callao

Dr. Ricardo Aldo Lama Morales
Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao



Consejo Regional de Salud del Callao

Dr. José Rivera Meléndez
Dirección Regional de Educación del Callao

Carlos Huamanchumo Villamonte
Foro Salud – Organización Civil organizada

Dr. José Luis Orcasitas Jara
Hospital Daniel Alcides Carrión

Dra. Jennie Dextre Ubaldo
Directora del Hospital San José

Dr. Guillermo Martínez Carbajal
Gerente de Sanidad Municipalidad Provincial Callao

Dra. María del Carmen Sánchez Medina
Hospital Alberto Sabogal ESSALUD

Contralmirante SN (MC) Hugo Gallo Seminario
Centro Médico Naval" Cirujano Mayor Santiago Tovar"

Monseñor José Luis del Palacio Pérez-Medel
Obispo del Callao

Dr. Manuel Alberto Mori Paredes
Universidad Nacional del Callao

Dr. Juan Enrique Flores Beteta
Colegio Médico del Perú – Consejo Regional XVIII Callao

Dr. Nivardo Francisco Cano Rivera
Colegio de Abogados del Callao

Brigadier Mayor CBP Alejandro Eduardo Navarrete Rodríguez
Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Callao

Sr. George Víctor Collantes Fernández
Presidente de la Beneficencia Pública del Callao

Dr. Ricardo Aldo Lama Morales
Presidente del Consejo Regional de Salud del Callao

Dra Joyce Desposorio Robles
Secretaria Técnica

Equipo Técnico



DRA. MARIA ELENA AGUILAR DEL AGUILA
Directora Ejecutiva de Salud de las Personas

DR. WALTER PORTUGAL BENAVIDES
Director de la Oficina de Epidemiología

ING. ALAIN DONGO QUINTANA
Director Oficina de Informática, Estadística y Telecomunicaciones

VICTOR CARLOS CHUMO CONTRERAS
Director Ejecutivo de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos

DRA. MITZI RODRIGUEZ FARFAN
Directora de Laboratorio de Salud Pública

DR. MANUEL ANTONIO BURGA SAMAME
Director Ejecutivo de Salud Ambiental

DRA. JACQUELINE VELÁSQUEZ GALLEGOS
Directora Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas

DR. WALTER PORTUGAL BENAVIDES
Director de la Oficina de Epidemiología

DR. JOSE GUEVARA BENAVIDES
Director de la Oficina de Defensa Regional

LIC. MARIA PAULA RAMOS MORENO
Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud

ECON. JUAN RUIZ RAMIREZ
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	6
1. ANTECEDENTES.....	7
1.1 El Acuerdo Del Real Felipe.....	7
1.2 Objetivos del Milenio (ODM).....	8
1.3 Acuerdo Nacional (AN).....	8
1.4 Acuerdos de Partidos Políticos en Salud.....	9
1.5 Lineamientos de Política de Salud 2007-2020.....	9
1.6 Lineamientos de Política de Salud Regional 2006-2015 del Gobierno Regional del Callao.....	10
1.7 Metodología	10
2. MARCO LEGAL.....	11
3. PRINCIPIOS Y VISIÓN.....	12
3.2 Principios Orientadores y enfoques	12
3.3 Visión para la salud en el Callao al año 2021.....	12
3.4 Modelo conceptual del Plan Regional Concertado de Salud.....	13
4. SITUACIÓN DE SALUD Y PRINCIPALES PROBLEMAS.....	13
4.1 Situación de Salud.....	13
4.2 Problemas Sanitarios.....	14
4.3 Problemas del Sistema de salud.....	42
4.4 Problemas en los determinantes de la salud.....	47
4.5 Listado de principales problemas.....	59
5. OBJETIVOS.....	59
5.1 Objetivos Sanitarios.....	59
5.2 Objetivos del Sistema de salud.....	59
5.3 Objetivos en los determinantes de la salud.....	60
6. METAS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES.....	60
6.2 En los Objetivos Sanitarios.....	60
6.3 En los Objetivos del Sistema de salud.....	64
6.4 En los Objetivos en los determinantes de la salud.....	65
7. PRESUPUESTO PROYECTADO POR OBJETIVOS	67
8. INDICADORES.....	69



INTRODUCCION

En el año 2002, los partidos políticos, las organizaciones sociales y las instituciones religiosas firmaron el Acuerdo Nacional con el objetivo de dar cumplimiento a las 29 Políticas de Estado como base para la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro.

El Plan Regional Concertado de Salud es un instrumento orientador del desarrollo que permitirá aplicar las políticas expresadas en los acuerdos sobre la visión compartida del mismo y los objetivos estratégicos de la comunidad para el mediano y largo plazo, en concordancia con los planes nacionales y sectoriales en políticas públicas; elaborándose de forma participativa y concertada la cual permitirá establecer el escenario para el desarrollo de las inversiones e iniciativas de los diversos actores económicos, sociales e institucionales en el desarrollo de la salud pública del Gobierno Regional del Callao. Nuestra visión es que todas las políticas nacionales y regionales incluyan acciones en salud, es decir la salud debe estar en todos nuestros lineamientos y políticas, es un derecho constitucional y para el desarrollo humano.

El Gobierno Regional del Callao, expresa el más grande agradecimiento a todas las personas e instituciones públicas y privadas que se involucraron en el proceso de planificación, y que a partir de ello, asumen compromisos de trabajo para seguir adelante en el desarrollo de la salud de los habitantes de la provincia constitucional de Callao.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO



1. ANTECEDENTES.-

1.1. El Acuerdo del Real Felipe.

Durante el 2009, la Dirección Regional de Salud del Callao convoca a los actores sociales en Salud de la Región Callao, para participar en el primer intento del proceso de formulación y elaboración del Plan Regional Concertado de Salud del Callao.

En ese sentido, reunidos en la Fortaleza del Real Felipe de la Provincia Constitucional del Callao los días 20 de octubre, 3 y 17 de noviembre de 2009, a través de representantes técnicos y autoridades, luego de las reflexiones realizadas se firma el acuerdo del Real Felipe.

Se contó con el apoyo y asesoría de la representación de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú (OPS), y de las autoridades del Ministerio de Salud.

La Dirección de Salud del Callao, en conjunto con la representación de la OPS/OMS local, coordinó y organizaron las etapas preparatorias del taller mediante la precisión de sus objetivos, la elaboración de sus instrumentos y la determinación de la metodología a seguir.

Se definió la constitución de cinco grupos de trabajo, acorde a los ejes de desarrollo priorizados, en función a los Lineamientos de Política del sector confrontados con los resultados obtenidos en la medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Callao, realizada con participación multisectorial en noviembre del 2002, con el apoyo de la OPS/OMS.

Los grupos fueron distribuidos de acuerdo al perfil de los participantes para el análisis de los ejes identificados, considerando que en cada mesa de trabajo, debería de contarse con la representatividad de funcionario de la Dirección de Salud del Callao, EsSALUD, Región Callao, Municipio Provincial y Distritales, Universidades, Hospitales, Fuerza Armada, ONGs, Defensoría del Pueblo, Comités Locales de Salud, Sociedad Civil; los Ejes de Desarrollo tratados fueron:

1. Prevención y control de riesgos y daños
2. Promoción de la Salud y Participación Social
3. Desarrollo del Sistema de Prestación de Servicios de Salud
4. Desarrollo del Aseguramiento en Salud
5. Ordenamiento del financiamiento e inversión en Salud

Se asumió el compromiso de dar continuidad y sostenibilidad a las políticas y estrategias tendientes a lograr el cumplimiento de la normatividad en salud, las cuales se aplican en las instituciones y organizaciones públicas, privadas y comunitarias de la Región Callao.

En ese sentido, el Plan Regional Concertado de Salud que se presenta se sostiene también en "El Acuerdo del Real Felipe", firmado el 19 de noviembre del 2009, acuerdo suscrito por las Organizaciones e Instituciones Civiles y Religiosas, Gobiernos Locales, Sociedad Civil y del Gobierno Regional.

Este plan permitirá poner en marcha el desarrollo de las políticas públicas en el Plan Concertado Nacional de Salud, priorizando y dando solución a los problemas de salud de la Región Callao, además de fortalecer el accionar para alcanzar los objetivos estratégicos regionales en salud y promover estilos de vida saludables en la región.



Asimismo, en un marco prospectivo nacional se ha asumido en materia de salud los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las prioridades de salud determinadas en el Acuerdo Nacional del año 2002 y en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud realizado el año 2006, que se mencionan más adelante.

1.2. Objetivos del Milenio (ODM).

En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en septiembre del 2000 se establecieron los Objetivos del Milenio, siendo ocho grandes objetivos a lograrse al año 2015. Perú con otros 188 países como signatarios de dicho acuerdo internacional se comprometieron a cumplir con los siguientes objetivos:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

1.3. Acuerdo Nacional (AN).

El 22 de julio de 2002, luego de 8 sesiones plenarias, los líderes de los partidos políticos, organizaciones sociales e instituciones religiosas, firmaron el Acuerdo Nacional(AN), definiéndolas 29 políticas de Estado como base de la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro.

Los participantes del Acuerdo Nacional aprobaron un conjunto de políticas de Estado, dirigido a alcanzar cuatro Grandes objetivos, en cada uno con los siguientes compromisos relacionados a la salud de la población.

En la sesión 106 realizada, en enero del 2014, en Palacio Torre Tagle, se aprobó la Política 34 Ordenamiento y gestión territorial, está comprendida dentro del Objetivo IV, logro de un Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado.

1.3.1. Democracia y Estado de Derecho.

El Estado de Derecho y Democracia representativa son garantía del imperio de la justicia y de la vigencia de los derechos, así como un aspecto esencial conducente a lograr la paz y el desarrollo del país.

- Primera Política: Fortalecimiento del Régimen Democrático y del Estado de Derecho.
- Cuarta Política: Institucionalización del Diálogo y la Concertación.
- Octava Política: Descentralización Política, Económica y Administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

1.3.2. Equidad y Justicia Social.

El desarrollo humano integral, la superación de la pobreza y la igualdad de acceso a las oportunidades para todos los peruanos y peruanas, sin discriminación, constituyen el eje principal de la acción del Estado.

- Décima Política: Reducción de la Pobreza
- Décimo Primera: Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación.



- Décimo Tercera: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- Décimo Quinta: Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- Décimo Sexta: Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la juventud.

1.3.3. Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

- Vigésimo Cuarta: Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente.

1.4. Acuerdos de Partidos Políticos en Salud.

El año 2006 diversos partidos políticos asumieron el reto de adoptar acuerdos por consenso con relación a la salud pública que, como expresión del derecho a la salud de peruanos y peruanas, se traduzcan en políticas sanitarias a aplicarse en el próximo período de gobierno 2006-2011 en beneficio de la población, avanzando sobre lo ya construido por el país.

Los representantes de salud de los partidos políticos aprobaron sesenta y cinco(65) líneas de acción para el mejoramiento de la salud pública (para el período de gobierno 2006-2011), siendo los problemas priorizados: la salud infantil, la salud materna y VIH-SIDA, Malaria y TBC, para ello se planteó la reforma de salud en los siguientes puntos:

- El aseguramiento universal.
- El financiamiento en salud.
- La descentralización del sector.
- La participación ciudadana.
- El acceso y disponibilidad de medicamentos.

Dicho acuerdo fue suscrito por las direcciones políticas de los dieciséis (16) partidos políticos y fue entregado para su ejecución al Ministerio de Salud y para su seguimiento a la Defensoría del Pueblo, al Acuerdo Nacional y a Foro Salud.

1.5. Lineamientos de Política de Salud 2007-2020.

El Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social para elaborar el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS); el mismo que debe convertirse en una herramienta de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán, mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de las menos favorecidas en un horizonte futuro.

Mediante el Plan Nacional Concertado de Salud se busca mejorar el estado de salud de la población, con enfoque de género, reconociendo la interculturalidad del país, la biodiversidad y la salud como un derecho fundamental, para conseguir la mejora de la salud se propusieron los siguientes lineamientos:

- Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Aseguramiento universal.
- Descentralización de la función salud a nivel del Gobierno Regional y Local.
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- Desarrollo del potencial humano.
- Medicamentos de calidad para todos/as.



- Financiamiento en función de resultado.
- Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
- Participación ciudadana en salud.
- Mejora de los determinantes de la salud.

1.6. Lineamientos de Política de Salud Regional 2006-2015 del Gobierno Regional del Callao:

El Gobierno Regional del Callao mediante un proceso participativo y concertado se propuso los siguientes lineamientos:

- Desarrollo articulado de actividades de salud con respeto de los aspectos culturales de la población y su participación activa en el control de enfermedades transmisibles.
- Fomentar educación en salud para el control de las enfermedades no transmisibles y el desarrollo de estilos de vida saludables.
- Implementar actividades de vigilancia en salud ambiental con participación multisectorial.
- Participación social para la promoción de la salud
- Cultura de Paz para el desarrollo del individuo, familia y comunidad libre de drogas
- Consejo Regional de Salud liderando el funcionamiento del sistema de servicios de salud regional coordinado.
- Impulsar un sistema de gestión de calidad en la región
- Extensión y universalización del aseguramiento de salud a la población del Callao
- Incrementar el presupuesto del sector salud y reorientar el financiamiento externo.

1.7. Metodología

El Plan Regional Concertado en Salud del Callao, logra confluir los esfuerzos por planificar, articulando todo aquello que realizamos sea en sector público o privado, en el gobierno regional o local, en la sociedad civil y otros actores para desarrollar, conducir e implementar las Políticas de Salud del Gobierno Regional del Callao. A continuación se muestra la secuencia metodológica; es preciso mencionar que se consideraron los acuerdos del Real Felipe como base concertadora de lineamiento regional así como los lineamientos de política regional vigentes.

- Fase I Preparación: conducido por una Comisión Técnica.
- Fase II Diagnóstico-Análisis Situacional: se realizó la recopilación de información a través de las bases de datos de la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística, las cuales consolidan datos de fuente HIS de los diversos establecimientos de salud. La información generada fue validada con los coordinadores de estrategias de Nutrición, Salud sexual y Reproductiva, Daños No transmisibles, Cáncer, Salud Mental, de etapas de vida entre otras, de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas. El análisis interno y externo se realizó concertadamente a través del Consejo regional de Salud del Callao, identificándose fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.
- Fase III Formulación. En esta fase se realizó la formulación de la Visión Estratégica e integradora y la planificación prospectiva alineada a las Políticas Sectoriales nacionales y regionales. Así mismo se formularon los objetivos, las estrategias, establecimiento de metas de manera concertada. Con la Comisión técnica presidida por la DIRESA Callao y en coordinación con los aliados estratégicos, representantes del Consejo regional de Salud. El Comité impulsor fue integrado por los consejeros regionales de salud. Los consejeros regionales de salud revisaron con sus equipos técnicos, esta formulación, con la participación del equipo técnico implementador, se hicieron modificaciones concertadamente aprobándose finalmente en la Octava Sesión de Consejo Regional de Salud 2013.

Es preciso mencionar que dentro de las instituciones que revisaron esta propuesta de formulación y que realizaron observaciones así como propuestas se encuentran:



- La Dirección Regional de Educación del Callao.
- Foro Salud Callao como representantes de las Organizaciones Sociales de la Comunidad vinculada al tema de Salud.
- El Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión".
- El Hospital San José del Callao.
- El Hospital "Alberto Sabogal" - ESSALUD.
- El Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".
- El Obispado del Callao.
- La Universidad Nacional del Callao.
- La Gerencia General de Salud de la Municipalidad Provincial del Callao.
- El Colegio Médico del Perú- Consejo Regional XVIII Callao.
- El Colegio de Abogados del Callao.
- El Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Callao.
- El Presidente de la Beneficencia Pública del Callao.
- Asociación de Servicios Privados

En las sesiones, en todo momento se buscó comprometer la participación de los actores claves en el proceso de formulación, ello aseguraría el cumplimiento de las estrategias y metas formuladas en este Plan.

- Fase IV Validación, Aprobación y Difusión: participaron las unidades orgánicas técnicas de DIRESA Callao, presidido por la Oficina de Planeamiento Estratégico de la DIRESA Callao, y a nivel de las unidades orgánicas del Gobierno Regional: la Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial del Gobierno Regional de Callao, la Gerencia de Asesoría Jurídica y finalmente la aprobación del Consejo Regional del Callao.

2. MARCO LEGAL Y DOCUMENTOS NORMATIVOS.

- Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización, modifica el Capítulo XIV del Título IV de la Constitución Política del Perú.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización del Estado.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27293, Ley que crea el Sistema Nacional de Inversión Pública.
- Ley N° 26300, Ley de Participación y Control Ciudadano.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs).
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 280565, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Los Objetivos del Milenio, acordadas en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, septiembre del 2000.
- El Acuerdo Nacional firmado el 22 de julio de 2002.
- El Acuerdo de Partidos Políticos en Salud firmado el año 2006.
- El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS); que define los Lineamientos de Política de Salud 2007-2020.
- Plan Bicentenario. El Perú hacia el 2021 CEPLAN.
- "El Acuerdo del Real Felipe", firmado el 2009.
- "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011" - INEI
- Acta de la Octava Sesión Ordinaria 2013 del Consejo Regional de Salud, de fecha 23 de agosto del año 2013.
- Informe N°03-2014-GRC/DIRESA/DG/KJDR, de fecha 20 de enero 2014



3. PRINCIPIOS, ENFOQUE Y VISIÓN.-

3.1. **Principios orientadores**, Los principios que orientan este plan son:

- a. **Universalidad.** Es uno de los pilares sobre el cual el Estado debe garantizar el bienestar para todos.
- b. **Inclusión social.** El Estado brinda los servicios de salud y plantea estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica.
- c. **Equidad.** Es la oportunidad para todos de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores más vulnerables para el desarrollo de sus potencialidades y alcanzar una vida saludable.
- d. **Integralidad.** El Estado asume que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial, por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno, familia y comunidad.
- e. **Complementariedad.** La salud tiene diversas dimensiones o factores, por tanto requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas y privadas que trabajen de forma articulada para sumar esfuerzos y lograr impacto en la salud de la población.
- f. **Eficiencia.** Es el empleo de los mejores medios posibles que maximicen el uso de los recursos. Las estrategias deberán estar basadas en evidencias y los resultados expresados en metas mensurables.
- g. **Calidad.** El servicio satisface las necesidades del individuo en forma oportuna y eficaz respetando sus derechos.
- h. **Solidaridad.** Es la colaboración mutua para un bien común.
- i. **Sostenibilidad.** Garantiza la continuidad de las políticas y los compromisos asumidos tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto.

3.2. Enfoques

- **Derecho a la salud:** Fundamentado en la dignidad de la persona a una atención de calidad y oportuna.
- **Equidad de Género:** Pleno derecho a la salud especialmente en la condición de madre niño.
- **Interculturalidad:** adecuación y acercamiento del sistema de salud a la persona respetando su identidad cultural.
- **Participación Comunitaria:** Comprometer a la sociedad civil en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Salud.

3.3. Visión para la salud en el Callao al año 2021.

El Plan Regional Concertado de Salud 2015-2021 (PRCS) del Callao busca prevenir los daños a la salud, prolongar la vida de los ciudadanos de la región y promover la salud a través de esfuerzos organizados de la sociedad chalaca. Tiene un enfoque de salud pública para el abordaje de las prioridades sanitarias priorizadas y concertadas, que se traduce en la siguiente visión de largo plazo:



Visión

Población del Callao saludable, sustentada en una cultura de salud integral con énfasis preventivo promocional, políticas sanitarias trans-sectoriales con un sistema de salud funcionalmente articulado, líder y modelo nacional; en relación dinámica Estado, sociedad civil y ciudadanía, con enfoque de derechos, responsabilidad y equidad social.

El plan tiene como población objetivo a todos los pobladores de la región, en particular la población más vulnerables, y enfatiza los esfuerzos de la sociedad para proteger su salud y prevenirla de enfermedades. Reconoce el papel clave de los gobiernos para la transformación de los factores socioeconómicos subyacentes y otros determinantes de la salud; y pone en primer plano, la colaboración de los múltiples actores de la sociedad civil que contribuyen sustancialmente a mejorar el estado de salud en la región.

3.4. Modelo Conceptual del Plan Regional Concertado de Salud 2015-2021.

El Plan Regional Concertado de Salud del Callao involucra una decisiva participación de la sociedad civil en la gestión del desarrollo, mediante la inversión en actividades productivas, infraestructura y servicios. En tal sentido, se considera que la visión de futuro compartida se alcanzará únicamente si esta se encarna en la sociedad civil, y los actores sociales se organizan y se movilizan para hacerla realidad. Por esta razón, la visión de futuro es fundamentalmente una construcción de la sociedad organizada alrededor de objetivos y metas estratégicas regionales. Trabajadores, empresarios, jóvenes, mujeres, adultos mayores, partidos políticos, gremios, comités, asociaciones, sindicatos, foros como el Acuerdo Regional y la población en general, han expresado sus necesidades, intereses y anhelos; concertado para que el conjunto de voluntades confluya en la gran obra colectiva del desarrollo regional. En este espíritu se conceptúa el modelo del Plan Regional Concertado de Salud y el círculo virtuoso esperado de este modelo.

4. SITUACIÓN DE SALUD Y PRINCIPALES PROBLEMAS.

4.1. Situación de Salud.

a. Pirámide Poblacional.

En el año 2014, la población de la Región Callao fue de 996,455 habitantes, la cual representó el 3.2% del total nacional, con una densidad poblacional de 294.7 veces el valor nacional.

La población de Callao es eminentemente urbana (100%). La proporción de menores de 15 años es menor que el valor nacional pero el porcentaje de mayores de 64 años es mayor que el valor nacional.

De acuerdo a la Tasa Bruta de Natalidad, a nivel nacional la Región Callao se ubica en el puesto 24 y con referencia a la Tasa Bruta de Mortalidad ocupa la última posición. La Tasa Global de Fecundidad en la Región Callao es inferior al promedio nacional, así mismo la esperanza de vida al nacer sobrepasa en 3 años el promedio nacional.



Tabla N° 1. Indicadores Demográficos, Región Callao, 2010-2015.

Indicadores	Unidad de medida	Período (años)	PERÚ	Callao
Población total	habitantes	2014	30'814,175	996,455
Densidad poblacional (*)	hab/km ²	2014	23.97	6779.5
Población < 15 años	%	2014	28.32	23.90
Población > 65 años	%	2014	6.40	7.20
Razón de dependencia	x 100 hab.	2014	53.20	45.10
Tasa bruta de natalidad	x 1,000 hab.	2010 - 2015	19.43	16.01
Nacimientos anuales	nacimientos	2010 - 2015	589,000	15,624
Tasa bruta de mortalidad	x 1,000 hab.	2010 - 2015	5.52	4.91
Defunciones anuales	Muertes	2010 - 2015	167,000	4,793
Tasa de crecimiento anual	%	2014	1.11	1.39
Tasa global de fecundidad	hijos x mujer	2010-2015	2.5	1.91
Tasa Específica de Fecundidad (15-49 años)	x 1,000 mujer	2010-2015	42.3	32.5
Población urbana	%	2014	76.18	100.0
Esperanza de vida	Total	Años	2010-2015	74.1
	Hombres	Años	2010-2015	71.5
	Mujeres	Años	2010-2015	76.8

(*) Calculada en base a la población total y superficial

Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011 – INEI – OITE-INEI

4.2. Problemas Sanitarios.

4.2.1. Incremento de Tasa de incidencia y de Tasa de morbilidad de Tuberculosis.

Para hablar de la Situación de la Tuberculosis en la Región Callao y dar a conocer que tenemos un verdadero problema de Salud Pública es necesario en primer lugar ubicarnos dentro del escenario de la Situación de la Tuberculosis en el Perú en donde el 58% de casos de Tuberculosis sensible se encuentran en Lima y Callao; el 82% de casos de TBC MDR también se encuentran en Lima y Callao y el 93% de casos de TBC XDR de la misma forma se encuentran en Lima y Callao. Del mismo modo las Tasas a Nivel Nacional al año 2009 fueron las siguientes: Tasa de Morbilidad 119.83 x 100,000Hbtes; Tasa de Incidencia 104.23 x 100,000 Hbtes. y Tasa de Incidencia Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo en 62.85 x 100,000 Hbtes.

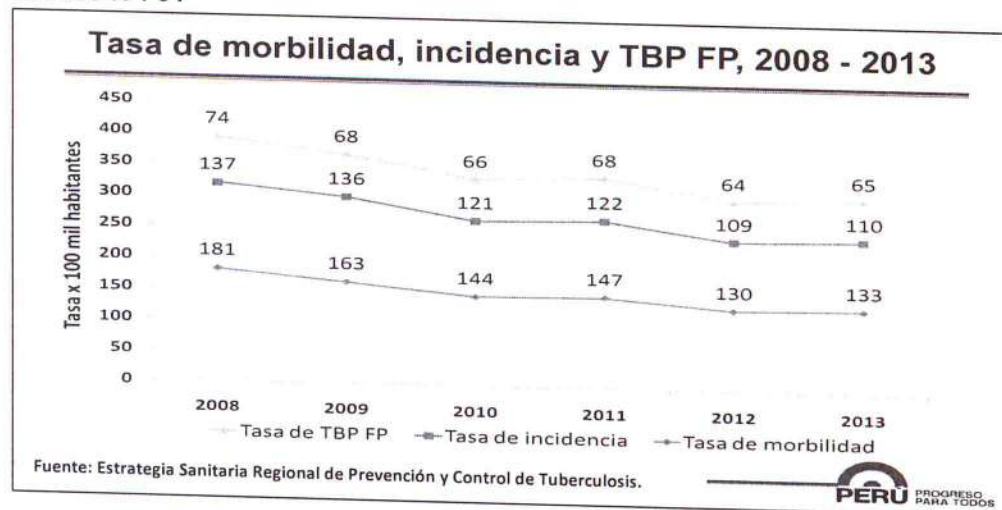
En el Callao, aún persistimos presentando casos de tuberculosis: casos antiguos como nuevos. Al terminar el 2011 presentamos las siguientes tasas: Tasa de Morbilidad 147 x 100,000 Hbtes.; Tasa de Incidencia 122 x 100,000 Hbtes. y de Incidencia Tuberculosis Pulmonar Frotis Positiva en 68 x 100,000 Hbtes, todas ellas por encima del Nivel Nacional, lo que por sí solo demuestra la alta concentración de casos de Tuberculosis, tanto en prevalencia como de incidencia, sobre todo de aquellos que por la carga bacilar son contagiantes.

Ahora bien, si nos comparamos dentro de la misma Región los años 2011 - 2012 podremos apreciar que se ha presentado una disminución en las Tasas, lo que necesariamente no significa que estemos controlando la epidemia, ya que es necesario y pertinente evaluar y cruzar otros indicadores para afirmar lo contrario. Y esta situación no se está dando en el Callao, ya que, por ejemplo nuestra búsqueda de sintomáticos respiratorios es insuficiente.



El año 2012 presentamos las siguientes tasas: Tasa de Morbilidad 130x100,000 Hbtes.; Tasa de Incidencia 109x100,000 Hbtes. y de Incidencia Tuberculosis Pulmonar Frotis Positiva en 64x100,000 Hbtes, lo que significa que ha disminuido las tasas, pero si estas estadísticas se comparada con los S.R. Identificados de los Esperados tenemos el 53.02% cuando la meta es llegar al 100%.

Gráfico N°: 01



Actualmente año 2,013 presentamos las siguientes tasas: Tasa de Morbilidad 133.19x100,000 Hbtes.; Tasa de Incidencia 110.50 x 100,000 Hbtes. y de Incidencia Tuberculosis Pulmonar Frotis Positiva en 65.83 x 100,000 Hbtes, lo que significa que ha aumentado ligeramente las tasas en el último año.

Si miramos las tasas a nivel de las Redes de Salud de la Región Callao, veremos que estos indicadores no son iguales en las tres Redes, y que cada una de ellas merece un análisis particular en relación a los problemas propios de cada una. Las tres redes se encuentran en alto riesgo: La Red Bonilla presenta alta tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo (74x100,000 Hbtes), la red BEPECA presenta (78x100,000Hbtes) alta tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo, en esta oportunidad la red Ventanilla tiene la más alta tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis.

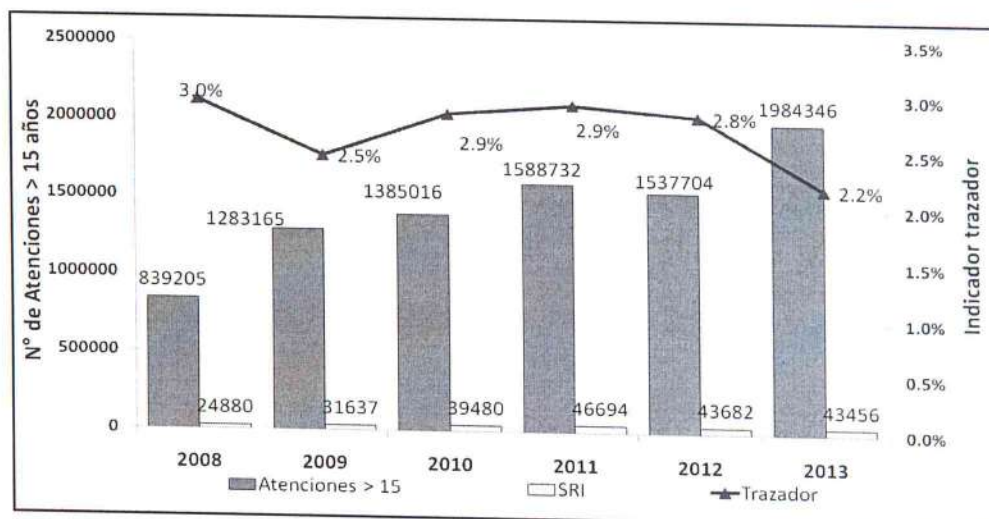
También cabe mencionar que un indicador que ha bajado a comparación de otros años es el de la quimioprofilaxis (dirigido a menores de 19 años llegando alcanzar a la actualidad solo un 46% de una meta del 80%).

El porcentaje de los S.R. Identificados de los Esperados se ha incrementado de 53.02% en el 2012 a 55.00% en el 2013, pero la meta es llegar al 100%.



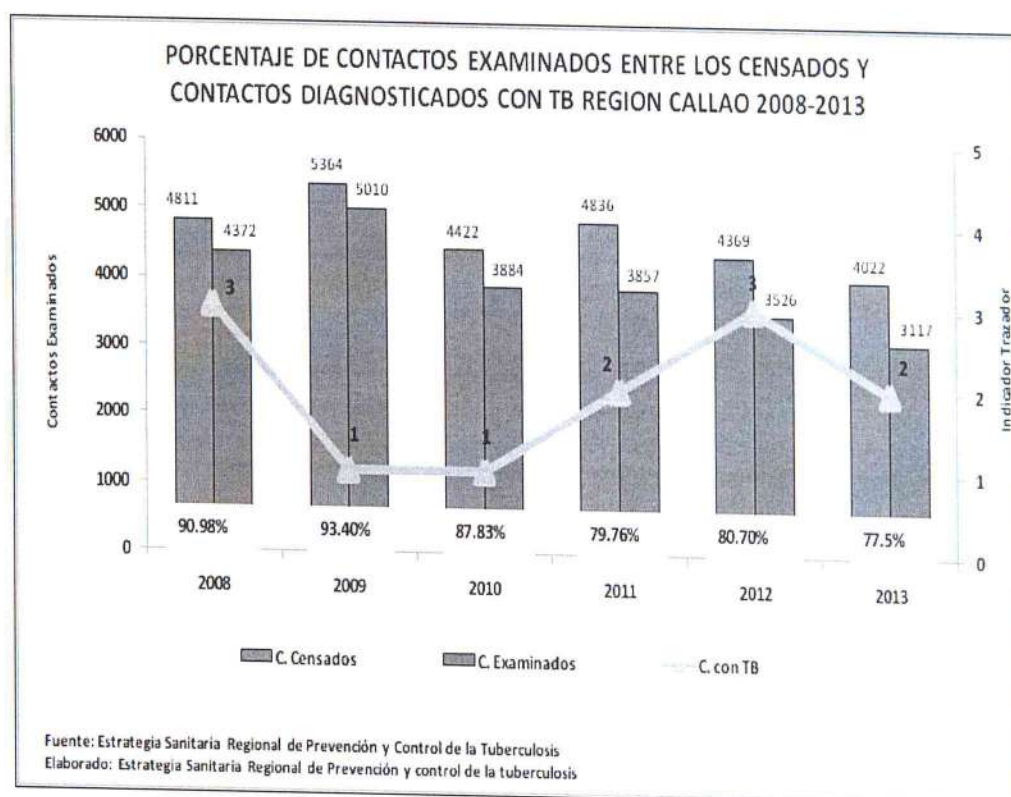
Gráfico N°:02

DETECCION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS (SRI) EN LAS ATENCIONES EN MAYORES DE 15 AÑOS, REGION CALLAO 2008-2013



En esta gráfica se observa a partir del año 2008 como ha bajado el indicador trazador de sintomáticos respiratorios en lugar de subir, de 3% a 2% el año 2013.

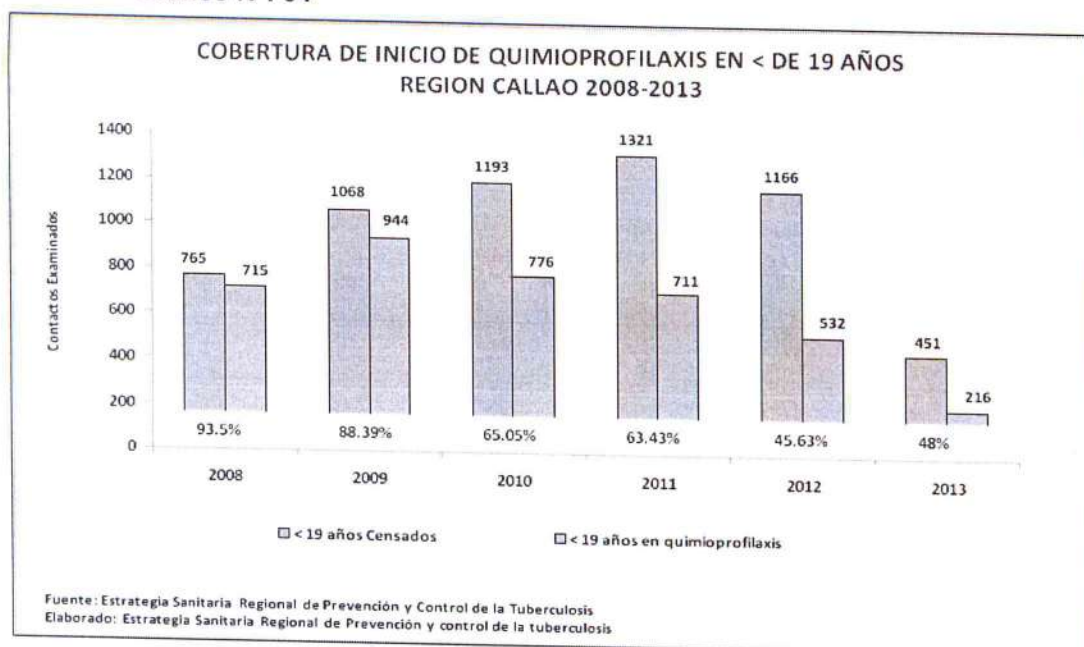
Gráfico N°: 03



En esta gráfica se puede observar que se ha bajado la guardia en cuanto al control de contactos descendiendo a partir del año 2010 de 87.83% al 2013 con 77.5%, se puede observar también que la proporción de contactos con tuberculosis ha disminuido de 3% el año 2012 a 2% el año 2013.



Gráfico N°: 04



También cabe mencionar que desde el año 2010 la proporción de quimioprofilaxis en los menores de 19 años está en forma descendente de 65%, a 45% el año 2012 subiendo ligeramente a 48% el año 2013 de la Meta que es 80%. Considerando que es una de las principales medidas de prevención para proteger a los menores de 19 años de la tuberculosis, para los próximos años se adoptarán estrategias más contundentes para beneficio de nuestra población

Tabla 002: Estratificación Geográfica de Zonas de Riesgo (TBP – FP) por Redes/Año 2013

RED DE SERVICIO	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013
DIRESA	74	68	66	68	64	65
RED BONILLA-LA PUNTA	102	81.3	71.71	75.04	70	74
RED BEPECA	52.8	56.8	55.01	77.9	75	78
RED VENTANILLA	69.1	63.4	62	62.4	65	79

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.)

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

En el Callao existe una mayor probabilidad de contagiarse debido al hacinamiento que hay en muchos hogares pertenecientes a las Redes, factores sociales, factores nutricionales y los factores asociados que un considerable grupo de pacientes conllevan como son las comorbilidades y otros aspectos sociales: alcoholismo, drogadicción, personas privadas de su libertad, personas con antecedente penales entre otras.

Cuando estratificamos nuestras redes por zonas de riesgo en relación a la tasa de tuberculosis pulmonar frotis positivo, concluimos que como DIRESA y como Red Bonilla, Red BEPECA y Red Ventanilla nos encontramos en una zona de alto Riesgo, por lo tanto debemos optimizar nuestras actividades para incrementar la búsqueda de sintomáticos respiratorios toda la región Callao, pero de la misma manera mejorar la oferta de atención, tanto en nuestros establecimientos y

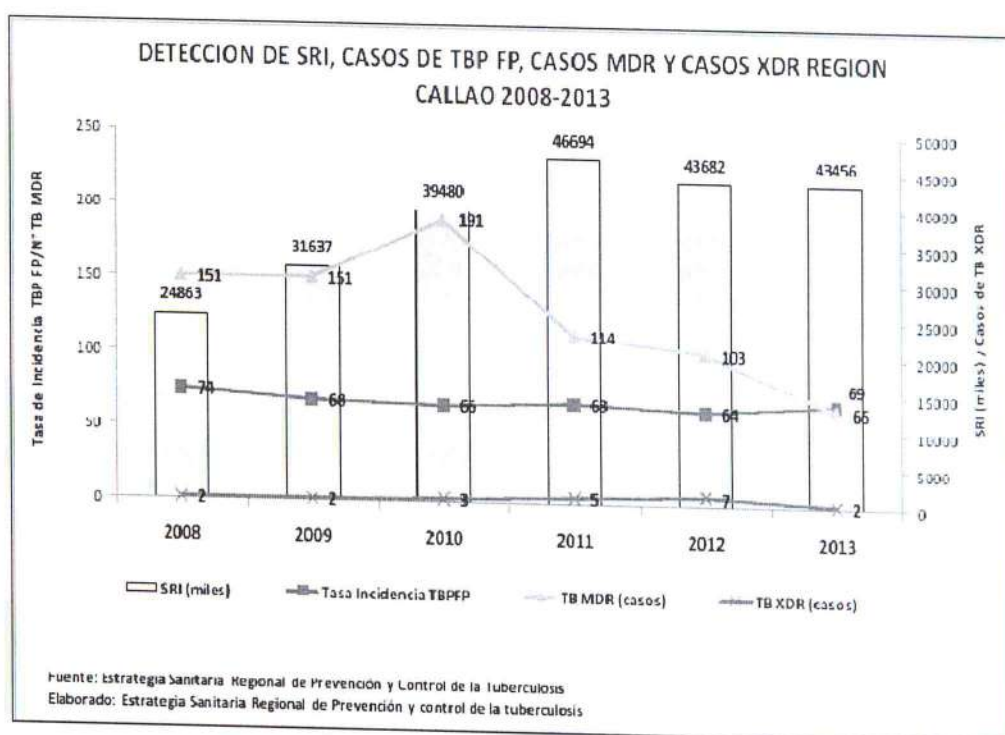


nuestros Hospitales (Hospital Daniel Alcides Carrión y Hospital San José, Hospital Ventanilla), otras instituciones (Hospital Naval, Hospitales chalacos, Solidaridad, INP Sarita Colonia, Es salud y otros.) para así brindar las condiciones de bioseguridad tanto a nuestros pacientes como a nuestros trabajadores (Infraestructura, equipos, materiales, etc.).

En nuestra Región desde el cuarto trimestre del año 2008 a la fecha se ha universalizado la prueba rápida (MODS), lo que nos permite realizar el diagnóstico precoz y administrar un tratamiento adecuado a los casos de tuberculosis sensible y Tuberculosis resistente, (mono resistente, poli resistente, TBC multidrogoresistente MDR, altamente resistente XDR).

Esta prueba rápida MODS se realiza a todos los pacientes diagnosticados de TBC ya sea BK (+) o BK (-).

Gráfico N°: 05

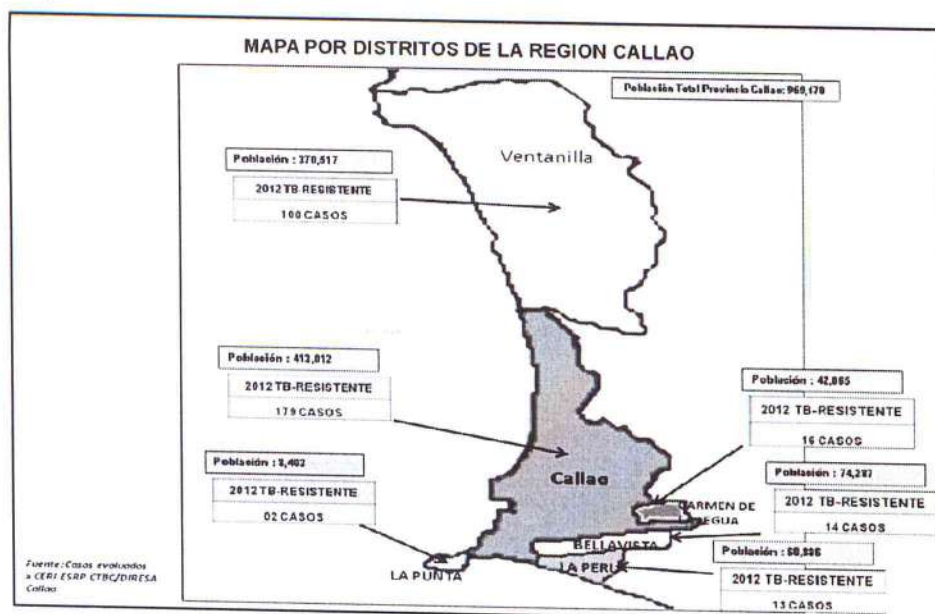


En este gráfico se puede evidenciar el aumento gradual de los casos MDR del año 2009 con 151 casos al año 2010 con 191 casos, disminuyendo gradualmente a 65 casos MDR año 2013. En cuanto a los casos XDR se mantiene en meseta desde el año 2008 hasta el año 2010, elevándose a 5 casos el año 2011 y 7 el año 2012 disminuyendo a 2 casos el año 2013.

En el año 2012 se diagnosticaron 325 casos de TBC MDR vs 114 casos Del año 2011.



Mapa N° 01



En este mapa se presenta los seis Distritos en los que se puede observar que el mayor número de casos está en el Distrito de Ventanilla con 100 casos de Tb resistente, en segundo lugar el Distrito Callao con 179 casos de Tb resistentes, Distrito de Carmen de la Legua con 16 casos de Tb resistentes, distrito Bellavista con 14 casos de Tb resistentes, el Distrito La Perla presenta 13 casos y 2 casos en el Distrito La Punta de TB resistente.

4.2.2. Persistencia de Neumonía

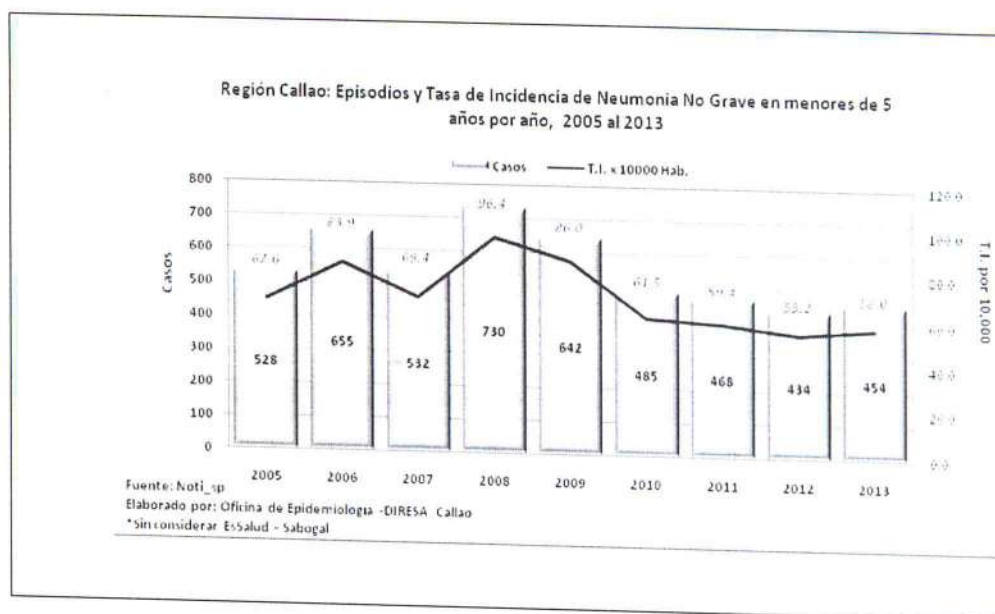
La neumonía sigue siendo responsable del mayor número de muertes entre los menores de 5 años en todo el mundo. La mortalidad por neumonía en la infancia está fuertemente vinculada a causales como la **malnutrición, la pobreza y la falta de acceso a la atención sanitaria**. Por ello para combatir este problema de salud debe actuarse sobre sus causas. Enfocaremos a la Neumonía como No Grave o sin complicaciones y Neumonía Grave o complicada.

La tendencia de episodios de neumonía no grave de pacientes procedentes de la Región Callao en el periodo 2008-2013, ha evidenciado una disminución de episodios del 2008 al 2010, año a partir del cual se muestra un valor sin variación significativa, oscilando alrededor de 450 episodios por año.

La neumonía no grave muestra cierta estacionalidad en su comportamiento en el año, con un incremento de casos en el otoño, luego disminuye para incrementarse en las últimas semanas del año. En el año 2013 se muestra que los casos se incrementaron a partir del otoño, tendencia que se incrementó en los siguientes meses del año.

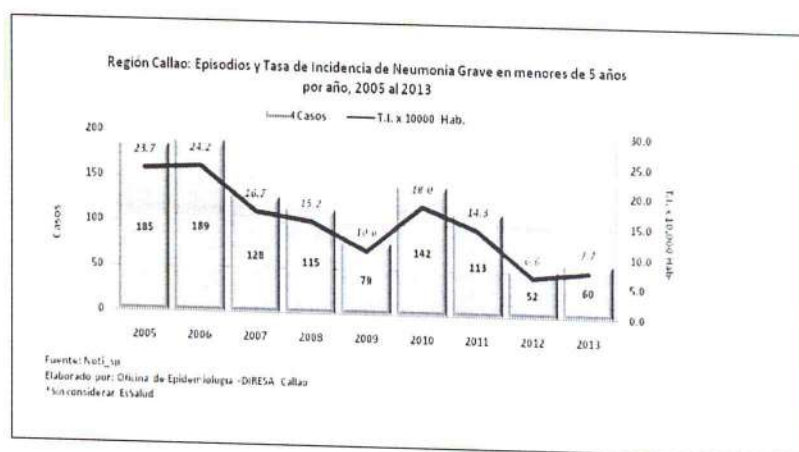


Gráfico N°: 06



La tendencia de episodios de neumonía grave de pacientes atendidos en los establecimientos de la Región Callao es descendente en los últimos 4 años, habiéndose atendido 154 episodios en el 2010, luego 131 en el 2011, 111 el 2012 y finalmente 108 en el 2013 el periodo 2005-2013. Además se evidencia un comportamiento estacional, siendo mayor la frecuencia de episodios entre los meses de marzo a mayo, aunque en el año 2013 se presentaron mayor número de episodios en las primeras semanas y en las últimas semanas del año.

Gráfico N°: 07



Como observamos si bien han disminuido en los últimos 4 años los casos de neumonía no grave y grave, aún persiste. Recordemos que el grupo más susceptible es el grupo menores de años y uno de los causales lo constituye la malnutrición donde debemos actuar.



4.2.3. Riesgo de transmisión de Dengue.

Tabla N°03: CASOS DE DENGUE POR SUB REGIONES, 2013 (S.E. 42)

Sub-regiones	Dengue*	Tasa de incidencia x 100.000 hab.	Dengue grave **	Muertes	Tasa de letalidad
Norteamérica, Centroamérica y México	321, 636	218.9	17 968	102	0.03
Andina	186, 564	182.1	3 472	169	0.09
Cono Sur	1,570,226	647.6	8,635	698	0.04
Caribe Hispano	26,777	113.0	319	98	0.37
Caribe inglés y francés	28,476	358.5	236	15	0.05
Total	2,133,679	407.6	30,630	1,082	0.05

Suma de Dengue + Dengue grave

*Incluye Síndrome de choque por dengue y/o todas las formas de dengue grave

Fuente: OPS Reporte Semanal de Dengue por país. Programa Regional de Dengue de la OPS. S.E. 42-2013

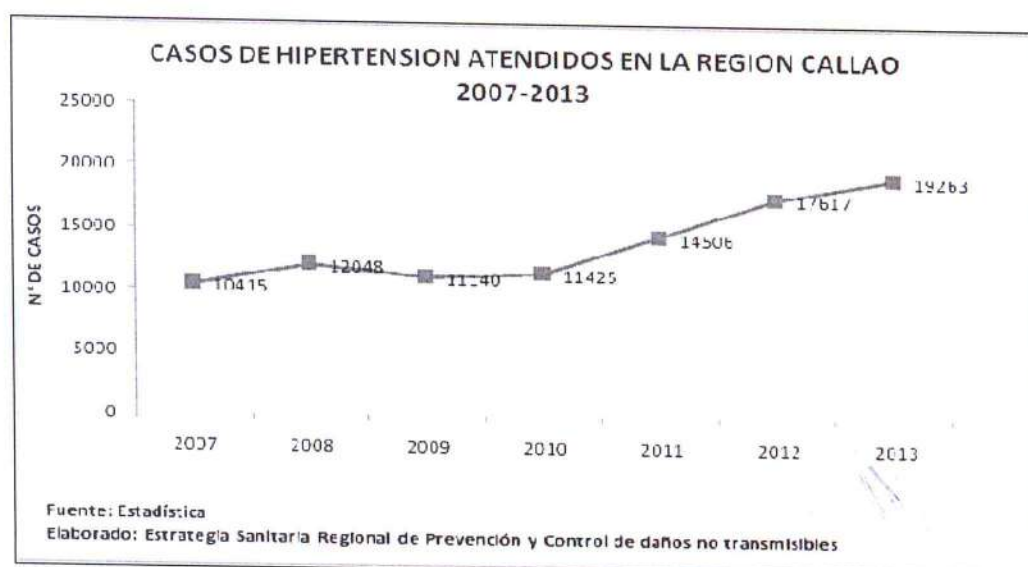
Los datos presentados en el cuadro, con número de muertes y tasa de letalidad en otros países, sugieren atención de este problema de salud con medidas preventivas. Sin embargo cabe mencionar que la región Callao si bien tiene riesgo de este problema de salud, aún no ha presentado casos autóctonos. Pero se percibe en la población general el potencial riesgo de transmisión de la enfermedad, por lo que se debe estar vigilantes.

4.2.4. Incremento de casos atendidos Hipertensión en la Región Callao

En el año 2013 en la Provincia se han reportado 24,817 casos atendidos de Hipertensión Arterial (HTA) en los establecimientos de salud de la Región Callao (DIRESA), 18% de casos más que en el mismo periodo del año anterior.

La tendencia de la curva de atendidos por HTA en nuestra región es ascendente en el periodo 2005 - 2013 con un ligero descenso en el 2009 (10097 casos)

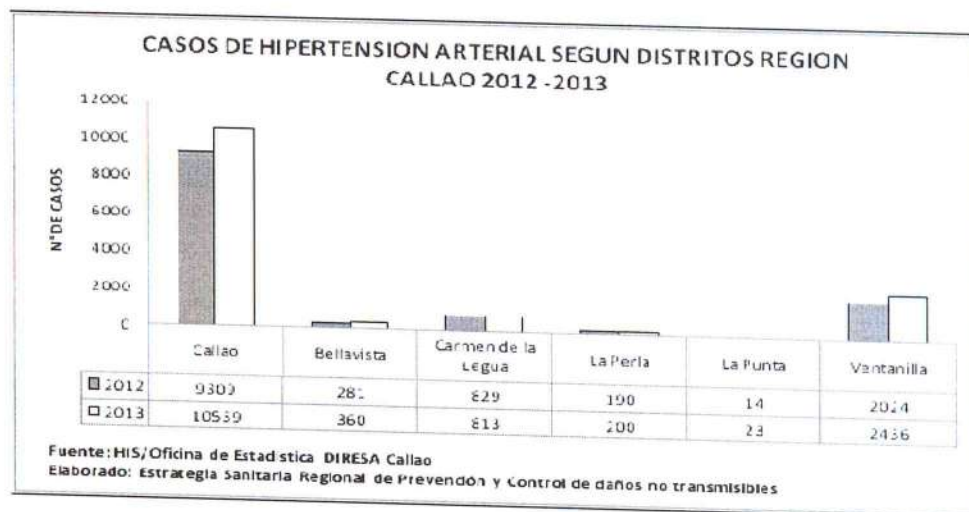
Gráfico N° 08



Atendidos por HTA según distritos de procedencia (2011-2013)

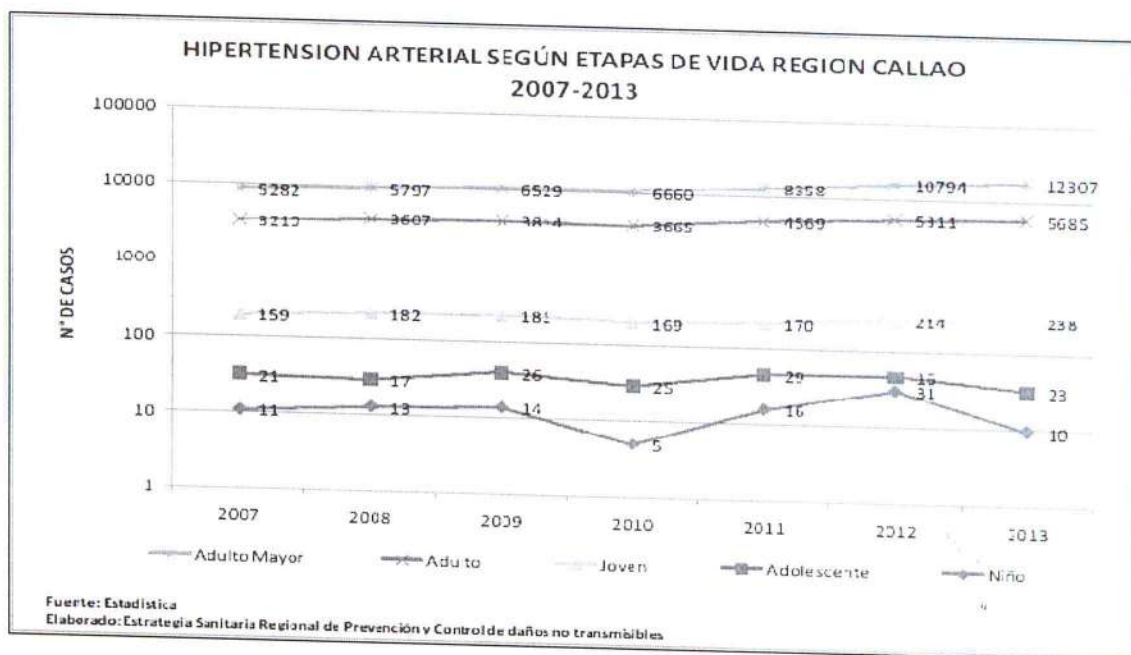
En el periodo 2012 – 2013 la mayoría de pacientes atendidos por HTA en los establecimientos de salud de la Provincia proceden del distrito Bellavista, Callao, Carmen de La Legua seguido de Ventanilla.

Gráfico N° 09



En el ámbito regional, respecto al **grupo etáreo** más afectado en el periodo 2005 - 2013 es el adulto mayor (mayor de 60 años) con tendencia ascendente, llegando a constituir 66% (año 2013) del total de casos, le sigue el adulto (30 - 59 años) con tendencia ascendente de constituir 32% del total de casos. Los grupos minoritarios lo constituyen los jóvenes (18 - 29 años) en promedio constituyen 1.3% de los atendidos, en el 2013, adolescentes el 1.4%, y niños de 0.6%.

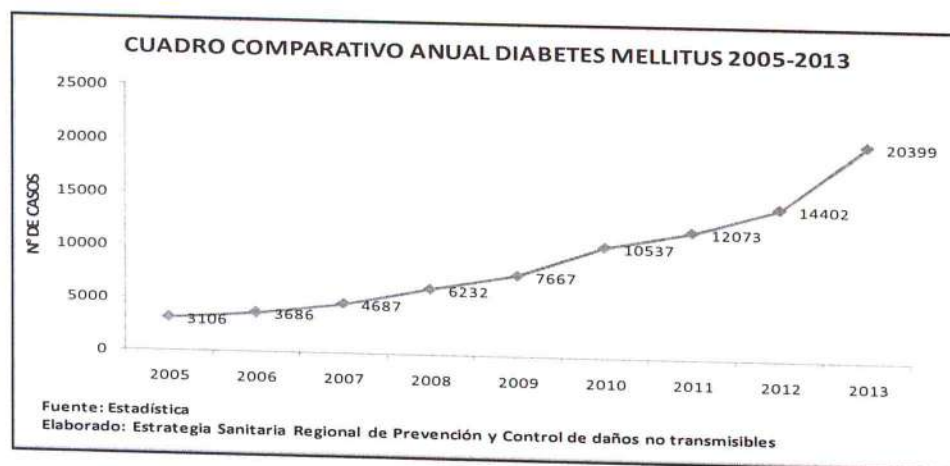
Gráfico N° 10



4.2.5. Incremento de casos atendidos por Diabetes Mellitus en la Región Callao

En el año 2013 en la Provincia se han reportado 20,399 casos atendidos de Diabetes Mellitus (DM) en los establecimientos de salud de la Región Callao (DIRESA), 30% de casos más que en periodo del año anterior. La tendencia de la curva de atendidos por DM en nuestra región es ascendente y sostenida en el periodo 2005-2013.

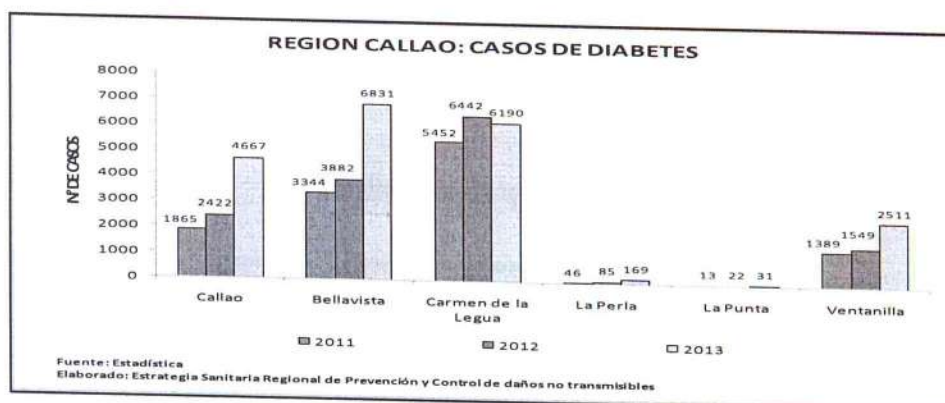
Gráfico N° 11



Atendidos por Diabetes mellitus según distritos de procedencia (2005-2013)

En el periodo 2011–2013 la mayoría de pacientes atendidos por DM en los establecimientos de salud de la Provincia proceden del distrito Callao, seguido de Ventanilla, Carmen de La Legua. En el año 2013, la mayoría de pacientes con DM proceden del Bellavista 33%, Carmen de la Legua 30%, distrito Callao, 23% de Ventanilla, 12%, 0.8 % de La Perla y 0.15% de La Punta. En este último distrito se debe mencionar que probablemente los pobladores son atendidos principalmente en establecimientos de salud privados dato a nivel Regional del Callao.

Gráfico N° 12



En el ámbito regional, respecto al **grupo etáreo** más afectado en el periodo 2011-2013 es el adulto 50% con tendencia a ascender, seguido es el adulto mayor (mayor de 60 años) con tendencia descendente, llegando a constituir 45% (año 2013) del total de casos, los grupos tendidos, en el 2013, adolescentes el 6%, y niños de 5% minoritarios lo constituyen los jóvenes (18 – 29 años) en promedio constituyen 30% de los atendidos, en el 2013, adolescentes el 6%, y niños de 5%.

Gráfico N° 13

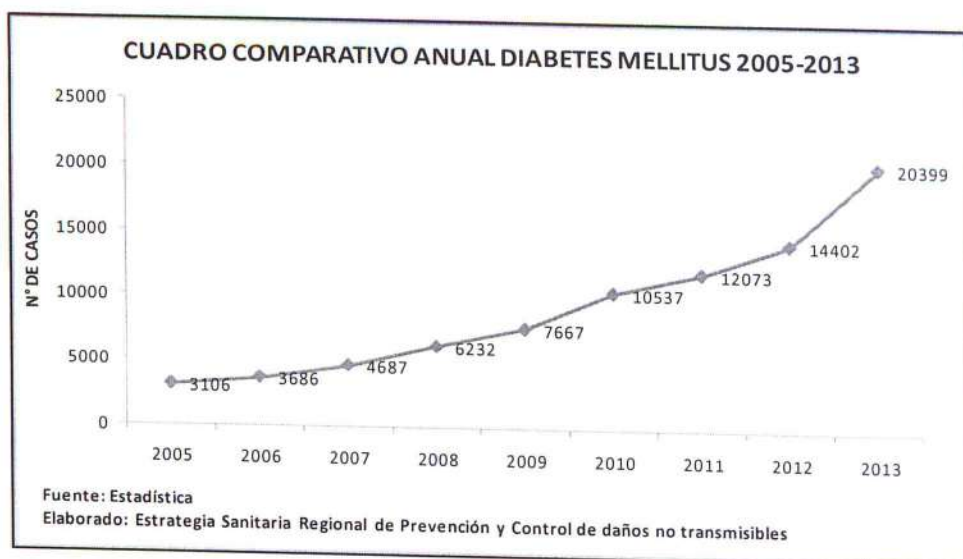
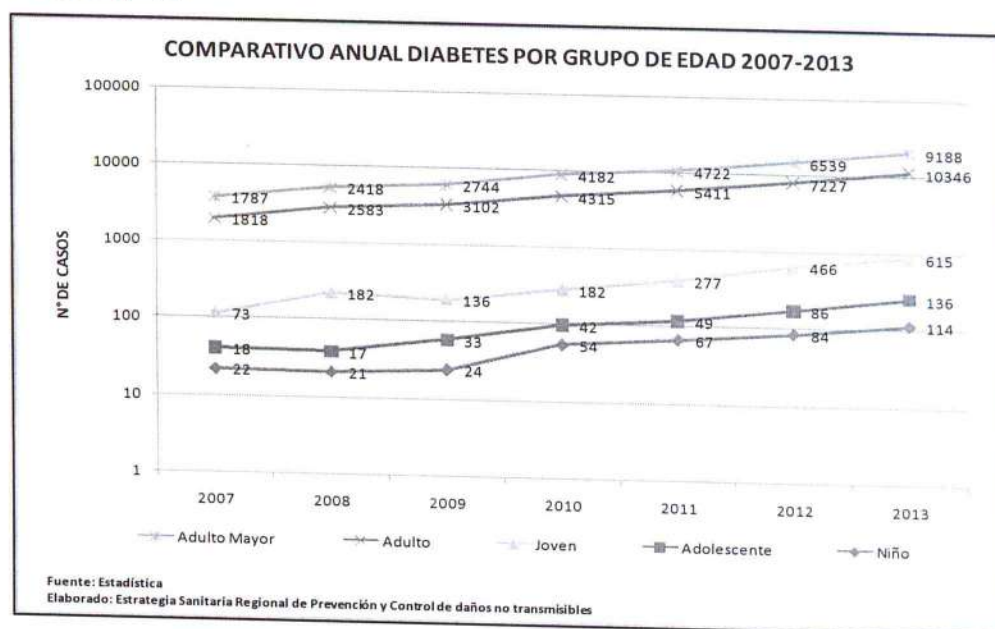


Gráfico N° 14



4.2.6. Persistencia de casos de 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.

Desde el año 1983 (1er. Caso de SIDA en la Región Callao) hasta el mes de diciembre del 2013 se han notificado 2037 casos de SIDA. La curva de casos de SIDA muestra un incremento progresivo hasta presentarse en meseta desde el año 1999 al 2004, incrementándose casi el doble en el año 2005, en los años posteriores desde el 2008 sufre un descenso hasta la actualidad sufriendo un



ligero incremento en el 2012 en los casos de VIH. Al 2013 tenemos en el Callao 34 casos de SIDA y 171 casos de VIH.

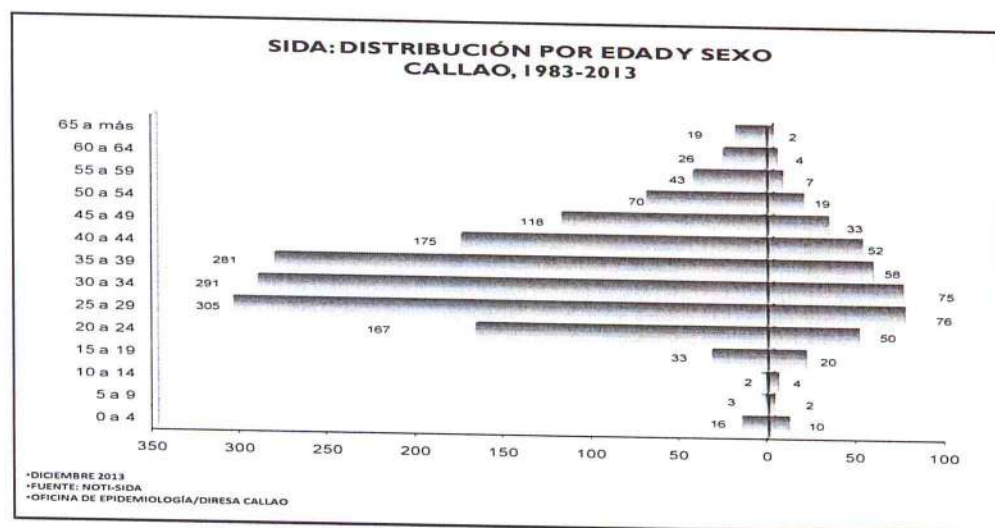
Gráfico N°: 15



N

La edad comprometida es de 25 años a 39 años es 877 (43.05%) de 25 a 29 años con 305 casos (14.97%) de 30 a 34 años con 291 casos (14.29%) de 35 a 39 casos 281 casos (13.79%).

Gráfico N°: 16



Según lugar de procedencia en el periodo 1983-2013 se notificaron 2037 casos de SIDA, rocediendo en su mayoría del distrito Callao con 1312 casos (64.41%), de Ventanilla con 313 casos (15.37%), Bellavista 154 casos (7.56%), La Perla 131 (6.43%), Carmen La Legua 85 (4.17%), La Punta 42 (2.06%).



Mapa N°02

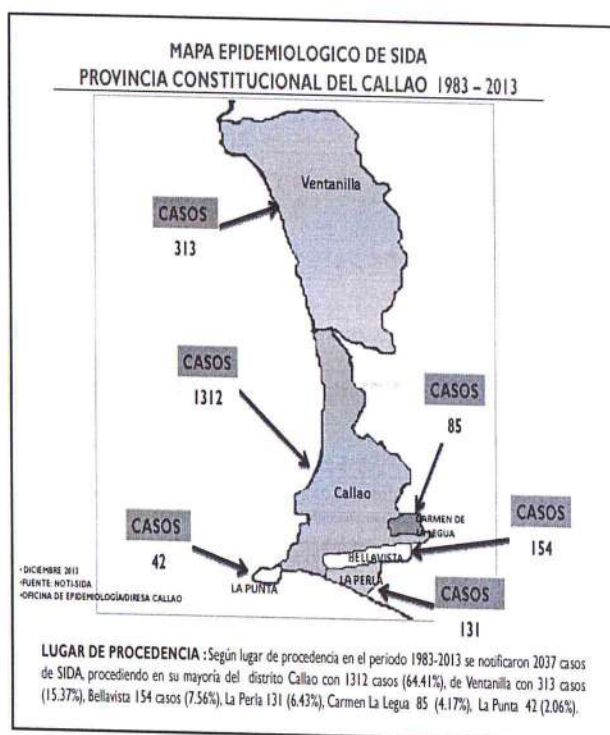
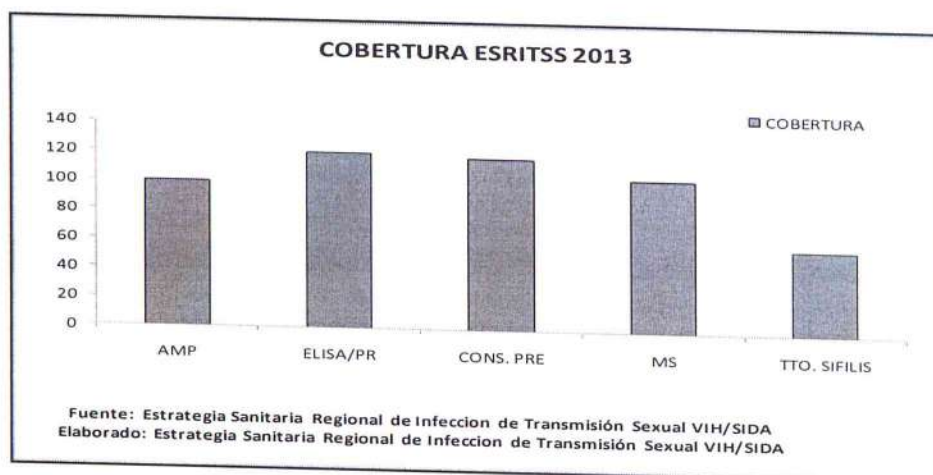


Gráfico N°: 18



- Debido a que las atenciones son a demanda es posible encontrar resultados que superen el 100% como ocurrió en el año 2013. Una mejor forma de evaluar sería midiendo las coberturas.
- La Atención Médica Periódica de Trabajadoras(es) Sexuales (AMP) es una actividad muy importante porque involucra a las poblaciones vulnerables más afectadas por las ITS o el VIH/SIDA.
- Tanto las consejerías como el tamizaje con Pruebas Rápidas o ELISA para VIH permiten identificar personas portadoras de esta infección.



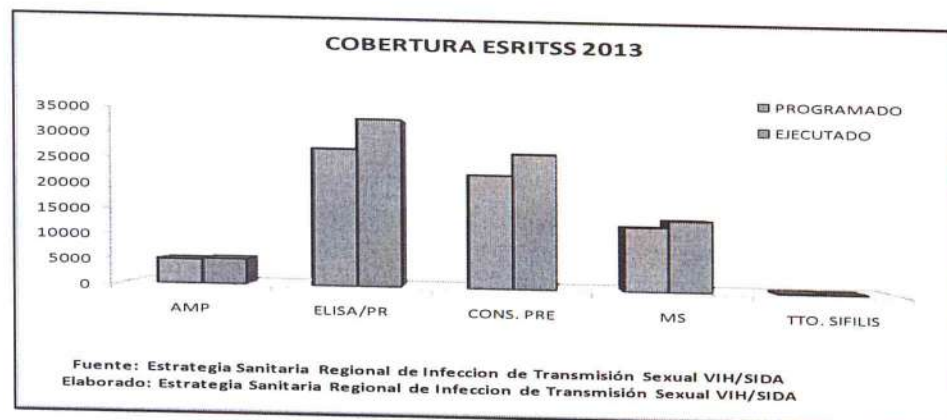
- El Manejo Sindrómico de las ITS curables (MS) permite cortar la cadena epidemiológica y evitar secuelas o complicaciones, aparte de ayudar a prevenir indirectamente nuevos casos de VIH.
- No se cumple lo programado en Manejo de Gestantes Reactivas a Sífilis porque no encontramos más casos de Sífilis (RPR/PRS no reactivo), por tanto no hubo personas que necesiten tratamiento. Es importante mencionar que a pesar de haber buscado no se encontraron tantos casos en gestantes, lo cual es importante como estrategia de salud pública.

Tabla N°: 04

INDICADORES	2010	2011	2012	2013
COBERTURA AMP	93%	89%	99%	104%
COBERTURA CONSEJERÍA	90%	91%	92%	122%
COBERTURA MS DE ITS	95%	140%	107%	111%

Fuente: Estrategia Sanitaria Regional de Infección de Transmisión Sexual VIH/SIDA
Elaborado: Estrategia Sanitaria Regional de Infección de Transmisión Sexual VIH/SIDA

Gráfico N°: 19



4.2.7. Incremento de casos y detección de problemas de Malnutrición

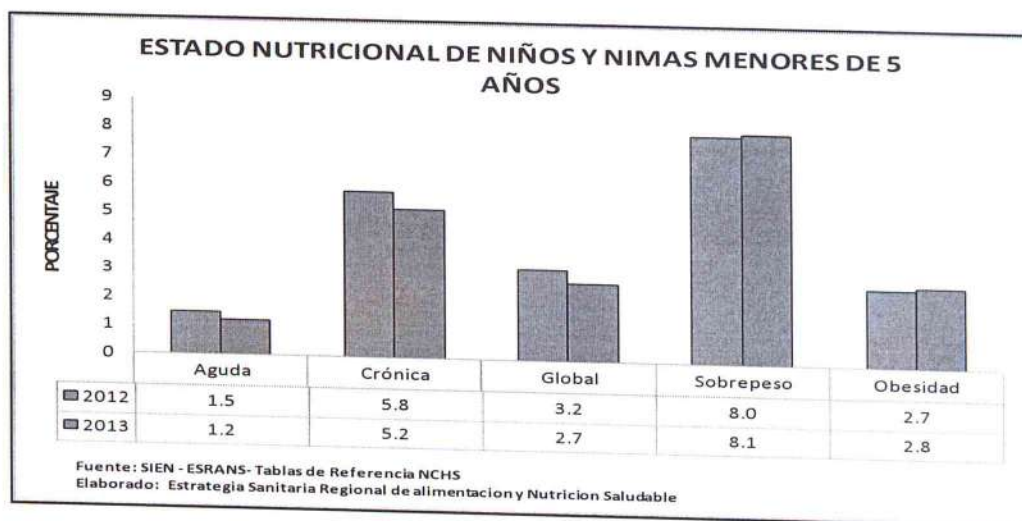
La malnutrición es un problema de salud pública en La Región Callao, se considera malnutrición a la desnutrición, sobrepeso y la obesidad. La malnutrición es condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas y subyacentes, siendo uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil la desnutrición que la hace susceptible a enfermedades infecciosas, eleva las estadísticas de morbilidad y mortalidad en ella y ocasiona problemas de salud y desarrollo personal en su vida futura, lo que perjudica el desarrollo y la formación del capital humano que en el futuro debe garantizar la continuidad de nuestro país como nación y el desarrollo de nuestra Región.

La Situación del estado nutricional del niño menor de cinco años que acude a los establecimientos de la Dirección Regional de Salud del Callao: 5.2% de niños con desnutrición crónica (3779 casos) de un total de 73271 niños evaluados, un 2.7% de niños con desnutrición global (1988 casos) de un total de 73824 niños evaluados, un 1.2% de niños con desnutrición aguda (885 casos) de un total de 73358 niños evaluados. Y en relación a la malnutrición por exceso se tiene un 8.1% y 2.8% de niños con sobrepeso y obesidad (5968 y 2031 casos) respectivamente de un total de 73358 niños evaluados.



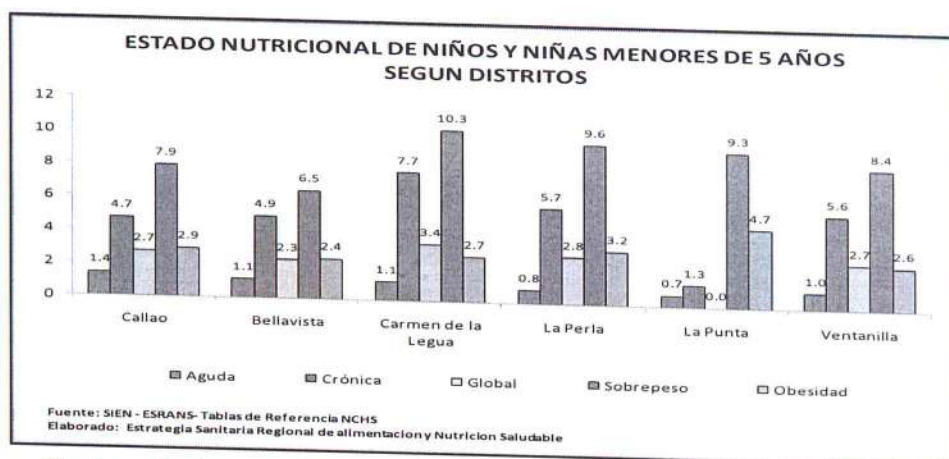
Asimismo, la desnutrición crónica disminuyó en 0.6% y el sobrepeso aumento en 0.1%, con un mayor número de niños y niñas menores de cinco años evaluados en relación al 2012.

Gráfico N° 20



Como **distritos**, se tiene que la mayor cantidad de evaluados se realizó en el Callao (35159), seguido de Ventanilla (32208). El mayor porcentaje de malnutrición por exceso en Sobrepeso se tiene en Carmen de La Legua con 10.3% (102 casos), seguido de La Perla con 9.6% (224 casos); en cuanto a Obesidad se tiene los mayores porcentajes en la Punta con 4.7% (7 casos) y La Perla con 3.2% (74 casos). En cuanto a la malnutrición por déficit el mayor porcentaje de Desnutrición crónica se encuentra en Carmen de la Legua 7.7% (76 casos), seguido de Ventanilla con 5.6% (1804 casos).

Gráfico N° 21



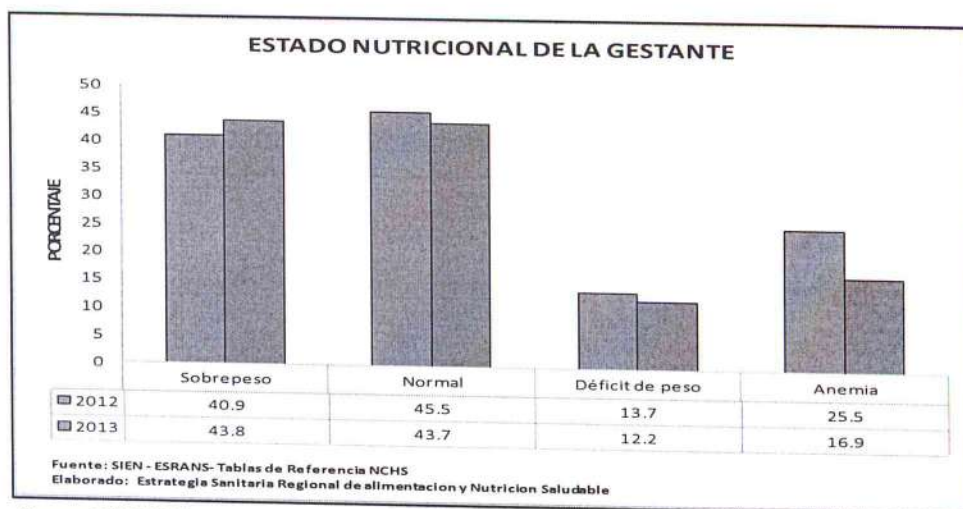
Es importante mencionar que la información que se obtiene del Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN se ha utilizado como patrón de referencia las tablas de la NCHS.

Nutrición en gestantes

La madre gestante es otro de los grupos priorizados, en el marco de las intervenciones nutricionales que contribuye a reducir la desnutrición infantil en la Región Callao, a través de actividades como la consejería nutricional, la suplementación preventiva, las sesiones educativas-demostrativas, la toma de las mediciones antropométricas de peso y talla, las cuales son registrándose en la base de datos del Sistema de información del Estado Nutricional SIEN.

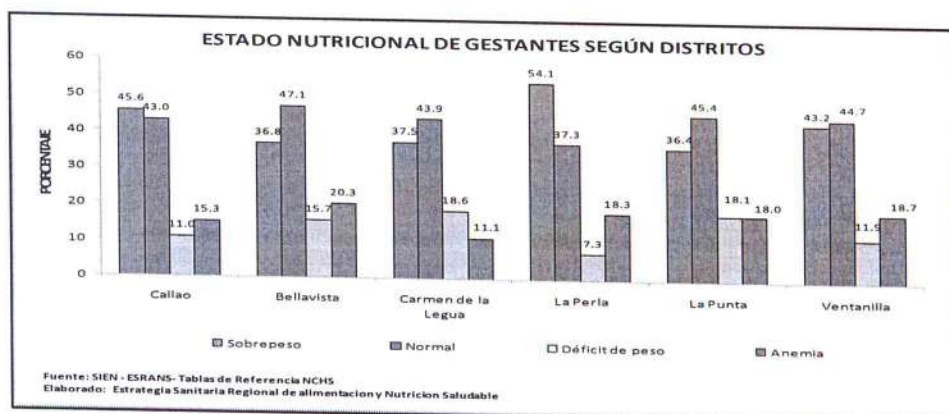


Gráfico N° 22



Como DIRESA, se evaluó en el año 2013 a 14620 gestantes, teniendo al 43.8% con sobrepeso, 2.9% más que el año anterior, con déficit de peso al 12.2%, es decir 1.5% más que el 2012, y en relación a las gestantes se tiene que el 16.9% muestra anemia, habiendo disminuido 8.6% en relación al año anterior.

Gráfico N° 23



Como distritos en el 2013, se observa el mayor porcentaje de sobrepeso en el distrito de La Perla con 54.1%, seguido del Callao con 45.6%, teniendo el más bajo porcentaje La Punta con 36.4%. En cuanto al Déficit de Peso el mayor porcentaje lo tiene Carmen de La Legua con 18.6%, seguido de La Punta con 18.1%, teniendo el más bajo valor La Perla con 7.3%.

Como observamos si bien la desnutrición año a año disminuye en el Callao, el sobre peso y la obesidad cada vez incrementa más, por ello formulamos este problema como incremento de casos de malnutrición.

4.2.8. Incremento de casos y detección de problemas de Salud Mental



La Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Invertir en Salud Mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, y deserción escolar, violación de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma.

Considerando que la salud mental es un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y un elemento fundamental del desarrollo humano, esto implica atender los aspectos somáticos, psíquicos, socioculturales, históricos y políticos que constituyen una unidad dinámica indivisible en el contexto social.

Se puede observar que en el año 2013, han incrementado los casos de problemas de salud mental, ello debido también a que se ha mejorado la detección de casos de violencia intrafamiliar en 121.19%, en la Red Bonilla, de igual modo 119% en la Red BEPECA, depresión en 120% y un 116% en la Red Bonilla, en abuso de alcohol y drogas en un 93% en la Red Bonilla en comparación con el año 2012. Y en lo que respecta a la detección de trastorno psicótico, se puede visualizar que en la Red BEPECA se visualiza un 100%, 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.

Actividades de Prevención Tamizajes de Patologías Prevalentes por Redes - DIRESA Callao 2012 – 2013

Tabla N° 05

TAMIZAJES	REDES	ANUAL		DIFERENCIA
		2012	2013	
Violencia Familiar / Maltrato Infantil	BONILLA	4524	5464	121
	BEPECA	3902	4635	119
	VENTANILLA	4863	4401	90
Trastorno Depresivo	BONILLA	3152	3668	116
	BEPECA	2282	2730	120
	VENTANILLA	4193	3616	86
Trastorno Consumo de Alcohol	BONILLA	877	817	93
	BEPECA	1297	338	26
	VENTANILLA	1147	436	38
Sindr. y/o Trastorno Psicótico	BONILLA	60	41	68
	BEPECA	30	30	100
	VENTANILLA	1760	105	6
TOTAL		28087	26281	94

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

Elaborado: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

Gráfico N° 24

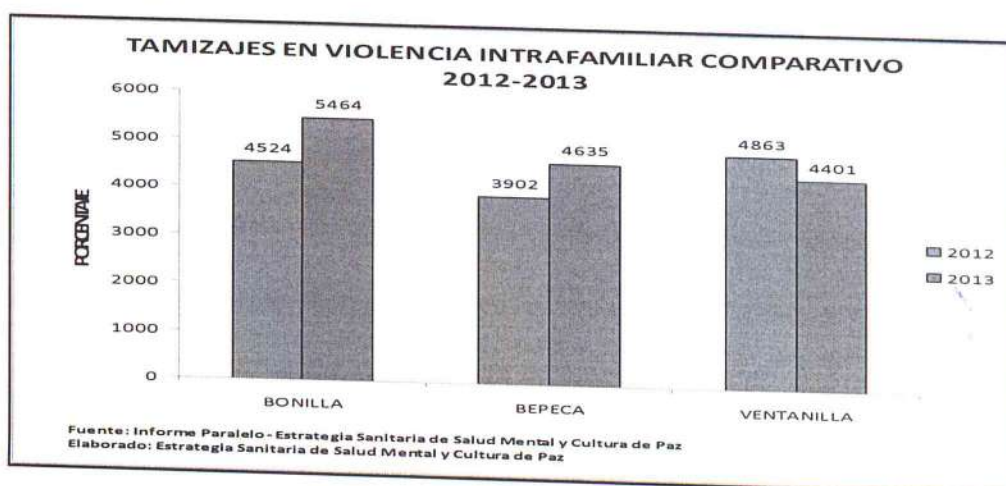


Gráfico N° 25



Gráfico N° 26

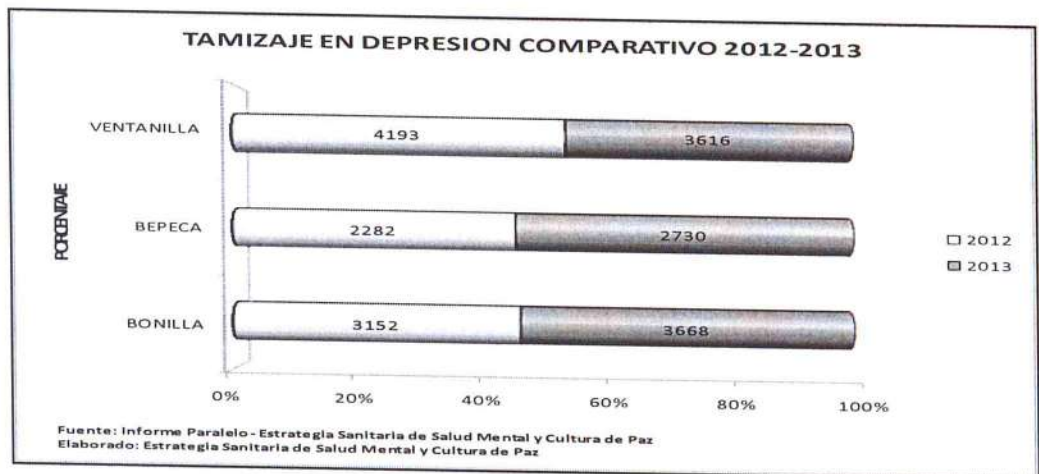


Gráfico N° 27



La comparación de casos atendidos en redes y hospitales durante el año 2013 permite ver que en todos los establecimientos los casos más frecuentemente atendidos son depresión y violencia. 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 como se puede apreciar en el caso de los trastornos ansiosos, de igual modo se puede apreciar la elevada intervención en el indicador de adicciones es menester señalar el alto índice de otros tipos de problemas que son elevados en las redes en comparación con los hospitales.

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 2012 -2013

Tabla N°06

Establecimiento	2012			2013		
	Atendidos		Indicador %	Atendidos		Indicador %
	Salud Mental	Total Atd		Salud Mental	Total Atd	
RED BONILLA	8,792	80,548	10.90%	8,896	67,530	13.00%
RED BEPECA	7,126	77,008	9.30%	6,663	52,228	12.75%
RED VENTANILLA	13,491	77,526	17.50%	18,178	60,065	30.26%
HOSPITAL CARRION	5,166	51,746	9.9.%	4,876	46,017	10.59%
HOSPITAL SAN JOSÉ	1,343	120,485	1.10%	2,307	78,529	2.93%
Total	31,615	407,313	7.80%	40,920	304,369	13.44%
Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz						
Elaborado: 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 tanto a nivel de las redes como en los hospitales, notándose que la mayor proporción de atendidos se encuentra en la Red Ventanilla, lo cual es coincidente con el mayor número de psicólogos con que cuenta esta Red, en contraste con la Red BEPECA que cuenta con el menor número de estos profesionales. No existe una diferencia significativa de atendidos entre el año 2012 y 2013, siendo un indicador que aún se encuentra por debajo de lo óptimo. En la actualidad se considera parte de la visión holística de seguridad ciudadana.

4.2.9. Persistencia de Muerte Materna

De acuerdo a los establecimientos notificantes de muerte materna el 53.8% (7) proceden del Hospital de EsSalud Alberto Sabogal Sologuren, el 30.8% (4) del HNDAC. Cabe mencionar que el Hospital Sabogal por ser hospital de referencia de ESSALUD no sólo de la región Callao, notifica casos de muertes maternas, también de los distritos que se encuentran colindantes a la Región Callao.



Gráfico N° 28

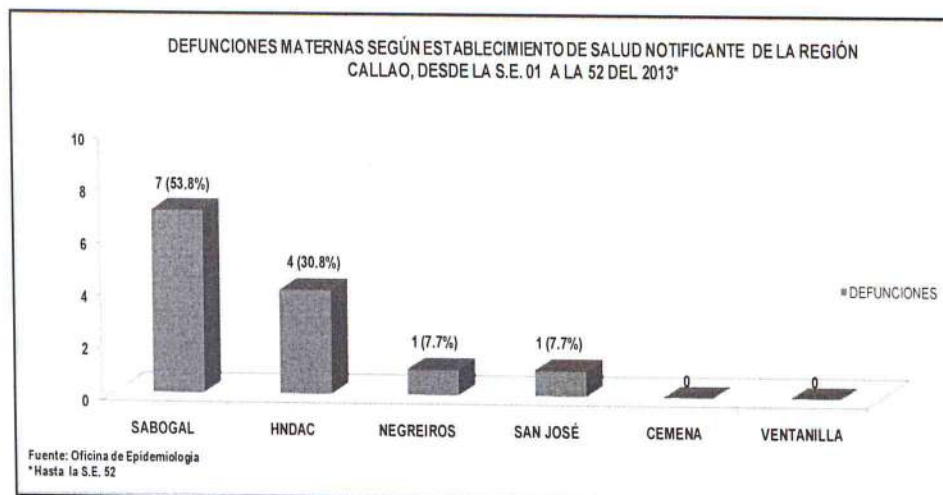


Gráfico N° 29

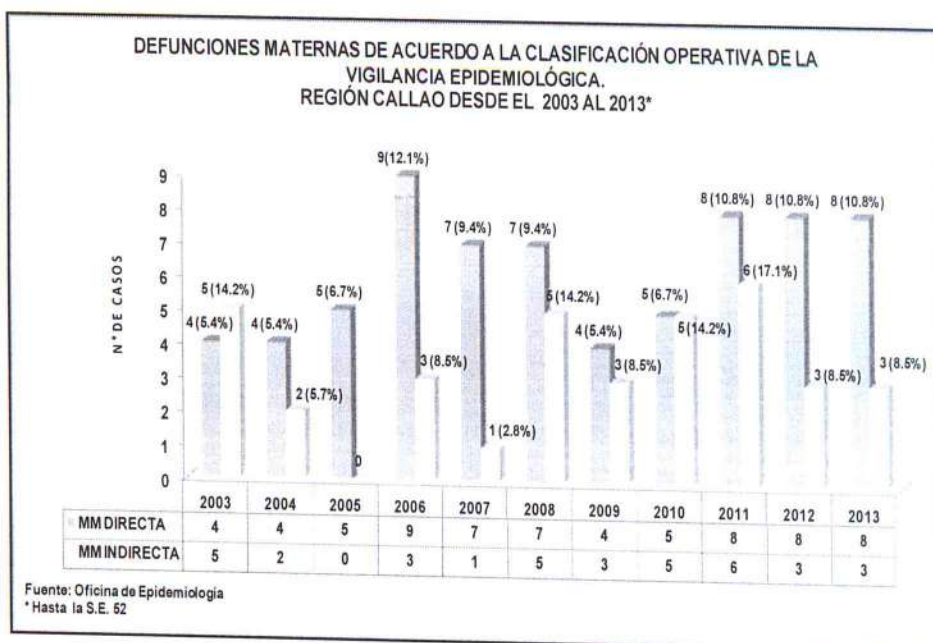


Las defunciones maternas de acuerdo a la jurisdicción donde vivían el 30.8% (4) tienen como lugar de procedencia el distrito de Callao. En total el 46.2% (6) proceden de la Región Callao, a otros distritos que son de Lima y otras regiones corresponde el 61.5% (6).

De acuerdo a la RM N°634-2010/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 036- MINSA/DGE-01, la cual menciona de acuerdo a la clasificación operativa como muerte materna directa (las que resultan de las complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente). Lo que muestra durante el 2013 el 61.5% (8) son muertes maternas que pudieron ser evitadas.

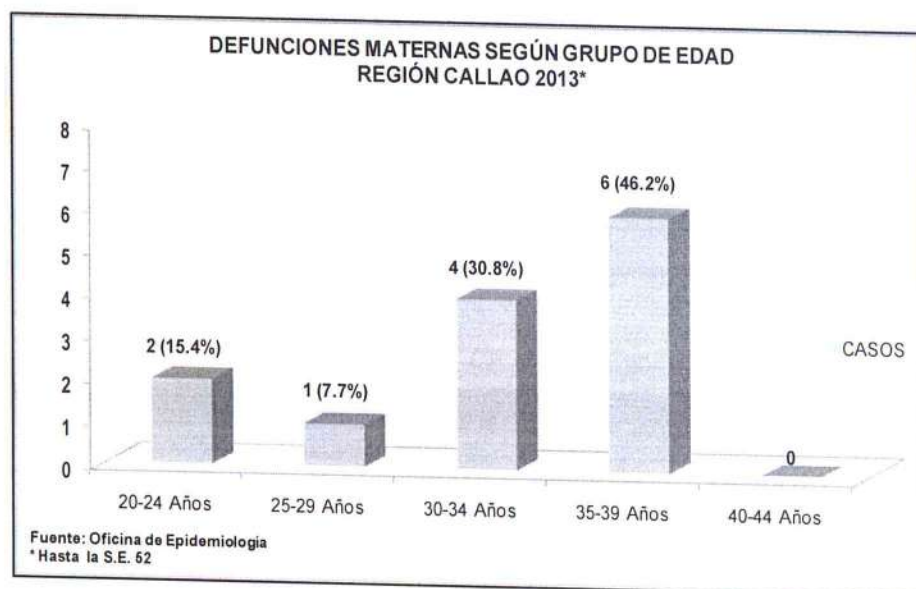


Gráfico N° 30



Las defunciones de los últimos 11 años muestran que en el 81.8 % (9) años superan las muertes maternas directas, muertes que pudieron ser evitadas.

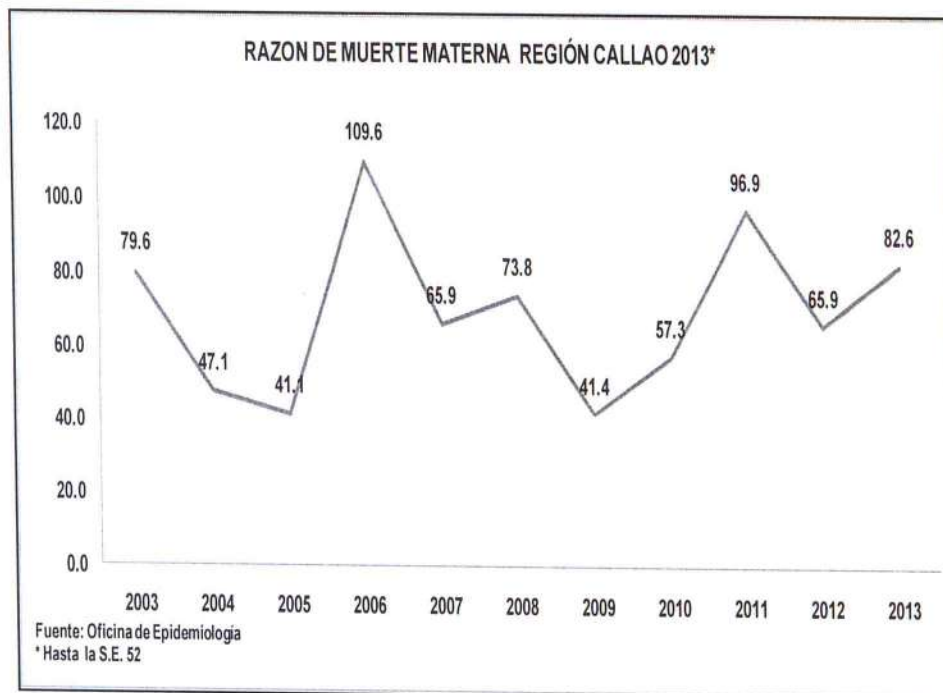
Gráfico N° 31



Las defunciones maternas se concentra en el 46.2% (6) en el grupo de edad de 35 a 39 años de edad seguido del 30.8% (4) entre las edades de 30 a 34 años de edad.

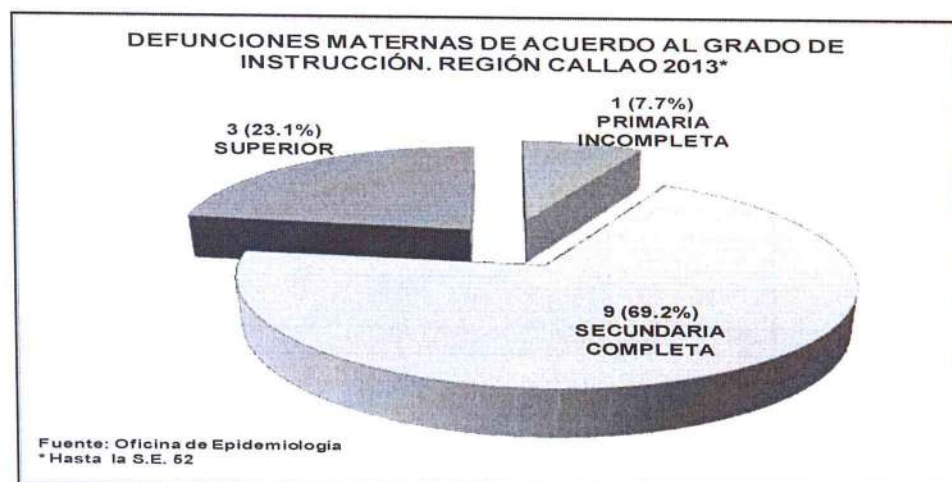


Gráfico N° 32



La razón de la muerte materna muestra tendencia descendente en el periodo 2006-2009, incrementándose en los últimos años. En el año 2013 fue 82,6 por 100 000 n.v. superior al año anterior (65.9 por 100,000 n.v.).

Gráfico N° 33



Se identifica de acuerdo al grado de instrucción que el 7.7% (1) muerte materna tenían grado de instrucción primaria incompleta seguido del el 69.2% (9) secundaria completa y el 23.1% (3) superior.



4.2.10. Incremento de mortalidad por Cáncer:

El cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. Según Organización Mundial de la Salud, es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en el 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total), de las cuales el 70% se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcanzan la cifra de 13.1 millones en el 2030.

Los que más muertes causan cada año son los cánceres de estómago, bronquios y pulmón, próstata, mama y sitio primario desconocido. Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer.

En nuestro país el cáncer se ha convertido en la segunda causa de muerte, los más frecuentes: estómago, pulmón.

Gráfico Nº: 34

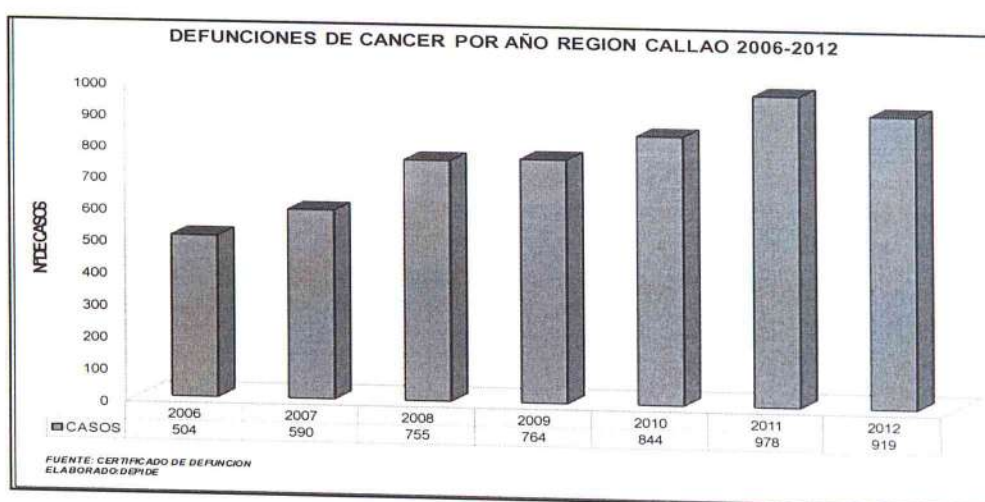
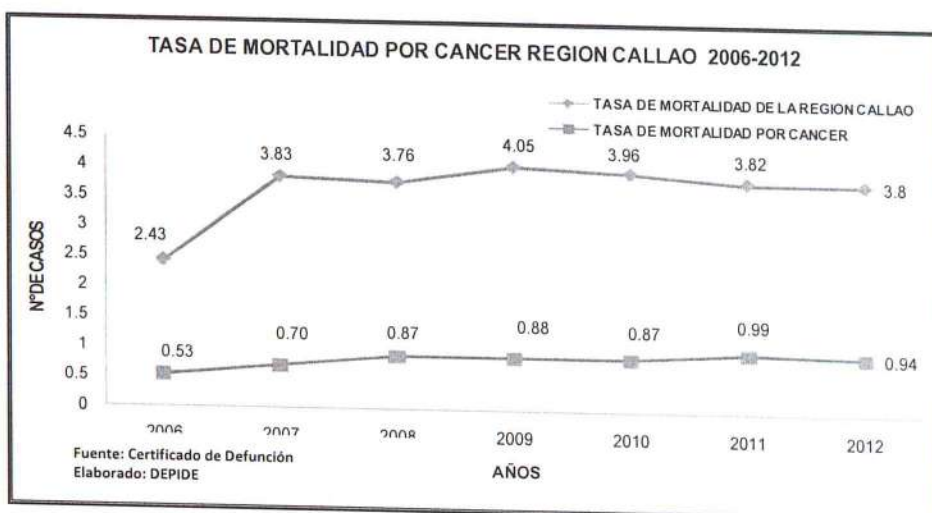


Gráfico Nº: 35



La Tasa de Mortalidad de la Región Callao, en el periodo 2008-2012 muestra tendencia descendente, la de mortalidad por cáncer presenta tendencia ascendente con ligera disminución en el año 2012.

Según ASIS 1999 – 2012 de la DIRESA Callao ubicamos al cáncer de estómago y cáncer de bronquio y pulmones entre las 10 primeras causas de mortalidad en la Región Callao causando el 6.68% del total de fallecidos.

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-V01 (Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Registros Hospitalarios), mediante la cual se implementó en las Direcciones de Salud del país un aplicativo informático en línea que permite el registro hospitalario del cáncer y de los certificados de defunción.

La Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao ha realizado el registro de los certificados de defunción desde el año 2006 al 2012.

En el mencionado periodo se han registrado 20,120 fallecidos en la Región Callao de los cuales 5758 (28.61%) fallecieron por cáncer, de estos 5354 (92.98%) proceden del Callao.

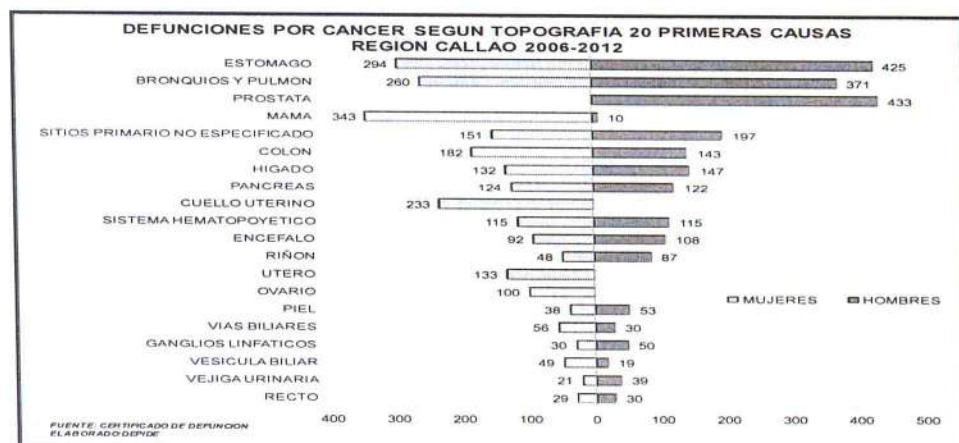
Según ubicación topográfica: Los primeros lugares están ocupados por cáncer de estómago, de bronquio y pulmón, de próstata, de mama; sitio primario no especificado, los cuales suman 2,484 defunciones y constituyen 46.39% del total.

Según sexo: La relación hombre/mujer es 1.01/1.

Femenino: fallecieron 2,664 mujeres (49.75%) del total. El cáncer de mama ocupa el primer lugar, seguido de cáncer de estómago, tercer lugar cáncer de bronquio y pulmón, cuarto lugar cáncer de cuello uterino, quinto lugar cáncer de colon, los cuales suman 1312 defunciones y conforman 49.25% del total de fallecidos por cáncer del sexo femenino.

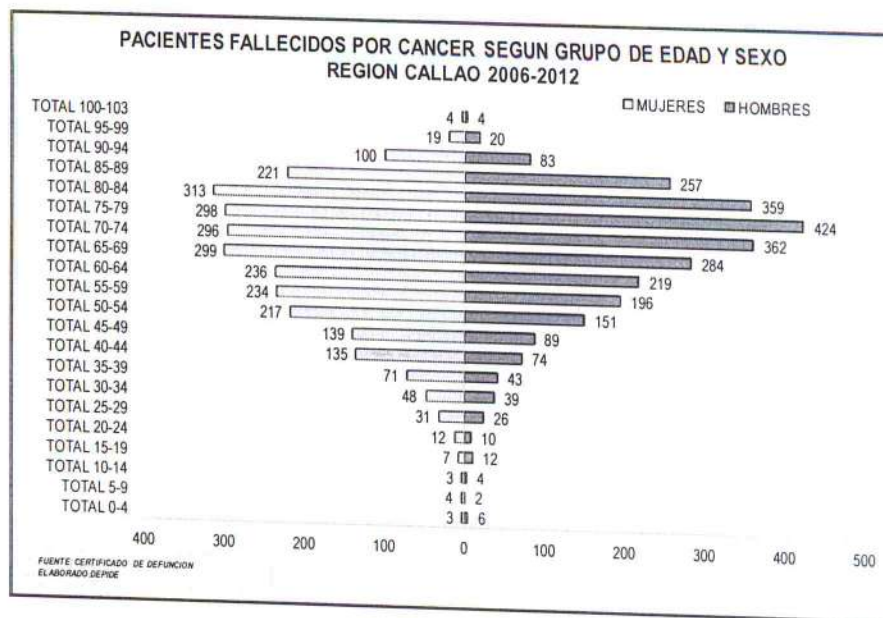
Masculino: fallecieron 2,690 hombres (50.25%) del total. El cáncer de próstata ocupa el primer lugar, el cáncer de estómago el segundo lugar, el cáncer de bronquio y pulmón el tercer lugar, cáncer de sitio primario no especificado ocupa el cuarto lugar y el de hígado el quinto lugar. Los cuales suman 1573 defunciones y conforman 58.48% del total de fallecidos por cáncer del sexo masculino.

Gráfico N° 36



Según grupo etáreo: La mayor cantidad de fallecidos por cáncer se presentan de 65-84 años en la mujer y 70-84 años en el hombre.

Gráfico N° 37



Según certificado de defunción el sexo masculino es el más comprometido en el cáncer de estómago y fallecen con mayor frecuencia entre 75 y 85 años. La relación hombre/mujer del CA gástrico es 1.38/1. El cáncer de estómago es más frecuente en el distrito Callao.

El cáncer de bronquio y pulmón es más frecuente en el varón. El grupo etáreo más afectado es de 70-79 años tanto en el sexo femenino como el masculino. La relación hombre/mujer es 1.45/1. La mayoría de pacientes con este tipo de cáncer proceden del distrito Callao.

Los varones fallecen por **cáncer de próstata** más frecuentemente entre los 75 y 89 años. La mayoría de los casos de cáncer de próstata proceden del distrito Callao.

El cáncer de mama es más frecuente entre los 50-54 años (12.68%) y entre los 65-69 años (11.5%). La mayoría de los casos de cáncer de mama proceden del distrito Callao.

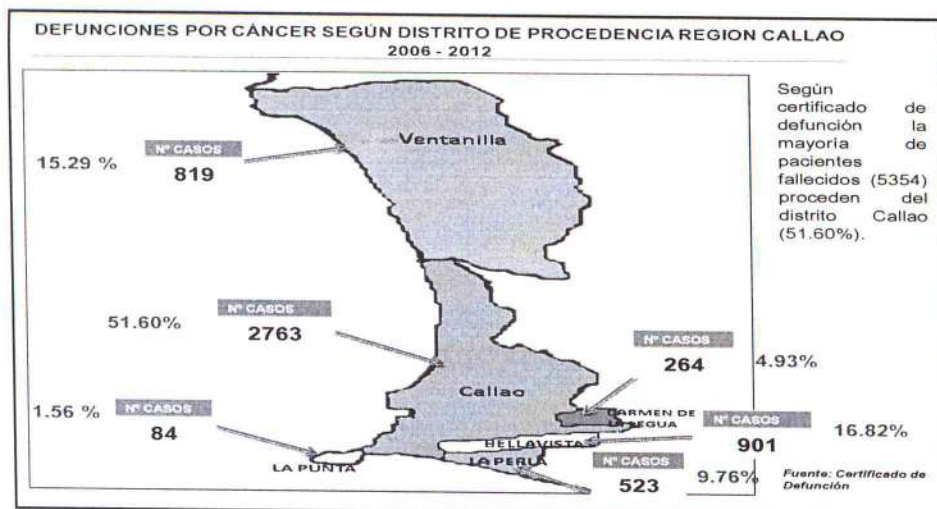
En el sexo masculino se ha presentado 10 casos de cáncer de mama en los grupos de edad de 45-49 años, 50-54 años, 60-65 años, 65-69 años, 75-79 años, 80-84 años y 90-94 años.

Según lugar de procedencia

Según certificado de defunción 2763 neoplasias (51.60%) proceden del distrito Callao, seguido de Bellavista 901 casos (16.82%), distrito de Ventanilla 819 casos (15.29%), La Perla 523 casos (9.76%), Carmen de la Legua 264 casos (4.93%), La Punta 84 casos (1.56%).



Mapa N° 03



4.2.11. Persistencia de problemas de Salud Bucal

La pérdida de dientes en los niños, jóvenes, adultos y adultos mayores impacta sobre su autoestima, capacidad masticatoria, selección de alimentos y calidad de dieta, lo que a su vez afecta el estado nutricional y salud general del individuo. La mayoría de los estudios sobre la falta de dientes y la nutrición sugieren que la ingesta de nutrientes se deteriora en calidad habiendo menos dientes, constituyendo las enfermedades bucales en un problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral de la misma, centrado en el individuo, la familia y la comunidad.

La segunda causa de morbilidad general de las enfermedades, sigue siendo las de la cavidad bucal. De los 51,762 atendidos durante el 2013 en el servicio dental de los EESS de la DIRESA Callao, se realizaron 191,942 atenciones, siendo el indicador de intensidad de uso de 3.7 según el reporte 40 del HIS.

Gráfico N° 38: INDICADORES DE DESEMPEÑO

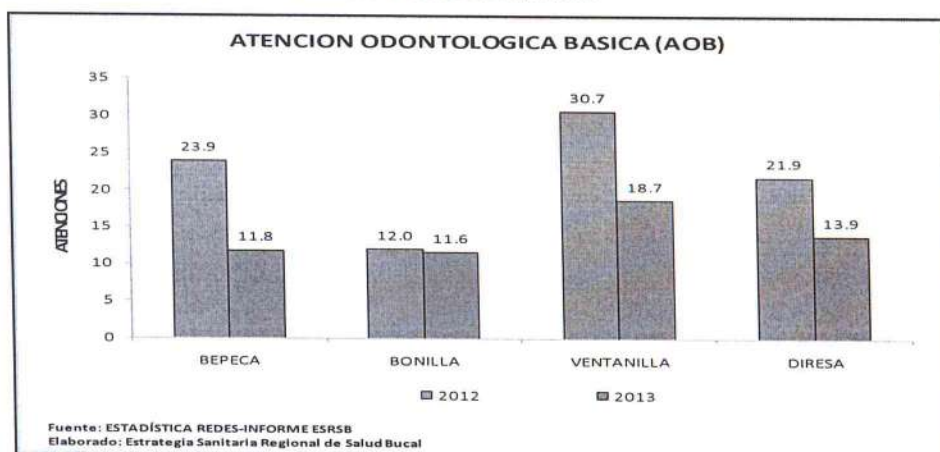


Tabla N°07

ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA BÁSICA (AOB)	ANUAL 2012			ANUAL 2013		
	ATD	AOB	%	ATD	AOB	%
Red Bonilla	8,710	2,079	23.9	12,839	1,518	11.8
Red BEPECA	12,926	1,545	12.0	16,483	1,913	11.6
Red Ventanilla	12,559	3,856	30.7	13,344	2,496	18.7
DIRESA	34,195	7480	21.9	42,666	5927	13.9

Fuente: ESTADÍSTICA REDES-INFORME ESRSB
Elaborado: Estrategia Sanitaria Regional de Salud Bucal

4.2.12 Persistencia de accidentes de tránsito en el Callao.

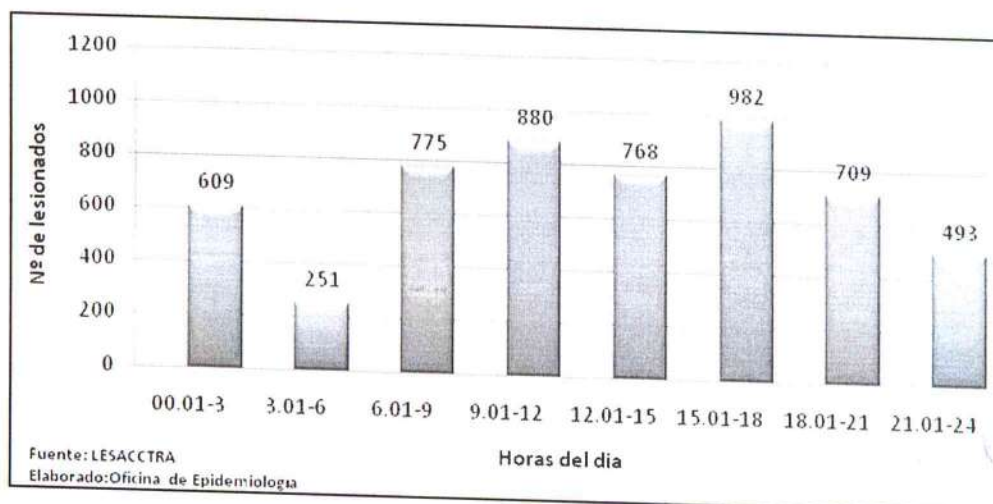
Los accidentes de tránsito constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país, sin embargo en el Callao han ido disminuyendo por las constantes acciones reguladoras del gobierno regional y local. Las pérdidas que representa este daño son cuantiosas, no sólo en vidas humanas sino también para la economía de las familias y la sociedad en su conjunto, teniendo en cuenta además las secuelas o discapacidades que ello produce.

En el periodo 2010-2013 el mayor número de lesionados por accidentes de tránsito se reporta el día viernes (16.39%) y el menor el día sábado (12.99%).

En cuanto a la hora de ocurrencia de los accidentes de tránsito la mayoría se concentra de 15 a 18 hrs (17.94%), seguido de 9 a 12 hrs (16.08%), si lo agrupamos, el grupo horario que concentra el mayor número de lesionados es de 12 a 18 hrs (31.98%) del total, seguido del grupo horario de 6 a 12 hrs. (30.24%). El grupo horario con menor número de lesionados por accidentes de tránsito está entre las 0 y 6 hrs, correspondiendo a la madrugada (15.71%).

Gráfico N° 39

Lesionados por accidente de tránsito según agrupación horaria, región Callao 2010-2013

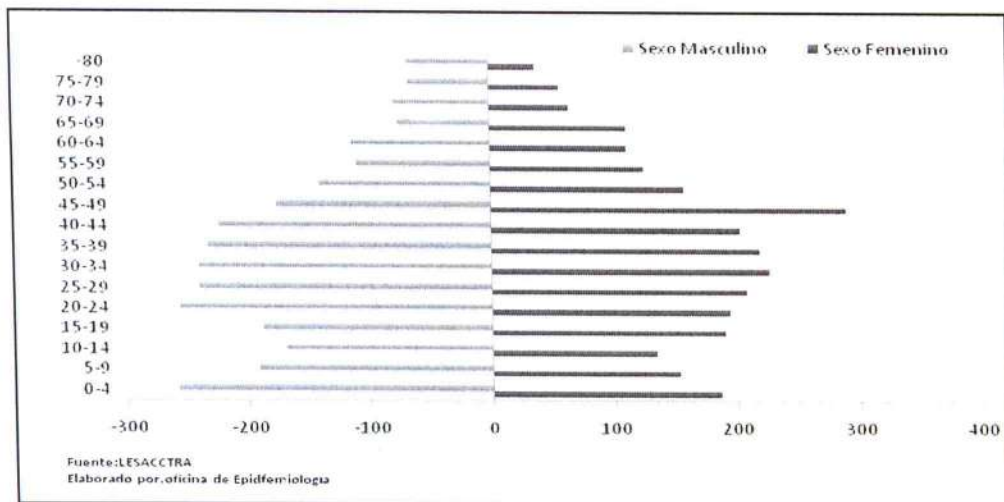


En el período antes mencionado, la mayoría de lesionados por accidente de tránsito pertenecen al sexo masculino (51.42%) del total. En lo referente al grupo etáreo más afectado es el de 25 a 49 años en el sexo femenino (20.83%), observándose que el grupo de 45 a 49 años es el mayoritario (5.26%) y en el sexo masculino de 20-44 (21.66%), constituyendo ambos sexos 42.49% del total.

A partir de los 70 años las cifras de lesionados por accidente de tránsito disminuyen en el sexo femenino, conforman el 2.97% del total y en el sexo masculino a partir de los 65 años, constituyendo 5.37% del total.

Gráfico N° 40

Lesiones por accidentes de tránsito según edad y sexo, Región Callao 201-2013



En lo referente al tipo de accidente, el choque es el predominante en los lesionados por tránsito, constituyendo el 44.93% (2010), 39.93% (2011), 36.20% (2012) incrementándose a 45.66% en el 2013. En segundo lugar se ubica el atropello con tendencia descendente 33.52% (2010), 29.99% (2011), 20.97% (2012) ascendiendo a 24.49% (2013).

En el periodo 2010-2013, según ubicación del lesionado, predomina el pasajero con 47.21% del total (2010), 37.07% (2011), 32.76% (2012), incrementándose a 60.75% en el 2013. En segundo lugar en la vía-calle se ubica el peatón con 27.67% del total (2010), 26.12% (2011), 21.11% (2012), 19.57% (2013).

Según vehículo del lesionado, predomina el automóvil 12.98% (2010), 27% (2012), 33.46% (2013), a excepción del 2011, fue motocicleta (41.95%). Según diagnóstico, el traumatismo múltiples es el predominante 61.06% (2010), 45.58% (2011), 81% (2012), 80.81% (2013).

Según vía de ocurrencia del accidente son las avenidas, 74.89% (2010), 53.58% (2011), 53.54% (2012), 84.42% (2013) y el lugar de mayor ocurrencia es el distrito Callao en los años 2010 (60.34%), 2011 (36.23%) y Ventanilla a partir de año 2012 (30.97%) incrementándose a 44.45% en el año 2013.



Mapa N° 04



De acuerdo al **Instituto de Medicina Legal**, la tendencia de fallecidos por Accidentes de Tránsito es descendente (2001-2013), suman 68 en el año 2001 disminuyendo a 20 en el año 2013, 4.76% menos en relación al mismo periodo del año anterior (21). La mayoría de fallecidos por estos accidentes se reportaron los días lunes en el mes de Julio, siendo el sexo masculino más afectado en el grupo de 50 – 54 años.

Gráfico N° 41



La tendencia de la curva de la tasa de mortalidad (T.M.) es descendente (2001-2006), incrementándose en el 2007, mostrando sostenibilidad en el descenso en los años siguientes.

En el periodo 2009-2013 la T.M. más alta se ubica en el grupo adulto mayor y mayores de 80 años en el año 2013. Recordemos que el indicador Esperanza de Vida al Nacer de la Región Callao (77.7 años) es el mas, alto del país (74.1 años).

4.3 PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD

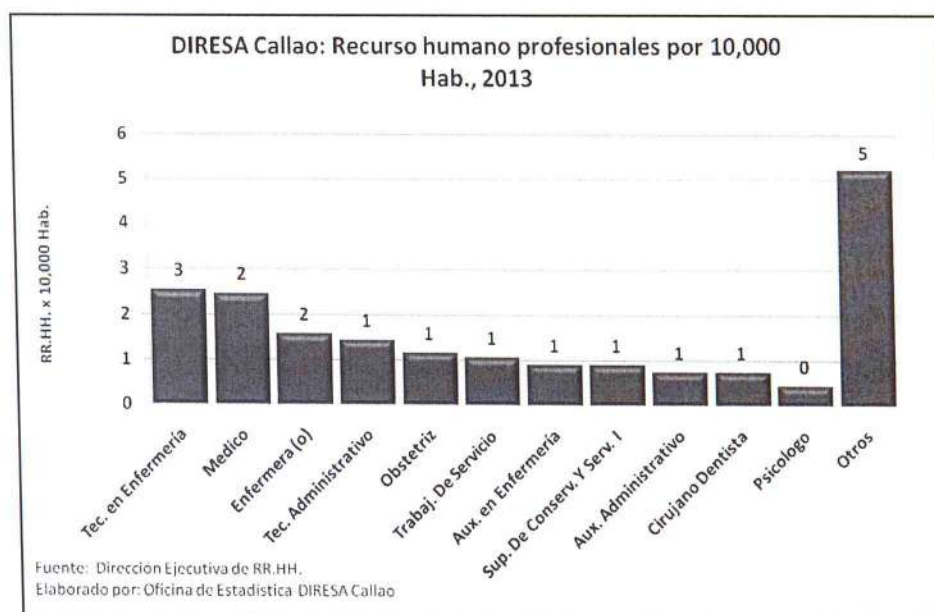
4.3.1 Brecha de Recursos Humanos

La distribución del personal de salud por 10,000 habitantes a nivel de DIRESA es como sigue: 2 médicos por 10,000 hab., el distrito de Bellavista que 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 no cuentan con más profesionales, el promedio a nivel nacional son 9 médicos por 10,000 hab.



Número de RRHH por profesional por 10,000 habitantes año 2013

Gráfico N° 42:



En la Región Callao existen 2 enfermeras por 10,000 hab., la mayoría de distritos cuentan con este promedio, a nivel de país son 9 enfermeras por 10,000 hab.; 1 obstetrix por 10,000 hab. fue el promedio regional, el nacional son 3 obstetrices 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. Es el promedio regional, los distritos menos favorecidos son Bellavista y Carmen de la Legua., el promedio nacional es 1 por 10,000 hab.

Tabla N° 08: DIRESA Callao: Distribución de personal de salud por 10,000 habitantes, 2013

Lugar	Población		Médicos		Enfermeras		Obstetrices		Odontólogos		Psicólogos		Tec. Enfermería		Otros	
	2010	2013	Cant.	RR.HH x 10,000	Cant.	RR.HH x 10,000	Cant.	RR.HH x 10,000	Cant.	RR.HH x 10,000	Cant.	RR.HH x 10,000	Cant.	RR.HH x 10,000	Cant.	RR.HH x 10,000
Perú (2010-DGE)	29461933		25580	9	28223	10	9811	3	3234	1						
Dpto. Lima (2010-DGE)	9113684		11798	13	10458	11	2248	2	192	0	21	0	290	0	898	1
Región Callao		982800	244	2	157	2	115	1	74	1	45	0	251	3	1010	10
Dist. Callao		409570	88	2	40	1	35	1	21	1	15	0	95	2	265	6
Dist. Bellavista		73489	77	10	50	7	29	4	20	3	10	1	58	8	484	66
Dist. Carmen de la Legua		41756	7	2	7	2	4	1	2	0	2	0	4	1	29	7
Dist. La Perla		60211	9	1	6	1	4	1	6	1	2	0	6	1	27	7
Dist. La Punta		8334	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	8	10
Dist. Ventanilla		389440	61	2	53	1	42	1	24	1	15	0	85	2	197	5

Fuente: Dirección ejecutiva RR.HH. DIRESA Callao
Elaborado: Oficina de Epidemiología DIRESA Callao



Como se evidencia, existe brecha de recursos humanos, por ello las instituciones en salud a nivel regional han fortalecido la capacitación de su recurso humano en salud, pero ésta es aún insuficiente.

4.3.2 Cobertura de Aseguramiento en Salud (AUS) en el marco de la reforma del sector salud.

La Ley N° 29344, "Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud", expresa que a nivel nacional se deben desarrollar mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, el derecho de todo ciudadano a contar con algún tipo de seguro, éste debe desarrollarse de manera progresiva.

Existen 3 tipos de regímenes para el lograr el aseguramiento universal en salud: en contributivo, semi-contributivo y el subsidiado.

Tabla N° 09: Regímenes de Aseguramiento en Salud

Régimen Contributivo

- Por cuenta propia o de su empleador, pago o cotización.

Régimen Subsidiado

- Financiamiento público total. Se otorga a través del SIS.

Régimen Semicontributivo:

- Aportes de asegurados y/o empleadores y financiamiento público.

Toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro de salud contributivo o semicontributivo, debe afiliarse al régimen subsidiado que financia el Seguro Integral de Salud (SIS).

Si bien la cobertura de aseguramiento al régimen subsidiado y semicontributivo por el SIS ha ido incrementando año a año en el Callao, debemos seguir priorizando por ser un lineamiento de la política de reforma del sector salud, ambos tipos de aseguramiento: el subsidiado y el semicontributivo.

En la tabla siguiente, se observa el crecimiento gradual de asegurados al régimen subsidiado en el Callao.



Tabla N° 10: Asegurados AUS Régimen Subsidiado Vigentes

DISTRITO	Años				Total general
	2010	2011	2012	2013	
BELLAVISTA	643	2,292	3,867	5,160	11,962
CALLAO	12,476	37,111	32,554	40,653	122,794
CARMEN DE LA LEGUA	529	3,175	2,870	3,492	10,066
LA PERLA	1,093	2,615	2,708	4,306	10,722
LA PUNTA	1	392	371	305	1,069
VENTANILLA	17,214	49,963	32,130	38,725	138,032
Total general	31,956	95,548	74,500	92,641	294,645

Fuente: Base de Datos SIS - Dic 2013
Elaborado: Oficina SIS

4.3.3 Insuficiente control de la calidad de la atención en los establecimientos de salud

La región Callao cuenta con Establecimientos de salud públicos y privados. Los establecimientos de salud públicos del gobierno regional y de los gobiernos locales. En total 49 establecimientos de Salud del primer nivel y 3 hospitales pertenecen a la DIRESA Callao.

Dentro de los otros subsectores tenemos:

Tabla N° 11:

ESSALUD
Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega
Centro de Atención Primaria III Policlínico Bellavista
Centro de Atención Primaria III Hna. María Don Rose Sutmoller
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren -Red Asistencial Sabogal
Hospital II Luis Negreiros Vega
Centro de Atención Primaria III Metropolitano Callao
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL CALLAO
Hospital Chalaco I
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL VENTANILLA
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
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 Salvamento 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 Bellavista 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.
Fuente: Dirección de Servicios DIRESA Callao
Elaborado: Oficina de Dirección de Servicios

A nivel de establecimientos de salud tanto públicos como privados en el Callao, contamos con 282 establecimientos categorizados.

Tabla Nº 12: Establecimientos de Salud de la Región Callao – Unidad de Servicios Públicos y Privados

DISTRITO	POBLACION 2013	EE.SS. SEGÚN CATEGORIZACION								TOTAL
		I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1	II-E	
REGION CALLAO	982,800	154	87	36	2	1	0	0	2	282
CALLAO	409,570	55	26	12	--	--	--	--	2	95
BELLAVISTA	73,489	28	11	6	2	1	--	--	--	48
CARMEN DE LA LEGUA	41,756	16	21	8	--	--	--	--	--	45
LA PERLA	60,211	15	9	2	--	--	--	--	--	26
LA PUNTA	8,334	1	--	--	--	--	--	--	--	1
VENTANILLA	389,440	39	20	8	--	--	--	--	--	67
Fuente: Dirección de Servicios DIRESA Callao										
Elaborado: Oficina de Dirección de Servicios										

Todos estos establecimientos de salud deben contar con supervisión de la prestación de servicios, el órgano encargado a nivel regional es la DIRESA Callao y a nivel nacional la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).



La DIRESA Callao realiza supervisiones al 100% de establecimientos de salud de la DIRESA Callao anualmente, aplicando fichas de supervisión integral así como, aplicando encuestas de satisfacción a los usuarios externos. Por un tema logístico al resto de establecimientos públicos de los gobiernos locales, de otros subsectores y de la parte privada estas supervisiones se realizan en menor porcentaje.

Por su parte SUSALUD, desde el 2013 ha iniciado su proceso de control tanto a establecimientos de salud públicos como privados a nivel nacional, la región Callao también ha sido sujeta a esta evaluación.

4.4 Problemas en los determinantes de la salud

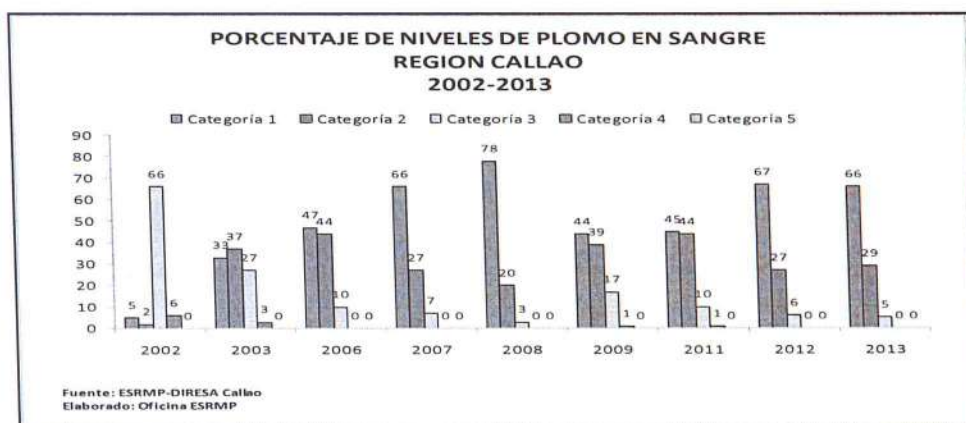
4.4.1 Intoxicación por plomo

La "Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Intoxicación por plomo" del MINSA y según la Organización Mundial de la Salud - OMS, las categorías para los resultados de las evaluaciones de plomo en sangre en son:

Categoría I:	Hasta <10 µg/dl	→ Límite Permisible
Categoría II:	De 10 a 19.9 µg/dl	
Categoría III:	De 20 a 44.9 µg/dl	
Categoría IV:	De 45 a 69.9 µg/dl	
Categoría V:	Mayor de 70 µg/dl	

Dentro de los resultados encontrados en los años que se vienen realizando los monitoreos y controles del plomo en sangre en niños del Callao desde el año 2002 al 2013, como muestra el gráfico a continuación, vemos que ha venido disminuyendo la incidencia de las categorías más altas de exposición de plomo en sangre encontrándose solo hasta el año 2011 un 1% de niños intervenidos en categoría IV a diferencia de años anteriores como el 2002 y 2003 en donde se encontraron 66% y 27% respectivamente, de niños con categoría IV exposición de plomo en sangre, también se puede observar que la categoría I (límites permisibles), el año 2002 que se encontraba en un 5%, para el año 2012 y 2013 se encuentra en un 67% y 66%, a tener en cuenta que el año 2012 se atendieron 676 niños y el año 2013 se atendieron a 1074 niños.

Gráfico N°43:



4.4.2 Inseguridad Ciudadana

La inseguridad ciudadana es uno de los temas más preocupantes para la población del Callao, ya que afectan tanto su integridad física como económica.

Según cifras del Ministerio del Interior, en el año 2010, la región Callao tenía la mayor tasa de faltas registradas en el país (139 por cada 10 mil habitantes) la

misma que se viene incrementando de manera alarmante ya que en el año 2004 ésta llegaba a 77 por cada 10 mil. La mayor cantidad de faltas registradas en el 2010 son contra el patrimonio (30,9%) y contra la persona (15,2%).

Del mismo modo, los delitos registrados también ocupan el primer lugar del país y se han ido incrementando, durante el periodo 2003-2010 pasó de 73 a 106 por cada 10 mil habitantes, registrándose el último año un total de 10 mil 010 delitos. Una gran parte de estos son delitos contra el patrimonio (72%), seguido por los delitos contra la seguridad y tranquilidad pública con el 13,2%.

Según la Encuesta Nacional de Programas Estratégicos (ENAPRES) del INEI, en el año 2010 en la Región, 309 mil 616 habitantes fueron víctimas de algún evento que atentó contra su seguridad (el 44,7% de la población de 15 a más años) como son el robo en la vivienda, robo personal, robo de vehículo automotor, amenazas e intimidaciones, maltrato físico y/o psicológico, ofensas sexuales, secuestro, extorsión, estafa y robo de negocio. Del total de víctimas, sólo el 20,4% denunció el hecho.

La percepción de inseguridad también muestra cifras preocupantes, según la misma encuesta, el 80,6% de la población de 15 y más años de edad en la Región cree que será víctima de un hecho que atente o vulnere sus derechos. Las faltas constituyen "delitos mínimos". La principal diferencia entre un delito y una falta radica en que esta última representa un menor daño, es decir, la intensidad o gravedad del daño que produce es menor (IDL 2009: 17).

Gráfico N° 44

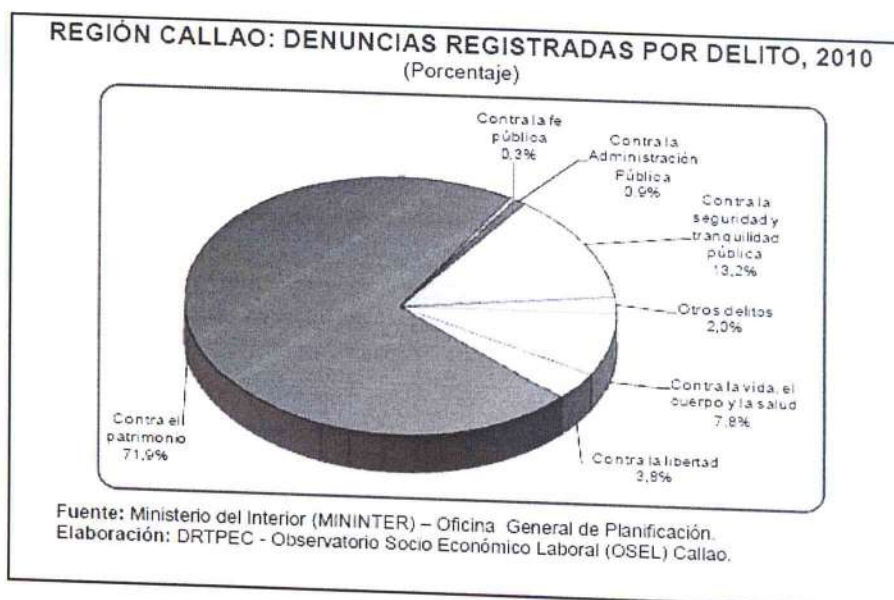


Tabla N° 13 Cuadro de variación de seguridad ciudadana según acciones

Acciones	2010	2011	Variación
Delitos cometidos	10,077	9,538	-539
Bandas desarticuladas	23	73	+50
Personas Requisitorias	1,855	2,693	+839
Homicidios	87	88	+1
Robos	4,553	4,315	-238
Pandillaje	20	25	+5
Armas recuperadas	430	673	+243

Fuente: Ministerio del Interior (MININTER)-Oficina de Planificación.
Elaborado: DRTPEC – Observatorio Socioeconómico Laboral (OSEL) Callao

En relación a los Indicadores de Seguridad Ciudadana se ve que han mejorado del año 2010 al 2011, tenemos que en delitos cometidos han disminuido en 539, bandas desarticuladas de 23 a 73, personas requisitorias 839 más personas que el año 2010.

Homicidios uno más en el año 2010, robos 4315 más que en el 2010, pandillaje 5 pandillas más que el año pasado y armas recuperadas 243 más en el año 2011.

4.4.3 Insuficiente control de Abastecimiento de Agua

En la Región Callao se presentan sistemas de abastecimiento de agua tipo convencional y no convencional. El sistema convencional tiene como fuente de abastecimiento la red de distribución de la Empresa SEDAPAL y los sistemas no convencionales lo constituyen los camiones cisternas, pilones comunitarios, surtidores, pozos de agua con sistemas de cloración simple; ambos tipos de sistemas de abastecimiento de agua se encuentran ubicados en los distintos centros poblados de la Región Callao.

También existen en la Región Callao, tres juntas vecinales administradoras de los servicios de agua y alcantarillado, que proveen de agua potable a determinado número de pobladores.

Tabla N° 14: Tipos de Abastecimientos de Agua - Región Callao

DISTRITO	Bombeo con Planta de Tratamiento, Sistema de Abastecimiento de Agua Administrado por la Empresa SEDAPAL	Bombeo sin Planta de Tratamiento y Desinfección Simple (JAAS - Pozos Subterráneos)	Surtidor - Camiones Cisternas	COVAAPS (Comité Vecinal de Administración de Agua Potable y Saneamiento)
CALLAO	X	X	X	
BELLAVISTA	X			
CARMEN DE LA LEGUA	X	X		
LA PUNTA	X			
LA PERLA	X			
VENTANILLA	X		X	X

Fuente: Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis
Elaborado: Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis



a) **Bombeo con Planta de Tratamiento, Sistema de Abastecimiento de Agua Administrado por la Empresa SEDAPAL**

Con respecto a las fuentes de producción de agua potable la empresa SEDAPAL cuenta con dos plantas de tratamiento de agua, ubicadas en la Atarjea, una batería de 331 pozos subterráneos disponible y adicionalmente por concesión privada se da tratamiento a las aguas del río Chillón, en una planta ubicada en el distrito de Carabayllo; esta última abastece a gran parte de la población del distrito de Ventanilla.

La Provincia Constitucional del Callao se abastece por dos sistemas:

a) A través de la Planta de Tratamiento La Atarjea que tiene una capacidad de 21,337 m³/año y

b) Por los pozos tubulares y reservorios de agua.

Por otro lado, el distrito de Ventanilla se abastece por la Planta de Tratamiento del Chillón y las aguas subterráneas provenientes de dos baterías de pozos; el sistema de 10 pozos de Carabayllo ubicado en el complejo Beltrán y los 28 pozos de recarga inducida, próximos a la Planta de Tratamiento del Chillón.

A nivel de la Región Callao, la empresa SEDAPAL provee de agua potable a cerca del 92% de la población. El agua es suministrada a través de un sistema de redes domiciliarias en los Distritos de Callao, La Perla, La Punta, Bellavista, Carmen de La Legua y parte del distrito de Ventanilla.

Además en las zonas urbano marginales esta empresa ha implementado reservorios de gran capacidad para abastecer a centros poblados y localidades ubicados preferentemente en el distrito de Ventanilla. Estos reservorios se encuentran conectados a las troncales de las redes de agua administradas por esta empresa. En algunos casos estos reservorios son entregados a los pobladores para su administración y mantenimiento; los pobladores se asocian a través de los Comités Vecinales de Administración de Agua Potable y Saneamiento (COVAAPS).

En otros centros poblados la empresa ha implementado pilones comunitarios, todos ellos con conexión a la red de agua potable.

b) **Bombeo sin Planta de Tratamiento y Desinfección Simple (Pozos Subterráneos):**

El agua proviene de una fuente subterránea la cual es extraída, almacenada, tratada y posteriormente enviada a la población a través de un sistema de redes domiciliarias.

Con respecto al tratamiento del agua este se realiza aplicando un proceso de desinfección simple; en casi todos los casos la desinfección se realiza con la dosificación de cloro gas o líquido.

En la Región Callao se tienen identificados tres Centros Poblados o localidades con este tipo de sistema de abastecimiento de agua: Urbanización Playa Rímac, AA.HH. Santa Rosa y AA.HH. Villa Señor de los Milagros.

Este tipo de abastecimiento de agua es administrado por los propios pobladores quienes se agrupan en Juntas Administradoras, quienes son las responsables de la calidad e inocuidad del agua suministrada a la población.

Además existen locales que albergan conglomerados de población, que se abastecen con este tipo de sistema y que por su gran número de personas que concurren o permanecen allí necesitan ser vigilados permanentemente, entre los principales tenemos a: Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, Establecimiento Penal Callao – Sarita Colonia, Fortaleza Militar del Real Felipe.

c) **Surtidor - Camiones Cisternas:**

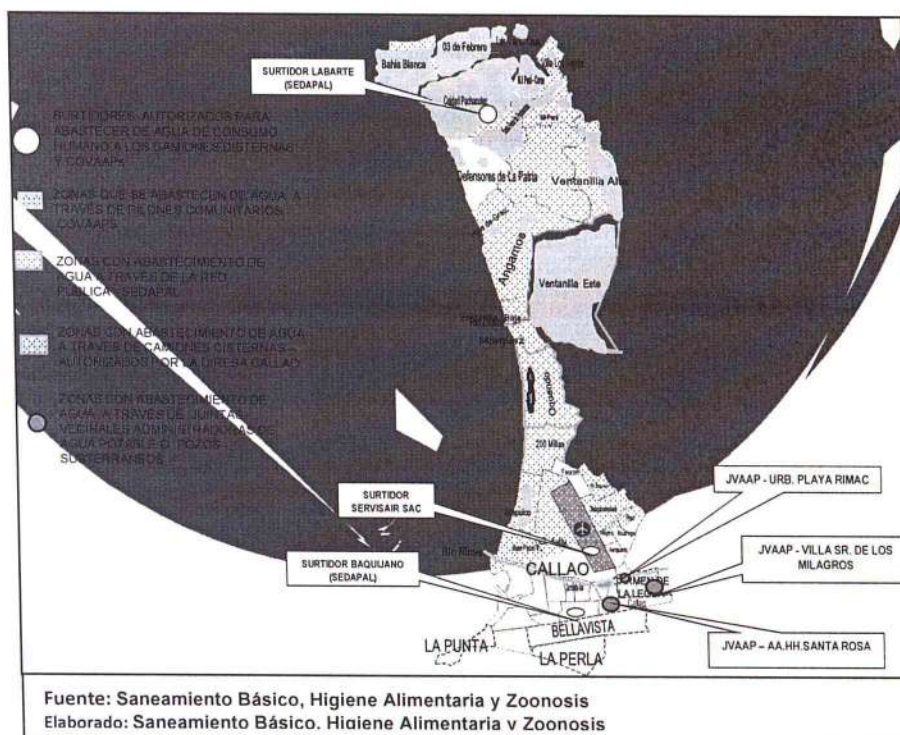
Son vehículos motorizados que cuentan con un tanque cisterna en el que transportan agua para consumo humano desde una estación de surtidores



hasta el consumidor final. Estas unidades deben estar registradas y contar con una autorización otorgada por la autoridad de salud para realizar dicha actividad.

La DIRESA CALLAO ha autorizado y tiene registrados actualmente a 25 camiones cisternas, todos ellos se abastecen en el surtidor Labarthe, distrito de Ventanilla. Estos vehículos abastecen de agua a toda la población de los Asentamientos Humanos del mencionado distrito.

Mapa N° 05 Tipo de Abastecimiento de Agua en la Región Callao



4.4.4 Riesgos Ambientales en el Callao

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.

a) 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. Ventanilla Baja, C.S. Defensores de la Patria, C.S. Acapulco, C.S. Márquez y M. Bonilla.

b) Zonas Costeras inundables en la Región Callao

La Región Callao tiene extensas zonas potencialmente inundables, por lo que se busca proteger la vida humana y la manera más eficaz de hacerlo es estando consciente del problema y adoptando las medidas para contrarrestarlo.

No hay tsunamis sin terremoto previo, esto dependerá de la intensidad del sismo y su duración y sin dudar, se deben abandonar las zonas inundables. Una persona sana, en condiciones físicas normales, para evacuar desde el extremo de La Punta hasta una zona segura, dispone de 20 a 25 minutos para recorrer 2.5 Km. Se calcula que 120,000 personas que viven en zonas a las que taparía el agua, se requiere pongan en práctica la planificación de las áreas de expansión, simulacros y la de difusión previa para que los que participen pongan en práctica la evaluación funcional de las mismas.

Mapa N° 06: Región Callao: Impacto Sísmico

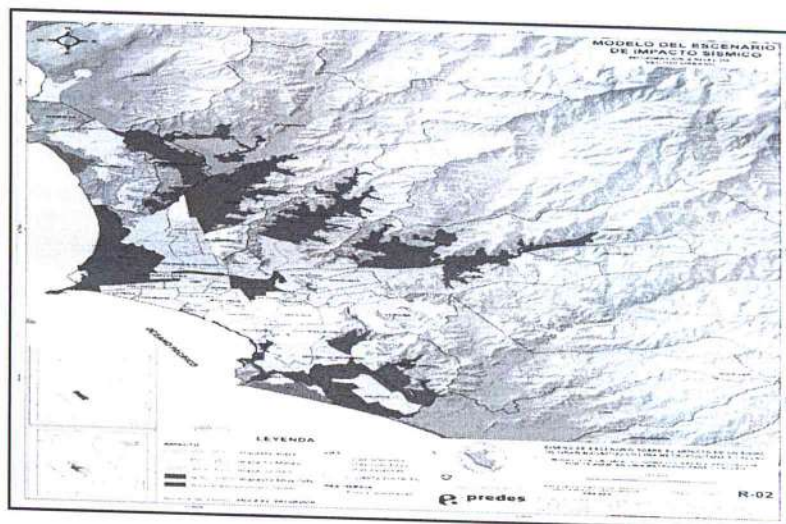


Tabla N° 15: ZONAS DE RIESGOS

Zonas de Alto riesgo de tsunami
La Punta
Callao cercado
AA.HH. Sarita Colonia
Zona industrial del Callao Norte
Oquendo
AA.HH. Márquez
AA.HH. Haya de la Torre
Ventanilla
Balneario de Ventanilla
Zonas de inundaciones fluvial en época de avenidas
Callao cercado
Carmen de la Legua Reynoso
Ventanilla
Zona industrial expuesta
Incendio
Explosiones
Derrames químicos, etc
Zona de desordenes sociales
Centro histórico del Cercado del Callao principalmente
Fuente: Sistema de Alerta Temprana-Región Callao

La topografía, es una información básica que permite delimitar las zonas inundables con cierto nivel de confianza.

Se conoce que 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 m. aproximadamente y franja de inundación promedio de 600 m. de tierra adentro, debido a la pérdida de carga que frena el avance del mar.

Plano N° 1: Región Callao Intensidad Macro Sísmicas.

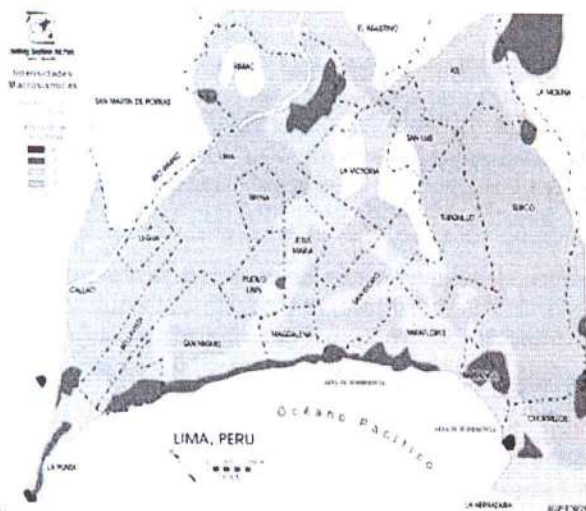


Tabla N° 16. Refugios Temporales

Lugar	Distrito
Complejo de Antonia Moreno de Cáceres	Ventanilla
Estadio de Ventanilla	Ventanilla
Estadio de Mi Perú	Ventanilla
Liceo Naval Tnte. Clavero	Ventanilla
Zona Arqueológica Parque Porcino	Ventanilla
Universidad Federico Villareal	Callao
Explanada de la Municipalidad del Callao	Callao
Club de Tiro de Bellavista	Bellavista
Estadio Telmo Carbajo	Bellavista
Colegio Militar Leoncio Prado	San Miguel
Villa Deportiva	Bellavista

Centro histórico del Cercado del Callao principalmente

Fuente: Sistema de Alerta Temprana-Región Callao

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, 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 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 Sudamericana. 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, relativa proximidad de la fuente sísmica genética hace que la intensidad del movimiento sísmico sea bastante considerable en la zona urbana.

En el caso de Lima y Callao, existe estudios de intensidades sísmicas y riesgo sísmico y de acuerdo al estudio realizado por PREDES se concluye que, de los 106 sectores urbanos identificados, hay 34 que se encuentran en muy alto riesgo, en este nivel de riesgo está incluido el Callao, determinando que la altura de la ola que afectaría a la zona costera es de 6 metros, inundando áreas importantes, especialmente La Punta (Mapa XY).

Los referidos estudios sumados a los determinantes socio-económicos, culturales, ambientales, tecnológicos, políticos, demográficos y de salud propios de la región frente a un sismo tsumagénico de gran magnitud, permite realizar la proyección de daños, la repercusión en las actividades y servicios que posiblemente serán interrumpidas en los establecimientos de salud por colapso parcial o total y también sirve de insumo para la formulación de planes de Gestión de Riesgo de Desastres, de contingencias y de operaciones, instrumentos indispensables orientados a fortalecer la capacidad de respuesta institucional mediante la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastre, así como la adecuada preparación y respuesta ante situaciones de emergencias y desastres, incluyendo en la planificación, acciones enmarcadas en las políticas nacionales de Hospitales Seguros y Gestión de Riesgos de Desastres.

El fenómeno cosísmico más importante fue un maremoto local que destruyó la ciudad del Callao y produjo la muerte de más de 5,000 personas, quedando sólo 200 sobrevivientes (4%). De los 23 barcos anclados en el puerto, 19 fueron hundidos y 5 llevados por las olas tierra adentro; uno de ellos, el bergantín San Fermín, fue varado en lo que ahora corresponde a la esquina del mercado del Callao, donde se encuentra la cruz blanca a 1.5 km tierra adentro.

Hoy en día, un evento de esta naturaleza alteraría el orden demográfico, social y económico de la Región Callao y de Lima Metropolitana.

Es poco probable que, por el cauce del río Rímac, las olas del maremoto de 1746 hayan penetrado hasta la altura del actual distrito de Carmen de la Legua, que fue bautizado así después del terremoto debido a que la inundación horizontal en ese lugar fue de probablemente 1 legua (alrededor de 4 km). Un problema específico consiste en investigar lo siguiente: después de 264 años el río ha transportado sedimentos que han modificado la batimetría de la zona de la desembocadura. Bajo la actual topografía (mayor a 50 msnm) de Carmen de la Legua y batimetría del delta del río Rímac, la inundación del maremoto no llegaría hasta este punto. Se piensa que Carmen de la Legua fue otro lugar, más cercano a la orilla del mar y no el actual distrito.

Utilizando el modelado numérico que la isla San Lorenzo se comporta como una barrera de protección natural para la localidad de La Punta y del Callao, tal como se observa en la Figura 1. Considerando el maremoto como un tren de ondas de período largo y de gran amplitud, se producirá el fenómeno de difracción: el tren de ondas bordeará la isla y se formarán dos frentes de ondas: uno procedente de la parte sur de la isla y el otro frente de ondas desde la parte norte de la isla.



Ambos frentes de ondas atacarán a la zona de la Punta simultáneamente y se producirá una superposición de ondas.

Es importante analizar la directividad de las ondas del maremoto, Callao, habrá un fenómeno adicional conocido como difracción de ondas (ver Fig. 1).

La importancia de la solución del problema radica en que su aplicación permitirá tomar las acciones oportunas para efectuar la previsión, prevención y mitigación de desastre de inundación por maremoto en la zona del Callao.

Con la información histórica, se ha deducido el modelo de la fuente sísmica que mejor se adapte a los efectos macrosísmicos. Utilizando modelos numéricos y herramientas computacionales como Matlab, Surfer y Fortran se realizó la simulación para la zona del Callao, para la fase de generación, propagación (tiempos de arribo), e inundación ("run-up" o máxima altura de inundación), obteniendo un mareograma sintético y un mapa de inundación, lación numérica del maremoto para la zona del Callao, para la fase de generación, propagación (tiempos de arribo), e inundación ("run-up" o máxima altura de inundación), obteniendo un mareograma sintético y un mapa de inundación.

En la actualidad, estas técnicas de modelación son bastante aproximadas.

4.4.5 Insuficiente control del Agua para el Consumo Humano y de Uso Recreacional

a) Evaluación del Cloro Residual Libre

El cloro residual libre es un parámetro fisicoquímico que nos permite medir la cantidad de desinfectante que se encuentra en el agua suministrada a la población. Según el Reglamento de la Calidad del Agua del año 2010, este valor debe ser 0.5 ppm.

En las zonas urbanas los valores del cloro residual libre se encuentra en este rango, pues gran parte de las zonas se abastecen del agua que suministra la empresa SEDAPAL, la cual procede de la Planta de Tratamiento de Agua ubicada en la Atarjea y de la Planta de Tratamiento de Agua Chillón.

En las zonas periurbanas (asentamientos humanos) se está incrementando el número de redes de agua a nivel domiciliario en estas zonas el nivel del cloro residual se encuentra en los valores establecidos por la norma (0.5 ppm). Sin embargo en aquellas zonas donde se carece de suministro a través de redes domiciliarias y este es realizado por camiones cisternas u otro tipo de sistema no convencional, la concentración del cloro es menor al requerido por la norma, debido principalmente a que existe un inadecuado almacenamiento del agua en los depósitos a nivel domiciliario.

Tabla N° 17: Total de Muestras Tomadas en el año 2013 para determinar el Cloro Residual Libre en la Región Callao

Distrito	N° Total de muestras tomadas
Callao	2104
Bellavista	118
La Punta	123
La Perla	127
Carmen de La Legua - Reynoso	248
Ventanilla	1947
TOTAL	4667
Fuente: Fichas de Registro de Mediciones de Cloro Residual Libre. Año 2013. DIRESA CALLAO/DESA Elaborado: Oficina de Salud Ambiental	



Tabla N° 18: Valores del Cloro Residual Libre encontrados en las Muestras Tomadas en el año 2013 en la Región Callao

Distrito	0,0 a < 0,3 mg/l	> 0,3 a 0,5 mg/l	> 0,5mg/l
Callao	157	1947	0
Bellavista	4	114	0
La Punta	0	108	15
La Perla	0	98	29
Carmen de La Legua	15	233	0
Ventanilla	910	1037	0
TOTAL	1086	3537	44

Fuente: Fichas de Registro de Mediciones de Cloro Residual Libre. Año 2013. DIRESA CALLAO/DESA
Elaborado: Oficina de Salud Ambiental

Gráfico N° 45: Valores del Cloro Residual Libre encontrados en las Muestras Tomadas en el año 2013 en la Región Callao



b) Análisis para determinar la calidad del agua para consumo humano

Análisis de parámetros Bacteriológicos:

De las 90 muestras tomadas para determinar la calidad del agua para consumo en el 2013 en la región Callao, 61 muestras cumplen con los parámetros microbiológicos evaluados (coliformes totales, coliformes fecales, *E. coli* y Bacterias Heterótrofas), según los límites máximos permisibles establecidos en el Reglamento de la Calidad del Agua para el Consumo Humano.

Las muestras de agua para consumo humano se tomaron en distintos centros poblados o localidades ubicados en la Región Callao, estas muestras se han tomado en depósitos de almacenamiento de agua de tipo doméstico (cilindros, baldes, etc) ubicados en las viviendas, puntos móviles (camiones cisternas), reservorios como tanques elevados, tanques bajos. Como criterio de toma de muestra se considera aquellos cuyas mediciones del cloro residual libre es menor a 0,5 ppm.



Gráfico N° 46

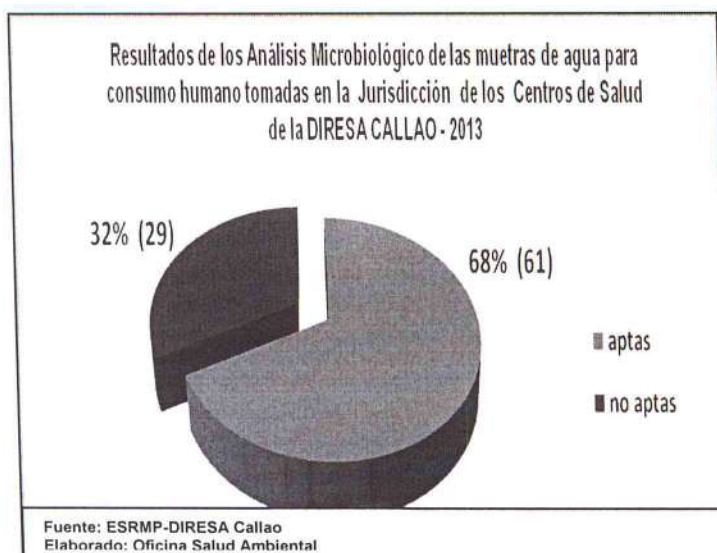


Tabla N° 19: Muestras de Agua Potable Tomadas para Análisis Microbiológico en el año 2013 en los Centros de Salud de la Región Callao

RED DE SALUD		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
BEPECA	CUMPLE	7	0	8	4	0	2	2	1		24
	NO CUMPLE	3	0	1	0	2	1	0	0		7
VENTANILLA	CUMPLE	0	8	2	0	8	0	0	5		23
	NO CUMPLE	1	2	1	0	5	0	0	3		12
BONILLA - LA PUNTA	CUMPLE	0	6	0	1	2	1	0	0	4	14
	NO CUMPLE	0	4	1	2	1	1	0	1	0	10

Fuente: Cadenas de custodia de las muestras tomadas. Laboratorio DESA. Año 2013. DIRESA Callao/DESA
Elaborado: Oficina de Salud Ambiental

De las 29 muestras que no cumplen con los límites máximos permisibles para los criterios microbiológicos evaluados, en su mayoría proceden de los depósitos de almacenamiento a nivel domiciliario, lo que nos permite inferir que la contaminación del agua ocurre a nivel domiciliario.

Análisis Fisicoquímicos y de Metales Pesados:

Se han tomado cuatro muestras de agua para análisis fisicoquímico y de metales pesados, en los Centros Poblados que se abastecen de agua proveniente de pozos subterráneos, que a continuación se detalla:

- Pozo del Asentamiento Humano Santa Rosa.
- Pozo del Asentamiento Humano Villa Señor de Los Milagros.
- Pozo del Castillo del Real Felipe – Sede de la Legión Peruana de la Guardia.
- Pozo de la Base Aérea del Callao.



En todas las muestras analizadas los resultados obtenidos se encuentran por debajo del límite máximo permisible establecido en la norma de calidad del agua para el consumo humano.

Para los análisis microbiológicos, fisicoquímico y de metales pesados se considera los Parámetros de control obligatorio (PCO) establecidos en el artículo N°63 Reglamento de la Calidad del Agua para el Consumo Humano.

c) Agua de uso recreacional

En el año 2013 se tomaron 20 muestras de agua para determinar la calidad del agua de las piscinas convencionales encontrando los siguientes resultados.

Tabla N° 20:

Tipo de Análisis	CUMPLE	NO CUMPLE
Microbiológico	9	11
Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental DIRESA Callao		
Elaborado: Oficina de Salud Ambiental		

Gráfico N° 47



Piscinas Portátiles: El 100% de las piscinas portátiles resultaron positivas a la presencia de microorganismos como son: Coliformes fecales, Coliformes Totales, **E. coli**, **Streptococos fecales**; **Staphylococcus aureus**; **Escherichia coli**; **Pseudomonas aeruginosa**; **Salmonella spp.**



Tabla N° 21:

Tipo de Análisis	CUMPLE	NO CUMPLE
Microbiológico	0	5
Fuente: Dirección ejecutiva de Salud de Ambiental Elaborado: Oficina de Salud Ambiental		

4.5 LISTADO DE PRINCIPALES PROBLEMAS

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

- TBC MDR y XDR
- Neumonías
- Dengue
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- ITS-VIH/SIDA
- Malnutrición
- Salud Mental
- Morbimortalidad Materna
- Cáncer
- Problemas de Salud Bucal
- Inseguridad Ciudadana (pandillaje, delincuencia)
- Intoxicación por plomo
- Accidente de Tránsito

Como observamos, en el taller de priorización de problemas, se incluye Dengue, esto debido a que la población en general 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 dieciséis localidades de nuestra región.

5 OBJETIVOS.-

5.1 Objetivos Sanitarios:

- I. Disminuir la incidencia de Tuberculosis y tuberculosis Multidrogoresistente
- II. Prevenir y Controlar la hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.
- III. Reducir la razón de Mortalidad materna.
- IV. Reducir la Mortalidad por Cáncer.
- V. Disminuir la prevalencia de la Malnutrición infantil.
- VI. Disminuir la Incidencia de VIH-SIDA.

5.2 Objetivos del Sistema de salud:

- VII. Garantizar RRHH competente y adecuado a las necesidades de salud de la población.
- VIII. Fomentar el aseguramiento universal en salud de la población.
- IX. Garantizar el derecho a la calidad de la atención de salud brindada por las organizaciones proveedoras de atención de salud públicas y privadas.



5.3 Objetivos en los determinantes de la salud:

- X. Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la región.
- XI. Contribuir a mejorar la Seguridad Ciudadana.

6 METAS Y ESTRATEGIAS.-

6.1 En los Objetivos Sanitarios:

OBJETIVO 01 DISMINUIR LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS SENSIBLE Y TUBERCULOSIS RESISTENTE

Fortalecer la identificación del sintomático respiratorio, el diagnóstico y tratamiento precoz.

Metas 2021:

- La región callao disminuirá las tasas de morbilidad de TB en todas sus formas de 129 a 90 x 100 000 Hab, tasa de incidencia de TB en todas sus formas de 110 a 80 x 100 000 Hab y tasa de incidencia de TB BK positivo de 24 a menos casos x 100 000 Hab, ubicando en la Región callao en una región de bajo riesgo de transmisión de TB.
- Coberturar al 100% de personas afectadas con Tuberculosis al Seguro Integral de Salud
- Coberturar al 100% de personas afectadas con tuberculosis, con pruebas rápidas para el diagnóstico de Tuberculosis sensible y Tuberculosis resistente.

Estrategias:

- Fortalecer la identificación de los sintomáticos respiratorios, garantizando el diagnóstico y tratamiento precoz en todos los niveles de atención de los diferentes servicios de salud perteneciente a la jurisdicción de la DIRESA Callao.
- Implementar programas de bioseguridad, con evaluaciones periódicas que permita reducir el riesgo de contagio de TB en personal de salud, pertenecientes a todos los Establecimientos de Salud (públicos o privados) pertenecientes a la Región Callao.
- Garantizar los abastecimientos de medicamentos para un oportuno tratamiento del 100% de pacientes con tuberculosis sensible y resistente.
- Garantizar el despistaje, profilaxis, diagnóstico y tratamiento de TB a pacientes en Riesgo (VIH+, contactos de TB, pacientes con enfermedades crónicas, inmunodeprimidos, etc.)



- Brindar información a la familia y comunidad acerca de la importancia del diagnóstico precoz, el cumplimiento del tratamiento y formas de contagio; para disminuir la discriminación y garantizar el cumplimiento del tratamiento; con apoyo intersectorial de diversas instituciones tanto públicas como privadas.

OBJETIVO 02 PREVENIR Y CONTROLAR LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS TIPO II.

Prevención y control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial (HTA).

Metas 2021:

- Los pacientes con diagnóstico de Pre-Diabetes Mellitus tipo II, el 80% recibirá tratamiento.
- Los pacientes con Hipertensión Arterial alcanzarán en un 80% valores de presión arterial sistólica y diastólica menores 140 y 90 respectivamente.

Estrategias:

- Promover estilos de vida saludable: Desarrollar actividad física regular y acorde a la edad, disminuyendo el sedentarismo y el estrés, así como controlar la ingesta de alimentos y bebidas alcohólicas; además de evitar el consumo de tabaco.
- Desarrollar estrategias para el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y garantizar el control de estos pacientes; en todos los niveles de atención de los servicios de salud perteneciente a la jurisdicción de la DIRESA Callao.
- Impulsar un programa de despistaje extramural a nivel regional con apoyo intersectorial de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II.

OBJETIVO 03: REDUCIR LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

Reducir el embarazo en adolescentes y Ampliar el acceso a la planificación familiar.

META 2021:

- Reducir la razón de mortalidad materna a 40 por 100 000 nacidos vivos.

Estrategias

- Incrementar la cobertura de atención prenatal y parto institucional en la población de la Región Callao.



- Profesionales de la salud sensibilizado y capacitado para la atención de emergencias obstétricas y perinatales. (médicos especialistas, médicos generales, obstetrices y enfermeras).
- Brindar una atención integral con énfasis en la población vulnerable, como: madres adolescentes, adolescentes, víctimas de abuso y de explotación sexual.
- Implementar acciones intersectoriales, con participación de redes sociales de programas de educación sexual y reproductiva para la población adolescente.
- Fortalecer los servicios diferenciados para la atención integral de salud de los y las adolescentes y para la atención de planificación familiar.
- Fortalecer la implementación de los comités de vigilancia comunal de seguimiento de gestantes y púerperas.
- Difundir las ventajas de la atención pregestacional en los establecimientos de salud.

OBJETIVO 04: REDUCIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER

Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, próstata, pulmón y estómago

META 2021:

- Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino de 6 x 100,000 hab.
- Reducir la mortalidad por cáncer de mama de 6 x 100,000 hab.
- Reducir la mortalidad por cáncer de próstata de 8 x 100,000 hab.
- Reducir la mortalidad por cáncer de estómago de 15 x 100,000 hab.
- Reducir la mortalidad por cáncer de pulmón de 5 x 100,000 hab.

Estrategias:

- Implementar un sistema de tamizaje en el primer nivel de atención para el cáncer (Papanicolaou, Mamografía, PSA por método Elisa y endoscopia digestiva alta).
- Difundir los beneficios de la prevención, el tamizaje y el diagnóstico precoz del cáncer de mama, cuello uterino, próstata, y estómago.
- Diseñar e Implementar flujos de atención y guías de práctica clínica basada en evidencias, para la prevención diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama, cuello uterino, próstata y estómago.
- Garantizar la provisión de insumos y equipamiento necesarios para el tamizaje y diagnóstico precoz del cáncer de mama, cuello uterino, próstata y estómago.
- Fortalecer la atención extramural de pacientes oncológicos terminales en el manejo del dolor agudo y crónico



- Mejorar sistema de prevención y captación oportuna, mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.

OBJETIVO 05: DISMINUIR LA PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años

Meta 2021:

- Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en uno 3 puntos porcentuales de 5.8% a 2.8% aproximadamente.

Estrategias:

- Control prenatal oportuno y adecuado, incluyendo el control mensual de ganancia de peso y charlas de nutrición con la participación de los padres en los controles prenatales.
- Brindar una atención integral del niño que llega a los servicios de salud, fortaleciendo las actividades de crecimiento y desarrollo; así mismo, fomentando los cuidados personales de higiene que se debe tener para evitar las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias.
- Fomento, protección y promoción de la lactancia materna exclusiva hasta de los 6 meses de edad y posteriormente fomentar la alimentación sin restricciones por medio de actividades de promoción.
- Control de deficiencias de micronutrientes y garantizar la Suplementación de estos.
- Monitoreo y evaluación los programas de lucha contra la desnutrición.

OBJETIVO 06: DISMINUIR LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN VIH-SIDAY GARANTIZAR LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS TARGA EN FORMA OPORTUNA

Controlar la infección por el virus del HIV el SIDA.

Meta 2021:

- Disminuir el contagio de madres con VIH (+) a recién nacidos en 2%.
- Cobertura de TARGA al 100% de pacientes que lo requieren.

Estrategia:

- Acciones a nivel regional dirigidas a las poblaciones Vulnerables: Fomentar el uso conducta sexual segura como el uso del preservativo y cobertura de la atención medica periódica (AMP) a las poblaciones HSH y TS.



- Promoción de conductas sexuales saludables, prevención y tratamiento de ITS con énfasis en el manejo sindrómico de ITS en la población general.
- Incrementar la prueba de tamizaje rápida de VIH a toda la población de 15-69 años.
- Reducir la transmisión madre niño del VIH y la Sífilis (transmisión vertical), impulsando el tamizaje y el tratamiento de las gestantes VIH+.
- Garantizar el abastecimiento de Medicamentos TARGA a pacientes VIH + de una manera oportuna, así como fomentar la adherencia al tratamiento.
- Manejo de infecciones oportunistas e ITS, de una manera oportuna a población VIH + garantizando pruebas y consejería para parejas y contactos.
- Adecuación de los servicios y capacitación del personal para atención integral a apersonas que viven VIH SIDA y atención de las familias viviendo con VIH SIDA.
- Garantizar pruebas de descarte de co-infección con TB a toda paciente VIH +.

6.2 En los Objetivos del Sistema de salud.-

OBJETIVO 07: GARANTIZAR RRHH COMPETENTE Y ADECUADO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes

Meta 2021:

- Implementar un modelo de gestión por competencias.

Estrategias:

- Incorporación de los Planes de desarrollo de recursos humanos en el presupuesto regional y local.
- Ampliación y redistribución de las plazas de los recursos humanos de establecimientos de salud, instituciones prestadoras de salud, acorde a la necesidad de salud.
- Implementación del modelo de gestión por competencias en las regiones.

OBJETIVO 08: FOMENTAR EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD DE LA POBLACIÓN.

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

Meta 2021:

- Lograr la filiación al 100% de los pacientes en situación de pobreza y pobreza extrema al SIS.
- Incrementar el aseguramiento del segmento semi-contributivo al SIS a nivel regional.



Estrategias:

- Identificación de población beneficiaria del SIS a través de alianzas estratégica con el SISFOH.
- Garantizar el cumplimiento de las normas establecidas para el aseguramiento universal de salud mediante la adecuación de servicios de salud.

OBJETIVO 09: GARANTIZAR EL DERECHO A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD BRINDADA POR LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICAS y PRIVADAS.**Meta 2021:**

- Disminuir al 19% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de los centros de atención primaria.

Estrategias:

- Establecimiento de mecanismos de seguimiento, supervisión y evaluación de la implementación de la política nacional de calidad.
- Establecimiento de mecanismos de evaluación de la percepción de calidad de atención por parte de los usuarios.
- Realización de eventos y otros medios presenciales y virtuales para la difusión y capacitación en la implementación de buenas prácticas de atención de salud.
- Implementación de programas de incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad y seguridad de la atención de salud.
- Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.
- Promoción y apoyo a la constitución y funcionamiento de instancias y mecanismos de participación y vigilancia ciudadana de la calidad de atención como aval ciudadano y otras.

6.3 En los Objetivos en los determinantes de la salud.-**OBJETIVO 10: CONTRIBUIR A GENERAR UN AMBIENTE SALUDABLE QUE GARANTICE LA SALUD EN LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN.**

Contribuir a generar un ambiente saludable

Meta 2021:

- 100% de centros poblados vigilados en calidad de agua.
- 100% de establecimientos de expendios de alimentos vigilados.
- 100 % de puntos de riesgo para contaminación del aire vigilados.

- Implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- 100% de establecimientos de Salud en la Región Callao cuentan con plan de manejo de residuos sólidos.

Estrategias:

- Implementar mecanismos para la vigilancia y la fiscalización del manejo de residuos sólidos, gases contaminantes, sustancias químicas y calidad de agua.
- Planificación de acciones preventivas y de respuesta inmediata a emergencias medio ambientales.

OBJETIVO 11: CONTRIBUIR A MEJORAR LA SEGURIDAD CIUDADANA.

Contribuir a mejorar la seguridad ciudadana, con el apoyo de los Actores de la Sociedad Civil.

Meta 2021:

- 100 % de establecimientos que reportan actividades de prevención y/o tratamiento de víctimas de violencia urbana.
- 100 % de Actores de la Sociedad Civil reportan actividades de prevención de violencia, u otros daños a la integridad física o mental de la población del Callao.
- 100 % de hospitales de la Región evaluados con el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) y cuentan con proyectos de reforzamiento.

Estrategias:

- Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de Emergencia para una respuesta oportuna para la Atención de los fenómenos de violencia Urbana en la Región.
- Capacitación al personal policial, bomberos, serenazgo municipal y personal de otras instituciones que intervengan en la atención de un fenómeno de violencia urbana para una primera respuesta oportuna en situaciones que requieran atención de emergencia y posteriormente reportado.
- Mejorar las acciones de coordinación entre la Policía Nacional y los Servicios de Salud para el intercambio de información.
- Establecer un flujo de atención intersectorial entre los servicios de salud y las entidades públicas o privadas, las cuales hayan identificado a una persona víctima de violencia urbana.
- Disminuir las conductas de riesgo, con énfasis en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, mediante la implementación de Programa de Rehabilitación y Reinserción Social de Jóvenes de Pandillas y Programa de Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol en Adolescentes y Jóvenes
- Implementar un sistema de protección de las niñas, niños, adolescentes y mujeres frente a los casos de maltrato y violencia.



7 PRESUPUESTO PROYECTADO AL 2021 POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN CONCERTADO DE SALUD - REGIÓN CALLAO

Tomando en consideración que las proyecciones presupuestarias son decisivas para las actividades que desarrollan las entidades y además ayudan a gestionar adecuadamente las asignaciones presupuestales para alcanzar los objetivos estratégicos de las entidades públicas y privadas, se ha realizado el cálculo de la Proyección del Presupuesto hasta el ejercicio 2021, estableciendo el porcentaje de incremento del presupuesto asignado en el ejercicio 2014 en relación al ejercicio 2013. Dicho porcentaje fue aplicado a cada año proyectado usando el mismo método para cada ejercicio fiscal.

De esta manera, tenemos que para el logro de los Objetivos específicos Disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región, fue asignado en el ejercicio 2014 a nivel de las Unidades Ejecutoras de Salud de la Región Callao S/. 22, 959,168.00, y para el ejercicio 2021 se proyecta la asignación de S/ 45, 294,708.00.

De igual forma, para el logro del Objetivo específico Reducir la razón de mortalidad materna, en el Ejercicio 2014 fue asignado S/. 30, 796,368.00, y para el ejercicio 2021 se proyecta la asignación de S/. 60, 976,809.00.

Por otro lado, para el logro de los Objetivos específicos Disminuir la incidencia de tuberculosis sensible y tuberculosis resistente y Disminuir la incidencia y prevalencia de la infección VIH-SIDA y garantizar la cobertura de medicamentos TARGA en forma oportuna, fue asignado para el Ejercicio 2014 S/. 16, 815,402.00 y para el ejercicio 2021 se proyecta la asignación de S/. 33, 294,496.00.

Asimismo, para cumplir con el objetivo específico Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región, fue asignado S/. 22,208,037.00 para el Ejercicio 2014 y para el ejercicio 2021 se proyecta la asignación S/. 43, 971,913.00

Para el logro de los Objetivos específicos Prevenir y controlar la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tipo II y Reducir la mortalidad por cáncer fue asignado para el Ejercicio 2014 S/. 13, 638,494.00 y para el Ejercicio 2021 se proyecta la asignación de S/. 27, 004,218.00.

En los Objetivos específicos Fomentar el Aseguramiento Universal en Salud de la población y Garantizar el Derecho a la Calidad de la Atención de Salud Brindada por las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud Públicas y Privadas, fue asignado para el Ejercicio 2014 S/. 13, 214,744 00 y para el ejercicio 2021 se proyecta la asignación de S/. 26, 165,193.00.

Respecto al Objetivo Específico Garantizar recursos humanos competente y adecuado a las necesidades de salud de la población fue asignado S/. 1, 405,590.00 en el Ejercicio 2014 y para el ejercicio 2021 se proyecta S/. 2, 783,068.00.

Finalmente, para el logro del Objetivo Específico Contribuir a mejorar la seguridad ciudadana fue asignado para el ejercicio 2014 S/. 1, 767,188.00 y para el ejercicio 2021 se proyecta la asignación de S/. 3,499,032.00.





PRESUPUESTO PROYECTADO AL 2021 POR OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PLAN CONCERTADO DE SALUD - REGION CALLAO

OBJETIVOS GENERALES DE LA DIRESA Callao	OBJETIVOS ESPECIFICOS PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD	PERIODO	UNIDADES EJECUTORAS				TOTAL	
			UE 400 DIRESA CALLAO	UE 401 HOS NAC. DANIEL A. CARRION	UE 402 HOSPITAL SAN JOSE	UE 403 HOSPITAL VENTANILLA		
Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años basadas en el enfoque de derechos.	Disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil	2014	11,901,072	6,225,656	3,882,374	950,066	22,959,168	
	Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región.	en el 2021	23,399,678	12,326,799	7,687,101	1,881,131	45,294,708	
Disminuir la morbilidad materna neonatal, con énfasis en la población de menores recursos, con enfoque de derechos	Reducir la razón de mortalidad materna	2014	6,257,636	14,152,100	7,351,497	3,035,135	30,796,369	
		en el 2021	12,390,119	28,021,158	14,555,964	6,009,567	60,976,809	
Disminuir las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, fortaleciendo la vigilancia, control y atención integral en la población, con énfasis en las poblaciones vulnerables, con enfoque de derechos	Disminuir la incidencia de tuberculosis sensible y tuberculosis resistente.	2014	8,229,288	6,072,447	1,842,183	671,484	16,815,402	
	Disminuir la incidencia y prevalencia de la infección VIH-SIDA y garantizar la cobertura de medicamentos TARGA en forma oportuna	en el 2021	16,293,990	12,023,445	3,647,522	1,329,538	33,294,496	
	Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región.	2014	7,920,440	11,010,274	2,386,233	891,090	22,208,037	
		en el 2021	15,682,471	21,800,343	4,724,741	1,764,368	43,971,913	
Reducir la morbilidad de los enfermedades no transmisibles, crónico degenerativos, intoxicación por metales pesados y aquellas originadas por factores externos	Prevenir y controlar la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tipo II.	2014	1,820,379	10,415,707	847,318	555,090	13,638,494	
	Reducir la mortalidad por cáncer	en el 2021	3,604,350	20,623,100	1,677,690	1,099,076	27,004,218	
Brindar servicios de salud a la población, orientados a la satisfacción de la demanda, con énfasis en la mejora continua de la calidad.	Fomentar el Aseguramiento Universal en Salud de la población.	2014	7,146,014	3,595,119	2,180,289	283,322	13,214,744	
	Garantizar el Derecho a la Calidad de la Atención de Salud Brindada por las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud Públicas y Privadas.	en el 2021	14,149,108	7,118,336	4,316,972	580,778	26,165,193	
Desarrollar las competencias, la motivación y promover valores en los recursos humanos en salud	Garantizar recursos humanos competente y adecuado a las necesidades de salud de la población	2014	416,660	206,609	79,526	702,795	1,405,590	
	Contribuir a mejorar la seguridad ciudadana	en el 2021	824,987	409,066	157,461	1,391,534	2,783,068	
Fortalecer el rol de rectoría y conducción de la dirección de salud en el marco de la descentralización	Contribuir a mejorar la seguridad ciudadana	2014	369,385	473,145	828,835	75,823	1,767,188	
Promover la cultura de prevención frente a emergencias y desastres		en el 2021	770,982	936,827	1,641,093	150,130	3,499,032	
TOTAL GENERAL			44,080,874	52,151,057	19,398,255	7,174,805	122,804,991	
			en el 2021	87,115,686	103,259,093	38,408,545	14,206,114	242,689,438

8 INDICADORES

MATRIZ Nº 1
MATRIZ DE INDICADORES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PLAN BICENTENARIO	OBJETIVOS PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD	RESULTADOS ESPERADOS	CATEGORÍAS PRESUPUESTALES	INDICADORES (Denominación)	FÓRMULA DEL INDICADOR	Línea de Base 2013	2014	2017	2021	UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE
Nutrición adecuada para los infantes y las madres gestantes	Reducir la Desnutrición Infantil	Disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil	Disminuir el porcentaje de Desnutrición Crónica en menores de 5 años con en la Diresa Callao	6001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	Tasa de Desnutrición Infantil	$\frac{N^{\circ} \text{ de menores de 5 años con desnutrición crónica}}{\text{Total de niños menores de 5 años anual}} \times 100$	59	50	48	28	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Reducir la Mortalidad Infantil	Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región			% De Centros Poblados Vigilados en Calidad de Agua	$\frac{N^{\circ} \text{ de centros poblados con muestras de agua evaluadas} \times 100}{N^{\circ} \text{ de centros poblados totales}}$				100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Reducir la Mortalidad Materna	Reducir la tasa de mortalidad materna	Controlar al 86% de Gestantes con 6 Mecanismos preventivos	6002 SALUD MATERNO NEONATAL	Razón de Mortalidad Materna	$\frac{N^{\circ} \text{ Muertes maternas} \times 100.000}{\text{Número total de nacidos vivos anual}}$	70	57	43	40	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad	Controlar las Enfermedades Transmisibles	Disminuir la incidencia de tuberculosis sensible y tuberculosis resistente		6018 PROGRAMA TBC VIH SIDA	Tasa de Mortalidad de Tuberculosis	$\frac{\text{Casos nuevos} + \text{casos antes tratados} + \text{Recesos} \times 100.000}{\text{Población Total Anual}}$	110			80	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
		Disminuir la incidencia y prevalencia de la infección VIH-SIDA y garantizar la cobertura de medicamentos TARGA en forma oportuna	Reducir las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles		Prevalencia de Transmisión Vertical VIH	$\frac{N^{\circ} \text{ de niños con infección con VIH contagiados durante la gestación o parto} \times 100}{N^{\circ} \text{ de Gestantes diagnosticadas con VIH anual}}$				2	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
					Cobertura de TARGA	$\frac{\text{Pacientes con diagnóstico de VIH que reciben TARGA}}{\text{Pacientes con diagnóstico de VIH anual}}$				100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región		6002 Asignaciones Presupuestarias que no resulten en productos (APNCP)	% De Establecimientos Vigilados	$\frac{N^{\circ} \text{ Establecimientos de elaboración y expendio de alimentos con muestras procesadas} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de establecimientos de elaboración y expendio de alimentos}}$				100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Medio Ambiente				% De Puntos de Riesgo para Contaminación del aire vigilados	$\frac{N^{\circ} \text{ Puntos de riesgo para contaminación del aire por material particulado, plomo y otros metales}}{12}$				100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Salud Ocupacional		Reducir las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles	6002 Asignaciones Presupuestarias que no resulten en productos (APNCP)	Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	$\frac{N^{\circ} \text{ Establecimientos que cuentan con plan de manejo de residuos sólidos}}{N^{\circ} \text{ Total de establecimientos de la Región}}$				100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Medio Ambiente										
	Controlar las Enfermedades Crónicas Degenerativas	Prevenir y controlar la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus tipo II	Controlar las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, HTA, mejorar la salud mental, reducir y disminuir las enfermedades de la cavidad bucal)	6018 PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	% Pre Diabetes que reciben tratamiento	$\frac{N^{\circ} \text{ Pacientes pre-diabéticos que reciben tratamiento} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de pacientes pre-diabéticos diagnosticados anual}}$				80	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
					% Pacientes con HTA que reciben tratamiento	$\frac{N^{\circ} \text{ Pacientes pre-diabéticos con HTA que reciben tratamiento} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de pacientes con HTA diagnosticados anual}}$				80	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Reducir la Mortalidad por Cáncer	Reducir la mortalidad por cáncer	Controlar las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, HTA, mejorar la salud mental, reducir y disminuir las enfermedades de la cavidad bucal)	6024 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER	Mortalidad Cáncer de Mama	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de cáncer de mama} \times 100.000}{\text{Población Total Anual}}$				6	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad	Mejorar la Salud Mental	Contribuir a mejorar la seguridad ciudadana			Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de cáncer cuello uterino} \times 100.000}{\text{Población Total Anual}}$				6	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
					Mortalidad Cáncer de Próstata	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de cáncer de próstata} \times 100.000}{\text{Población Total Anual}}$				6	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
					Mortalidad Cáncer de Pulmón	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de cáncer de pulmón} \times 100.000}{\text{Población Total Anual}}$				6	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
					Mortalidad Cáncer de Estómago	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de cáncer de estómago} \times 100.000}{\text{Población Total Anual}}$				15	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Seguimiento Universal	Fomentar el Seguimiento Universal en Salud de la población	Mejorar continua de la calidad de atención recibida en los Establecimientos de Salud	6002 Asignaciones Presupuestarias que no resulten en productos (APNCP)	% De Población con Acceso al Seguro Integral de Salud	$\frac{\text{Número de personas en pobreza y pobreza extrema que cuentan con el SIS} \times 100}{\text{Población total en pobreza y pobreza extrema}}$				100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Medida de la Oferta y Calidad de los Servicios	Garantizar el Derecho a la Calidad de la Atención de Salud brindada por las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud Públicas y Privadas	Mejorar continua de la calidad de atención recibida en los Establecimientos de Salud	6002 Asignaciones Presupuestarias que no resulten en productos (APNCP)	Índice de Insatisfacción del Usuario	$\frac{N^{\circ} \text{ de usuarios insatisfechos} \times 100}{N^{\circ} \text{ de usuarios entrevistados}}$	57%	36%		16%	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Reducción	Garantizar recursos humanos competentes y adecuados a las necesidades de salud de la población	Mejorar la competencia en el desempeño laboral	3001 Acciones Centrales	Implementación de Modelo de Gestión por Competencias en el Primer Nivel de Atención	$\frac{N^{\circ} \text{ de acciones de la sociedad que reportan actividades de prevención de violencia}}{N^{\circ} \text{ de miembros del Consejo Regional de Salud}}$	0			1	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Mejorar la Salud Mental		Controlar las enfermedades crónicas degenerativas	3001 Acciones Centrales	% De actores de la sociedad que reportan actividades de prevención de violencia	$\frac{N^{\circ} \text{ de establecimientos que reportan actividades de prevención y/o tratamiento de víctimas de violencia urbana} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de establecimientos de la Región}}$				100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO
	Participación Ciudadana		Evaluar el 20% de EE SS evaluados con el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH)	0131 Control y Prevención en Salud Mental	% De Hospitales de la Región evaluados con el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) y cuentan con proyectos de reforzamiento	$\frac{N^{\circ} \text{ de Hospitales de la Región evaluados con el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) y cuentan con proyectos de reforzamiento}}{N^{\circ} \text{ Total de Hospitales de la Región}}$	20	50		100	DIRECCIÓN REGIONAL DIRESA CALLAO





MATRIZ N° 2
MATRIZ DE INDICADORES

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PLAN REGIONAL CONCERTADO	OBJETIVOS PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD	OBJETIVOS ESPECIFICOS PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD	RESULTADOS ESPERADOS	CATEGORIAS PRESUPUESTALES	INDICADORES (Denominación)	FORMULA DEL INDICADOR	Línea de Base 2013	2014	2017	2021	UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE
Reducir la pobreza, exclusión y marginalidad de los servicios de salud	Reducir la Desnutrición Infantil	Reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil	Disminuir el porcentaje de Desnutrición Crónica en menores de 5 años con en la Diresa Callao	0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	Tasa de Desnutrición Infantil	$\frac{\text{N° de menores de 5 años con desnutrición crónica}}{\text{Total de niños menores de 5 años anual}}$	5,8	5,0	4,6	2,8	OTB/ Estadística Diresa CALLAO
		Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región			% De Centros Políticos Vigilados en Calidad de Agua	$\frac{\text{N° de centros políticos con muestras de agua evaluada} \times 100}{\text{N° de centros políticos totales}}$				100	Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental
	Reducir la Mortalidad Infantil	Reducir la razón de mortalidad materna	Controlar al 65% de Gestantes con 6 alteraciones prenatales	0002 SALUD MATERNO NEONATAL	Razón de Mortalidad Materna	$\frac{\text{N° Muertes maternas} \times 100.000}{\text{Número total de nacidos vivos anual}}$	70	57	43	40	Epideimiología CALLAO
		Reducir la incidencia de tuberculosis sensible y tuberculosis resistente		Tasa de Mortalidad de Tuberculosis	$\frac{\text{Casos nuevos} + \text{casos antes tratados} + \text{fallecidos} \times 100.000}{\text{Población Total Anual}}$	110			80	Epideimiología CALLAO	
	Controlar las Enfermedades Transmisibles	Disminuir la incidencia y prevalencia de la infección VIH-SIDA y garantizar la cobertura de medicamentos TARCA en forma oportuna	Reducir las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles	0016 PROGRAMA TBSOM-SIDA	Prevalencia de Transmisión Vertical VIH	$\frac{\text{N° de niños con Infección con VIH contagiados durante la gestación o parto} \times 100}{\text{N° de Gestantes diagnosticadas con VIH anual}}$				2	Diresa CALLAO
		Cobertura de TARCA			$\frac{\text{Pacientes con diagnóstico de VIH que reciben TARCA}}{\text{Pacientes con diagnóstico de VIH anual}}$				100	Epideimiología CALLAO	
	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región	Reducir las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles	9002 Asignaciones Presupuestarias que no resultan en productos (AFNCP)	% De Expendios de Establecimientos Vigilados	$\frac{\text{N° Establecimientos de elaboración y expendio de alimentos con muestras procesadas} \times 100}{\text{N° Total de establecimientos de elaboración y expendio de alimentos}}$				100	Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental
		% De Puntos de Riesgo para Contaminación del aire Vigilados			$\frac{\text{N° Puntos de riesgo para contaminación del aire por material particulado, plomo y otros metales} \times 100}{\text{N° Total de establecimientos de elaboración y expendio de alimentos}}$				100	Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental	
	Medio Ambiente	Contribuir a generar un ambiente saludable que garantice la salud en la población de la Región	Reducir las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles	9002 Asignaciones Presupuestarias que no resultan en productos (AFNCP)	Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	$\frac{\text{N° Establecimientos que cuentan con plan de manejo de residuos sólidos}}{\text{N° Total de establecimientos de la Región}}$				1	Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental
		% De Establecimientos de Salud en la Región Callao cuentan con Plan de Manejo de Residuos Sólidos						100	Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental		
Controlar las Enfermedades Crónicas Degenerativas	Prevenir y controlar la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tipo II	Controlar las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), mejorar la salud mental, oncológica y disminuir las enfermedades de la capacidad bucal	PF 0018 PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	% Pre Diabéticos que reciben tratamiento	$\frac{\text{N° Paciente pre-diabéticos que reciben tratamiento} \times 100}{\text{N° Total de pacientes pre-diabéticos diagnosticados anual}}$				80	Epideimiología CALLAO	
			% Pacientes con HTA que reciben tratamiento	$\frac{\text{N° Paciente pre-con HTA que recibe tratamiento} \times 100}{\text{N° Total de pacientes HTA diagnosticados anual}}$				80	Epideimiología CALLAO		

