

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

**ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE  
LA REGION CALLAO**

**2009**



## **DEDICATORIA**

Para nuestra población por su bienestar sanitario.

# AGRADECIMIENTO

## I.-SEDE CENTRAL

### **Gerencia Regional de Salud**

Dr. José Carlos del Carmen Sara

### **Dirección General**

Dr. Ricardo Aldo Lama Morales

### **Asesores**

Dr. Bernardo Ostos Jara

Dr. Álvaro Santibañez Pimentel

Dr. Pedro Guerrero Romero

### **Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas**

Dra. Marisela Mallqui Osorio

### **Dirección de Atención Integral y Calidad de Salud**

Dra. Magda Hinojosa Campos

### **Dirección de Servicios de Salud**

Dr. Jaime Valcárcel Carranza

Lic. Lucila Escarcena Marzano

Srta. Sonia Sotero Aguirre

### **Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental**

Ing. Jorge Albinagorta Jaramillo

### **Dirección de Ecología, Protección del Ambiente y Salud Ocupacional**

Dr. Walter Portugal Benavides

Dr. Lorenzo Mamani

Dra. Isabel Amparo Luque Aguilar

### **Dirección de Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis**

Dra. Ana Alencastre Moreno.

Blgo. Erit Salas Cobos

### **Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud**

Dr. Carlos Mansilla Herrera

### **Dirección de Educación para la Salud**

Dr. William Sánchez Martínez

### **Dirección de Vida Sana y Participación Comunitaria**

Lic. Doris Cáceres Ramírez

### **Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos**

Sr. Carlos Chumo Contreras

### **Dirección Ejecutiva de Administración**

Econ. Aladino Arbaiza Vásquez

**Dirección de Economía**  
Econ. Raúl Saldarriaga Puente

**Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico**  
Lic. Sara Hurtado Cristóbal  
Lic. Regina Rodríguez Herrera  
Dr. Eduardo Nicoletti Albornoz

**Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales**  
Dr. Pedro Velásquez Gutiérrez

**Dirección de Sanidad Aérea Internacional**  
Dra. Gladys Berrocal Calixto

**Oficina de Informática, Estadística y Telecomunicaciones**  
Ing. Ruth Hidalgo Barrientos  
Lic. Marisela Campos León

**Oficina de Asesoría Jurídica**  
Dr. José Polo Hurtado  
Dra. Giovanna Vásquez Osorio

**Oficina de Comunicaciones**  
Lic. María Victoria Navarro Villegas

**Centro de Prevención de Emergencias y desastres**  
Dr. Héctor Orozco Chávez

**Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas**  
Dra. Nancy Zerpa Tawara

**Dirección de Acceso y Uso Racional de Medicamentos**  
Dr. Luis Alberto Sánchez Arredondo

**Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria**  
Qx, Farm. Delia Ramos Peña

**Dirección de Laboratorio de Salud Pública**  
Dr. Walter Loayza Lupaca

**Unidad de Seguros**  
Dr. Henry Gamboa Zerpa

**Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones**  
Lic. Lilian Ríos Orbeagozo

**Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable**  
Lic. Julio César García

**Estrategia Sanitaria de Salud Bucal**  
Dra.. Ruth Guillen de Tupia

**Estrategia Sanitaria de Salud Mental**  
Dr. Ricardo Bustamante Quiroz

**Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis y Enfermedades Metaxénicas**

Dr. Javier Mora Quiroz

Lic. Adriana Valencia Vilca

**Estrategia Sanitaria de Zoonosis**

Dra. Betty Taboada Espino

**Estrategia Sanitaria de Infección de Transmisión Sexual-VIH-SIDA**

Dr. Jorge Alcántara Chávez

**Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva**

Dr. Alberto Zapata Herrera

Lic. Ruth Escalante Lazo

**Estrategia Sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles**

Dra. María del Carmen Calle Dávila de Saavedra

**Unidad de Calidad en Salud**

Dr. Julio Arbaiza Alzamora

Lic. Susana Ortega Carhuamaca

Lic. Rosa Delgado Callergos

**Unidad de Etapas de vida**

Dra. Lily Lau Chung.

Lic. Inés Anzualdo Padilla

**III.- HOSPITALES**

**Hospital Nacional Daniel A. Carrión**

Dr. Carlos Salcedo Espinoza

**Hospital San José del Callao**

Dra. Jennie Dextre Ubaldo

**Hospital de Ventanilla**

Dr. William Castro Garay

## **II.-RED DE SERVICIOS**

### **Dirección de Red de Salud Ventanilla**

Dr. Marco Antonio Adrianzen Costa

### **Dirección de Red de Salud Bonilla - La Punta**

Dr. Oscar Blanco Solís

### **Dirección de Red de Salud BEPECA**

Dr. Juan Durante Collazos

#### **RED BONILLA**

C.S. Manuel Bonilla  
C.S. Alberto Barton  
C.S. Puerto Nuevo  
C.S. La Punta  
C.S. San Juan Bosco  
C.S. Santa Fe  
C.S. Callao  
C.S. José Boterín  
C.S. José Olaya  
C.S. Miguel Grau  
C.S. Santa Rosa  
C.S. Gambeta Alta  
C.S. Ramón Castilla  
C.S. Acapulco  
C.S. Juan Pablo II  
C.S. El Ayllu

#### **BEPECA**

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

#### **RED VENTANILLA**

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

#### **IV.-COOPERANTES ASIS REGIONAL 2009**

1. Red de salud Sabogal: Hospital Sabogal, Policlínico Negreiros, Policlínico Don Rose,
2. Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Tavera
3. Instituto Nacional de Rehabilitación del Callao,
4. Sanidad Fuerza Aérea Peruana(Ala aérea N° 2)
5. Policlínico Policía Nacional
6. Ejército Peruano. Legión del Real Felipe
7. Municipalidad Distrital de La Perla
8. Municipalidad Distrital de La Punta
9. Municipalidad Distrital de Bellavista
10. Universidad Nacional del Callao
11. Instituto de Medicina Legal del Callao (Morgue del Callao),
12. Sociedad de Beneficencia Pública Del Callao

## ELABORACION

### DIRECTOR DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA

- Dr. Jaime Chávez Herrera

### UNIDAD DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

- Dra. Rose Marie Pagán Yábar
- Lic. Julia Alvarado Pereda
- Sr. Enrique Hernandez Montalvo

### UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Lic. Milena Calderón Bedoya
- Dra. Gaby González Espinoza
- Dra. Zulema Gambirazio Silva
- Lic. Laura Sánchez Rojas

### SOPORTE TÉCNICO

- Lic. Manuela Solano Solano
- Sr. Oswaldo Gonzales Garces
- Sr. Danny Alarcón Del Carpio
- Sra. Blanca Fajardo Delgado
- Srta. Yuliana Torres Aquije
- Srta Wally Chávez Cuya

### SECRETARIO

- Sr. David Pineda Cotillo

### RESPONSABLES DE EPIDEMIOLOGIA

- Dr. Ricardo Contreras Ríos..... Dirección de Red de Salud Bonilla La Punta
- Dra. Etelvina Palacios Pintado..... Dirección de Red de Salud BEPECA
- Lic. Delia Tarazona Lactayo..... Dirección de Red de Salud Ventanilla
- Dra. Silvia Mendocilla Garcia..... Hospital Nacional Daniel A. Carrión
- Dr. Jorge Pérez Dávila..... Hospital San José
- Dra. Celia Castillo Villacrez..... Red Sabogal
- Dra. Sofía Gonzales Collantes..... Centro Médico Naval



## INDICE GENERAL

	Pág.
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>11</b>
<b>INFORMACION GENERAL.....</b>	<b>13</b>
Información histórica.....	14
Historia de la salud en el Callao.....	15
Antecedentes históricos de la elaboración del ASIS en el Callao.....	15
<b>ATRACCTIVOS TURISTICOS Y ECONOMICOS DE LA REGION CALLAO</b>	<b>17</b>
Principales atractivos turísticos de la Región Callao.....	17
Platos y bebidas típicas .....	18
Fiestas sociales y religiosas.....	18
Fechas célebres institucionales.....	19
Actividades productivas.....	19
<b>I. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>21</b>
<b>II. ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES Y DEL ESTADO DE SALUD</b>	
<b>2.1. Determinantes ambientales.....</b>	<b>24</b>
2.1.1. Características geográficas.....	24
2.1.2. Características ambientales.....	25
2.1.3. Acceso a servicios básicos.....	27
2.1.4. Riesgo ambiental.....	29
<b>2.2. Determinantes demográficos y socioeconómicos.....</b>	<b>33</b>
2.2.1. Determinantes demográficos.....	33
• Composición y estructura de la población.....	33
• Dinámica de la población.....	35
2.2.2. Determinantes socioeconómicos.....	38
<b>2.3. Determinantes relacionados al sistema de salud.....</b>	<b>40</b>
2.3.1. Sistema de salud.....	40
2.3.2. Disponibilidad de recursos.....	41
2.3.3. Oferta de servicios públicos y privados de la Región Callao.....	43

<b>2.4. Dterminantes políticos.....</b>	<b>50</b>
2.4.1. Estructura del gasto en salud.....	50
<b>2.5. Análisis del estado de salud .....</b>	<b>56</b>
2.5.1. Análisis de la mortalidad.....	56
2.5.2. Análisis de la morbilidad.....	65
<b>III. RESPUESTA SOCIAL.....</b>	<b>69</b>
3.1. Respuesta social de la Dirección Regional de Salud del Callao a través de sus Direcciones .....	69
3.2. Respuesta social de otras entidades prestadoras de salud en la Región Callao.....	127
3.3. Respuesta social de otras instituciones en la Región Callao.....	139
<b>IV. ANALISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES</b>	<b>143</b>
4.1. Principales prioridades sanitarias Distritales.....	143
4.2. Principales prioridades sanitarias Regionales.....	145
4.3. Análisis Causal, territorios vulnerables, estrategias de intervención de daños priorizados.....	145
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>171</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>175</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>176</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>179</b>

## INTRODUCCION

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

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

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

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

Este año queremos destacar el hecho que nuestras 03 Direcciones de redes elaboraron el Análisis de Situación de Salud de sus respectivas jurisdicciones, lo cual es un importante logro para la gestión descentralizada local.

Para la elaboración del ASIS 2009, se realizó en el mes de abril del 2010 en el Auditorium de nuestra DIRESA un Taller de Priorización de Problemas Sanitarios en la Región del Callao, donde participaron representantes de las Municipalidades, de la PNP, de la Marina de Guerra del Perú, del Instituto de Medicina Legal del Callao, de la Beneficencia Pública del Callao, de las Direcciones de Redes y de nuestra sede central, de hospitales y de otras instituciones locales. La finalidad de este taller fue priorizar los daños sanitarios en nuestra Región Callao y además darles un enfoque territorial por distritos.

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

Finalmente mencionaremos que hemos enriquecido nuestras conclusiones y recomendaciones con un enfoque regional y distrital de la situación sanitaria en nuestra Provincia. Mencionar además que existe toda una sección de información anexa (en medio magnético) al presente Instrumento en el que se coloca ad integro la información proporcionada por nuestros colaboradores.

## **INFORMACION GENERAL**

**INFORMACION GENERAL**

## INFORMACIÓN HISTÓRICA

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

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

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

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

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

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

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

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

Fue el 22 de abril de 1856, cuando el Callao asciende a la categoría de Provincia Litoral por el mandato del general Santa Cruz, lo que determina la creación de un gobierno local para agilizar la toma de decisiones. El 2 de abril de 1857 se desencadenó un hecho que daría mayor importancia a esta ciudad portuaria: todo el pueblo del Callao salió en defensa del gobierno de Ramón Castilla amenazado por el general Ignacio Prado. Este hecho le valió el reconocimiento de Castilla que le otorgó el título de Provincia Constitucional.

Quizás el hecho histórico que inflama los pechos chalacos con mayor emoción es, sin duda, el combate del 2 de Mayo de 1866. Luego de la independencia lograda por el

Perú, España aún tenía pretensiones sobre nuestro país. Había reconocido la libertad y soberanía de los demás países latinoamericanos, excepto el nuestro.

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

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

## **HISTORIA DE LA SALUD EN EL CALLAO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2007:** Se apertura el Hospital de Ventanilla.

**2008:** Se apertura el “Centro de Salud Materno Infantil Pachacutec Perú – Corea” (mayo)  
Se reestructura las Microrredes a 13.

**2009:** El Gobierno Regional del Callao en el marco de transferencia del Ministerio de Salud a los gobiernos locales crea e implementa la Gerencia Regional de Salud del Callao, siendo el primer Gerente el Dr. José Carlos del Carmen Sara.

## **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ELABORACIÓN DEL ASIS EN EL CALLAO**

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

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

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

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

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

**ATRATIVOS TURÍSTICOS Y ECONOMICOS DE LA  
REGION DEL CALLAO**



## **ATRATIVOS TURÍSTICOS Y ECONOMICOS DE LA REGION DEL CALLAO**

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

### **PRINCIPALES ATRACTIVOS TURÍSTICOS DE LA REGIÓN DEL CALLAO**

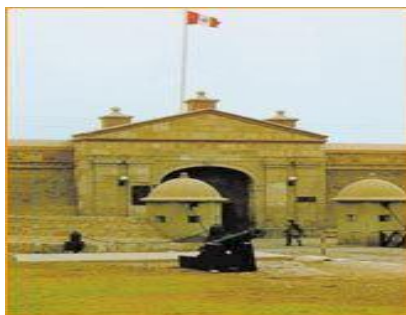
**Aeropuerto Internacional "Jorge Chávez"**. Uno de los más importantes de América del Sur. Punto de entrada y salida de aeronaves nacionales y extranjeras, de bello diseño e instalaciones que se modernizan en forma permanente.

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

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

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

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



**Fortaleza del Real Felipe**

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

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

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

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

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

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

**Yatch Club Peruano.** Fundado en 1932.

**Club de Tiro de Bellavista.** Fundado en 1910.

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

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

**Instituto del Mar del Perú, IMARPE.** Organismo encargado de planear, dirigir, ejecutar y coordinar las investigaciones hidrobiológicas.

## **PLATOS Y BEBIDAS TÍPICAS**

El pescado y los mariscos son los elementos primordiales en la alimentación del Callao como en las demás poblaciones costeras. Los exponentes del arte culinario chalaco estuvieron en un principio concentrados a lo largo del antiguo muelle de pescadores y posteriormente se fueron extendiendo por sus diferentes barrios y distritos.

Entre las comidas representativas del Callao destacan el cebiche, la parihuela, el chupín, los choros a la chalaca, el chicharrón de calamares con salsa tártara y la corvina a la chalaca.

## **FIESTAS SOCIALES Y RELIGIOSAS**

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

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

## **FECHAS CÉLEBRES INSTITUCIONALES**

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

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

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

## **ACTIVIDADES PRODUCTIVAS**

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

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



**Aeropuerto Internacional Jorge Chávez**

## **ASPECTOS METODOLOGICOS**

## I. ASPECTOS METODOLOGICOS

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

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

### 1. ANALISIS DE VULNERABILIDAD TERRITORIAL Y ESTADO DE SALUD

- **Identificación de la información a recoger:** Se procedió a identificar la información disponible, como el ASIS 2008, el documento del Plan Concertado en Salud de noviembre del 2008 y Prioridades Sanitarias Regionales, para luego ser ordenada según las necesidades y la estructura del análisis, siguiendo los criterios técnicos alcanzados por el Ministerio de Salud (Elaborada por DGE y aprobada mediante Resolución Ministerial 663-2008).
- **Búsqueda de información:** Luego de socializar los objetivos y metodología a trabajar mediante talleres de trabajo, se solicitó información relacionada a la situación de salud y sus determinantes a las diferentes redes de salud, Direcciones Ejecutivas de la DIRESA, EsSalud, otros prestadores de salud y otras instituciones de la región Callao. Así como realizar una búsqueda de la documentación publicada sobre situación sanitaria y sus determinantes.
- **Recolección de información y procesamiento de datos:** La información solicitada fue llegando en su mayor parte en forma oportuna, según los plazos establecidos en el taller de trabajo previo.
- **Análisis de datos para identificar problemas prioritarios y territorios vulnerables:** Se realizó el análisis de los datos procesados, los indicadores seleccionados y los informes obtenidos. Se identificaron los principales problemas de salud y territorios vulnerables.

### 2. PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD

- **Jerarquización de los problemas de salud:** Se inicia identificando y convocando a los expertos locales que realizan la validación del instrumento matriz de priorización, que sirve como insumo para la posterior priorización con los actores sociales mediante un taller. Asimismo se obtiene un listado de problemas sanitarios regional.
- **Priorización de los problemas de salud distritales:** Esta se llevó a cabo mediante un taller con actores tanto de la DIRESA, redes de salud, otros prestadores de salud y otras instituciones, mediante el trabajo con la matriz validada, que llevó a la identificación de problemas sanitarios a través de mesas distritales.
-

### 3. ANÁLISIS CAUSAL: PRIORIZACION DE INTERVENCIONES

- **Organización de prioridades sanitarias regionales:** En trabajo de gabinete a partir de las prioridades distritales se organiza el listado de prioridades regionales.
- **Análisis causal y estrategias de intervención:** Se realiza una consulta con equipos de expertos para retroalimentar el análisis causal y estrategias de intervención, según los problemas priorizados.
- Elaboración de una lista de las intervenciones según problema priorizado.

## **ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES Y DEL ESTADO DE SALUD**

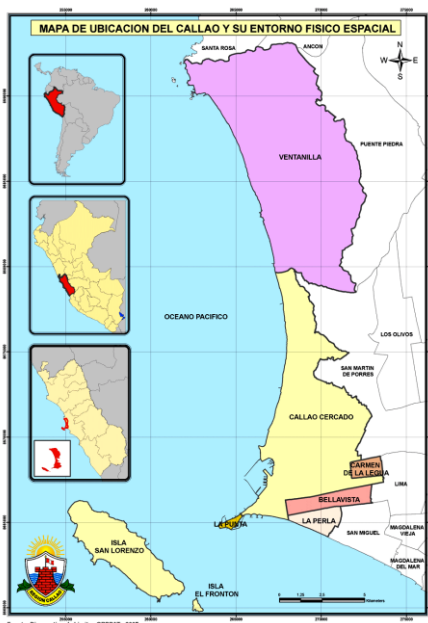
## II. ANALISIS REGIONAL DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y DEL ESTADO DE SALUD

### 2.1. DETERMINANTES AMBIENTALES

#### 2.1.1. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

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

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



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

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

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

La **zona insular** constituida por un mar deltaico poco profundo y un grupo de islas e islotes que en conjunto abarcan un área aproximada de 450 Km<sup>2</sup> de influencia. La superficie emergida de las islas, que llega hasta los 390.16 msnm. Abarca un área de 17.63 Km<sup>2</sup>. La zona insular constituida por un mar deltaico poco profundo y un grupo de islas e islotes que en conjunto abarcan un área aproximada de 450 Km<sup>2</sup> de influencia. La superficie emergida de las islas, que llega hasta los 390.16 msnm. Abarca un área de 17.63 Km<sup>2</sup>.

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

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



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

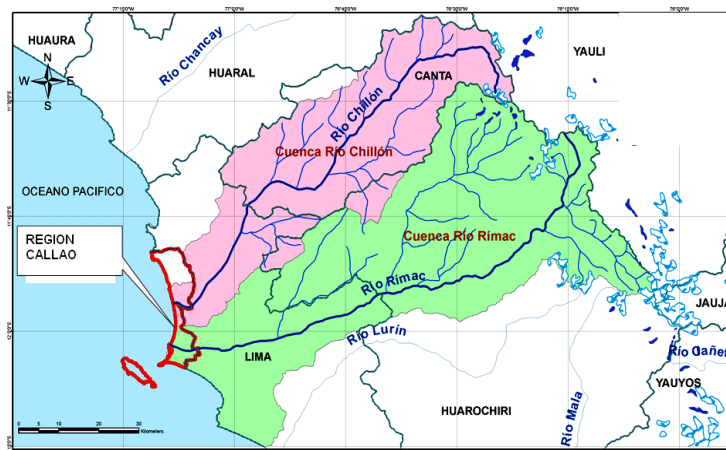
En general el litoral del Callao presenta sectores con alcantarillados, cuya formación por retroceso fue originada por la abrasión de las olas, las corrientes y mareas, En las playas presentan forma de "ventanas" y se dice que derivado de esa morfología proviene el nombre del distrito " Ventanilla".

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

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

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

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



## 2.1.2. CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES

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

**La precipitación pluvial** en la Región Callao es escasa, presentando frecuentemente lloviznas, que suelen ser de larga duración, pero siempre es de poca densidad, no

pasando de 1 mm por hora. En general, las lloviznas son precipitaciones uniformes, formadas sólo por gotas menores de 0,5 mm de diámetro, las que, debido a la pequeña velocidad de caída que tienen, parecen flotar en el aire, expuestas a ser arrastradas por el viento.



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

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

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

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

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

Los primeros habitantes de **Bellavista** fueron cazadores recolectores y luego pescadores agricultores. Por ello, en Bellavista existen antiguas huacas o templos de barro. El distrito fue creado por la Ley 2141 del 6 de octubre de 1915 y es uno de los pocos de la metrópoli en poseer una forma regular, pues se presenta como un rectángulo cuya base está alineada con el eje de la Av. Venezuela, en el límite sur que se establece esta vía con el distrito de La Perla y el distrito limeño de San Miguel. Al

norte, la Av. Oscar Benavides (antes Av. Colonial), representa el límite con el distrito del Callao, distrito con el que también limita al oeste en el Jr. Andrés Santiago Vigil. Al este el distrito se extiende hasta el Hospital Naval "Santiago Távara" ó perímetro oeste de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos el cual da inicio a la Provincia de Lima y específicamente al distrito de Cercado de Lima.

El actual distrito de **Carmen de la Legua-Reynoso**, formaba parte del antiguo camino de frondosos matorrales que existían entre Lima y Callao antiguos. Inicia su poblamiento acelerado a partir de 1940 por inmigrantes del interior del país y en la década de 1950 era una zona de extracción de materiales de construcción. Fue creado como distrito por Ley N° 15247 del 4 de diciembre de 1964 y tiene una superficie de 2,12 kilómetros cuadrados. Su nombre se debe a que, durante los tiempos de la colonia, en esta localidad se erigió una ermita a San Juan de Dios en la cual se establecieron los religiosos Hospitalarios, esta equidistaba una legua tanto de la ciudad de Lima como del puerto de El Callao. En la actualidad, en el sitio donde se ubicaba esa ermita, se encuentra el Santuario de la Virgen del Carmen de la Legua.

El distrito de **La Perla**, fue creado por Ley N° 15185 del 22 de octubre de 1964, tiene una extensión 2.75 kilómetros cuadrados. Limita al norte con el distrito de Bellavista a través de la Av. Venezuela, al este con el distrito limeño de San Miguel, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con el distrito del Callao. Es actualmente el distrito con mayor densidad poblacional del Perú.

El distrito de **La Punta**, fue fundada el 6 de Octubre de 1915, bajo la Ley N° 2141. Esta histórica y turística península se encuentra en el extremo más occidental de la Región Callao, enclavada en el Océano Pacífico. Abarca un área de 0.7 Km.<sup>2</sup>. Límites: Por el Norte, el Oeste y el Sur con el Océano Pacífico. Por el Este con el barrio de Chucuito, perteneciente al Cercado del Callao.

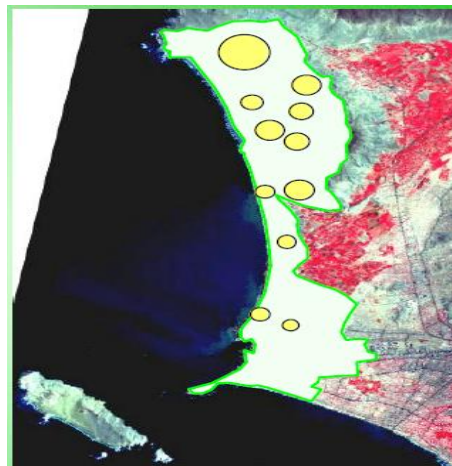
El 28 de enero de 1969, la ciudad de **Ventanilla** es reconocida recién como distrito, mediante Decreto Ley 17392, aunque su historia es muy antigua. Data de la época de los primeros pobladores de la costa del país, periodo Lítico y Arcaico (que incluye el desarrollo de sus actividades agrícolas en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

### **2.1.3. ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS**

#### **Abastecimiento de Agua Censo 2007**

- Consideramos a la población con acceso a agua potable las que tienen red pública dentro y fuera de la vivienda sin considerar pilón de uso público.
- En la región Callao el promedio de la población con abastecimiento de agua potable es de 73% segundo mejor indicador a nivel nacional después de Lima.
- Las viviendas del distrito de la Punta, Bellavista, Carmen de Legua se abastecen de agua red pública al 100% los de la Perla al 99% y el distrito Callao al 89%. El distrito de Ventanilla cuenta con 37% de sus viviendas con abastecimiento de agua con red pública, 67% sin red pública, de ellos 39% con camión cisterna y 19% por pilón de uso público.

- A nivel nacional el promedio de la población con acceso a agua potable es 64%, el indicador más alto la tiene Lima con 81.% y el más bajo Huancavelica con 30% .
- En relación a las Américas, Fuente OPS (2006) la población promedio con abastecimiento de agua es 94%.En el Área Andina el mejor indicador es de Ecuador con 95% y el más bajo Perú con 64%(2007).
- En el cono Sur 100% de la población de Uruguay cuenta con agua potable por red pública, 96% de Argentina, 95% de Chile, el indicador más bajo 77% de la población de Paraguay cuenta con agua potable.
- El agua constituye el elemento indispensable para la vida; en muchos casos se asocia a la transmisión de enfermedades; sobre todo en las poblaciones donde los sistemas de abastecimiento carecen de infraestructura sanitaria que garantice su calidad e inocuidad.
- En la región Callao se han identificado zonas de riesgo, sobre todo en el distrito de Ventanilla y algunas localidades del distrito del Callao, donde el abastecimiento se realiza a través de pilones o camiones cisternas. Así, por ejemplo, cuando se evaluó la calidad microbiológica de 136 muestras de agua de consumo humano en el 44% se reporta presencia de coliformes, es decir, no aptas para consumo humano.



**Zonas con precarios sistemas de abastecimientos de agua para consumo humano en la región Callao.**  
 Aproximadamente 20% de la población total sin acceso a redes de agua y alcantarillado.  
 Fuente: Diagnóstico Ambiental participativo CAR Callao 2007. Oficina de Área protegida y Medio Ambiente, GRRNGMA, GRC, 2007.

### **Saneamiento Básico Censo 2007**

- La población con acceso a saneamiento: incluye servicio sanitario con desagüe en red pública dentro y fuera de la vivienda. No incluye letrinas ni pozos sépticos.
- En la Región Callao 74% de las viviendas tienen acceso a saneamiento básico, segundo mejor indicador a nivel nacional después de Lima.
- Los distritos de la Región Callao que cuentan con este servicio: La Punta (100%) Bellavista (100%), Carmen de la Legua (99%), la Perla (99%), Callao (91%).
- El 37% de las viviendas del distrito de Ventanilla cuentan con este servicio.

- A nivel nacional el 54.2% de pobladores poseen este servicio, y al igual que en el abastecimiento de agua el mejor indicador es de Lima, 80% de sus viviendas cuentan con este servicio, y el 15% de los pobladores de Huancavelica poseen este servicio (por indicador).
- A nivel de las Américas: el promedio de pobladores con acceso a saneamiento es 87%.
- En el Área Andina 84% de los pobladores de Ecuador tienen este servicio (cifra más alta) y 43% de bolivianos cuentan con este servicio (cifra más baja).
- En el cono Sur: 98% de pobladores de Uruguay cuenta con servicio higiénico desagüé (cifra más alta) y 70% de Paraguay cuenta con este servicio (cifra más baja).

#### **Disponibilidad de Servicio Eléctrico – Censo 2007**

- Según Censo 2007 la disponibilidad de este servicio de los pobladores de la Región Callao es 93% siendo el mejor indicador a nivel nacional y el más bajo es de Cajamarca 40%.
- A nivel de la Región Callao, los distritos de Bellavista, Carmen de la Legua, La Perla y La Punta cuenta con este servicio al 100% el distrito del Callao 98 % y el distrito de Ventanilla con 84%.

#### **Energía que más se utiliza para cocinar – Censo 2007**

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

#### **Material de Construcción de las Paredes – Censo 2007**

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

(Fuente: Situación de Salud en las Américas-Indicadores Básicos 2009-OPS, Situación de Salud del Perú- Indicadores Básicos 2008-DGE, Hechos Vitales 2009-Oficina de Estadística- Noti\_Sp - Oficina de Epidemiología-DIRESA CALLAO)

#### **2.1.4. RIESGO AMBIENTAL**

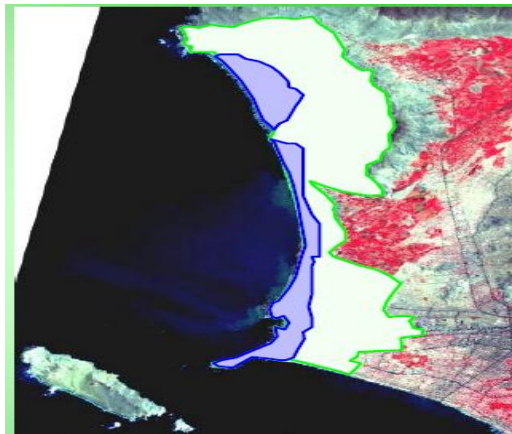
- Es la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que afecta directa o indirectamente el medio ambiente y al hombre.

- El alto desarrollo tecnológico de la Región Callao –aeropuerto internacional, primer puerto marítimo, desarrollo industrial desordenado, refinería, planta de gas, entre otros- se suma a los riesgos que por ubicación costera y tipo de suelo tiene la región.

### Presencia de riesgos físicos

#### Riesgo de inundaciones

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



**Zonas Costeras inundables en la Región Callao**  
 Aproximadamente 52,43 Km<sup>2</sup> (33% de la superficie total de la Región)  
 Fuente: Oficina de Defensa Nacional y Defensa Civil, GRC, 2007.

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





Zonas inundables y zonas de refugio en la Región Callao.

- El comportamiento en tierra de los tsunamis es complejo, porque influyen varios factores que se conjugan de diversos modos. Sin embargo, la topografía es una información básica que permitiría delimitar las zonas inundables con cierto nivel de confianza.
- La pendiente influye de manera importante en la penetración del tsunami en tierra. Cuando la franja del terreno es angosta y la pendiente es relativamente fuerte, la extensión de la zona inundable no es muy grande, en cambio cuando el terreno es plano, la penetración puede ser cientos de metros. En ese sentido, para el Callao Sur está definido de acuerdo a los antecedentes de tsunamis y estudios posteriores cuyos posibles epicentros se han localizado cerca de la Punta.
- Para el Callao Centro, la Inundación severa llega hasta los 4 m. en Sarita Colonia, Oquendo debido a que las olas de 5.7 m de altura disminuirían por efecto de la fricción, llegando incluso una distancia de 800 metros. Para Ventanilla la inundación severa llega hasta los 3 metros aproximadamente y franja de inundación promedio de 600 m de tierra adentro, debido a la pérdida de carga que frena el avance del mar.

### Riesgo sísmico

- En países sísmicos como el Perú es indispensable realizar estudios para estimar el Peligro Sísmico como un intento de prevenir y mitigar los daños que pudieran causar los sismos, ya que en el diseño de obras importantes debe considerarse el balance entre el costo de la obra y la seguridad de las construcciones.
- La Región Callao ha sido sometida a una serie de sismos de gran intensidad, durante los cuales en múltiples oportunidades ha sufrido cuantiosos daños materiales y pérdidas de vidas humanas.

- La principal fuente generadora de eventos sísmicos que afectan esta región es la zona de subducción, definida por la interacción de la Placa de Nazca y la Placa Continental. Esta fuente puede generar eventos de gran magnitud, los que, según la historia sísmica, en la zona de la costa central pueden alcanzar los 8.2 grados en la escala de Richter. Asimismo, la relativa proximidad de la fuente sismogénica hace que la intensidad del movimiento sísmico sea bastante considerable en la zona urbana.

### Exposición plúmbica

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



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

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



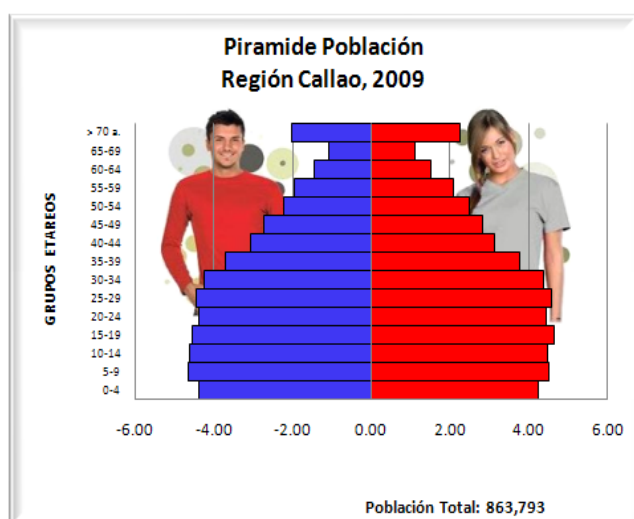
## Dengue-Riesgo aéxico

- El riesgo aéxico está dado por la medida de la posibilidad de causar la transmisión del Dengue al hombre, este riesgo depende del nivel de las poblaciones del vector *Aedes aegypti* en localidades de la Región Callao.
- El 2009 se lograron desarrollar estrategias que mantuvieron los indicadores entomológicos en niveles que significaron bajo riesgo; sin embargo al finalizar el año, además de presentarse 10 nuevos casos importados, el 26.71% de la población chalaca (234,197 habitantes) se encuentra en riesgo de contraer el Dengue ante la presencia del *Aedes aegypti* en 10 jurisdicciones sanitarias en escenario epidemiológico II: Ventanilla Este, Ventanilla Alta, Hospital Ventanilla, Oquendo, Faucett, El Álamo, Previ, Bocanegra, Sesquicentenario y Carmen de la Legua.

## 2.2. DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

### 2.2.1. DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS

#### Composición y estructura de la población



- La población de la Región Callao estimada para el 2009 es de 863,793 habitantes, la del Perú 29, 165,000 habitantes.
- La población de las Américas es de 930, 690,000 habitantes. En el área andina el Perú ocupa el segundo lugar después de Colombia (45, 660,000) habitantes. Los países que comprende el área andina son: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.
- La densidad poblacional de la provincia es la más alta del país 5876 habitantes por Km<sup>2</sup>, siendo la

nacional 21.3 hab/Km<sup>2</sup>. El distrito de La Perla es el que presenta el mayor índice de hacinamiento con una densidad poblacional de 21,036 hab. /Km<sup>2</sup>.

- La población del Callao en el año 1990 es de 650,216 habitantes, siendo 19 años después de 863,793, con un incremento de 33% de habitantes, más de 200,000, significando un incremento de nuestra potencial demanda de atención, lo que nos obliga a formular un requerimiento de recursos humanos o una redistribución de los mismos para fortalecer no solo las acciones asistenciales sino sobre todo las preventivas promocionales en sus diferentes aspectos.
- La pirámide poblacional de la Región Callao es de tipo expansiva, típica de los países en desarrollo, de base ancha, conformada por los niños de 0-4 años, la cual se está estrechando a través de los años.
- Dentro de la estructura de la población del Callao este grupo poblacional proporcionalmente se ha reducido durante las últimas décadas, así en el año

1990 constituyo 11.09% en el año 2008 (8.8%), en el año 2009 (8.64%). Así mismo esta población es más susceptible a las enfermedades respiratorias y diarreicas constituyendo estas las principales causas de morbi-mortalidad debiéndose fortalecerse las actividades preventivas, promocionales para que disminuya.

- En relación al ciclo de vida del adolescente (10-19 años), cerca del 20% de la población provincial, los principales problemas de este grupo etáreo continúan siendo: el pandillaje, drogadicción, violencia, prostitución clandestina, suicidios y un preocupante ascenso de gestantes adolescente 1367(2007), 2010 (2008), 2,279 (2009) constituyendo el 14% del total de gestantes de la Región Callao.
- En el Plan Regional Concertado de Salud del Callao, se han priorizado los problemas de salud mental que están en relación a lo antes mencionado.
- Debemos adecuar los servicios de salud para una atención integral y diferenciada del adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva, reforzando la estrategia sanitaria de pares y promotores, optimizando la socialización de la prevención de estos embarazos.
- El ciclo de vida del adulto de 20-59 años representa 55% del total de habitantes con problemas de salud como TBC pulmonar y VIH-SIDA priorizados en el Plan Concertado de la Región Callao. A estos se suman la violencia familiar, depresión, suicidio, debiendo fortalecer los centros de salud de primer nivel de atención, con psicólogos para la atención de estos daños.
- El ciclo de vida adulto mayor en la estructura de la población del Callao proporcionalmente, se han incrementado en los últimos años de 6.94% (1995), 7.41% (2000), 7.69% (2005), 9.18 % (2008), 9.42% (2009) por lo que se evidencia la necesidad de fortalecer la atención diferenciadas para este grupo etáreo.
- La base de la pirámide poblacional de la Región Callao esta estrechándose y el vértice ensanchándose; mostrando algunos distritos un transición demográfica hacia una sociedad desarrollada como La Punta y Bellavista, por lo que debemos fortalecer la atención de estos grupos especiales, desarrollando las estrategia adecuadas para la orientación de las actividades.
- En lo concerniente al género hay un leve predominio del sexo femenino 50.47% (435,954), menor que el año anterior 51% (433,255).
- La población de MEF (mujeres en edad fértil de 15-49 años) suman 240 087 habitantes (27%) y el grupo pediátrico 232,513 (27 %) constituyendo ambos grupos 54% de la población provincial por lo que debemos fortalecer las estrategias sanitarias orientadas a la atención del binomio madre-niño, para disminuir la morbi-mortalidad en estos grupos etáreos.
- Finalmente en la Provincia Constitucional del Callao existe el “doble riesgo” en relación a que las enfermedades infecto-contagiosas como TBC y el VIH-SIDA, Neumonía, constituyen algunos de los principales problemas de salud, así como las enfermedades no transmisibles como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y Cáncer, lo que determina que los establecimientos de salud de todos los sectores (MINSAL-EsSalud- FF.AA. y Policiales, particulares) de la Región Callao deben estar preparados para la atención de estas patologías y desarrollo de estrategias para su prevención y control.

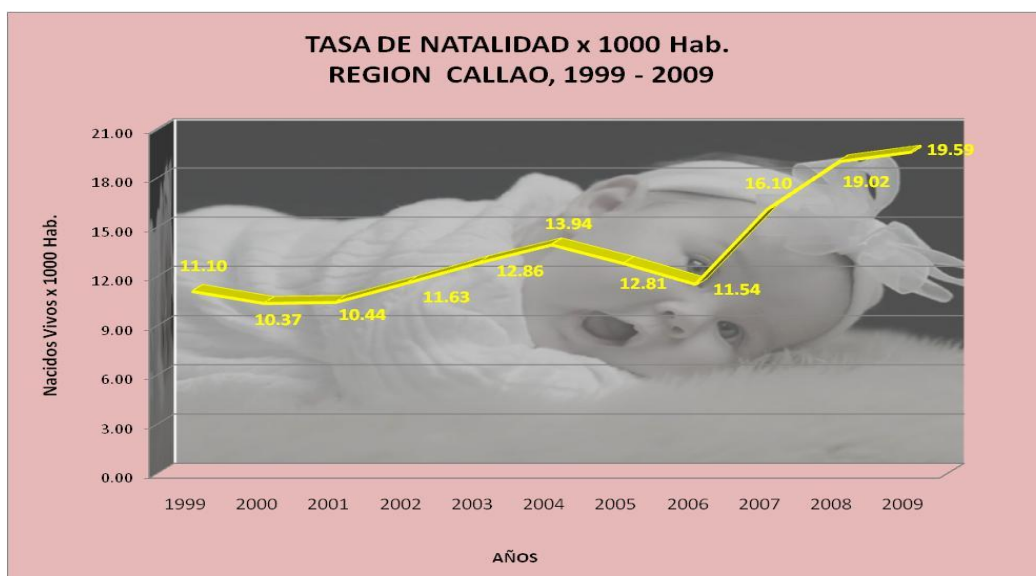
## DINAMICA DE LA POBLACIÓN

### DENSIDAD POBLACIONAL

- La población de la Región Callao para el año 2009 es 863,793 habitantes basada en el Censo 2007, según Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI), remitida a la Dirección de Estadística e Informática del MINSA y enviados a la DIRESA CALLAO.
- La Densidad Poblacional de la provincia es de 5,873.94 habitantes/Km<sup>2</sup> (2009) la más alta a nivel nacional que es de 21.3 habitantes/Km<sup>2</sup>, destacando en particular el distrito de La Perla con más de 21 mil habitantes/Km<sup>2</sup>.

### LA TASA DE NATALIDAD (TN)

La tasa de natalidad de la Región Callao es de 19.6 x 1000 hab. (2009) existiendo un incremento sostenido en los 3 últimos años. La Tasa de Natalidad de los distritos muestra también una tendencia ascendente. La tasa de natalidad del distrito del Callao es la más alta (22.12 x 1000 hab.) las más baja es del distrito de La Punta con 5.90 x 1000 hab.



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

- El promedio nacional es de 21.4 x 1000 hab. (2008) siendo la Tasa de Natalidad más alta a nivel nacional de Huancavelica (31.1 x 1000 hab.) y la más baja de Moquegua (28x 1000 hab.).
- En relación a las Américas el promedio es de 16.7 x 1000 habitantes (2009), siendo la más alta la de Guatemala 32.5 x 1000 hab. y la más baja de Cuba 10.3 x 1000 hab. y Canadá 10.7 x 1000 hab.

### NACIMIENTOS

- En el año 2009 se registraron 16,968 nacidos vivos en la Región Callao, 99.7% (1925) de madres residentes en la Provincia y 0.25% (43) de madres residentes en Lima y Otros.

- En el Perú se reportan 615 318 nacimientos (2008) ocupando el primer lugar Lima con 159 119 nacimientos y el último lugar el departamento de Moquegua (2 872).
- A nivel de las Américas, se presentan 15 510 000 nacimientos (2009), el Perú ocupa el segundo lugar en el área andina después de Colombia (917 300) y de Argentina (691 200) en el Cono Sur.
- Los países que comprenden el Cono Sur son: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.
- La edad de la madre oscila entre menores de 15 años hasta 55- 60 años (2004-2009.). Las madres adolescentes (10-19 años) constituyen 13.46% del total. Existe un incremento sostenido de madres adolescentes de 1 497 (2005), 2,113 (2008) a 2,279 (2009).
- Los casos de gestantes adolescentes menores de 14 años presentan una tendencia ascendente sostenidos en los últimos 5 años de 14 (2005), 41(2008) a 52(2009).
- El mayor porcentaje de madres adolescentes proceden del distrito Callao y Ventanilla.
- En los distritos de Bellavista, Carmen de la Legua y la Perla el porcentaje de madres adolescentes en el año 2009 disminuyó en relación al mismo periodo del año anterior.

#### **TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL**

- La Tasa de Crecimiento Poblacional de la Región Callao es de 0.97%, disminuyendo estas en todos los distritos de la provincia, en relación al año anterior, con excepción del distrito de Ventanilla que tiene una tasa de crecimiento de 5.41%, debido a que presenta una continua instalación de asentamientos humanos.
- La Tasa de Crecimiento Poblacional nacional es de 1.5%, la más alta del país es Madre de Dios con un promedio anual de 3.5% y la más baja es de Apurímac con 0.4% (Indicadores básico de Salud 2008-Dirección General de Epidemiología).
- En las Américas<sup>1</sup> el crecimiento poblacional es de 1 %.
- En el Área Andina 1.4%, el más alto es de Bolivia 1.7% y uno de los más bajo es de Perú 1.1%.

#### **TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES 15-19 AÑOS (2009)**

La Tasa Específica de fecundidad a nivel provincial es de 56 nacidos vivos x 1000 mujeres inferiores a la nacional de 59 nacidos vivos x 1000 mujeres.

La más alta es la del distrito Callao con 63 nacidos vivos x 1000 mujeres seguido de Ventanilla con 61 nacidos vivos x 1000 mujeres

La más baja como es de suponer la ostenta el distrito de la Punta con 8 nacidos vivos x 1000 mujeres.

#### **TASA DE FECUNDIDAD GENERAL EN MUJERES (TFG) EN EDAD FÉRTIL (15-49 AÑOS) 2009**

La TFG de la Región Callao en el año 2009 es de 70.49 nacidos vivos x 1000 mujeres, significando que por cada 1000 mujeres nacen 70 niños. El indicador más alto es del distrito del Callao (79.19 nacidos vivos x 1000 mujeres), superior al regional y el más bajo es el distrito de La Punta (21.06 nacidos vivos x 1000 mujeres)

## **TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)**

- La TGF es de 2.0 hijos x mujer, inferior a la nacional 2.5 hijos x mujer.
- En las Américas la TGF el promedio es de 2.1 hijos x mujer, distinguiéndose a Cuba con una de más bajas 1.5 hijos por mujer y Guatemala con la más alta (4.0 hijos por mujer).
- A nivel del Área Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), La más alta es de Bolivia con 3.4 hijos x mujer, la más baja de Colombia con 2.4 hijos x mujeres.
- En el Cono Sur, Chile ostenta la más baja (1.9 hijos x mujer) y Paraguay la más alta 3 hijos x mujer.

## **RAZÓN DE DEPENDENCIA (RD)**

- La razón de dependencia (R.D) en la región Callao (2008) es de 49.7 por 100 habitantes a diferencia del promedio nacional 58.5 x 100 habitantes.
- La R.D. más alta la tiene el departamento de Huancavelica (85.2x 100 habitantes) y la más baja el departamento de Tacna (46.4 x 100 habitantes).
- En relación a las Américas el promedio R.D (2009) es 52.1 x 100 habitantes.
- En el Área Andina la R.D. más alta la tiene Bolivia (69.4 x 100 habitantes) la más baja Colombia (53.1 x 100 habitantes).
- En el Cono Sur la más alta R.D. Uruguay con 64.2 x 100 habitantes la más baja Chile con 46.6 x 100 habitantes.

## **ESPERANZA DE VIDA AL NACER**

- En el periodo (2005-2010) la esperanza de vida al nacer en promedio para la Región Callao es 76.9 años, 74.7 años para hombres y 79.2 años para mujeres.
- El promedio nacional es 73.1 años, 70.5 años para hombres y 75.9 años para mujeres, ocupando el Callao el primer lugar con el mejor promedio de este indicador y Huancavelica el último lugar con el promedio de 68.6 años, 66.5 años para hombres y 70.8 años para mujeres.
- En relación a las Américas el promedio de este indicador 2009 es 76 años, 73.2 para hombres y 78.8 años para mujeres.
- En el Área Andina la más alta es del Ecuador 75.3 años 72.4 hombres y 78.3 mujeres, la más baja de Venezuela con un promedio de 74 años, 71.1 hombres y 77.1 mujeres.
- Cono Sur: El indicador más alto es de Chile con 78.7 años, 75.7 años en hombres, 81.9 años en mujeres; el más bajo es de Paraguay con un promedio de 72.1 años, 70 años hombres y 74.2 años mujeres.

## **RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM)**

- La razón de mortalidad materna en la Región Callao es de 41.36 x 100,000 N.V. en el año 2009, a diferencia de la nacional que es de 185x 100,000 N.V. (2000).
- La RMM Regional descendió en el año 2009, después de 3 años de incremento sostenido (2006-2008); 12 fallecidos (2006), 9 (2007), 12 (2008), y 7 (2009).

- En las Américas la Razón de Mortalidad Materna es de 63.7 x 100,000 nacidos vivos (2009), siendo el mejor indicador de Canadá con 8.8 x 100000 N.V., seguido de Martinica 12.8 x 100000 N.V., en tercer lugar Estados Unidos con 13.3 x 100 000 N.V. y el cuarto lugar Chile.



Fuente: Hechos Vitales/Of.de Estadística-DIRESA  
CALLAO/Noti\_Sp-Oficina de Epidemiología  
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

- El mejor indicador en el Área Andina lo tiene Venezuela (56.8 X 100 000 N.V.), el más alto Ecuador (90.2 x 100, 000 N.V.).
- En el Cono Sur: La RMM mas alta es de Paraguay 127.3x 100000 N.V. , y el más bajo Chile con 18.2 x 100 000 N.V.

#### 2.2.4. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

- La Región del Callao conforma un continuo urbano con el área metropolitana de Lima, constituyéndose en una de las principales metrópolis de la costa occidental de América del Sur, con una acelerada urbanización, donde la población metropolitana representa la tercera parte de la población del país y en cuyo territorio se concentra la dirección económica y política del mismo.
- Urbanización y modernización que ha generado desequilibrios en los usos de suelos, en su infraestructura urbana y en su estructura social local. Su actividad económica, se relaciona con su rol de puerto y aeropuerto en la metrópoli, situación que contribuye a la consolidación de actividades complementarias, depósitos e industrias que generan a su vez crecientes procesos de migración rural urbanos que presionan y condicionan la ocupación del espacio en la región. Por ello, se constituye en una región muy significativa para la economía del país.

#### ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH CENSO 2007)

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

## **INDICADORES DE EDUCACIÓN**

**LA TASA NETA DE MATRICULA** ha mejorado en la Región Callao en el año 2008, en todos los niveles y es superior al promedio nacional: en inicial y secundaria, ocupando el 8vo. y 6to lugar respectivamente en el ranking nacional.

- En relación a los niveles y sectores, el nivel inicial ostenta la mayor cantidad de instituciones educativas (52.47%), en el nivel primario de menores, el alumnado (43.87%), docentes (40.34%) y secciones (45.85%).
- El sector privado tiene la mayoría de instituciones educativas y docentes, predominando en el público, el alumnado y secciones.
- Existe un mayor promedio de alumnos en las instituciones públicas que en las privadas, así como de alumnos por docentes en todos los niveles. Así mismo el promedio de docentes de la instituciones públicas es mayor al de las privadas sobre todo en secundaria de menores.

### **PORCENTAJE DE RETIRADOS-DESERCIÓN ESCOLAR**

- La deserción escolar año 2008 a nivel primaria es (4.2%) en las I.E. públicas, (2%) en las privadas, en secundaria es 5.3 % (I.E. pública) y 2.2% en las privadas, mejorando los indicadores en relación al año 2004. Este indicador es menor al promedio nacional en ambos niveles y sectores (2008).

**INDICADOR REPETIDORES**, el indicador empeoró en la Región Callao en el año 2008 en la Relación al 2005, en las instituciones públicas nivel primaria y privadas en la secundaria.

- Es menor al promedio nacional en ambos niveles y sectores (2008).

### **TASA DE CONCLUSIÓN DE PRIMARIA Y SECUNDARIA**

- Tasa de conclusión primario: 12-14 años (83.9%) 15-19 años (78.7%)
- Tasa de conclusión de secundaria: 17-19 años (78.7%) 20-24 años (86.6%).
- Estos indicadores han mejorado en el año 2008 en relación al 2005 tanto a nivel nacional como Regional.
- La tasa de conclusión de secundaria de la Región Callao (17, 19 años) ocupa el segundo lugar después de Arequipa en el nivel nacional

### **NIVEL EDUCATIVO REGIÓN CALLAO CENSO 2007**

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

## TASA DE ANALFABETISMO: SEGÚN EL CENSO 2007

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

## ACTIVIDAD ECONÓMICA

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

## 2.3. DETERMINANTES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD

### 2.3.1. SISTEMA DE SALUD

- La Dirección Regional de Salud del Callao tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud para construir una cultura de salud y de solidaridad, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes; cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud en concertación con todos los sectores públicos y privados y otros actores sociales.
- La DIRESA Callao cuenta con 53 establecimientos de salud: 01 hospital III-1, 01 hospital II-2, 01 hospital II-1, 02 Sanidades Internacionales I-3, 04 Centros de salud I-4, 08 Centros de Salud I-3, 33 Centros de Salud I-2, 02 Puestos de Salud I-2 y 01 Centro de Desarrollo Juvenil I-1.
- Asimismo, brindan atención 08 establecimientos de salud públicos: 01 hospital de EsSalud Alberto Sabogal, 01 hospital Médico Naval, 03 Policlínicos de EsSalud, 02 Policlínicos Municipales, 01 Centro de Salud de la Beneficencia Pública del Callao.
- En el **sector no público** durante el periodo 2006 al 2009 han sido registrados y categorizados 219 establecimientos que brindan salud entre ellos: 46 Policlínicos, 70 Consultorios Médicos, 61 Centros Odontológicos, 09 Centros Obstétricos, 01 Centro Médico y 30 Servicios Médicos de Apoyo.



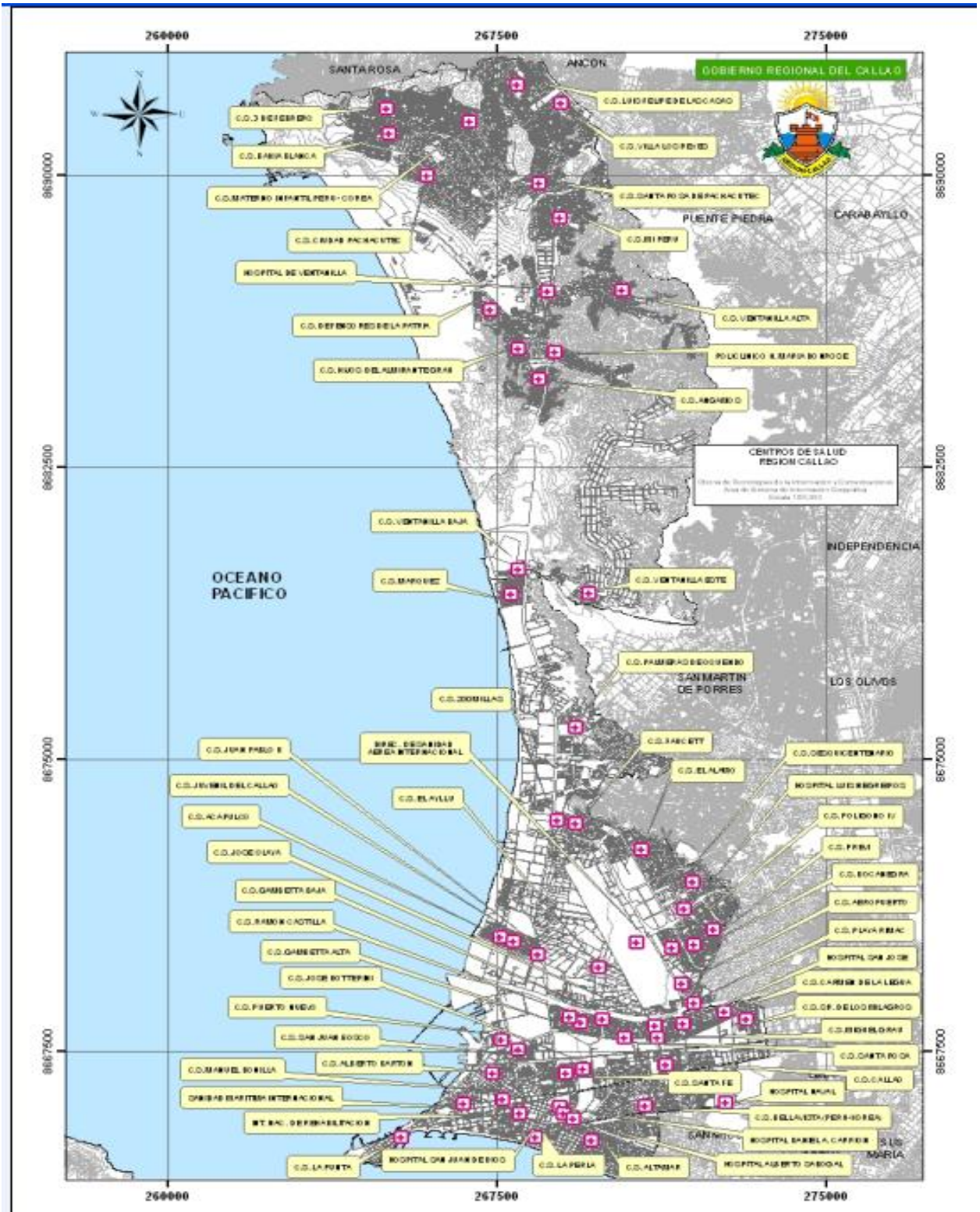
### **2.3.2. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS**

- La DIRESA Callao a enero del 2010 cuenta con 1816 trabajadores: 926 trabajadores nombrados y 890 trabajadores Contrato CAS.
- Del total de trabajadores nombrados 336 son profesionales de la salud: 170 médicos y 336 otros profesionales de salud, 33 profesionales categorizados (abogado, contador, especialista administrativo, estadístico, entre otros), 320 Técnicos categorizados y 206 Auxiliar categorizado.
- De los trabajadores Contrato CAS: 320 son profesionales y 570 no profesionales.

**OFERTA DE SERVICIOS PUBLICOS Y PRIVADOS DE  
LA REGION CALLAO**

## 2.3.3.OFERTA DE SERVICIOS PUBLICOS Y PRIVADOS DE LA REGION CALLAO

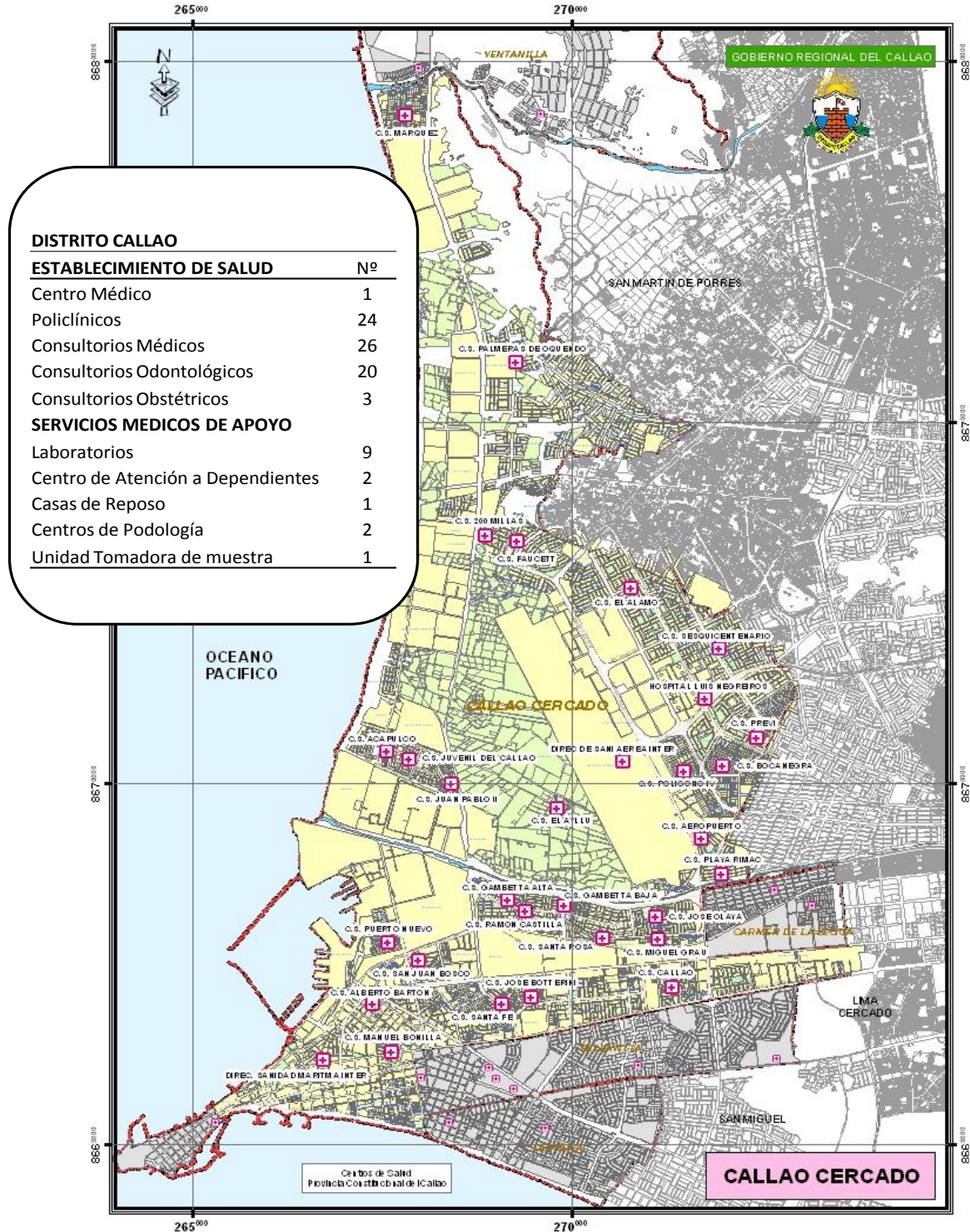
### OFERTA DE SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



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



# OFERTA DE SALUD DISTRITO CALLAO



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

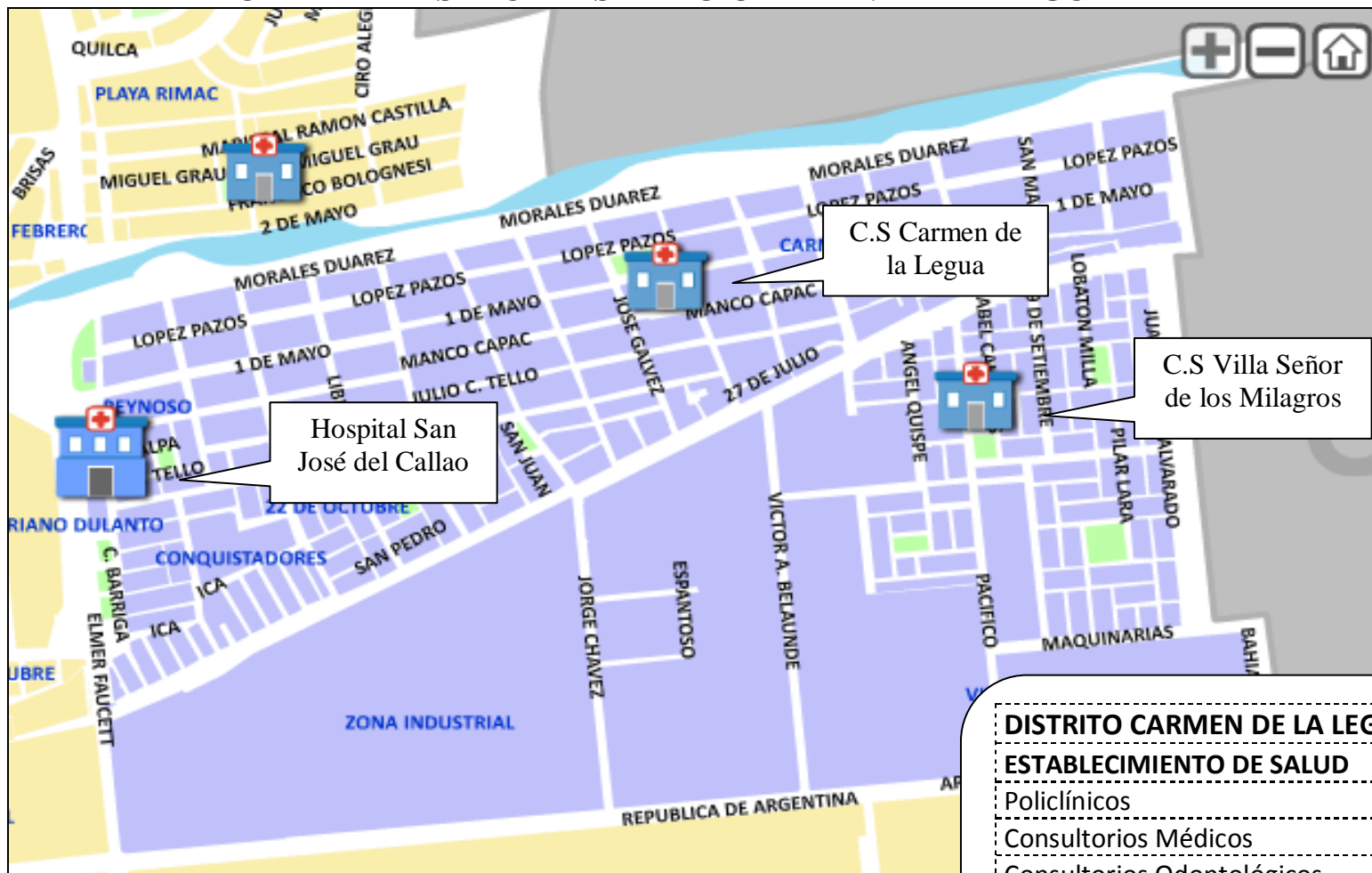
### OFERTA DE SALUD DISTRITO LA PUNTA



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

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

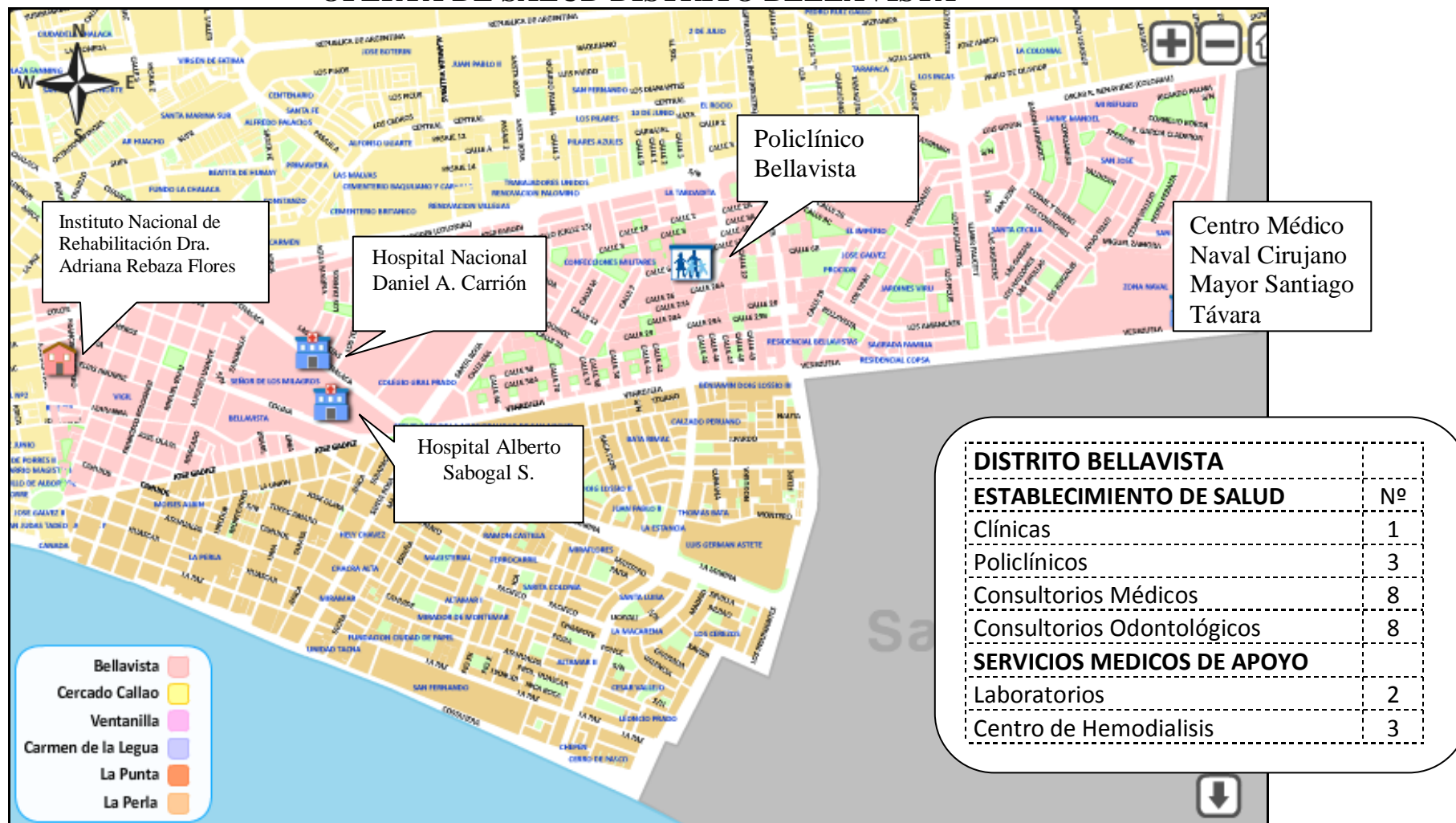
## OFERTA DE SALUD DISTRITO CARMEN DE LA LEGUA



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

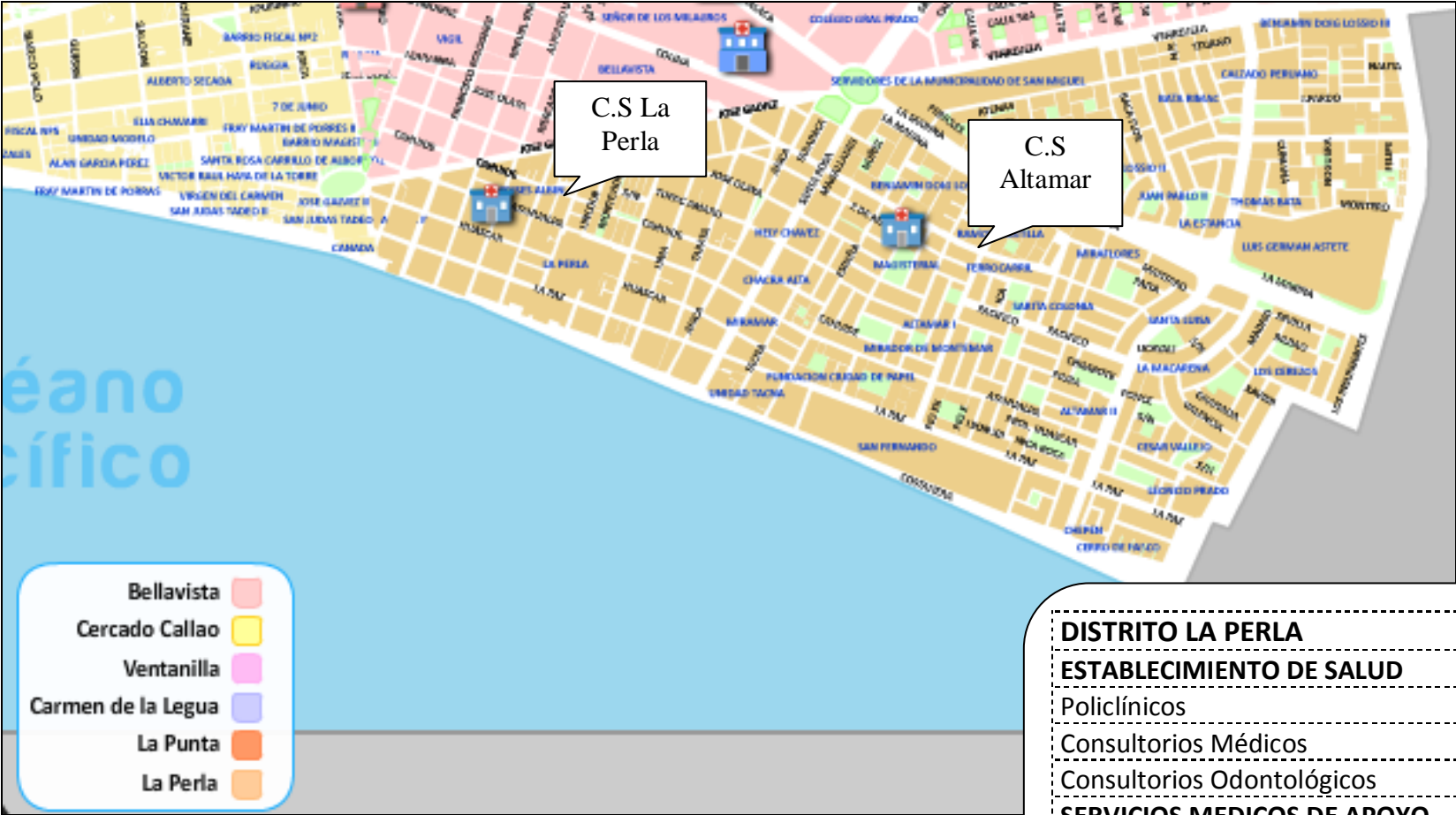


## OFERTA DE SALUD DISTRITO BELLAVISTA



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

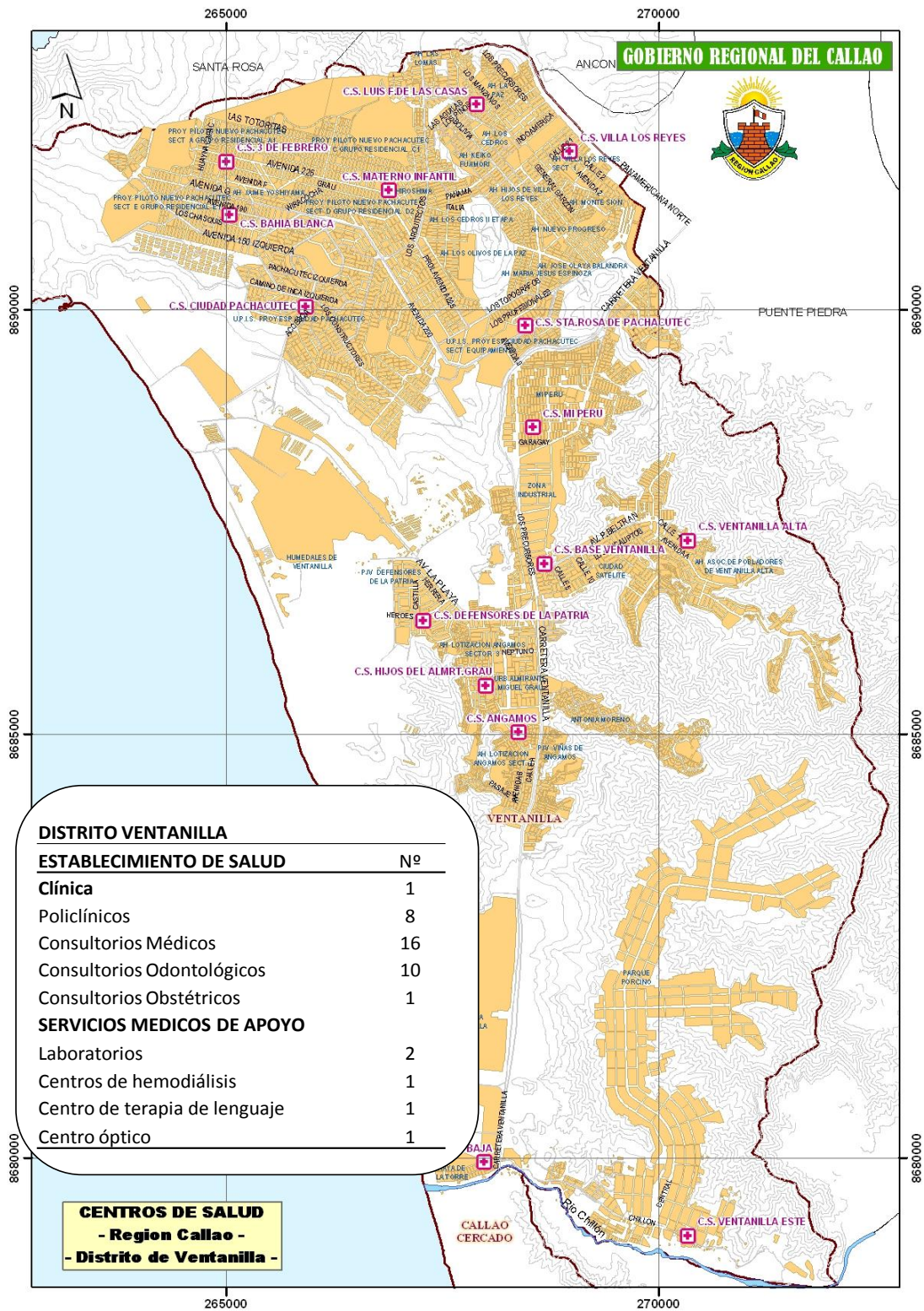
# OFERTA DE SALUD DISTRITO LA PERLA



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



# OFERTA DE SERVICIOS DISTRITO DE VENTANILLA



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

**CENTROS DE SALUD**  
**- Region Callao -**  
**- Distrito de Ventanilla -**

## 2.4. DETERMINANTES POLÍTICOS

### 2.4.1. ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD

#### Inversión del Gobierno Regional del Callao en construcción y equipamiento en salud en el 2009

Dirección Regional de Salud	Nuevos Soles
<b><u>Construcción y Equipamiento Concluido</u></b>	
CS. El Álamo	1.533.914
CS. San Juan Bosco	1.383.053
CS. Ventanilla Baja	1.282.740
<b>Construcción y equipamiento en ejecución</b>	<b>4.199.707</b>
CS. Defensores de la Patria	2.754.353
CS. Acapulco	4.972.833
CS. Puerto Nuevo	1.139.952
	<b>8.867.138</b>
<b><u>Hospital Nacional D. A. Carrión</u></b>	
Implementación y/o Mejoramiento	
Servicio de Neonatología	2.051.220
Servicio de Cirugía Vascular Neuroquirúrgica	1.534.391
Servicio de Cirugía y Medicina de día	4.581.299
Aire acondicionado C.Qx, U.Q, UCI	1.800.424
Servicio de Gineco Obstétrica	4.366.208
Adecuación de Farmacia central	227.689
Adquisición de equipos	<b>14.561.231</b>
Radiología digital	760.000
Tomógrafo helicoidal multicorte	3.770.000
	<b>4.530.000</b>
<b><u>Hospital San José</u></b>	
Reubicación y equipamiento servicios de Hospitalización y procedimientos	2.500.000
	<b>2.500.000</b>
<b><u>Otros</u></b>	
Transferencia 2008 para compra de Mobiliario y equipos a DIRESA HNDAC HSJ	4.273.928
	<b>4.273.928</b>
	<b>38.932.004</b>

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2008-2009

La Ejecución Presupuestal realizada en el periodo 2008 y 2009 se dieron en función a las necesidades presentadas de los establecimientos de salud, considerando también al Hospital de Ventanilla. En el periodo 2008-2009 la ejecución presupuestal tuvo un avance mayor que el año anterior en las diversas genéricas de gasto que tiene la institución.

### AVANCE Y SALDO PRESUPUESTAL AÑO 2008 VS. 2009

PERIODO	EJECUCION DEL PRESUPUESTO				AVANCE DE LA EJECUCION	
	PIA (1)	PIM (2)	EJECUCION (3)	SALDO (4)	APERTURA (3)/(1)	MODIFICADO (3)/(2)
AÑO 2008	39,036,266	56,787,659	47,278,756	9,508,902.64	121.11%	83.26%
AÑO 2009	45,781,868	62,975,441	59,079,748	3,895,693.32	129.05%	93.81%

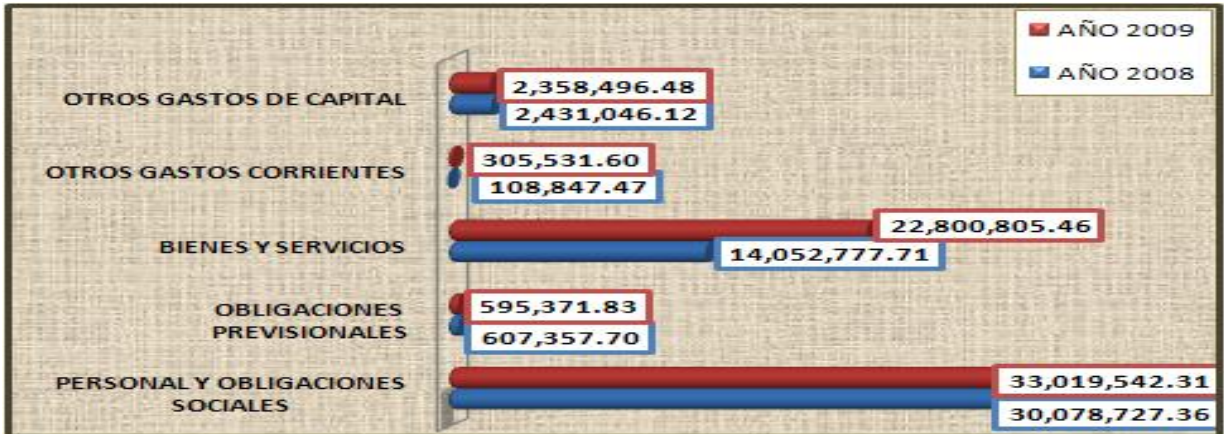
FUENTE: SIAF-MPP 2008-2009 (26.01.2010)

### COMPARATIVO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL PERIODO 2008 VS. 2009 A NIVEL DE GENERICA DE GASTO

A TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO

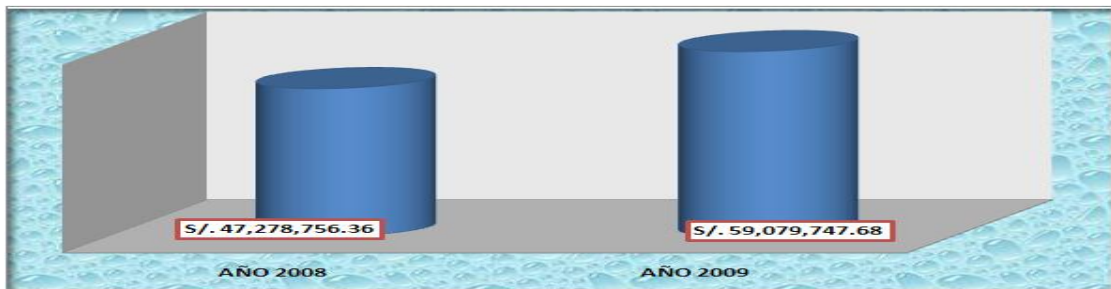
GENERICA DEL GASTO		EJECUCION PRESUPUESTAL		
		AÑO 2008	AÑO 2009	DIFERENCIA
51	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	30,078,727.36	33,019,542.31	2,940,814.95
52	OBLIGACIONES PREVISIONALES	607,357.70	595,371.83	(11,985.87)
53	BIENES Y SERVICIOS	14,052,777.71	22,800,805.46	8,748,027.75
54	OTROS GASTOS CORRIENTES	108,847.47	305,531.60	196,684.13
67	OTROS GASTOS DE CAPITAL	2,431,046.12	2,358,496.48	(72,549.64)
TOTAL		47,278,756.36	59,079,747.68	11,800,991.32

FUENTE: SIAF-MPP 2008-2009 (26.01.2010)



FUENTE: SIAF-MPP 2008-2009 (26.01.2010)

### EJECUCION PRESUPUESTAL / PERIODO AÑO 2008 VS. 2009 A TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO



FUENTE: SIAF-MPP 2008-2009 (26.01.2010)



**EJECUCION PRESUPUESTAL DEL AÑO 2009  
A NIVEL DE FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

GENERICA DEL GASTO		FTE. DE FTO. 1 RECURSOS ORDINARIOS				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	26,120,729	30,033,551	29,840,841.27	99.36	192,709.73
2.2	PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	741,633	777,033	595,371.83	76.62	181,661.17
2.3	BIENES Y SERVICIOS	8,657,807	12,335,636	12,286,195.11	99.60	49,440.89
2.5	OTROS GASTOS	150,000	208,845	205,581.68	98.44	3,263.32
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1,000,000	1,880,051	1,765,003.98	93.88	115,047.02
	<b>TOTAL</b>	<b>36,670,169</b>	<b>45,235,116</b>	<b>44,692,993.87</b>	<b>98.80</b>	<b>542,122.13</b>
GENERICA DEL GASTO		FTE. DE FTO. 2 RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	3,713,090	3,713,090	3,178,701.04	85.61	534,388.96
2.3	BIENES Y SERVICIOS	3,966,910	6,634,196	6,204,423.30	93.52	429,772.70
2.5	OTROS GASTOS	-	-	-	-	-
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1,431,699	1,526,699	238,863.50	15.65	1,287,835.50
	<b>TOTAL</b>	<b>9,111,699</b>	<b>11,873,985</b>	<b>9,621,987.84</b>	<b>81.03</b>	<b>2,251,997.16</b>
GENERICA DEL GASTO		FTE. DE FTO. 4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS ( SIS )				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
2.3	BIENES Y SERVICIOS	-	5,234,760	4,310,187.05	82.34	924,572.95
2.5	OTROS GASTOS	-	99,950	99,949.92	100.00	0.08
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	-	531,630	354,629.00	66.71	177,001.00
	<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>5,866,340</b>	<b>4,764,765.97</b>	<b>81.22</b>	<b>1,101,574.03</b>
GENERICA DEL GASTO		TODA FUENTE				
		PIA	PIM	EJECUCION	%	SALDO
51	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	29,833,819	33,746,641	33,019,542.31	97.85	727,098.69
52	OBLIGACIONES PREVISIONALES	741,633	777,033	595,371.83	76.62	181,661.17
53	BIENES Y SERVICIOS	12,624,717	24,204,592	22,800,805.46	94.20	1,403,786.54
54	OTROS GASTOS CORRIENTES	150,000	308,795	305,531.60	98.94	3,263.40
67	OTROS GASTOS DE CAPITAL	2,431,699	3,938,380	2,358,496.48	59.88	1,579,883.52
	<b>TOTAL</b>	<b>45,781,868</b>	<b>62,975,441</b>	<b>59,079,747.68</b>	<b>93.81</b>	<b>3,895,693.32</b>

FUENTE: SIAF –MPP 2008 (26.01.2010)

**PROYECTOS EJECUTADOS 2008-2009**

- En el marco de las intervenciones realizadas a los establecimientos de salud mediante proyectos de inversión, se verifica el incremento de los servicios de calidad brindados por los establecimientos a los usuarios, lo que ha generado una mayor cobertura de la demanda de atenciones.
- En el período 2008-2009 se han intervenido (inaugurado) 6 establecimientos de salud, mejorando notablemente su infraestructura y dotándolo de Equipamiento Biomédico de última generación.

Nº	CODIGO SNIP	NOMBRE DEL PROYECTO	MONTO DE INVERSION	FECHA DE ENTREGA
<b>2008</b>				
1	14579	RECONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD CARMEN DE LA LEGUA	S/. 1,738,787.00	23/04/2008
2	14484	REHABILITACIÓN, AMPLIACIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD MI PERÚ	S/. 1,933,533.00	24/08/2008
3	14486	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE PACHACUTEC	S/. 1,778,271.00	14/11/2008
4	2544	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD EL ALAMO	S/. 1,008,620.00	05/12/2008
<b>2009</b>				
5	14526	AMPLIACIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BOSCO	S/. 1,383,053.00	23/01/2009
6	2952	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD TIPO I - VENTANILLA BAJA	S/. 1,271,885.00	09/06/2009
<b>TOTAL INVERTIDO</b>			S/. 9,114,149.00	

**FUENTE: UNIDAD DE PROYECTOS DE INVERSIÓN-DIRESA CALLAO**

Se ha invertido S/. **9,114, 149.00 Nuevos Soles** en mejorar los establecimientos de la DIRESA Callao como se muestra en el cuadro precedente.

Algunas evidencias de la ejecución de los proyectos:



**Centro de Salud Carmen de la Legua**



**Centro de Salud Mi Perú**



**Centro de Salud Santa Rosa de Pachacútec**



**Centro de Salud El Álamo**



**Centro de Salud San Juan Bosco**

## 2.5. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD

### 2.5.1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

#### MORTALIDAD GLOBAL

- El INEI estima para el Perú una Tasa Bruta de Mortalidad (TMG) de 6 por 1000 habitantes. Para el año 2009, la Oficina de Estadística de la DIRESA Callao registra en la Región Callao 3,496 defunciones representando una TGM de 4 por 1000 habitantes, para una población estimada por INEI de 863,793 habitantes.
- Esta tasa en el Callao es mayor, si la comparamos con la de años anteriores, en que fluctuaba en menos de 3 y 3.8 en el año 2008.

#### TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR DISTRITOS REGION CALLAO ANUAL - 2009

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

Fuente : Certificado de Defunción / RENIEC

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



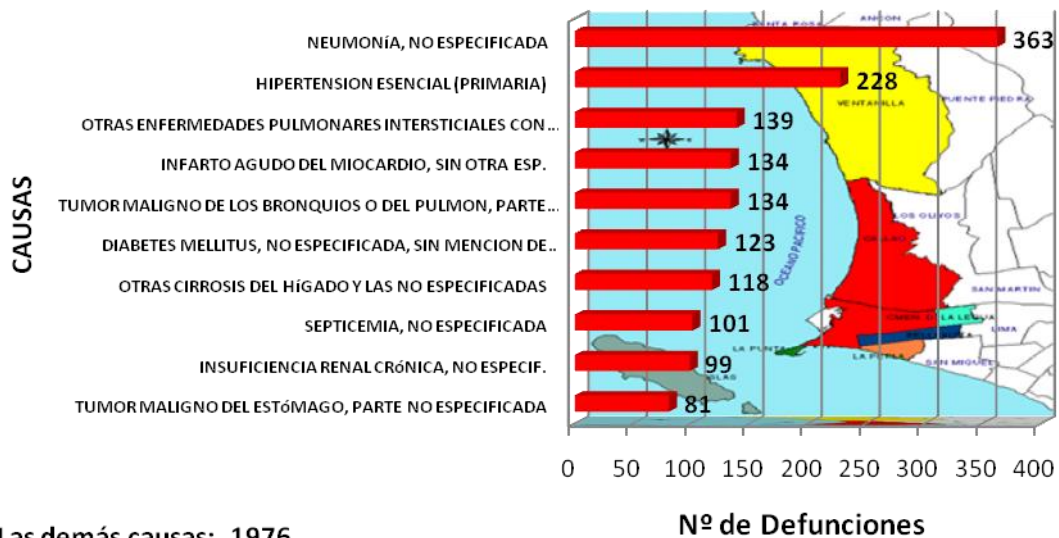
### MORTALIDAD SEGUN SEXO REGION CALLAO, 2009



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

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

### DIEZ PRIMERAS CAUSA DE MORTALIDAD REGION CALLAO, 2009



Las demás causas: 1976  
Total defunciones: 3496

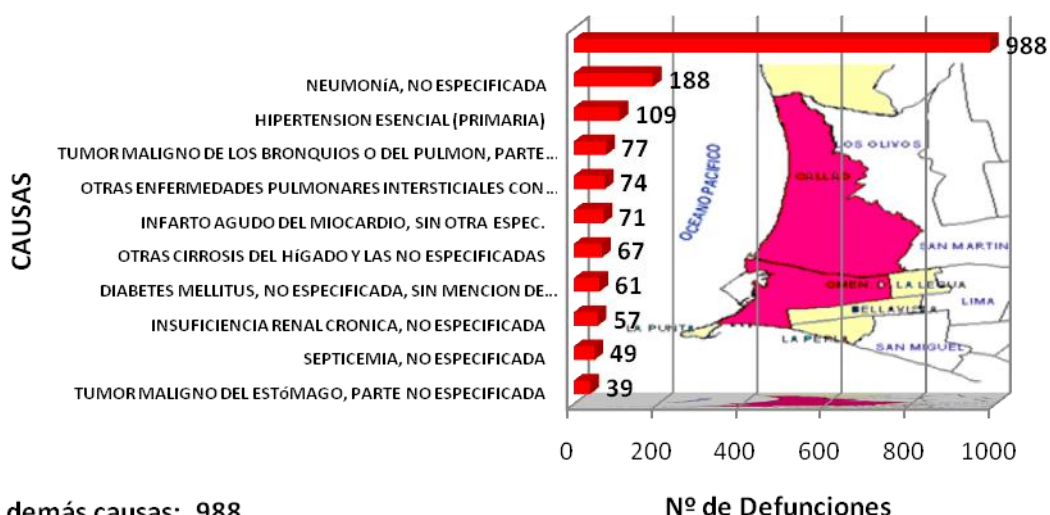
Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)  
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

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

## MORTALIDAD POR DISTRITOS

- En el 2009 en el **Distrito del Callao** fallecieron 1780 personas, las diez principales causas fueron similares a las regionales, estas son: Neumonía 10.56% (188), Hipertensión esencial 6.12% (109), Tumor maligno de los bronquios o del pulmón 4.32% (77), otras enfermedades pulmonares intersticiales 4.15% (74), Infarto Agudo del Miocardio 3.98% (71), Cirrosis hepática 3.76% (67), Diabetes mellitus 3.7% (61), Insuficiencia renal crónica 3.2% (57), Septicemia 2.75% (49) y Tumor maligno de estómago 2.19% (39) del total de defunciones del distrito Callao.

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

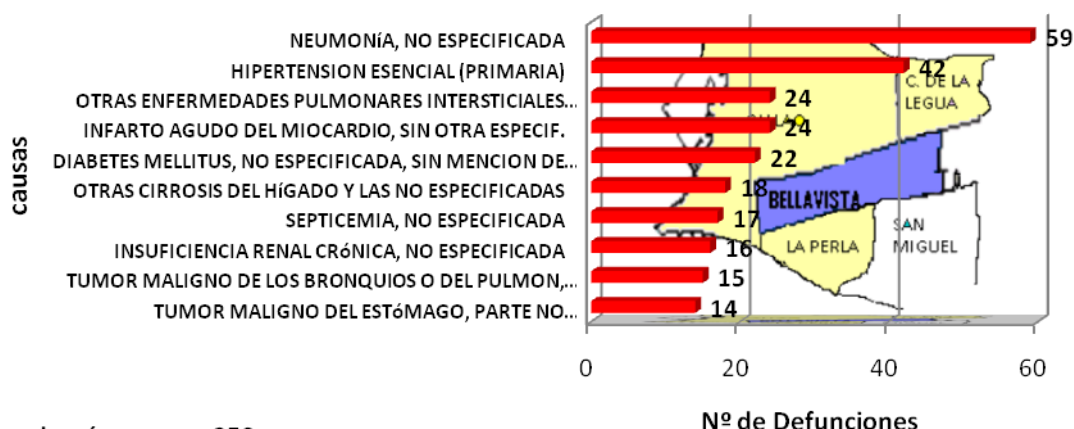


Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

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

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



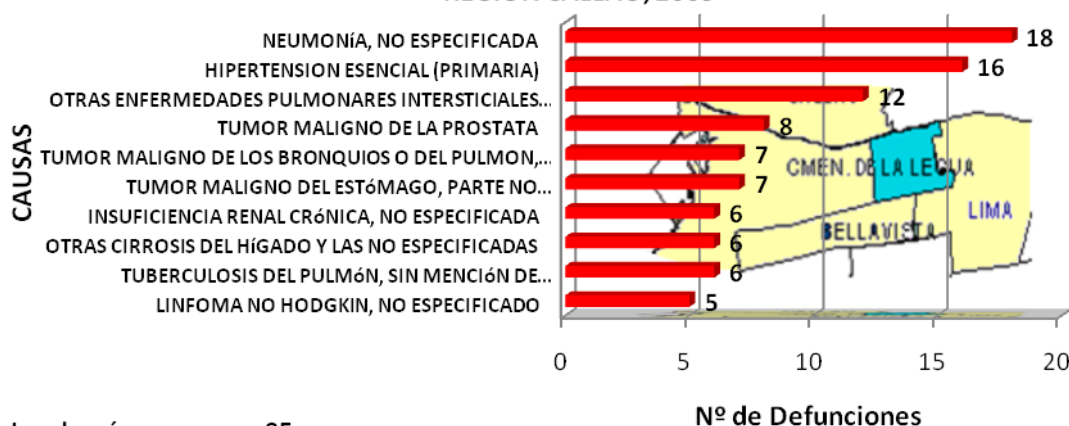
Las demás causas: 350

Total defunciones: 556

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

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

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DEL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA  
REGION CALLAO, 2009**

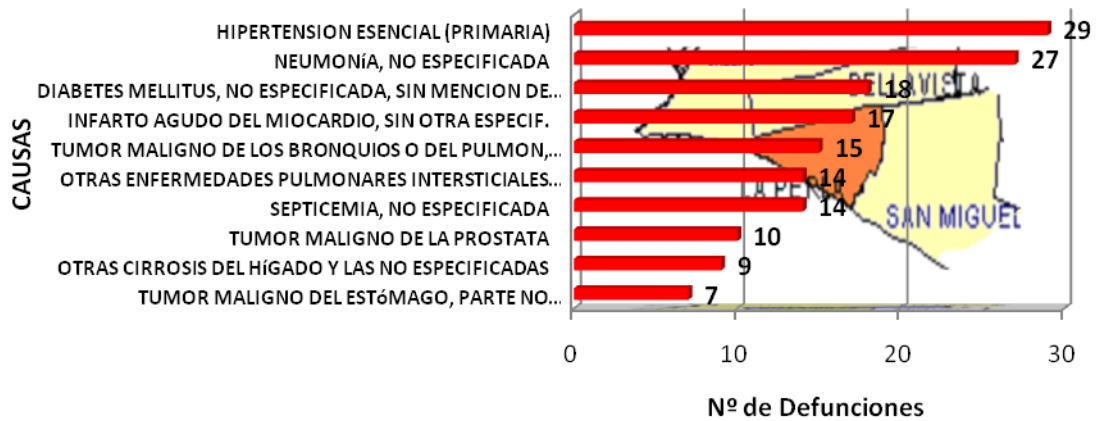


Las demás causas: 95  
Total defunciones: 186

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

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

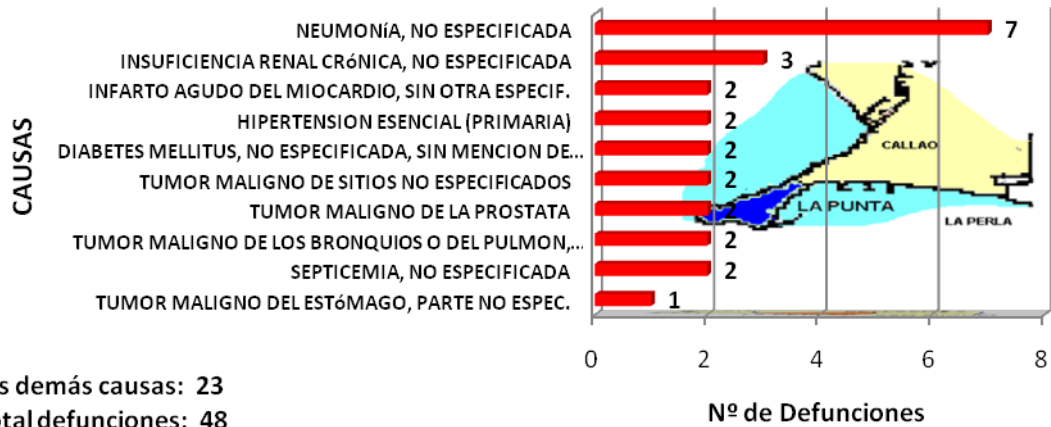
**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTABILIDAD DEL DISTRITO DE LA PERLA  
REGION CALLAO, 2009**



Las demás causas: 176  
Total defunciones: 336

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

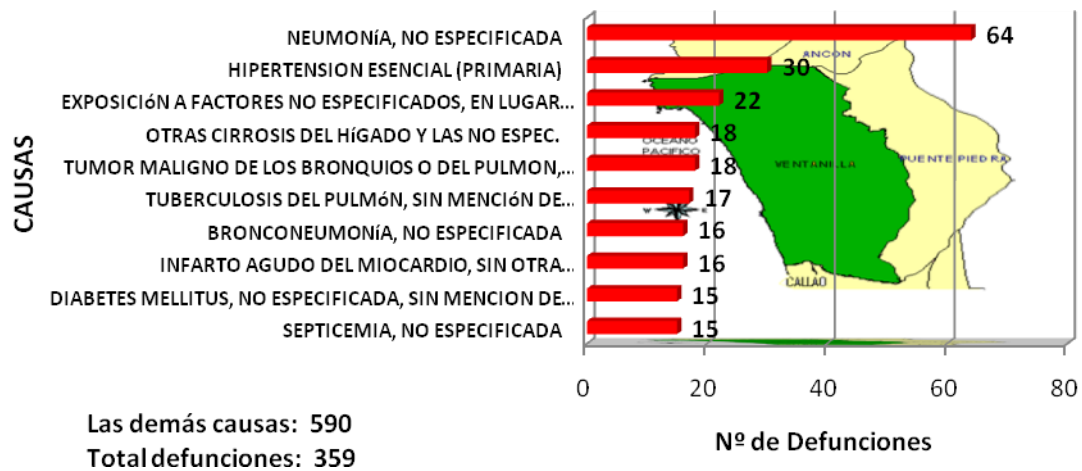
**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTABILIDAD DEL DISTRITO DE LA PUNTA  
REGION CALLAO, 2009**



Las demás causas: 23  
Total defunciones: 48

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

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL DISTRITO DE  
VENTANILLA  
REGION CALLAO, 2009**



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

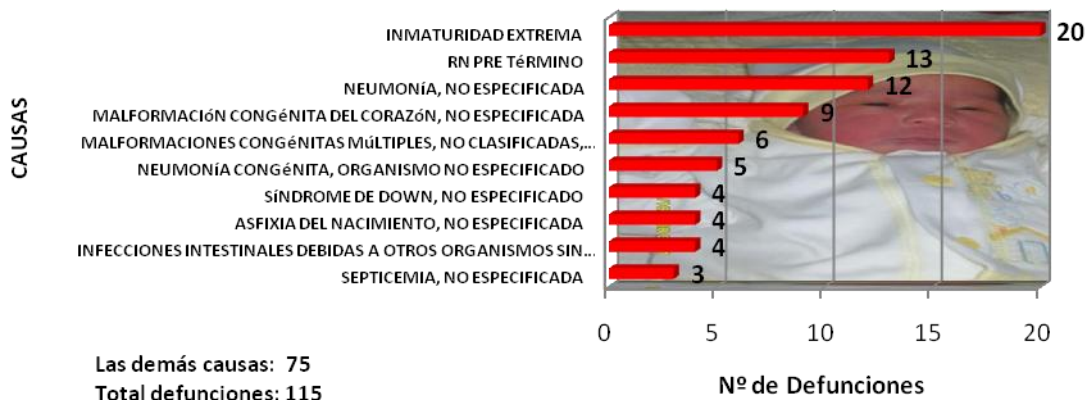
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

**MORTALIDAD POR ETAPAS DE VIDA**

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



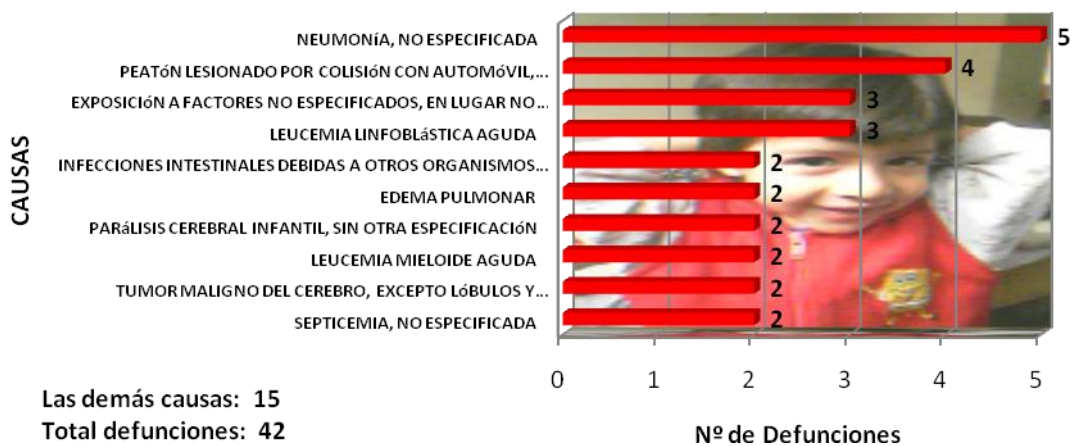
**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO  
REGION CALLAO, 2009**



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

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

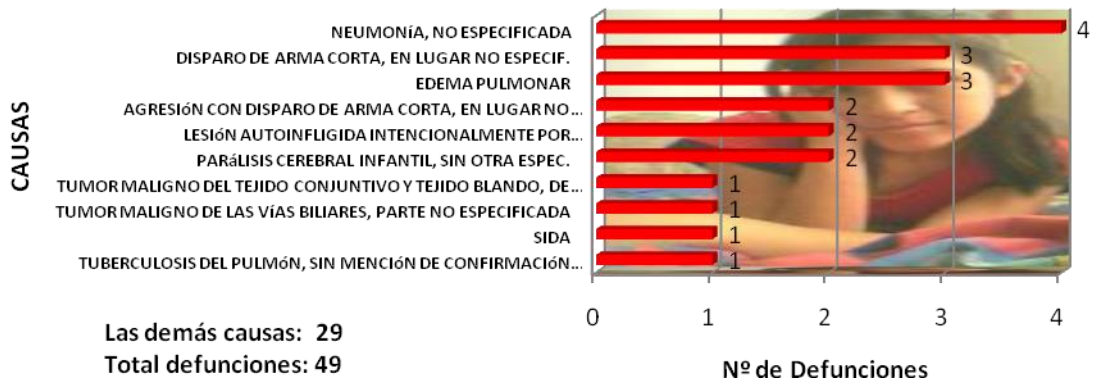
**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS (1 a 9 años)  
REGION CALLAO, 2009**



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

Elaborado por: Oficina de Epidemiología

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN ADOLESCENTES  
(10 a 19 años)  
REGION CALLAO, 2009**

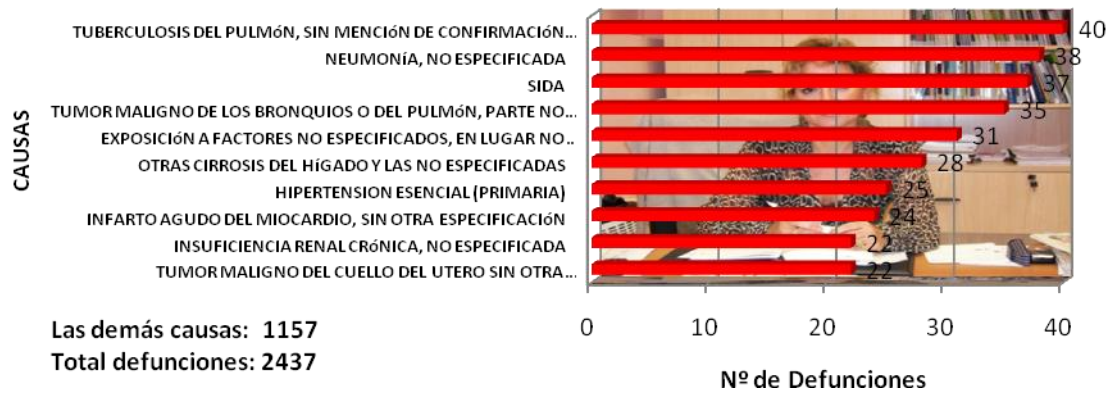


Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)  
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

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

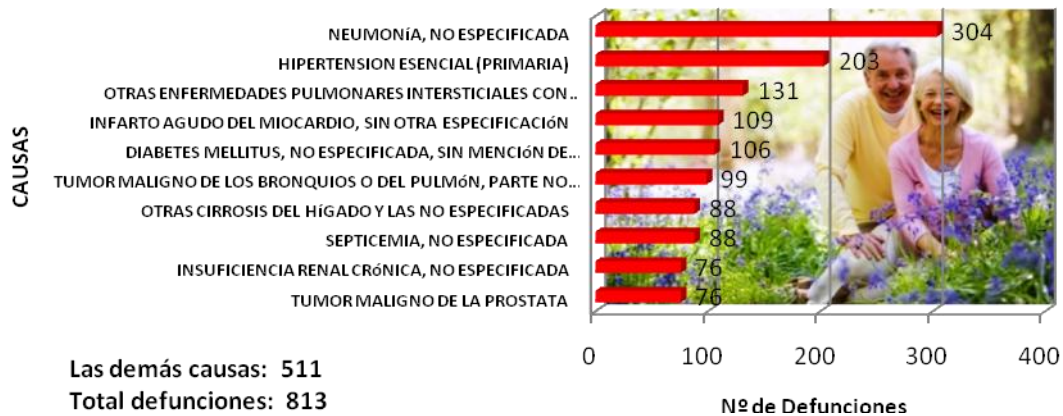


**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN ADULTOS (20 a 59 años)  
REGION CALLAO, 2009**



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

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



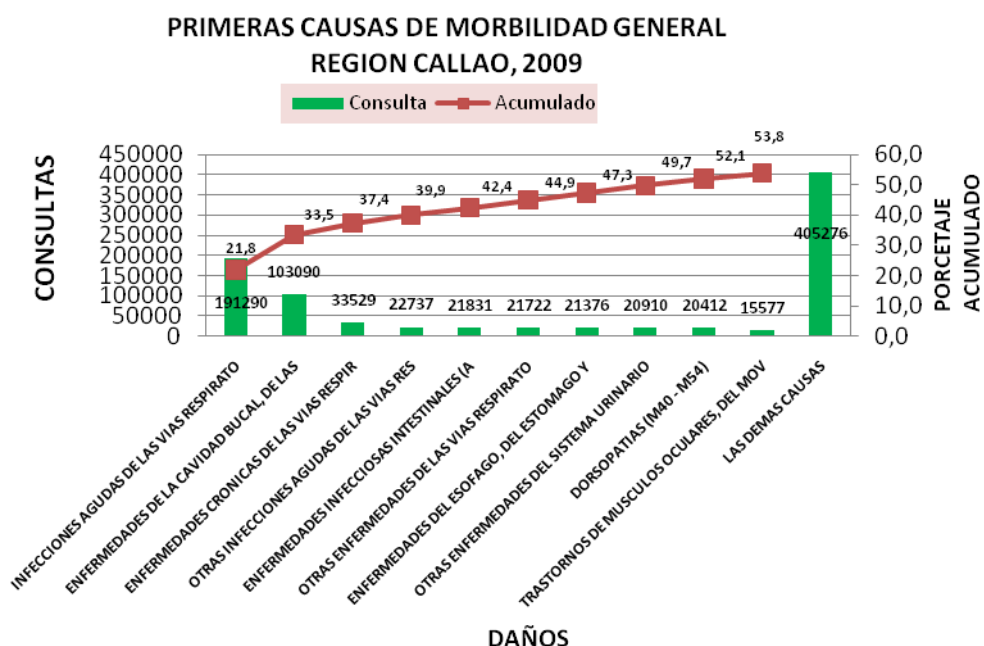
Fuente: Certificados de defunción/RENIE/File: Hechos vitales (Of. de Estadística)  
Elaborado por: Oficina de Epidemiología

**2.5.2. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD**

Morbilidad es definida como el conjunto de enfermedades, así como sus secuelas, incapacidades y otros problemas de salud detectados en una población determinada. La información que se presenta proviene del reporte HIS de la consulta externa de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao durante el 2009.

## MORBILIDAD GENERAL

Los atendidos en la consulta externa de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao en el 2009 fueron 877 750 personas. Las principales causas de atención fueron en primer lugar las Infecciones agudas de las vías respiratorias con 191 290 casos que equivalen al 21.8% del total de causas de morbilidad, en segundo lugar las enfermedades de la cavidad bucal con 103 090 casos que equivalen al 11.74% de total de los atendidos, siguen las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con 33 529 casos (3,81%). Comparando la morbilidad 2008-2009 se evidenció que las causas de consulta externa continúan siendo las mismas en ambos años.



FUENTE: ESTADISTICA/HIS  
ELABORADO POR: DEPIDE

## MORBILIDAD POR DISTRITOS

- En el **distrito del Callao** se realizaron 295,378 consultas; las infecciones agudas de las vías respiratorias ocupan el primer lugar de consulta, seguidos por las enfermedades de la cavidad bucal y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.
- En el **distrito de Bellavista** se realizaron 217,777 consultas; las infecciones agudas de las vías respiratorias ocupan el primer lugar, seguidas de las enfermedades de la cavidad bucal y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, similar a lo observado en la morbilidad regional.
- En el **distrito de Carmen de La Legua** se atendieron 147,826 consultas, ocupando el primer lugar las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, las enfermedades de la cavidad bucal y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

- En el **distrito de La Perla** se atendieron 23,121 consultas, ocupando el primer lugar las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, las enfermedades de la cavidad bucal y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.
- En el **distrito de Bellavista** se realizaron 3,785 consultas; las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el primer lugar, seguidas de las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades infecciosas intestinales, se observa que en este distrito las primeras causas de mortalidad son distintas a las regionales.
- En el **distrito de Ventanilla** se realizaron 189,863 consultas; ocupando el primer lugar las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, las enfermedades de la cavidad bucal y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

## **RESPUESTA SOCIAL**

### III. RESPUESTA SOCIAL

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

##### OFICINA EJECUTIVA DE DESARROLLO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

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

##### Problemas

- Existe concentración de funciones en la administración central.
- La capacidad de las redes es limitada, aun las unidades no se articulan como un equipo.

##### Propuestas

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

##### DIRECCION EJECUTIVA DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEL CALLAO

- La Dirección de Laboratorio de Salud Pública es integrante de una infraestructura de Salud Pública nacional, diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de casos e investigación epidemiológica en general.
- Siendo el objetivo principal lograr las capacidades y competencias necesarias para llevar a cabo la investigación, vigilancia de brotes epidémicos, de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

##### Actividades y Metas 2009

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	META FISICA OPERATIVA		TOTAL META ANUAL		
	TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA	Prog	Ejec	%
Exámenes de laboratorio			433,253	433,189	100%
	Exa. Bioquímicos	Examen	128,227	125,584	98%
	Exa. Hematológicos	Examen	114,238	116,502	102%
	Exa. Microbiológicos	Examen	125,903	123,370	98%
	Exa. Inmuno Serológico	Examen	54,690	52,103	95%
	Exa. Citología	Examen	10,195	15,630	153%

- El año 2009 la Dirección de Laboratorio en Salud Pública incrementó en 14,31% lo programado y en 15,39% lo ejecutado, respecto al año 2008.
- Existen debilidades como una inadecuada infraestructura, limitación de recursos humanos, debe mejorarse el equipamiento y abastecimiento de materiales e insumos de laboratorio. Se está en la etapa de elaboración de los términos de referencia para la “**Construcción e Implementación del Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública de la DIRESA Callao**”.

#### **DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS (DEMID)**

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

#### **SITUACIÓN DEL FONDO ROTATORIO DE MEDICAMENTOS 2009**

Fuente de Financiamiento	Saldo 2008	Ingresos 2009	Egresos 2009		Saldo
			Medicamentos	G. Adminis.	
Recursos Directamente Recaudado	S/.1,117,840.91	S/.867,443.95	S/.1,135,306.91	S/.110,511.82	S/.739,466.13
Donaciones y Transferencias	S/.1,405,608.70	S/.1,156,841.73	S/.1,832,824.20	S/.284,060.10	S/.445,566.13
<b>TOTALES</b>	<b>S/.2,523,449.61</b>	<b>S/.2,024,285.68</b>	<b>S/.2,968,131.11</b>	<b>S/.394,571.92</b>	<b>S/.1,185,032.26</b>

Fuente: DEMID



## ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL SANITARIO 2009



### DIRECCION DE FISCALIZACION, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA



ACTIVIDADES MULTISECTORIALES				
PROGRAMADO	UNIDAD DE MEDIDA	EJECUTADO		RESPONSABLE
		AÑO 2008	AÑO 2009	
VERIFICACION TECNICA ORGANOLEPTICA DE PRODUCTOS A SER INGRESADOS EN LAS MISIONES DE AYUDA HUMANITARIA INGRESADAS POR EL AEROPUERTO INTERNACIONAL JORGE CHAVEZ	INSPECCION	14	35	DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES/DEMID-DFCVS
OPERATIVOS A EEFF	INSPECCION	6	10	DIRESA CALLAO, FISCALIA PROVINCIAL, PNP, SEGURIDAD DEL ESTADO

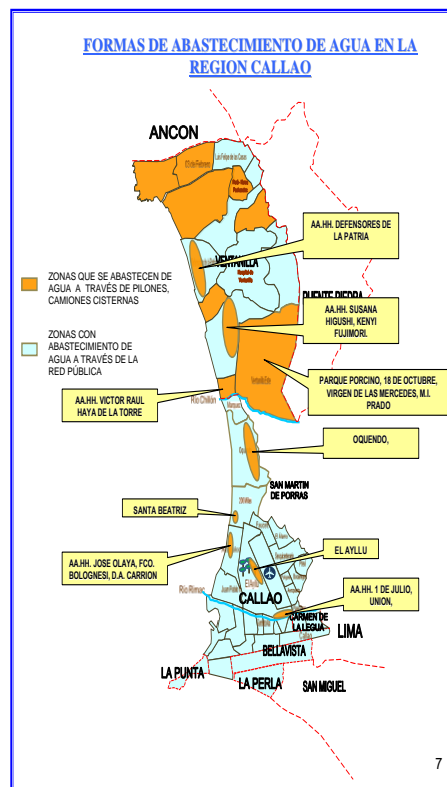
PROGRAMADO	UNIDAD DE MEDIDA	EJECUTADO		RESPONSABLE
		AÑO 2008	AÑO 2009	
INSPECCIONES A EEFF PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS BPA	INSPECCION	71	232	DEMID-DFCVS
PESQUISAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y AFINES	PESQUISA	15	15	DEMID-DFCVS
CONTROL Y FISCALIZACION DE LA TENENCIA DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES PSICOTROPICOS Y OTRAS SUSTANCIAS SUJETAS A FISCALIZACION	INSPECCION	2	11	DEMID-DFCVS
CAPACITACION A REGENTES PROFESIONALES Y PROPIETARIOS DE EEFF DE LA JURISDICCION EN PROCESO A LA CERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS	CAPACITACION	3	9	DEMID-DFCVS

NUEVAS ACTIVIDADES DESCENTRALIZADAS				
PROGRAMADO	UNIDAD DE MEDIDA	EJECUTADO		RESPONSABLE
		AÑO 2008	AÑO 2009	
INSPECCION A DROGUERIAS	INSPECCION	0	12	DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES/DEMID-DFCVS
AUTORIZACIONES SANITARIAS DE INICIO DE ACTIVIDADES	INSPECCION	0	60	DEMID-DFCVS
AUTORIZACIONES SANITARIAS DE ASUME REGENCIAS FARMACEUTICAS	INFORME	0	79	DEMID-DFCVS
AUTORIZACIONES SANITARIAS DE RENUNCIA A REGENCIAS FARMACEUTICAS	INFORME	0	137	DEMID-DFCVS
AUTORIZACION SANITARIA DE CAMBIOS EN LO INFORMADO	INFORME	0	39	DEMID-DFCVS
AUTORIZACION SANITARIA DE TRASLADOS DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS	INFORME	0	7	DEMID-DFCVS
AUTORIZACION SANITARIA DE CIERRE DEFINITIVO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS	INFORME	0	43	DEMID-DFCVS
AUTORIZACION SANITARIA DE FABRICACION POR ENCARGO	INFORME	0	2	DEMID-DFCVS
CAPTACIONES PUBLICITARIAS DE MEDIOS ESCRITOS Y TELEVISIVOS	PESQUISA DE PUBLICIDAD	0	48	DEMID-DFCVS

Fuente: DEMID

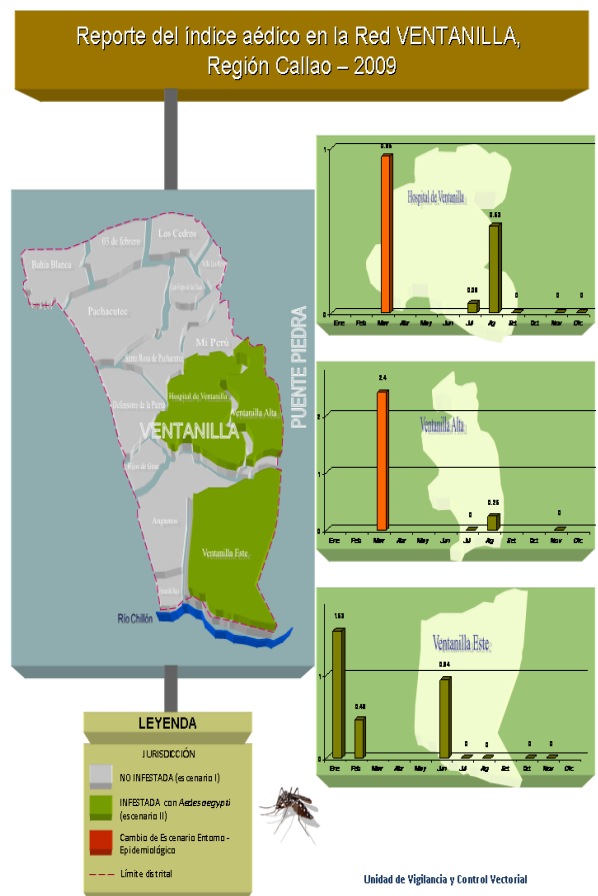
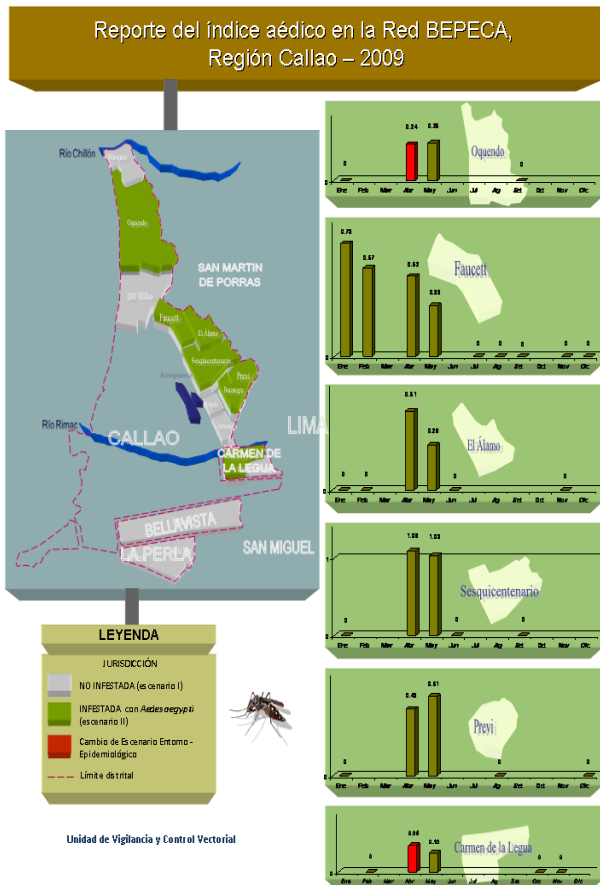
## DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL (DESA)

- La Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) realiza sus actividades a través de la Dirección de Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis y la Dirección de Ecología, Protección del Ambiente y Salud Ocupacional.
- Dado que el agua constituye el elemento indispensable para la vida y en muchos casos se asocia a la transmisión de enfermedades, sobre todo en las poblaciones donde los sistemas de abastecimiento carecen de infraestructura sanitaria que garantice su calidad e inocuidad, existe en la DESA el Programa de Vigilancia y Control de la Calidad del Agua de consumo humano y uso recreacional, en la Región Callao, ha identificado zonas de riesgo en el distrito de Ventanilla y algunas localidades del distrito del Callao. En estas zonas, las de mayor extensión y con gran población, el abastecimiento se realiza a través de camiones cisternas (abastecidos en surtidores autorizados y administrados por la empresa SEDAPAL), pilones, o a través de reservorios.
- En el 2009 se realizaron 5 operativos a camiones cisternas y 4 operativos a surtidores.
- Se otorgaron 4 constancias para el funcionamiento de surtidores, todos administrados por la empresa SEDAPAL. Se otorgaron 54 constancias para camiones cisternas que transportan agua a los diferentes centros poblados que carecen de agua de red pública. Con respecto a las piscinas se mantiene en 13 el número de piscinas que cuentan con Autorización de Proyecto de Piscinas.
- Se tomaron en total 9,470 muestras para determinar la concentración del cloro libre residual, encontrándose en Ventanilla un 47% de muestras no aptas. Con respecto a la calidad microbiológica, 44.12% no cumplen con los requisitos establecidos por la norma, es decir se reporta presencia de coliformes. Frente al incremento de piscinas “portátiles”, se realizó la inspección y evaluó la calidad microbiológica del agua, reportándose la presencia de microorganismo coliformes, en cantidades significativas que representan riesgo para los usuarios.
- Se involucró a la población para que aplique las buenas prácticas de almacenamiento del agua, a través de talleres, charlas demostrativas, con la participación de los técnicos de las redes de salud como expositores.
- Se capacitó al personal de salud ambiental en temas de vigilancia y control: aplicación de fichas de inspección, toma de muestras de agua para análisis microbiológico. También se les hizo entrega de comparadores de cloro residual para su trabajo diario.





- Con relación a la **Vigilancia y Control Vectorial** dirigida al *Aedes aegypti*, se fortalecieron las capacitaciones al personal de salud de los establecimientos de salud, agentes comunitarios (aproximadamente 500).
- Se logró la participación de la población en general en el lanzamiento de la campaña de Lucha contra el Dengue, el 1° de noviembre del año 2009, que coincide con el aumento de temperatura en el Callao.
- Se lograron desarrollar estrategias que resultaron en el mantenimiento de los indicadores entomológicos en niveles que significaron bajo riesgo; sin embargo al finalizar el año 2009, el 26.71% de la población chalaca (234,197 habitantes) se encuentra en riesgo de contraer el Dengue ante la presencia del *Aedes aegypti* en 10 jurisdicciones de toda la Región Callao.
- Se aprobó el Manual de Procedimientos para la vigilancia y control del *Aedes aegypti*,
- Se fortaleció el trabajo en la frontera conjuntamente con la DISA V Lima Ciudad y como resultado de esta acción se detectó la presencia del vector en otras jurisdicciones sanitarias fronterizas, lo que conllevó a fortalecer el parque antivectorial con la adquisición de equipos de fumigación, insumos y equipos de bioseguridad.
- Los resultados de la vigilancia del *Aedes aegypti* en el Callao y del trabajo coordinado con la DISA V Lima Ciudad en las jurisdicciones sanitarias fronterizas obligaron a reprogramar la meta 2009, ya que se incrementaron a 10 las jurisdicciones sanitarias en escenario epidemiológico II: Ventanilla Este, Ventanilla Alta, Hospital Ventanilla, Oquendo, Faucett, El Álamo, Previ, Bocanegra, Sesquicentenario y Carmen de la Legua.
- El registro de febriles en las jurisdicciones sanitarias en escenario epidemiológico II, obligaron a complementar las actividades de vigilancia con las de control de adultos (nebulización espacial), lo que también representó un incremento en la programación de actividades 2009.



- **Salud Ocupacional** es considerada un pilar fundamental en el desarrollo de un país, siendo una estrategia de lucha contra la pobreza. Sus acciones están dirigidas a la promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales causadas por las condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales en las diversas actividades económicas. Con frecuencia los trabajadores están expuestos a factores de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos presentes en las actividades laborales. Dichos factores pueden conducir a una ruptura del estado de salud, y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral.
- En la Región Callao se desarrollan diferentes actividades económicas como la Agricultura, Ganadería, Caza, Pesca, Minería, Manufactura, Construcción, Comercio, Transportes, Comunicaciones, Servicios y otros.
- La población económicamente activa del Callao representa el 46,8% de la población total y los Trabajadores de Salud un aproximado de 4.1 % del total de la población económicamente activa.
- Para el año 2009 se han inspeccionado 971 **pequeñas y microempresas** de las cuales el 43% no cuentan con Licencia de Funcionamiento; de los 2793 trabajadores el 69 % corresponde al género masculino y un 31 % al género femenino; y en relación a la exposición a Factores de Riesgos Ocupacionales: el 27% de trabajadores están con mayor exposición a los riesgos físicos, le siguen el riesgo químico y biológico con un 17%, el factor de riesgo psicosocial y de incendio y de explosión con un 12%, el factor de riesgo ergonómico con un 9% y por último el factor de riesgo de accidentes con un 6%.
- La **Vigilancia de Riesgos Ocupacionales** en las **Medianas y Grandes Empresas**, se lleva a cabo a través de la aplicación del Formato de Información y Control de Riesgos Ocupacionales (FICRO) por Profesionales Ingenieros capacitados en Salud Ocupacional. Para el año 2009 se han visitado 136 Empresas, en relación a la exposición a Factores de Riesgos Ocupacionales, el 36% de trabajadores están con mayor exposición a actos y condiciones inseguras, a riesgo físico y biológico con un 17%, el factor de riesgo químico con un 11%, el factor de riesgo ergonómico con 10% y el factor de riesgo psicosocial con un 9%.
- La **Vigilancia de Accidentes de Trabajo** permite identificar y controlar en forma oportuna los accidentes de trabajo, así como a valorar los costos directos e indirectos por pérdidas. Lo hace a través de la Ficha Única de Aviso de Accidente de Trabajo (FUAAT), que constituye un instrumento de gestión en materia de salud ocupacional que permite el registro y notificación de accidentes de trabajo de índole leve, moderado o grave. Esta ficha se ha implementado en los 52 establecimientos de salud de la DIRESA Callao desde el año 2008 y durante el año 2009 el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión ha registrado y notificado 67 Accidentes de Trabajo y 43 Accidentes punzocortantes en trabajadores de salud.
- La **Vigilancia de la Bioseguridad** en los establecimientos de salud de la DIRESA Callao, permite evaluar el nivel de bioseguridad a fin de garantizar la minimización de los riesgos biológicos a pacientes, visitantes y personal de

salud. Define los riesgos por cada servicio señalando puntos críticos o áreas de peligro y establece un sistema de monitoreo de riesgos biológicos que permita proveer a los establecimientos de salud los elementos necesarios para prevenirlos. Para el desarrollo de esta actividad todo el personal profesional del Área de Salud Ocupacional aplica la Ficha de Evaluación de Bioseguridad en Establecimientos de Salud de Nivel I. Durante el año 2009 se ha vigilado a 30 Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao.

## **DIRECCION EJECUTIVA DE PROMOCION DE LA SALUD (DEPS)**

- La Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud es un órgano de línea de la Dirección Regional de Salud del Callao, y cuenta con la Dirección de Promoción de Vida Sana y Participación Comunitaria en Salud y la Dirección de Educación para la salud.
- Las intervenciones de Promoción de la Salud, están orientadas a la implementación de los Programas de Promoción de la Salud, en los diferentes escenarios como Municipios, Comunidades, Familias y Vivienda Saludable, que fomentan estilos de vida y entornos saludables. En cada escenario se iniciaron procesos hacia la promoción de estilos de vida y entornos saludables y la formulación de acuerdos, compromisos, ordenanzas y directivas regionales.
- En el año 2009 se han incorporado 940 familias de 1000 que se tenía establecido como meta anual, para los dos objetivos estratégicos. Recientemente en este año se han incorporado las sesiones demostrativas de preparación de alimentos y las consejerías nutricionales y las consejerías para la promoción de la salud sexual y reproductiva, que inicialmente no estaban previstas en las actividades del POA 2009. Los ejes temáticos se implementan a través de los cuatro programas de promoción de la salud, según población sujeto de intervención. Los ejes priorizados considerados son: Alimentación y Nutrición Saludable, Higiene y Ambiente, Actividad física, Salud sexual y Reproductiva, Habilidades para la Vida, Seguridad Vial y Cultura de Tránsito, Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz con enfoques de Equidad y Derechos en Salud, Equidad de Género e Interculturalidad.
- En el Programa de Municipios y Comunidades Saludables se han desarrollado actividades en los Distritos de Ventanilla, Carmen de la Legua y Bellavista, como la generación de políticas públicas, el componente Comunidades Saludables se implementa en el 100% de establecimientos de salud a través de los Comités Locales de Salud, habiéndose sectorizado y realizado un mapeo comunal y la elaboración de planes de desarrollo local.
- El Programa Familia y Vivienda Saludable tiene por finalidad contribuir a que las familias peruanas se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, y la escuela. Se implementó en 12 familias de la Red de Salud Bonilla – La Punta y en 265 familias de la Red de Salud Ventanilla. Existe una

alianza estratégica con la ONG Tierra de Niños para fortalecer el programa, la cual se encuentra en vía de regularización.

- En el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas las intervenciones se ejecutan a través de cuatro líneas de acción básica: a) Promoción de comportamientos saludables b) Desarrollo de entornos saludables c) Trabajo intersectorial, y d) Implementación de políticas que promuevan la salud. En el año 2008, se obtuvo el siguiente avance, se ha implementado el Programa en 72 instituciones educativas del Callao (distribuidas en las tres Redes: Bonilla-La Punta (19), BEPECA (22) y Ventanilla (41).
- En la DIRESA Callao se han desarrollado actividades en tres prioridades sanitarias regionales: La Intoxicación por Plomo (trabajando con instituciones educativas de las zonas de Puerto Nuevo, San Juan Bosco, Alberto Barton y Ramón Castilla); contra el dengue formando parte del Comité Regional de Lucha contra esta enfermedad y en la Campaña contra la Hepatitis B (Se logró la firma de compromisos de los municipios y se establecieron acuerdos y convenios con la Dirección Regional de Salud y la Dirección Regional de Educación).

## **CENTRO DE PREVENCION Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

- Estructuralmente es un órgano de apoyo de dependencia directa de la DIRESA y de dependencia funcional de la GERESA, estando conformado por la Unidad de Planeamiento y Doctrina y la Unidad de Movilización. Fomentar la Cultura de Prevención, mediante la Gestión de Riesgo que permita conducir el desarrollo de competencias y compatibilidades, en la comunidad chalaca y trabajadores de la DIRESA Callao, frente a situaciones de emergencias y desastres.
- La Gestión de Riesgo se basa en la cuantificación del daño esperado, debido a la vulnerabilidad existente frente a un evento natural o tecnológico. La Región Callao por su ubicación geográfica en la región central y occidental del litoral del Océano Pacífico, surcado por los ríos Rímac y Chillón expuesta a riesgo sísmico; además, presenta un alto desarrollo tecnológico (aeropuerto internacional, primer puerto marítimo del Perú, desarrollo industrial desordenado, refinería La Pampilla, planta de gas Repsol entre otros), todo ello inmerso en una población de crecimiento desordenado, tugurización, hacinamiento y baja cultura de prevención, viviendas ruinosas, alto índice de pobreza y violencia social (Delincuencia, drogadicción, alcoholismo) lo cual genera una alta situación de riesgo de una emergencia o desastre producido por un evento natural o tecnológico en un ámbito altamente vulnerable.
- La preocupación de conocer e identificar el nivel de riesgo en el Callao conlleva a la formulación de un análisis de los eventos naturales y tecnológicos que a través de sus efectos pueden causar daños a la vida y a la salud, al patrimonio, servicios, producción y al ambiente; en función directa a los diferentes determinantes de vulnerabilidad (socioeconómicos, culturales, políticos, demográficos de salud, geográficos y de uso de suelos) identificados

por sectores, aéreas, zonas y microzonas. Para la formulación del referido análisis se tiene como fuente de información los antecedentes históricos de la ocurrencia de eventos adversos como, terremotos, maremotos, marejadas, inundaciones, precipitaciones, explosiones, incendios, violencia social, subversiones entre otros, bajo la premisa que "donde sucedió alguna vez un evento adverso, en el tiempo se repetirá".

El Sistema Único de Movilización de Atención Regional, SUMAR, comprende los siguientes sub- proyectos:

- Integración del Servicio de Atención Local Vehicular de Ambulancias (SALVA).
- Red Implementación de la Central Reguladora de Salud integrante de la Central Reguladora Regional Única.
- Implementación del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud (COE Salud).
- Complementación de la Red del Nuevo Botiquín de Urgencias NBU.
- Implementación del Centro de Formación en Emergencias y Desastres.
- Formación de Brigadas Institucionales y Comunitarias.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta mediante recursos logísticos.
- En el 2009, se logró la participación activa en eventos mediante brigadas, en previsión de daños y atención en salud; frente a situaciones de amenazas biológicas: Influenza A H1N1, prevención del dengue, rabia canina; actividades de Accidentes de Tránsito. En el fortalecimiento de la cultura de prevención se realizó la capacitación a brigadistas y personal de la DIRESA, Hospital San José, Gerencia de Defensa Nacional y Defensa Civil del Gobierno Regional, SERUMS, docentes, personal de las redes, ejercito, personal de serenazgo de gobiernos locales, comunidades terapéuticas y centros educativos.
- Asimismo, se coordinó trabajo interinstitucional con la Compañía de Bomberos, municipalidades, clínicas, Lima Airport Partners, Gobierno Regional y otros, participación en simulacros y simulaciones.
- El mayor problema de la Gestión de Riesgos es el débil compromiso para el desarrollo del trabajo orientado a la prevención y mitigación de daños. Las respuestas generalmente son reactivas frente a la presencia de los eventos adversos. Se debe implementar todas las medidas pertinentes orientadas a la existencia de hospitales seguros, denominándose así, al establecimiento de salud que frente a un evento adverso (sismo de gran magnitud) se mantiene en pie sin sufrir daños en su estructura permitiendo mantener su operatividad mediante la permanencia de su personal quienes no han sufrido daño al igual que su equipo de respuesta, el cual debe estar listo para la inmediata utilización y atención frente al incremento de la demanda.
- Desde la perspectiva de prevenir y controlar las emergencias y los desastres es necesario preparar a la población quienes actuarán como los primeros auxiliares, por lo cual es indispensable que conozcan como actuar frente a situaciones de emergencia y desastres mediante la educación, promoviendo cambios de actitud y desarrollando conductas adecuadas frente a riesgos de emergencias o desastres. Fomentemos la necesidad de prepararnos para

enfrentar ese momento, involucremos a la población en la necesidad de estar preparados y hagamos alianzas con otras instituciones que piensen en mejorar la capacidad de respuesta de la población y de las instituciones involucradas.

## ASESORÍA JURÍDICA

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

La Oficina se encarga de los siguientes procesos:

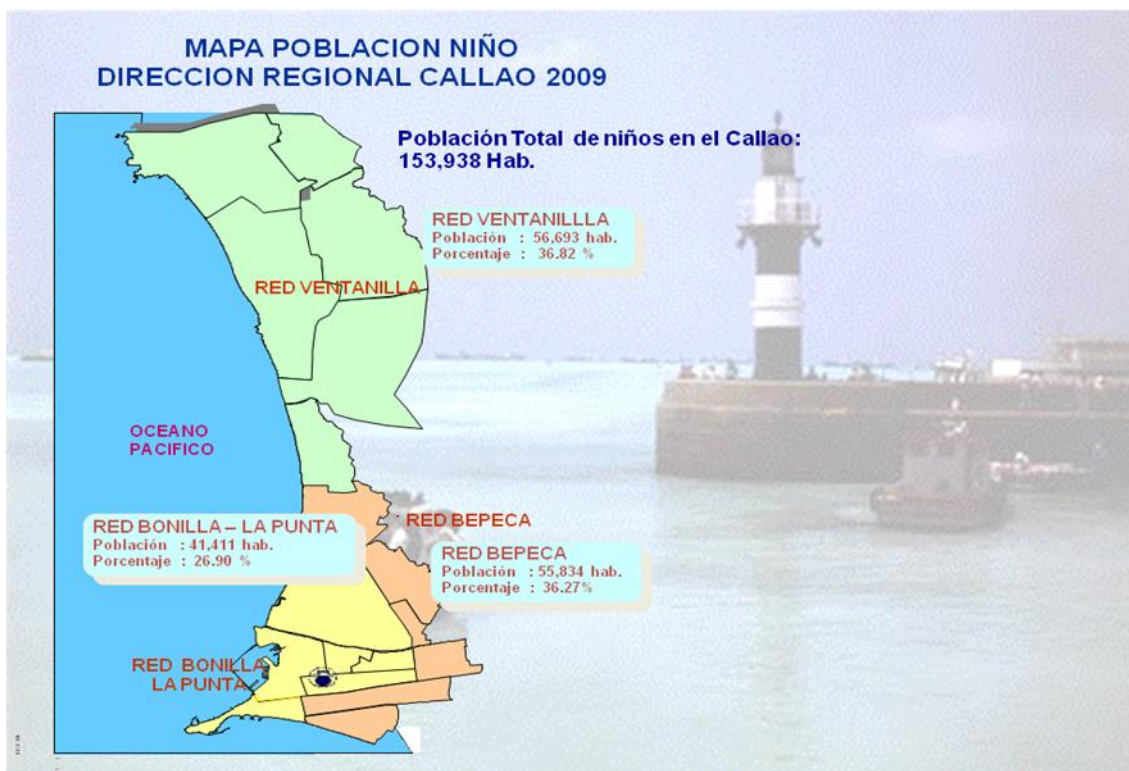
- Asuntos civiles, penales, laborales y administrativos: cuyo objetivo funcional es asesorar en aspectos civiles, penales y administrativos a las diferentes dependencias de la DIRESA Callao.
- Legislación Sanitaria: cuyo objetivo funcional es analizar proyectos de normas, dispositivos y procedimientos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

## DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS

### ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD-ETAPAS DE VIDA

#### ETAPA DE VIDA NIÑO

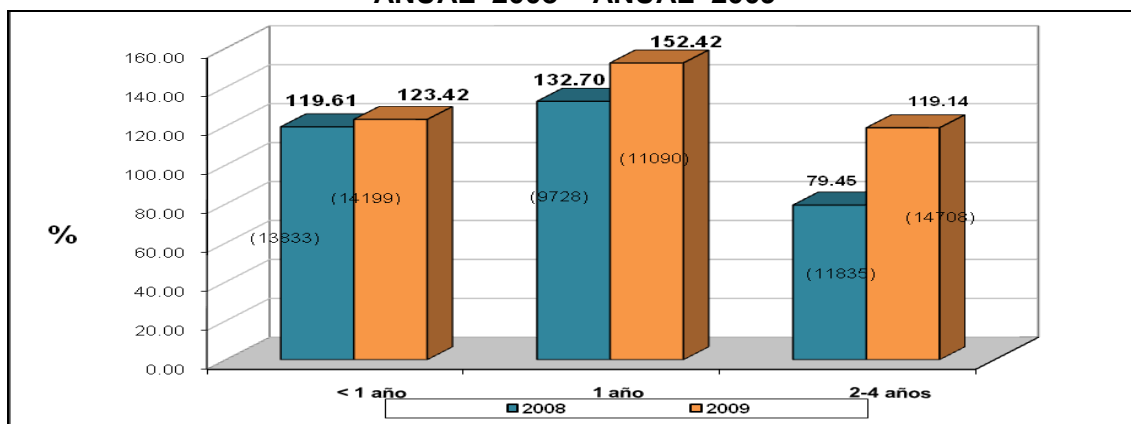
La población total de la etapa de vida niño (0-9 años) en la Región Callao para el 2009 fue de 153,938, de ellos el 36.82% se encuentran en la Red Ventanilla, 36,27% en la Red BEPECA y 26,9 % en la Red Bonilla- La Punta



## Crecimiento y Desarrollo

En el año 2009 podemos observar el aumento de niños atendidos en los diferentes grupos etáreos en relación al año 2008: en menores de 1 año 10.5%, en niños de 1 año 14.6% y en niños de 2 a 4 años 19.9 %, cabe señalar que en relación a la meta programada se alcanzó más del 100% en menores de 1 año y de 1 año. Lo que significa la necesidad de fortalecer las actividades de la oferta del paquete de atención integral del niño y el trabajo en equipo a nivel de los establecimientos de salud.

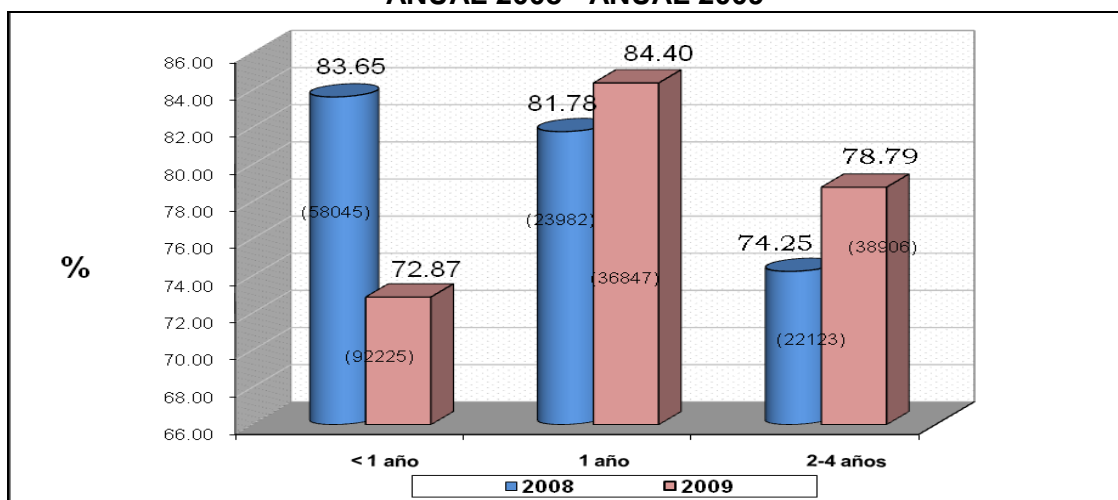
### COBERTURA DE ATENDIDOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO SEGÚN GRUPO ETAREO ANUAL 2008 - ANUAL 2009



Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida Niño.

Observamos que las atenciones en crecimiento y desarrollo durante el año 2009 disminuyeron en relación al año 2008, debido que a nivel local se priorizaron algunas actividades (vacunación) y se dejó de fortalecer las actividades de seguimiento a nivel de la comunidad

### COBERTURA DE ATENCIONES EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO SEGÚN GRUPO ETAREO ANUAL 2008 - ANUAL 2009

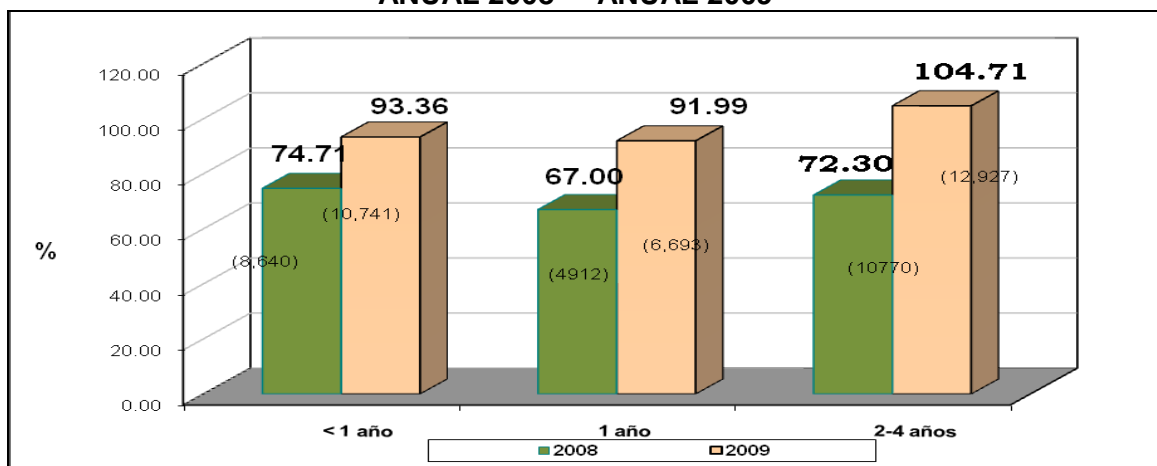


Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida Niño.



En relación a la cobertura de niños controlados menores de 5 años, observamos que en el año 2009 el número de niños controlados en los diferentes grupos de edad ha aumentado en relación a lo alcanzado el año anterior. Sin embargo es importante fortalecer las actividades de captación y seguimiento a nivel local con el apoyo de promotores y garantizar la oferta del paquete de atención del niño mediante el trabajo en equipo.

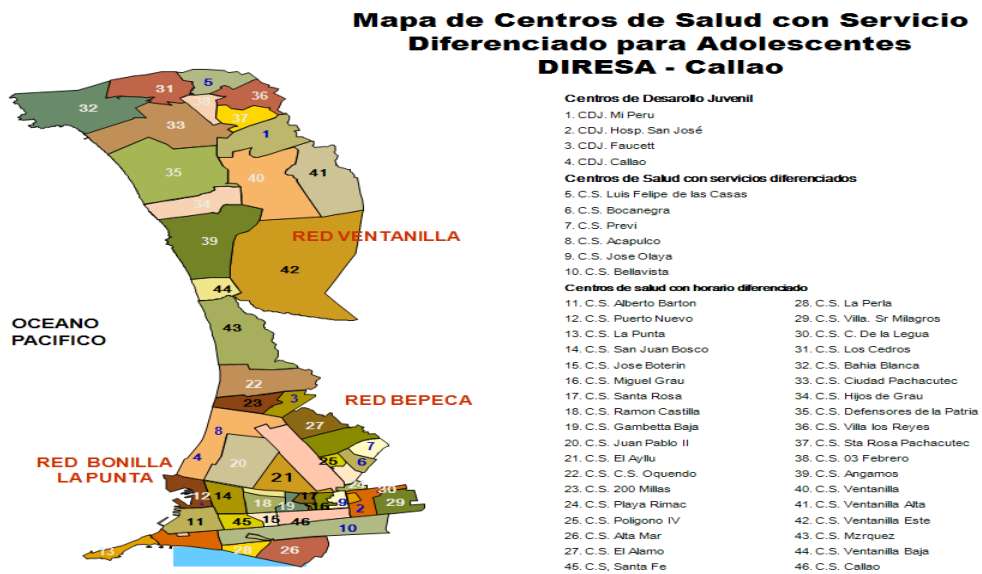
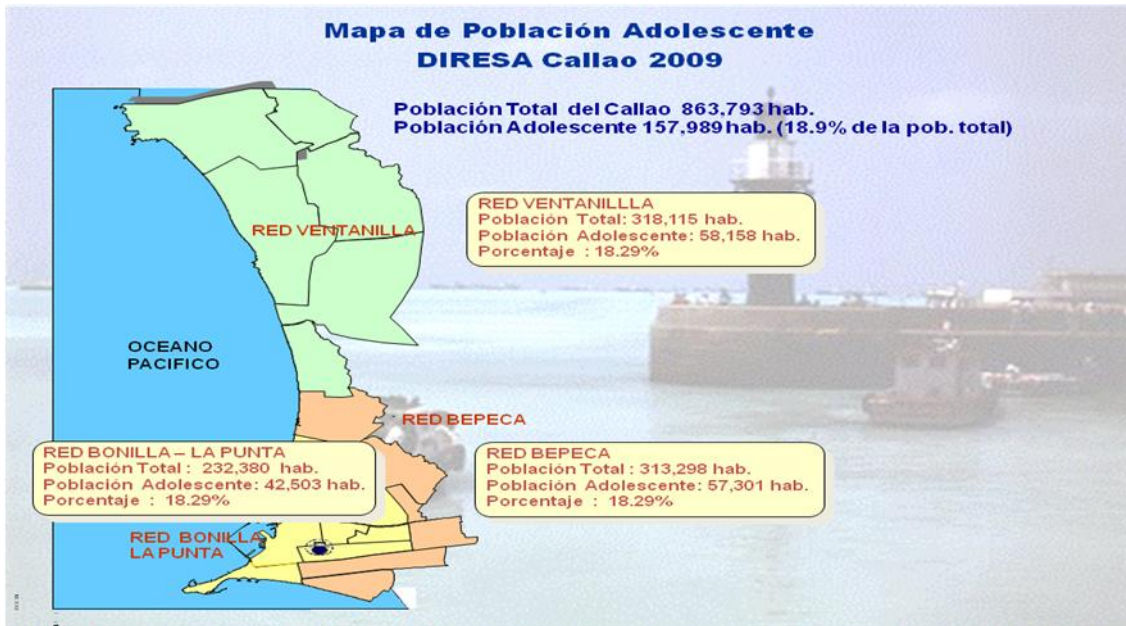
### COBERTURA DE CONTROLADOS SEGÚN GRUPO ETAREO ANUAL 2008 - ANUAL 2009



Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida Niño.

### ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

- La etapa de vida adolescente abarca el período comprendido de los 10 a los 19 años de edad, para el año 2009 fue de 157,989 adolescentes que corresponde al 18.29% de la población total del Callao, de los cuales el 49.7% (78,575 adolescente) corresponde al grupo de 10 a 14 años y el 50.2% (79,414 adolescentes) corresponde al grupo de 15 a 19 años.
- El mayor porcentaje de la población adolescente se encuentra en la Red Ventanilla con el 36.8% (58,185 adolescentes), seguida la Red BEPECA con el 36.3% (57,301 adolescentes) y finalmente la Red Bonilla- La Punta con el 26.9% (42,503 adolescentes); en relación a la población adolescente del año 2008 se ha incrementado en un 1.2%.

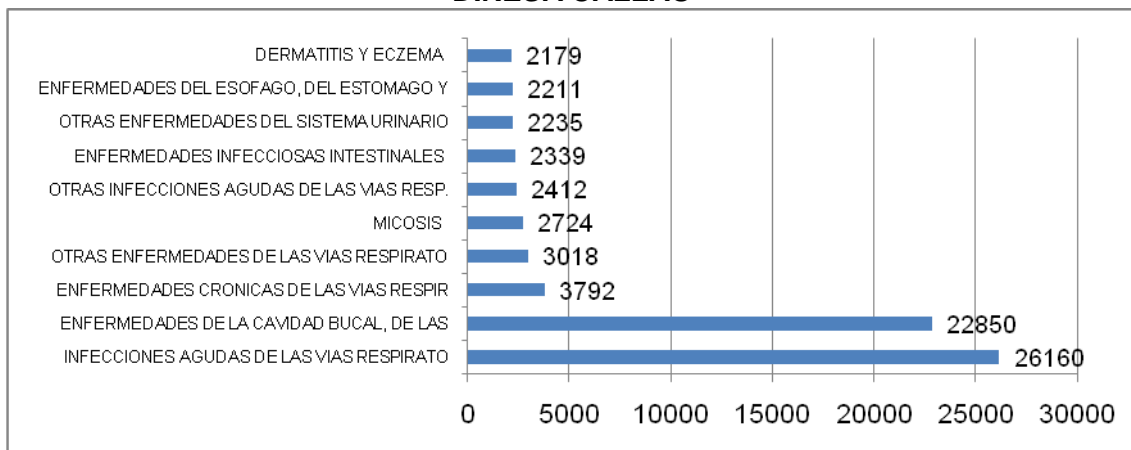


- En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud en la Dirección Regional de Salud del Callao se ha implementado en la etapa de vida adolescente la estrategia de los servicios diferenciados para la atención de los y las adolescentes; donde se fortalecen las líneas de acción : evaluación clínica, consejería, talleres y animación sociocultural.
- Entre las primeras causas de morbilidad en la etapa de vida adolescente, encontramos que la mayor carga de morbilidad la tienen las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades de la cavidad bucal, luego le siguen con un menor porcentaje las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, otras enfermedades de las vías respiratorias, micosis, otras

infecciones agudas de las vías respiratorias , enfermedades infecciosas intestinales , otras enfermedades del sistema urinario, enfermedades del esófago, del estómago y finalmente dermatitis y eczema.

- Lo anteriormente descrito conlleva a la necesidad imperiosa de empoderar a los adolescentes en la mejora de sus estilos de vida, mediante el cambio de hábitos y comportamientos.

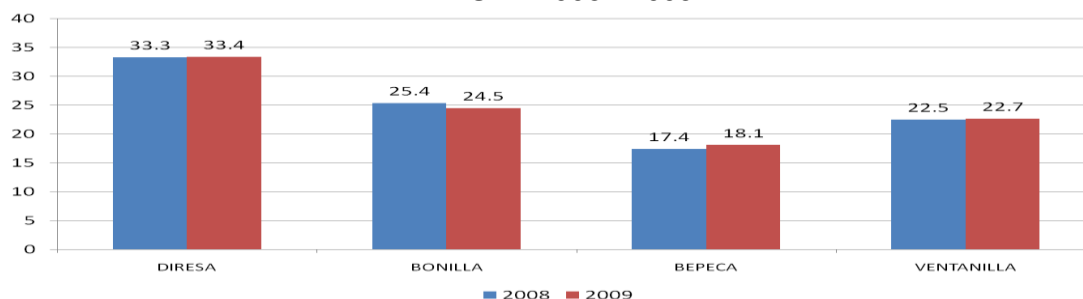
### 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN ADOLESCENTES ANUAL 2009 - DIRESA CALLAO



Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida adolescente.

- En relación a la extensión de uso en la etapa de vida adolescente podemos observar que a nivel de la DIRESA CALLAO el número de atendidos en relación a la población de adolescentes durante el año 2009 es similar al año 2008; sin embargo a nivel de las Redes de Salud observamos un incremento de 3.1% en la RED BEPECA, 0.2 en la Red Ventanilla, y en la Red Bonilla – la Punta se ha mantenido el mismo número de adolescentes atendidos.
- Es importante la captación de los adolescentes en los diferentes escenarios donde ellos se encuentran ofertando el paquete de atención integral de salud.

### EXTENSION DE USO ETAPA DE ADOLESCENTE ANUAL 2008 - 2009

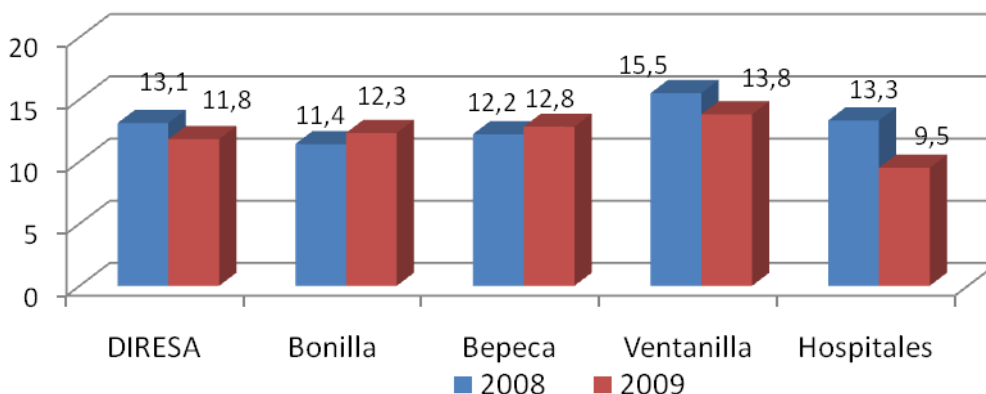


	2008		%	2009		%
	adolescentes atendidos	Poblacion total de adolescentes		adolescentes atendidos	Poblacion total de adolescentes	
DIRESA	52004	156101	33.3	52819	157989	33.4
BONILLA	10924	42977	25.4	10427	42503	24.5
BEPECA	10096	57967	17.4	10361	57301	18.1
VENTANILLA	12418	55160	22.5	13239	58185	22.7

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida adolescente.

En el presente gráfico, podemos observar que durante el embarazo en adolescentes atendidas a nivel de la DIRESA Callao ha disminuido en 1.3%, en el año 2009, a nivel de las Redes de Salud en la Red Ventanilla ha disminuido en un 1.7%, en la Red Bonilla se ha incrementado en 0.9%, en la Red BEPECA en 0.6%, es importante fortalecer las actividades de IEC en temas relacionados a la salud sexual reproductiva, paternidad responsable, habilidades para la vida. Así mismo fortalecer las actividades que se desarrollan en los Servicios de atención diferenciada para los/las adolescentes a nivel de la comunidad y de las instituciones educativas.

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS  
ANUAL 2008 - 2009**

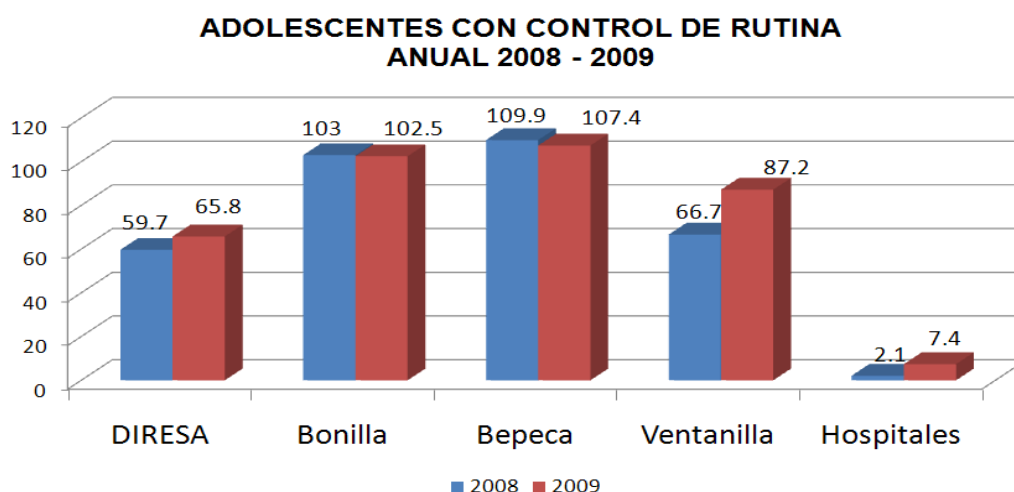


	2008		%	2009		%
	Gestantes adolescentes	adolescentes mujeres atendidas		Gestantes adolescentes	adolescentes mujeres atendidas	
DIRESA	4183	31697	13.1	3800	32015	11.8
BONILLA	788	6894	11.4	805	6533	12.3
BEPECA	778	6371	12.2	816	6360	12.8
VENTANILLA	1245	8003	15.5	1189	8594	13.8
HOSPITALES	1372	10313	13.3	990	10439	9.5

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida adolescente.

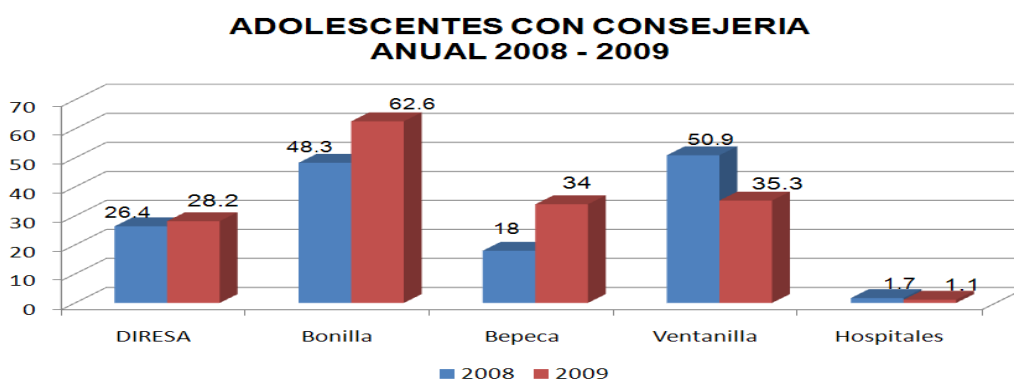
En el año 2009, observamos el incremento de 6.1% en los controles de rutina en el adolescente a nivel de la DIRESA Callao en relación al año 2008, a nivel de las Redes de Salud la Red Ventanilla incremento en 20.5% , en la Red Bonilla- la Punta se tuvo una ligera disminución de 0.5% , en la Red BEPECA de 2.5%, en el hospital

San José se tuvo un incremento de 5.3%, es importante no tener oportunidades perdidas para realizar el control de rutina a los adolescentes.



**Fuente:** Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida adolescente.

- En relación a los adolescentes que recibieron consejería integral del total de adolescentes atendidos a nivel de la DIRESA Callao, observamos que el año 2009 se incremento en 1.8% en relación al año anterior; a nivel de las Redes de Salud la Red Bonilla- La Punta incremento en un 14%, la Red BEPECA en 14.3%, en la Red Ventanilla disminuyó en un 15.6% y en el hospital San José disminuyó en 0.6%.
- Es importante fortalecer el trabajo en equipo a nivel local, de tal manera que garantice evitar oportunidades perdidas de atención al adolescente en el marco de la atención integral de salud.
- En los establecimientos de salud con servicios diferenciados para la atención de los y las adolescentes es importante fortalecer esta actividad.

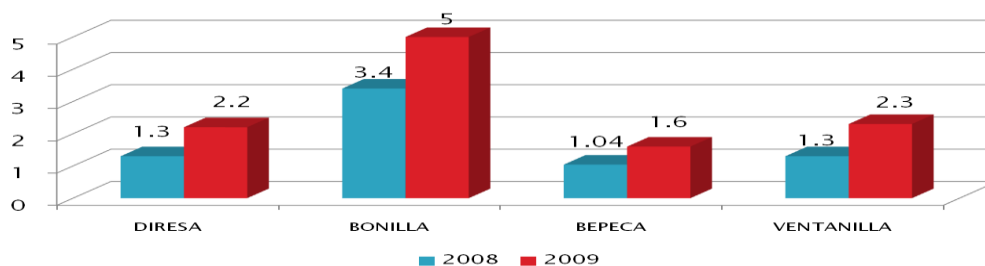


	2008		%	2009		%
	adolescentes que recibieron consejería integral	adolescentes atendidos		adolescentes que recibieron consejería integral	adolescentes atendidos	
DIRESA	13732	52004	26.4	14940	52819	28.2
BONILLA	5275	10924	48.3	6525	10427	62.6
BEPECA	1826	10096	62.6	3531	10361	34.1
VENTANILLA	6319	12418	50	4676	13239	35.3
HOSPITALES	312	18335	1.7	208	18609	1.1

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida adolescente.

- En el presente gráfico observamos que el porcentaje de adolescentes atendidos con ITS durante el año el año 2009, se ha incrementado en 0.9% en relación al año 2008 a nivel de la DIRESA Callao; a nivel de las Redes de Salud el incremento es de 1.6% en la Red Bonilla – La Punta, 1% en la Red Ventanilla y 0.56% en la Red BEPECA.
- Es importante fortalecer el desarrollo de las actividades de IEC para los adolescentes a nivel de las instituciones educativas y en la comunidad, enfatizando en aspectos relacionados a la prevención de las ITS, uso adecuado del tiempo libre y habilidades para la vida.

ADOLESCENTES CON ITS VIH SIDA ANUAL 2008 - 2009



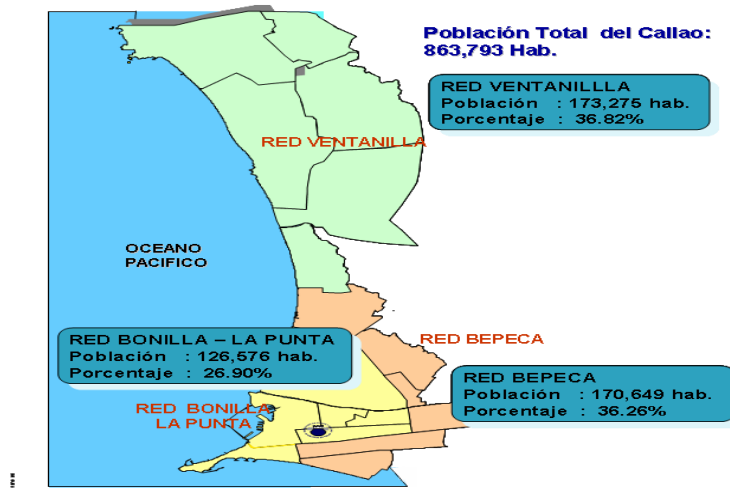
	2008		%	2009		%
	adolescentes atendidos con ITS VIH SIDA	Total de adolescentes		adolescentes atendidos con ITS VIH SIDA	Total de adolescentes	
DIRESA	669	52004	1.3	1140	52819	2.2
BONILLA	368	10924	3.4	520	10427	5
BEPECA	106	10096	1.04	170	10361	1.6
VENTANILLA	161	12418	1.3	307	13239	2.3

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas  
Dirección de Atención Integral-Etapa de vida adolescente.

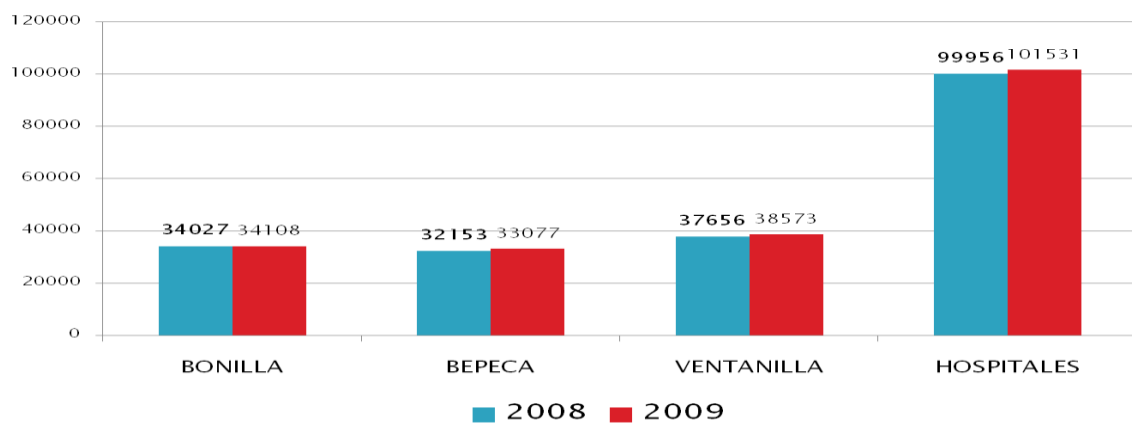
## ETAPA DE VIDA ADULTO

- En el presente mapa poblacional de Adulto(20 -59años) observamos que el grupo poblacional con mayor número de adultos se encuentra en la Red Ventanilla con 173,275 habitantes, siendo el 36.82% de la población total y el menor número de adultos se encuentra en la Red Bonilla con 126,576 siendo el 26.90% de la población total del Callao.

**MAPA POBLACIONAL ADULTO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CALLAO - 2009**



**ATENDIDOS POR CICLO DE VIDA  
ADULTO - ANUAL 2009**



Observamos que la Red Ventanilla ha incrementado sus atendidos en un 2.3% en relación al año 2008.

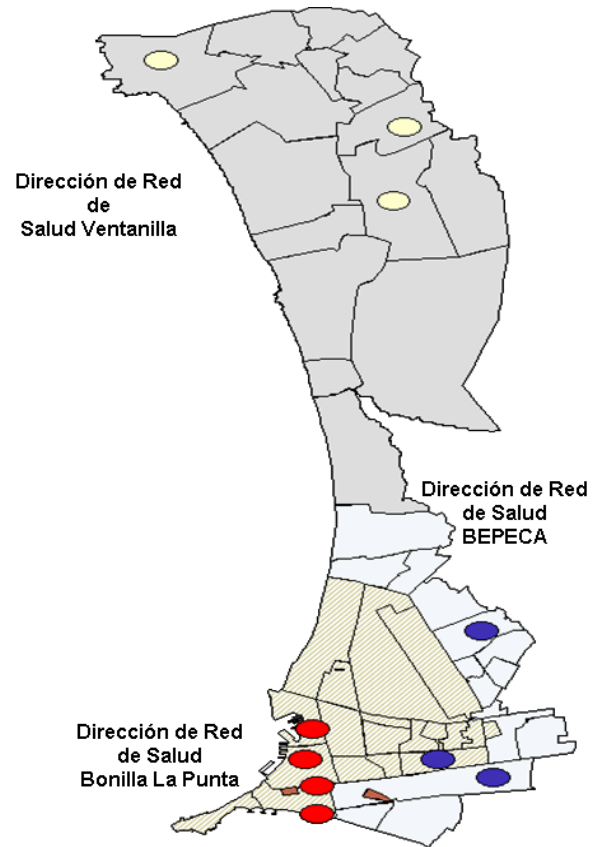
**ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR**

La población de adultos mayores asignada a la DIRESA Callao durante el 2009 es de 81,366, de los cuales el 48% (39,348) son hombres y el 51% (42,018) mujeres, y se encuentran distribuidos en las 3 redes de salud, según el siguiente cuadro y mapa.

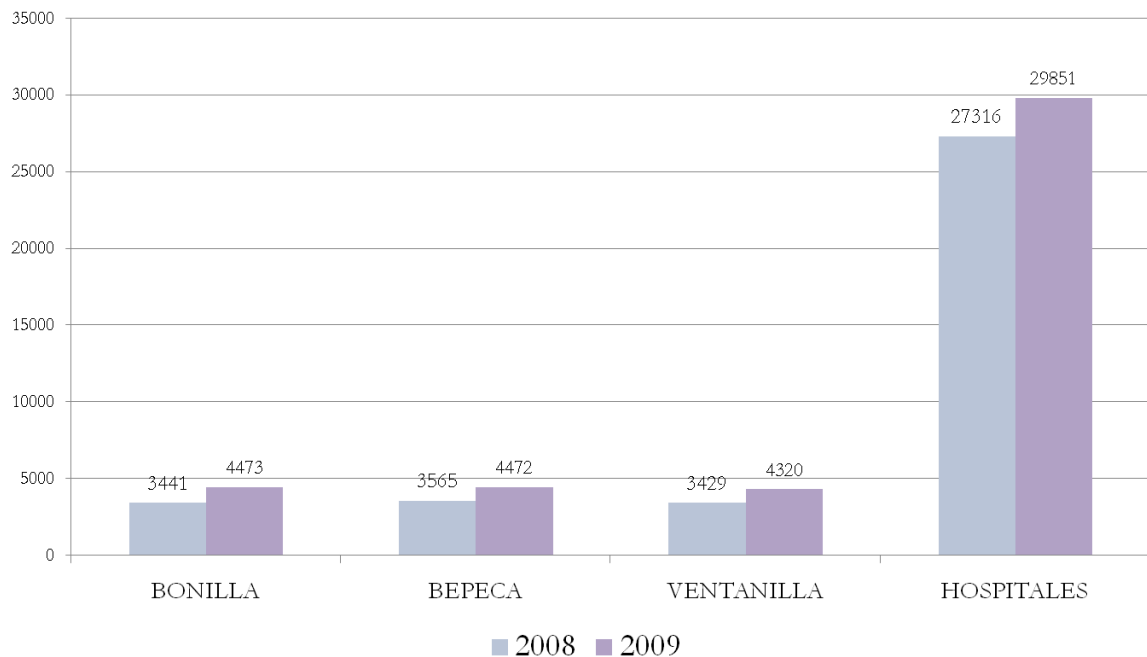


POBLACION	N°	%
<b>HOMBRES</b>	<b>39,348</b>	<b>48.35</b>
<b>MUJERES</b>	<b>42,018</b>	<b>51.64</b>
<b>TOTAL</b>	<b>81,366</b>	<b>100</b>

Población Total		855,465	
EES	N°	%	
<b>RED BEPECA</b>	<b>29,514</b>		
C.S. BELLAVISTA	6668	23 %	
C.S. SESQUICENTENARIO	3636	12.3%	
C.S. ALTAMAR	3163	10.7%	
<b>RED BONILLA LA PUNTA</b>	<b>21,890</b>		
C.S. BONILLA	3834	17%	
C.S. BARTON	2571	11.7%	
C.S. CALLAO	2037	9.3%	
C.S. SAN JUAN BOSCO	1834	8.3%	
<b>RED VENTANILLA</b>	<b>29,962</b>		
C.S. MI PERU	4186	13.9%	
C.S. 03 FEBRERO	2793	9.3%	
C.S. Angamos	2346	7.8%	



**ATENDIDOS POR CICLO DE VIDA.  
ADULTO MAYOR – ANUAL 2008 - 2009**



Observamos que la Red Bonilla es la que mayor numero de atenciones ha brindado en el 2009, habiendo disminuido sus atenciones en un 29.63% en relación al año anterior.

## **ESTRATEGIAS SANITARIAS REGIONALES**

### **ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE INMUNIZACIONES**

- La Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, durante los últimos 10 años cuenta con un histórico en coberturas por encima del 100% en niños menores de 5 años, debido al aporte que nos dan las Instituciones Estatales, No Estatales y Privadas, cubriendo así los 6 distritos del Callao.
- Además en los últimos 3 años se han reforzado los equipos de Cadena de Frio en los EE SS y Almacén Central de Vacunas de DIRESA Callao, con lo cual se continúa asegurando la calidad de vacuna a nuestra población chalaca.
- En la actualidad contamos con 50 Enfermeros en cada EESS brindando Atención Integral a los usuarios y dentro de ello la Inmunización, aunque la demanda poblacional y el calendario actual de Vacunas que se utiliza, se requiere de un profesional exclusivo en la Estrategia para cumplir las metas programadas en todas las etapas de vida y poder así contribuir a disminuir las enfermedades Inmunoprevenibles.

#### **Logros 2009**

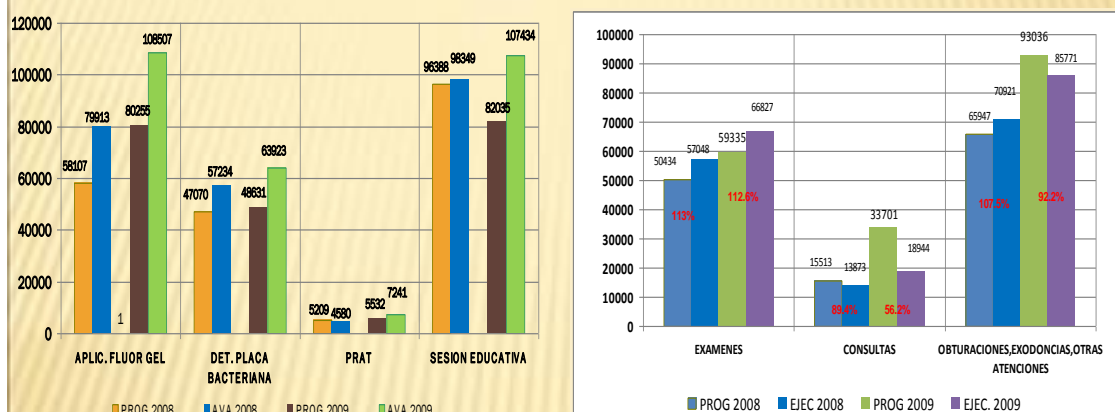
- Certificación de Campaña contra la Hepatitis viral tipo B
- Cobertura por encima del 100% en Campaña de Vacunación contra la Influenza estacional
- Coberturas de Estrategia Regular por encima de lo esperado
- Fortalecimiento de equipos de Cadena de Frio en los EE SS
- Implementación con equipos de Computo para el Sistema Integrado de Información de Inmunizaciones
- Contrato de 8 Enfermeros para inmunizaciones

### **ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD BUCAL**

- La segunda causa de morbilidad durante el año 2009 en la Dirección Regional de Salud del Callao han sido las Enfermedades de la Cavity Bucal, durante el año 2009 se han realizado diferentes actividades con el fin de promocionar los buenos hábitos de higiene bucal, protección contra las caries y las enfermedades periodontales y la recuperación para lograr mejorar la función masticatoria, fonación, deglución y estética de los habitantes de nuestra región.
- Este año se ha contado con insumos odontológicos por lo cual las actividades preventivas y recuperativas han sido mayores en número absoluto al año 2008. En cobertura se ha aumentado en casi todas las atenciones, sobrepasándolas. Se han implementado con equipos odontológicos a treinta establecimientos de salud.
- Respecto al Plan Sonríe Siempre Perú, se ha rehabilitado con prótesis totales y parciales a adultos mayores y gestantes, beneficiándose con 348 prótesis (98%) de las 355 programadas. Se llevó a cabo el Plan Deslúmbreme con tu Sonrisa Callao, premiándose a nueve escolares de diferentes Instituciones educativas inicial, primaria y especial, de las tres redes de salud de la DIRESA

en la celebración por el Día de la Odontología. Se participó en las diferentes campañas de atención integral y apoyo tanto con recurso humano como con insumos a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, en provincias como Junín e Ica, esta última en la zona damnificada por el sismo del 2008.

## COBERTURA DE ACTIVIDADES PROMOCIONALES- PREVENTIVAS Y RECUPERATIVAS EN SALUD BUCAL 2008-2009



- ✘ Se ha logrado ejecutar un mayor número de actividades promocionales, preventivas y recuperativas durante el año 2009 logrando proteger a un mayor número de personas contra las caries, recuperando la salud bucal esto debido a que se ha contado con casi todos los insumos odontológicos, implementación de servicios dentales durante el año 2009 y el compromiso de los cirujanos dentistas de la DIRESA Callao.

Fuente: Estrategia Sanitaria de Salud Bucal.

## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES

- Los daños no transmisibles constituyen un problema de salud pública cuya prevalencia va en aumento presentándose casos a lo largo de todas las etapas del ciclo vital. El consolidado de las principales causas de mortalidad 2004-2008, en la región Callao demuestra la presencia de insuficiencia renal crónica, tumor maligno de estómago, diabetes mellitus, infarto agudo del miocardio, tumor maligno de bronquios y pulmón, entre las primeras diez causas.
- La DIRESA Callao cuenta con el Plan Regional de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños no Transmisibles 2004-2012 oficializado a través de la R.D. 128 -2007-DG/DISA I Callao, basado en el Plan General de la ESNPCDNT 2004 – 2012. Sin embargo, el tema recién está siendo posicionado a nivel de las autoridades y personal profesional de la DIRESA.

- Durante el año 2009 no estaba considerada dentro de la Estructura Programática no contando con presupuesto asignado.
- En el año 2009, prioritariamente en el segundo semestre se reprograman las actividades realizándose campañas de prevención de daños no transmisibles en los trabajadores de nivel central, personal médico, promotores de salud, serumistas ingresantes y trabajadores de salud de los establecimientos de las tres redes de salud del Callao, que contribuyeron a sensibilizar y comprometerlos con la detección precoz y tratamiento oportuno de estos daños.
- Los daños no transmisibles también son reconocidos como prioridades sanitarias en el Plan Concertado Regional de Salud 2010 2015, consensuado por representantes del sector salud, otros sectores, sociedad civil y organizaciones de base. Por otro lado fueron incorporados en el concurso del Mejor Centro en Atención Integral y Calidad de la DIRESA Callao.
- Se asiste a la reunión nacional e internacional de CARMEN estrategia regional de la Organización Panamericana de la Salud para la prevención y control de daños no transmisibles lográndose que se considere a Pachacútec como zona para el Piloto de Atención Integral de Daños No Transmisibles.
- Por otro lado, como preparación para el lanzamiento del Aseguramiento Universal en Pachacútec se ha realizado la programación del PEAS habiendo sido considerados daños no transmisibles. La realización de una línea de base en la zona de Pachacútec se hace indispensable para evaluar los resultados de la intervención. Los cinco centros corresponden a Centro Materno Infantil Perú Corea, 3 de Febrero, Bahía Blanca, Ciudad Pachacútec y Santa Rosa de Pachacútec, todos situados en la zona de Pachacútec con una población aproximada de 75 mil personas.
- Se ha incrementado los atendidos en las redes y hospitales de la DIRESA prioritariamente en obesidad, neoplasias malignas, asma bronquial, diabetes mellitus, hipertensión arterial, observándose su presencia en todas las etapas del ciclo vital lo que justifica el seguimiento a través de los grupos etarios.
- Se observa un incremento marcado en los daños no transmisibles: obesidad, no observándose el aumento que también debería darse en HTA y DM.

**Indicador trazador Proporción de personas atendidas por Hipertensión Arterial en los Establecimientos de salud de la DIRESA Callao.**

FORMA DE CALCULO	Numerador	Denominador	LINEA DE BASE	Valor Esperado	Valor Alcanzado del Indicador	Grado de Cumplimiento%
Nº de personas atendidas por HTA en los establecimientos de salud /Total de atendidos por todas las causas x 100	11154	403757	2.59%	3.37%	U3%	82%

**Fuente: Unidad de Estadística OITE. Elaborado por ESRPCDNT, DAIS.**

- Este indicador es el trazador en relación al objetivo general de reducir la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas y aquellas originadas por factores externos.
- Se ha logrado el 82% de lo esperado, debiéndose comentar que si el denominador fuera consulta médica se llegaría a 4.58% no observándose mayor incremento en relación al año 2008.

### **Logros del 2009**

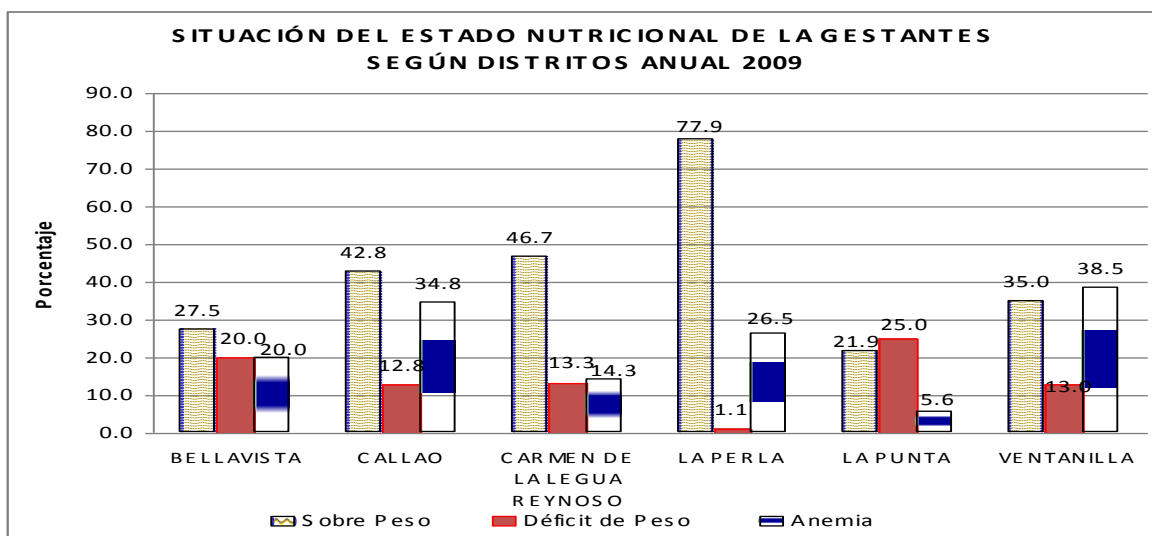
- Posicionamiento de los Daños No Transmisibles en Plan Concertado Regional de Salud.
- Trabajo coordinado con la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud a través de la Estrategia Regional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles y Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable, Dirección de Laboratorio y Dirección de Redes en la realización de las Campañas. También de Recursos Humanos y Promoción de la Salud.
- Campañas de despistaje de Sobrepeso y Obesidad y sus complicaciones en personal de salud y promotores evaluándose más de 850 personas.
- Incremento en los diagnósticos de los daños no transmisibles especialmente obesidad que es no sólo factor de riesgo sino también una enfermedad.
- Coordinación con Unidad de Promoción del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y Preventorio HNDAC, capacitación de enfermeras en prevención de cáncer.
- Participación de representantes de HNDAC, Hospital San José, Hospital Naval y EsSalud.
- Incorporación en la Estructura Programática del componente de Daños No Transmisibles
- Incorporación de indicadores sobre hipertensión arterial y obesidad en el Mejor Centro.
- Piloto en Ventanilla a nivel de las Américas para Daños No Transmisibles coordinado con OMS y OPS, como resultado de nuestra asistencia a CARMEN en el mes de Octubre.
- Trabajo coordinado con la Oficina de Estadística que ha permitido obtener una mejor información.
- Artículos enviados para el Boletín Epidemiológico, Página web y Vitrina de la ESRPCDNT.

### **ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICION SALUDABLE**

- La Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable es una de las Estrategias Nacionales del Ministerio de Salud que fue creada con R.M. N° 771-2004/MINSA; integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la reducción de la morbi – mortalidad materna e infantil, reducción de la desnutrición crónica en la población infantil y prevención de enfermedades crónicas degenerativas; debiendo generar las sinergias necesarias para conseguir resultados esperados, debe coordinar, supervisar y monitorear las diversas actividades relacionadas a la alimentación y nutrición que se realizan en la Región Callao.

- El porcentaje de Desnutrición Crónica disminuyó en relación al 2008, además de haber un incremento en los casos de sobrepeso y obesidad.
- Se observó un aumento en los casos sobrepeso y anemia en relación al 2008.

### Situación Nutricional de la Gestante por Distritos



Fuente: Sistema de Información del Estado nutricional - SIEN

En el Distrito de la Perla, de las 358 gestantes evaluadas, 279 gestantes (77.9%) presenta sobrepeso en comparación a los demás distritos de la Región Callao.

En el Distrito de la Punta, de las 64 gestantes 16 (25%) presentan mayor déficit en su peso en comparación a los demás distritos de la Región callao. En el Distrito de Ventanilla, de las 2860 gestantes evaluadas, 1100 (38.5%) presentan en su dosaje de hemoglobina presencia de Anemia. en comparación a los demás distritos de la Región callao.

## ESTRATEGIA SANITARIA DE CONTROL DE ZONOSIS

### Rabia

#### Caracterización epidemiológica anual de la rabia por años 1994-2009

Año	Población Humana	Casos de Rabia Humana	Población Canina	Casos de Rabia Canina	Casos de Rabia Bovina	Casos de Rabia en otras especies
1994	645,831	1	64,583	14	0	0
1995	660,039	0	66,003	17	0	2 gatos
1996	699,890	0	69,989	4	0	0
1997	717,913	0	71,791	2	0	0
1998	736,243	0	81,805	0	0	0
1999	774,932	0	86,042	0	0	0
2000	794,692	0	79,469	0	0	0
2001	860,684	0	95,632	0	0	0
2002	882,201	0	98,022	0	0	0
2003	903,324	0	100,369	0	0	0
2004	914,689	0	101,632	0	0	0
2005	931,962	0	103,551	1	0	0
2006	949,400	0	105,488	0	0	0
2007	848,678	0	94,297	0	0	0
2008	855,465	0	95,051	0	0	0
2009	863,793	0	95,977	0	0	0

Fuente: Oficina de Estadística, ESCZ

La Situación epidemiológica de la rabia en nuestra Región a través de los años mantiene la tasa de incidencia de rabia humana en 0 x 10,000, teniéndose en el Año 2009 que la tasa de incidencia de rabia en animales también se mantuvo en 0.0 al igual que la rabia animal en 0.0.

#### Atención de personas Expuestas a Rabia por accidente de mordedura Según Años ANUAL 2009

Años	Nº de Personas Mordidas	Tasa x 10,000	Nº Ttos. Iniciados	% Ttos. Iniciados
1999	2510	32.4	681	27.1%
2000	2756	34.7	759	27.5%
2001	1560	18.1	487	31.2%
2002	2759	31.3	974	35.3%
2003	2294	25.4	846	36.9%
2004	1958	21.4	745	38.0%
2005	2222	23.8	713	32.1%
2006	1868	19.7	807	43.2%
2007	2158	25.4	920	42.6%
2008	1960	22.9	736	37.6%
2009	2393	27.7	847	35.4%

Fuente: Oficina de Estadística, ESCZ

El número de personas expuestas a rabia por accidente de mordedura en año 2009 se registraron 2,393 accidentes, con una tasa de notificación de 27.7 personas afectadas por cada 10,000 habitantes., asimismo el porcentaje de inicio al tratamiento antirrábico Anual 2009 es de 35%.



**TASA DE INCIDENCIA x 100,000 HBTES, DE BRUCELOSIS HUMANA ANUAL 2009**

AÑO	POBLACION HUMANA	CASOS	TASA INC. X 100.000 HTES.
2006	949.400	82	8.6
2007	848.678	188	22.2
2008	855.465	290	33.8
2009	863.793	118	13.6

Fuente: Oficina de Estadística, ESCZ

La tasa de incidencia Anual de Brucelosis en la Región ha disminuido cada año, observándose que el año 2009 se registran 118 casos, número menor a los registrados en el año 2007 y 2008 respectivamente con una tasa de 13,6 x 100,000 en el año 2009.

A Nivel Nacional la tasa de Brucelosis es de 3,0 x100, 000 hab., con 567 casos, Siendo la Región Callao la que aporta un significativo número de casos al País

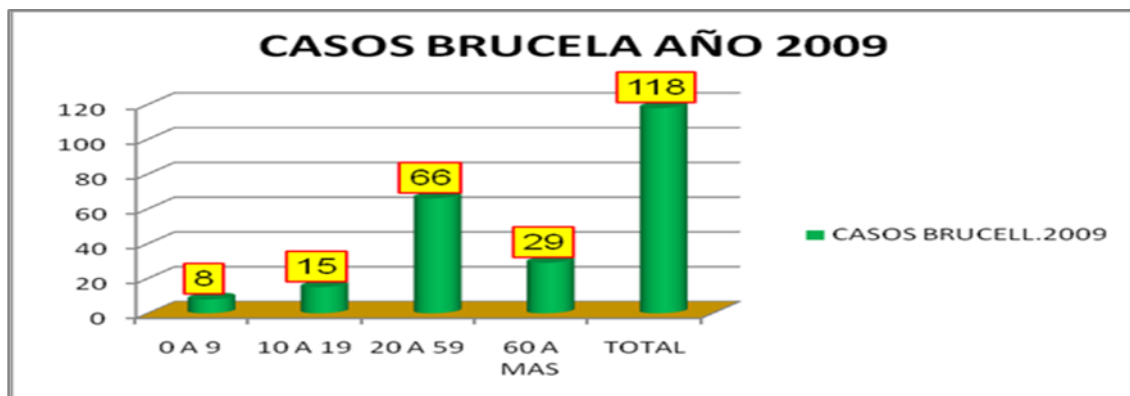
**Brucelosis**

<b>TASA DE INCIDENCIA DE BRUCELOSIS HUMANA 1996-2003 DISA CALLAO</b>			
AÑO	POBLACION HUMANA	CASOS	TASA INC. X 100.000 HTES.
2006	949.400	82	8.6
2007	848.678	188	22.2
2008	855.465	290	33.8
*2009	863.793	118	13.6

**AÑO 2009**

Fuente: Oficina de Estadística, ESCZ

La tasa de incidencia de Brucelosis en la Región ha disminuido cada año teniendo en la actualidad el reporte de casos que incluye al Hospital Sabogal, registrándose un total de 118 casos de brúcela en el año 2009.

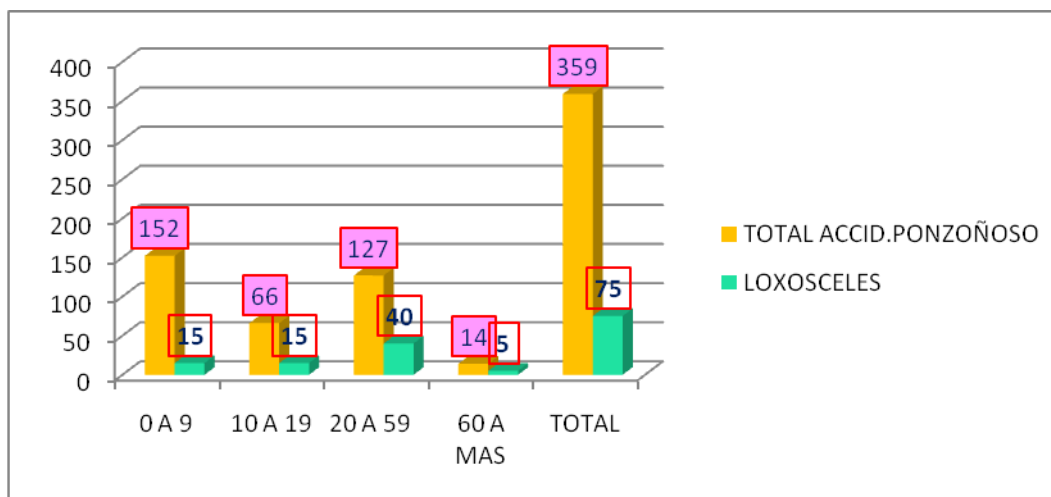


Fuente: Oficina de Estadística, ESCZ

Los casos de Brucelosis registrados en el año 2009 fueron en total 118 casos, se registraron el mayor número de casos en la etapa de vida de adulto, seguido de adulto mayor, adolescente y niño respectivamente.

## Accidentes ponzoñosos

### ATENCIÓN DE PACIENTES CON ACCIDENTES PONZOÑOSOS AÑO 2009



Fuente: Oficina de Estadística, ESCZ

En el Año 2009, los Accidentes ponzoñosos fueron 359, de ellos 75 por araña loxosceles. El mayor número de accidentes está entre el grupo de edad de 20 a 59 seguido de grupo etáreo de 10 a 19 años.

## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

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

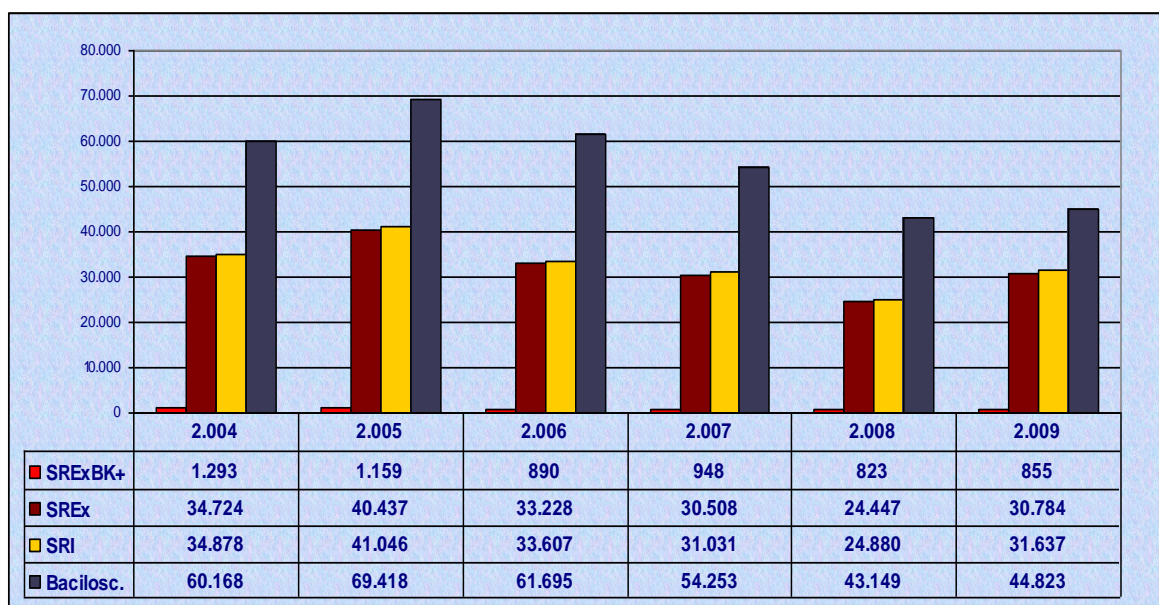
### SITUACION DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÍODO 2004 AL 2009

Indicador	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tasa de Morbilidad	186	170	150	150	181	165
Tasa de Incidencia	152	140	117	122	137	136
TBC Pulmonar BK(+)	68	78	65	63	76	68

Nota: x 100,000 Hab

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

**SINTOMATICOS RESPIRATORIOS / ANUAL 2004 AL 2009  
ESRPyCTBC - DIRESA CALLAO**



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

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

- La Estrategia de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA adscrita a la Unidad Técnica de Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales, órgano de la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao.
- **Estrategias de Intervención:** Se cuenta con tres intervenciones principales orientadas a poblaciones vulnerables plenamente identificadas a través de Consejeros Educadores de Pares. Estas son: Trabajadoras (es) Sexuales (TS), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y Personas que Viven con el VIH/SIDA (PVVS).

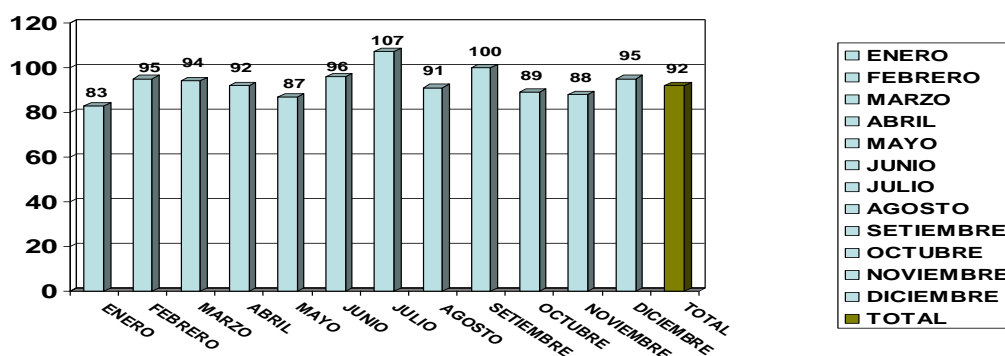
**Líneas de Acción:**

- Se promueve la Atención Médica Periódica (AMP) de las (os) TS y HSH, así como la Atención Integral de las PVVS.
- Se promueve el tamizaje con RPR, ELISA o Prueba Rápida en el primer control pre – natal de gestantes que acuden a nuestros servicios de salud.
- Prevención de la Transmisión Vertical (TV): Tratamiento de gestantes RPR + en prevención de Sífilis Congénita, y profilaxis en gestantes VIH+.
- Acceso al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA).
- Incremento de Consejerías para el cambio de comportamiento y para el soporte al seropositivo

## Cobertura RPR para Sífilis

- Gestantes tamizadas con RPR para Sífilis / Gestantes atendidas que acuden a su primer control pre natal x 100. El espíritu de la Norma Técnica N° 064 – 2009 es realizar el diagnóstico oportuno de la Sífilis en la futura madre para poder entregar un tratamiento oportuno y proteger al niño por nacer.
- En la medida que cumplamos con tamizar al total de las gestantes que acuden a nuestros establecimientos de salud podremos considerar que sea posible erradicar el riesgo de tener niños con Sífilis Congénita.
- Nuestra cobertura como DIRESA es bastante adecuada pero se debe apuntar a una estandarización hacia un nivel de calidad óptimo en el servicio.

## COBERTURA RPR (%) TOTAL DIRESA

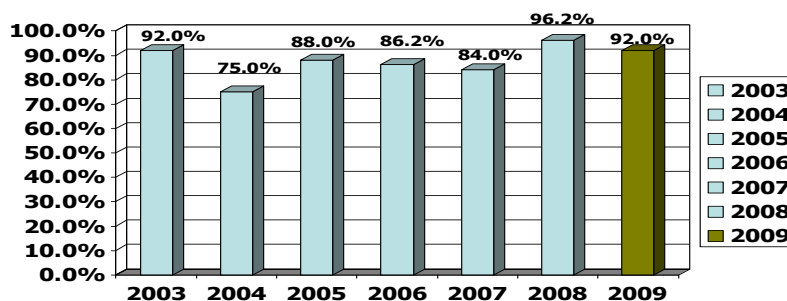


La cobertura de este indicador muestra altibajos durante el año aunque la mayor parte del mismo se superó la meta programada (85%). Se requiere sostenibilidad en el abastecimiento de reactivos.

\*

Fuente: Informes mensuales de monitorización

## Cobertura de RPR Comparativo por años



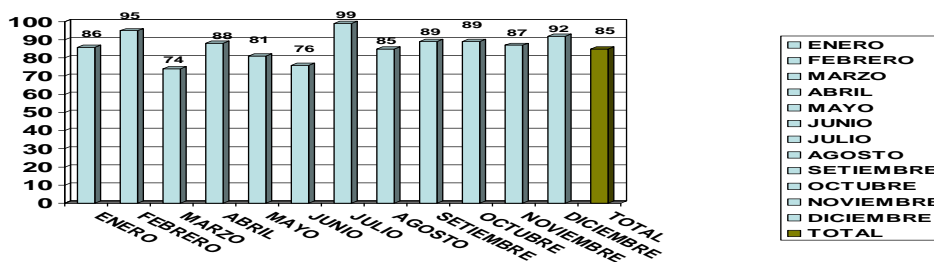
Al final del 2009, vemos que se mantiene un promedio de cobertura adecuado, lo cual amerita intervenir decididamente para mantener esta tendencia; mejorando la accesibilidad y procurando un adecuado abastecimiento del reactivo a nivel de toda la DIRESA.

\*Fuente: Informes mensuales de monitorización

## Cobertura Prueba Rápida o ELISA para VIH

- Gestantes tamizadas con ELISA o Prueba Rápida para VIH / Gestantes atendidas que acuden a su primer control pre natal x 100.
- En igual sentido, el diagnosticar la presencia del VIH en una gestante permitirá entregar la profilaxis adecuada a fin de evitar la transmisión del mismo al niño por nacer.
- La norma estipula que dicha profilaxis debe iniciarse a partir de la semana 14 de gestación, por lo que la promoción del Control Pre Natal debe acompañar esta importante actividad. El 85% alcanzado cumple lo programado para el año de acuerdo a normas internacionales.
- El riesgo de transmisión vertical del VIH es de 30% (3 de cada 10 hijos de madre seropositiva) pero con la profilaxis ese riesgo puede disminuir hasta 2% (2 de cada 100 hijos de madre seropositiva).
- Es claro entonces que debemos tender a tamizar al total de gestantes para poder ofrecer la profilaxis a todas las que resultaran reactivas a la prueba.

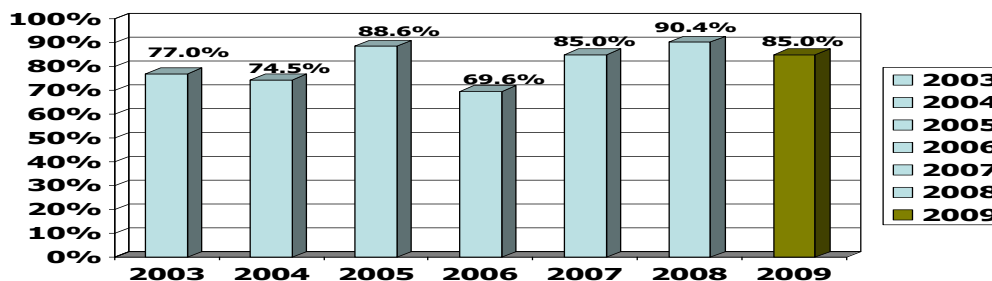
### COBERTURA ELISA/PR (%) TOTAL DIRESA



La cobertura en este indicador es marcadamente irregular. El promedio anual iguala lo programado (85%) pero es menor que con RPR, a pesar de tratarse de la misma población. Tampoco se contó con abastecimiento oportuno de reactivos. Esto ha motivado la intervención más directa para elevar la cobertura en este indicador.

\*Fuente: Informes mensuales de monitorización

### Cobertura de ELISA/PR 3er. Trimestre Comparativo por años



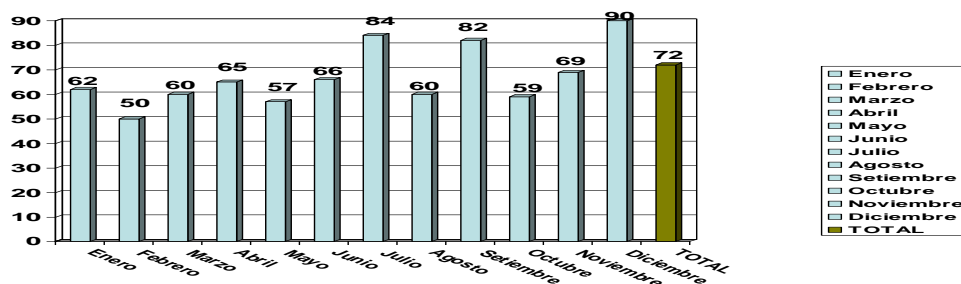
La tendencia en este indicador es muy irregular a través del tiempo y, lamentablemente, luego de una mejora nuevamente estamos bajando la cobertura en este año. Se debe revertir esta tendencia abasteciendo oportunamente de reactivos y cumpliendo la norma adecuadamente.

\*Fuente: Informes mensuales de monitorización

## Cobertura de tratamiento de las ITS mediante Manejo Sindrómico

- Pacientes tratados con Manejo Sindrómico de acuerdo a norma técnica / Pacientes diagnosticados con una ITS curable x 100.
- Las ITS, dentro de otros daños a la salud, son bastante prevalentes y afectan sobre todo a gente joven generando el riesgo de tener secuelas o complicaciones de alto costo social y económico de no ser tratadas a tiempo: Infertilidad, Abortos, Natimueños, Cáncer de Cuello Uterino, Embarazo Ectópico, Dolor Pélvico Crónico, Embarazos Patológicos, Sepsis, Malformaciones Congénitas, entre otros problemas serios para la salud. Además el tener una ITS incrementa hasta en 20% el riesgo de infección por VIH/SIDA, sobre todo aquellas que general lesiones genitales.
- Es claro entonces que el diagnóstico y tratamiento oportunos son una estrategia altamente efectiva para prevenir lo antes mencionado por lo que es una preocupación que no alcancemos las metas programadas, siendo un compromiso el mejorar estas cifras para beneficio de la población a nuestro cuidado, sobre todo en la Red BEPECA.

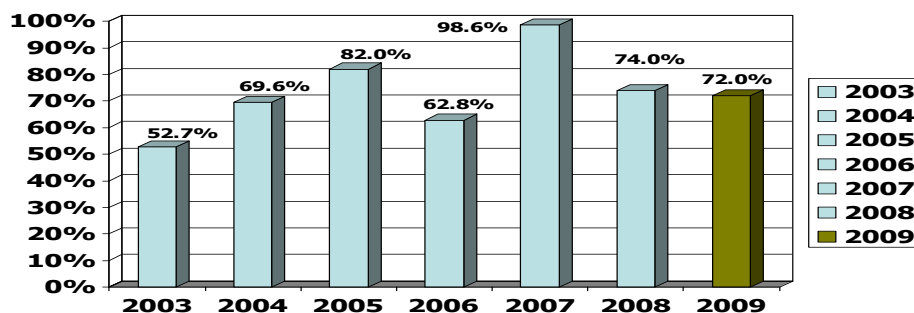
## COBERTURA DE MANEJO SINDRÓMICO (%) TOTAL DIRESA



En general la tendencia en la DISA es muy irregular, mostrando coberturas muy bajas algunos meses del año. Se debe considerar que hubo un desabastecimiento episódico de medicamentos que ya se ha revertido, además de que se debe sensibilizar y capacitar al recurso humano para cumplir con la meta establecida (85%). La Red BEPECA será fortalecida.

\*Fuente: Informes mensuales de monitorización

## Cobertura de Manejo Sindrómico 3er. Trimestre Comparativo por años



Es evidente que este indicador es muy sensible, ya que de no contar con los medicamentos necesarios y el incumplimiento de las normas técnicas, se disminuye considerablemente la cobertura. Se debe involucrar al personal médico para mejorar las cifras.

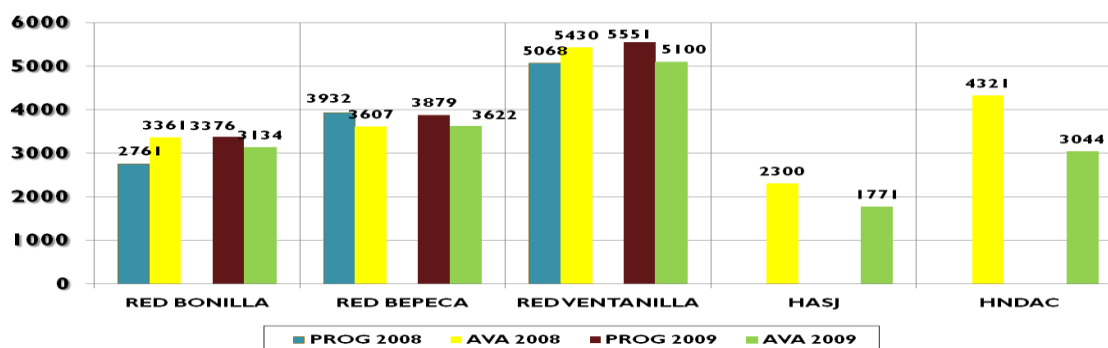
\*Fuente: Informes mensuales de monitorización

## Logros

- Tamizaje con RPR para Sífilis a las gestantes que acuden a los establecimientos de salud para su primer control pre – natal superó la meta programada (Cobertura 92%)
- Tamizaje con ELISA o Prueba Rápida para VIH a las gestantes que acuden a los establecimientos de salud para su primer control pre - natal cumplió con la meta programada (Cobertura 85%)
- Consejerías realizadas en los establecimientos de salud de la DIRESA Callao se incrementaron (63,687)
- Elaboración del Plan de Acción para el Aseguramiento de las TS que trabajan o residen en el Callao, y de sus hijos menores de 18 años en cumplimiento de la Ordenanza Regional 010-2009 del Gobierno Regional
- Participación en la preparación del Plan Estratégico Regional Multisectorial de Salud del Callao en ITS/VIH/SIDA (PERM) el cual servirá como insumo para el Plan Concertado de Salud de la DIRESA CALLAO
- Asesoría y acompañamiento a los diferentes consorcios que intervienen con la DIRESA, de acuerdo a los objetivos del Fondo Global
- Asesoría y acompañamiento a las organizaciones de poblaciones vulnerables presentes en la región incluyendo a las Personas Privadas de Libertad (PPL), Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y Trabajadoras/es Sexuales (TS) .

## ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

GESTANTES ATENDIDAS POR  
REDES – HOSPITALES ANUAL 2008 - 2009 DIRESA - CALLAO



Fuente: Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva

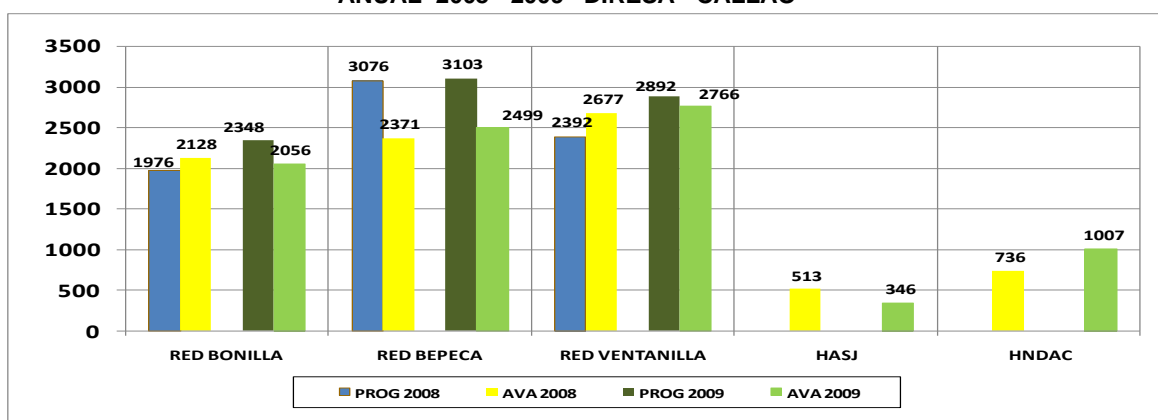
- Se observa en el gráfico que la Red Ventanilla es quien mayor número de gestantes atendidas ha tenido el año 2009 (5,100) con una disminución del 6% (330) gestantes menos que el año 2008, logrando una cobertura del 92% de la meta programada (5,550) esto debido a la falta de personal profesional que atiende el control prenatal en algunos establecimientos donde la densidad poblacional ha aumentado y el recurso humano es el mismo.
- En Red Bonilla se observa un 7% (227) gestantes atendidas menos que el año anterior y en Red BEPECA el incremento es menos del 1% (15) más que el año pasado, hay algunos establecimientos de 12 horas que solo cuenta con un



solo profesional que realiza el control prenatal y donde la demanda amerita haya atención en los dos turnos.

- A nivel de Hospitales se observa un descenso del 30% en el número de gestantes atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión, pues se estuvo registrando anteriormente a las gestantes referidas de los establecimientos de salud como nuevas, sincerándose luego el dato.
- Respecto del Hospital San José en Octubre estuvo en reestructuración y atiende nuevamente en todos sus servicios desde Octubre del año pasado, lo cual afectó su número de gestantes atendidas en un 23%(529).

**GESTANTES CONTROLADAS POR REDES - HOSPITALES ANUAL 2008 - 2009 DIRESA - CALLAO**



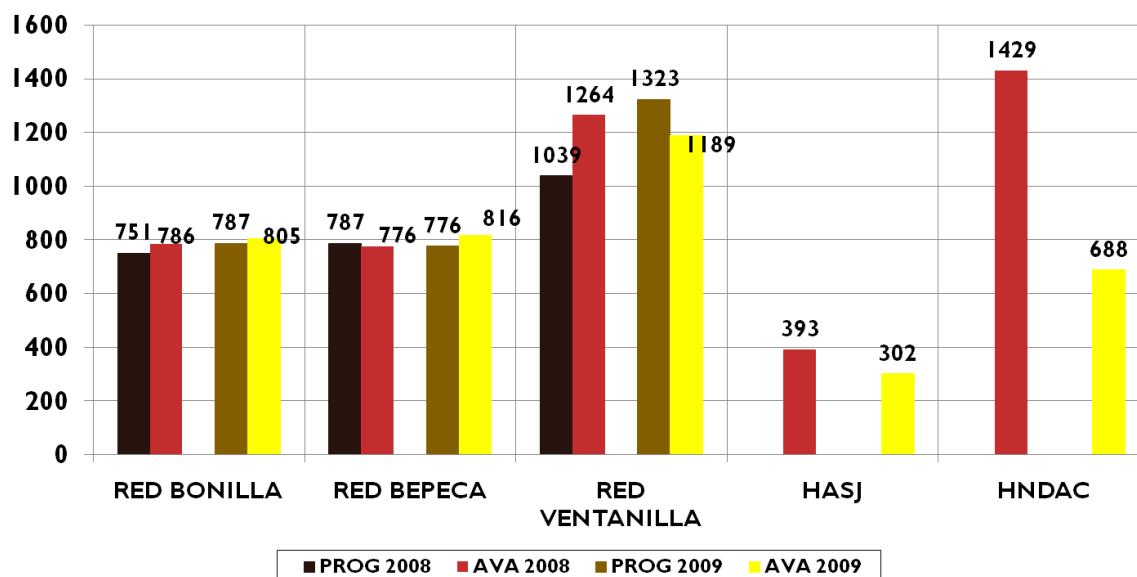
Fuente: Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva

- En el gráfico, respecto de las gestantes controladas se observa que la Red Ventanilla ha logrado el 96% (2,766) de lo programado (2,892) con un incremento del 3%(89) en relación al año pasado, debiendo señalar que ahora es más difícil lograr una gestante controlada pues ahora el término es gestante reenforcada y se denomina así a aquella que al sexto control prenatal ha cumplido con haber realizado la evaluación nutricional, dos consultas dentales, evaluación por psicología, cumple con su dos dosis de vacuna antitetánica, ha recibido su tratamiento de sulfato ferroso, todo esto en una gestante al sexto control nos dice que es una gestante reenforcada, lo cual hace meritorio e indirectamente nos dice que los Comités de Vigilancia Comunal de Seguimiento de Gestantes y Púerperas está funcionando en los establecimientos que lo tienen implementado ya que las promotoras acuden en busca de la gestante que faltó al control prenatal.
- La Red BEPECA ocupa el segundo lugar en número de gestantes controladas 2,766 con un alcance del 96% de cobertura y un incremento del 5%(128) más que el 2,008.
- La Red Bonilla ocupa el tercer lugar y es en la única en la que se observa un descenso del 3%(72) respecto del año anterior, obteniendo un logro del 88% (2,056) de cobertura, demanda existe, falta recurso humano, algunos establecimientos cuentan con personal que realiza guardias por lo que al tomar

su descanso compensatorio con todo derecho de acuerdo a ley, se deja sin atención prenatal al servicio.

- En cuanto a Hospitales se puede decir que se observa un incremento del 37% (271) más en relación al año pasado en el Hospital Daniel Alcides Carrión lo cual nos indicaría que aportan a este indicador las referencia oportunas que se están realizando de los establecimientos de salud de la red al hospital de mayor complejidad y donde las gestantes acuden ya con tres, cuatro y cinco controles prenatales.
- En el Hospital San José se observa un descenso del 33%(167) gestantes controladas menos que el año anterior, este tiempo que se encontró en reestructuración las gestantes referidas de los centro de salud han sido en su totalidad al Hospital Daniel Alcides Carrión para interconsulta con Gineco-Obstetricia.

**GESTANTES ADOLESCENTES POR REDES - HOSPITALES ANUAL 2008 - 2009 DIRESA – CALLAO**



Fuente: Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva

- En la Red BEPECA y Red Bonilla se observan incremento en el número de gestantes adolescentes atendidas respecto del año 2008, en la primera se aprecia un incremento del 2%(19) y en la segunda el incremento es del 5%(40), solo Red Bonilla reporta de sus quince centros de salud, tres cuentan con Comité de Vigilancia Comunal de Seguimiento de Gestantes y Púerperas implementados, se hace necesario mayor recurso humano para trabajar la parte preventivo promocional extramural principalmente en los colegios.
- En el Hospital Daniel Alcides Carrión se aprecia un incremento de gestantes adolescentes atendidas en tres veces más que el año anterior, es necesario señalar que los establecimientos de salud están refiriendo a las adolescentes

embarazadas para culminar su control prenatal y atención del parto en el Hospital de mayor complejidad.

- En el Hospital San José también se observa un incremento de más del 100% y esto alcanzado en el último trimestre ya que además brindan una atención diferenciada al adolescente.

## **Logros**

- Disminución del 42 % (5) muertes maternas respecto del año pasado (12)
- Incremento del 3%(249) gestantes controladas (8,674) respecto del año pasado (8,425)
- Incremento el 4%(378) partos institucionales (10,992) en relación al año anterior (10,614)
- Logro alcanzado del 11%(2,290) de lo programado (20,000) en tamizajes de Prueba Rápida para descarte de VIH en MEF

## **UNIDAD TECNICA DE CALIDAD EN SALUD.**

- La Unidad Técnica de calidad en salud depende de la Dirección de Atención de la Calidad y desarrolla las siguientes líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad: Auditoría de la calidad de la atención, Proyectos de mejora continua, Seguridad del paciente, Acreditación y Encuestas de satisfacción del usuario externo.

### **Auditoría de la calidad de la atención.**

- Actualización de Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Taller de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – 2009 (formación de auditores).
- Al término del año se han realizado 2840 auditorías de registro de consulta externa de medicina, obstetricia y TBC.

### **Proyectos de mejora continua (PCM)**

- Se llevó a cabo el Taller de Proyecto de Mejora Continúa (PMC) de la Calidad durante los días 18 de abril, 16 de mayo y 25 junio completando en total 24 horas presencial y 08 horas no presenciales para la elaboración de proyectos.
- Lo más significativo fue la producción de proyectos de mejora continua, sumando un total de 17 iniciativas.

### **Seguridad del paciente**

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

### **Acreditación de evaluadores internos**

- Formación de primera promoción de evaluadores internos.

### Encuestas de satisfacción del usuario externo

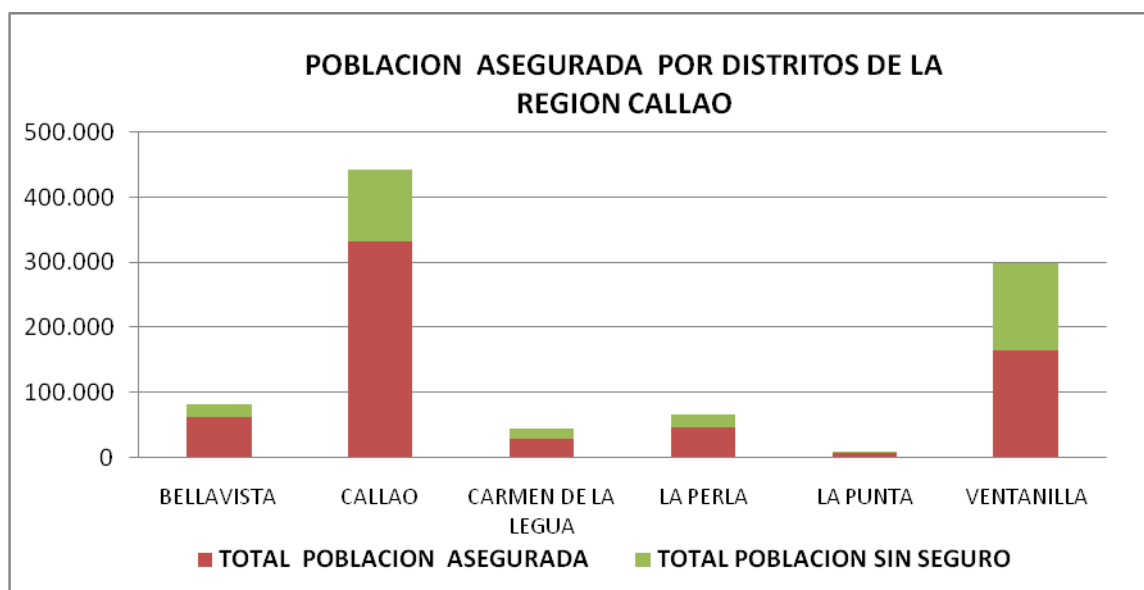
- Se cuenta con una encuesta de satisfacción del usuario externo en servicios ambulatorios para el primer nivel de atención.

### Logros 2009

- Desarrollo de modelos de auditoría
- Informes de auditoría en toda la región
- Mejora en la calidad del registro
- Haber creado una masa crítica productora de proyectos de mejora en los establecimientos de salud de la región.
- Por primera vez el primer nivel de atención participo y quedo como semifinalista en el VI Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.
- Formación de primera promoción de evaluadores internos
- Aplicativo de ayuda para los evaluadores internos

### UNIDAD DE SEGUROS DE SALUD

Actualmente la Unidad de Seguros de la DIRESA Callao se encuentra dentro de la estructura funcional de la Dirección Ejecutiva de Salud de Las Personas y tiene a su cargo el procesamiento y digitación de las prestaciones de salud y administrativas financiadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en los establecimientos de salud.



Fuente: Unidad de Seguros DIRESA Callao.

- La Cobertura de los Seguros de Salud (población asegurada) de la Región es de 69%, en comparación con las demás regiones presenta el mayor porcentaje de cobertura. Hacia el 2007 era de 46,3% según Censo, siendo la tendencia creciente en los tres últimos años.

- De este porcentaje, el 20% corresponde al Seguro Integral de Salud (2007: 9,2%), 40% a EsSalud (2007: 26,7%) y 10% a otros seguros.
- El Seguro Integral de Salud (SIS) cubre al 27% de la población de Ventanilla, 19% de la población del Callao, 16% de la población de Carmen de la Legua, 11% de la población de La Perla, 8% de la población de Bellavista y 5% de la población de La Punta.
- Sin embargo, el lanzamiento e inicio de Aseguramiento Universal en la Microrred 3 de Febrero de la ciudadela Pachacútec es una magnífica oportunidad para acortar desigualdades.

## **UNIDAD DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS**

- Durante el 2009 se incrementó la demanda de solicitudes de Registro y Categorización de Establecimientos Públicos y Privados, a razón de la difusión y socialización de la Normatividad, notificaciones y operativo realizados según lo programado en el Plan Operativo y los resultados del trabajo coordinado con los Gobiernos locales de cada Distrito de la Provincia Constitucional del Callao.
- El Ministerio de Salud a través del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) otorga el Código de Registro a cada Establecimiento de Salud a nivel Nacional lo cual facilita el ordenamiento y ubicación de cada uno de los Establecimientos Públicos y Privados de nuestra jurisdicción.
- El Objetivo Especifico de la Actividad es garantizar a los usuarios una atención de calidad en los establecimientos de salud registrados y categorizados y ambientes saludables. Las metas programadas para el año 2009 difieren de las del 2008 en base a los avances alcanzados en cada una de las Tareas Asociadas a la Actividad principal.
- La tarea específica de Categorización no es necesariamente cumplida de inmediato ya que las exigencias de la normatividad hacen que los usuarios de los Establecimientos realicen mejoras y levanten observaciones identificadas durante las visitas de inspección. La acción de Registro es más viable ya que es en base a la comunicación del inicio de actividades y no está condicionada al óptimo funcionamiento al momento de otorgarlo a diferencia de la Categorización que exige a través de la información para la Categorización calificar sus Unidades productoras de Servicios y cumplir la reglamentación.
- El año 2008 sólo se pudo realizar un operativo a razón de que es una acción conjunta con el Gobierno local, Policía Nacional y si es necesario la Fiscalía de Prevención del Delito y por consiguiente en este año entro en vigencia la Ley Marco de Municipalidades y su Reglamentación se prolongo por lo que en espera de determinar responsabilidades se postergo la actividad, el año 2009 el Operativo programado se realizó en el distrito de Carmen de la Legua.

### **Logros**

- Recategorización de los Establecimientos de Salud MINSAs, construidos, remodelados o reconstruidos por diferentes fuentes de financiamiento elevando su Categoría en algunos casos.

- Durante el año 2009 se inició el Proceso de Registro y Recategorización del 88% de Establecimientos de Salud MINSA.
- Registro y Categorización del 100% de Establecimientos de EsSalud de la jurisdicción de la Región Callao.
- Registro y Categorización de los servicios de salud del Ejército del Perú ubicados en el Callao.
- Recategorización del Hospital Naval.
- Mejora de la versión del software del RENAES, respecto a reportes y otros beneficios.
- Socialización del Reglamento Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo y Norma Técnica de Salud 021 MINSA, con los profesionales de las REDES de Salud y otras Instituciones.

**CUADRO COMPARATIVO DE ACTIVIDADES 2008-2009**

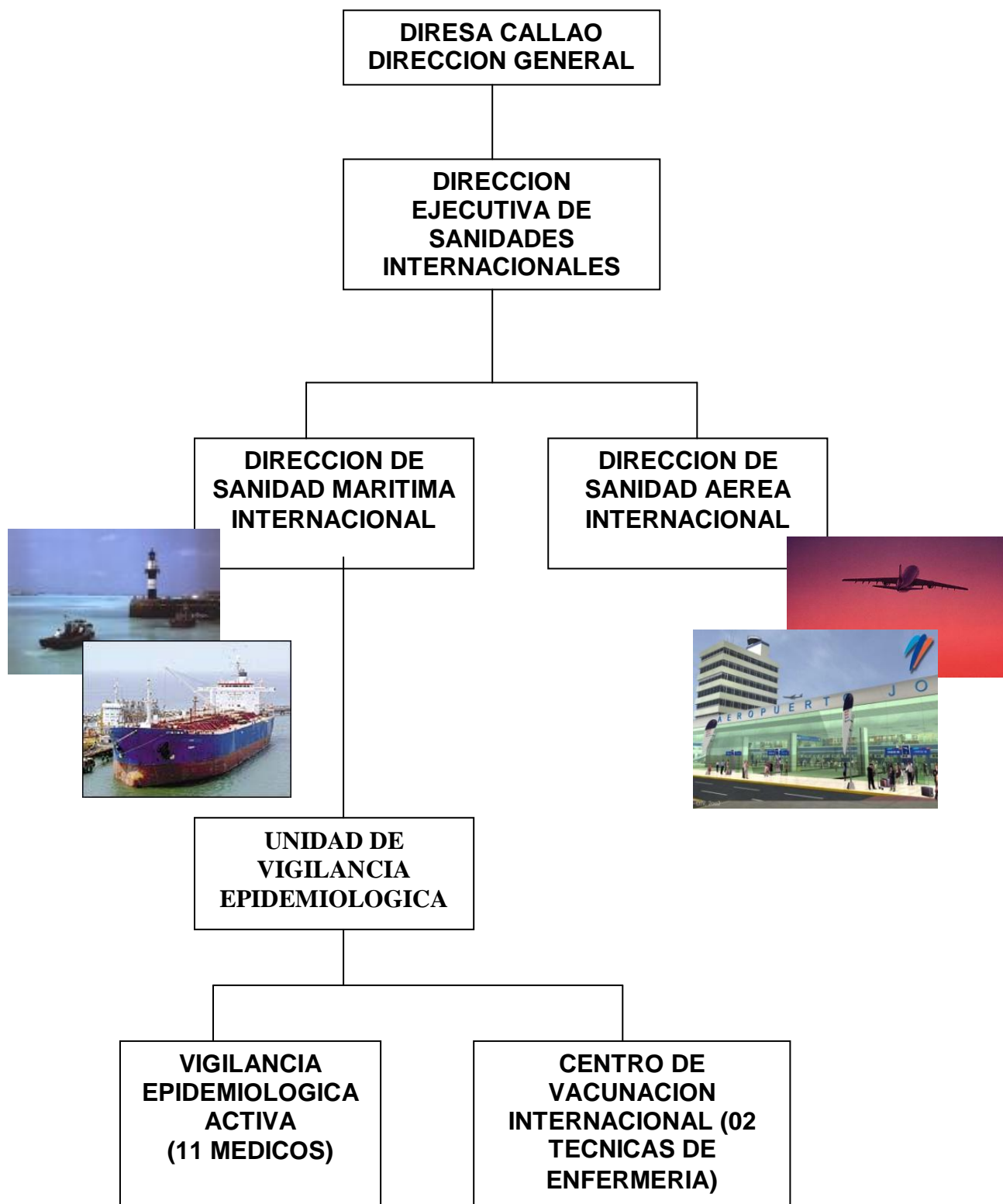
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA	META 2008			META 2009		
			PROG	EJECUTADO		PROG	EJECUTADO	
				N°	%		N°	%
Categorización de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo al Diagnóstico	Registro de Establecimientos	Acción	81	99	122.2%	93	104	111.8%
	Categorización de Establecimientos	Acción	42	49	116.7%	55	48	67.3%
	Inspección de Establecimientos	Acción	136	200	147.1%	140	144	102.9%
	Operativos de Fiscalización	Acción	2	1	50%	1	1	100%

Fuente: Unidad de Servicios Públicos y Privados



## DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES

### ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES



## DIRECCION DE SANIDAD MARITIMA INTERNACIONAL

- La Dirección de Sanidad Marítima Internacional es la unidad orgánica de línea que depende de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales.
- En el año 2009, La Dirección de Sanidad Marítima Internacional del Callao realizó intervenciones ante la alerta Internacional de Influenza AH1NI, decretada por la OMS, MINSA Y Gobierno Regional, desde su ámbito funcional los cuales permitieron que reforzara su posicionamiento.
- La Intervención del BAP MOLLENDO en zona de CUARENTENA en Bahía, como correspondía por ser una nave afectada acorde con el RSI 2005, por A H1NI. Se abordó dicha nave en donde se evaluaron 365 viajeros, de los cuales 355 eran tripulantes y 10 pasajeros civiles.
- Se tomó 79 pruebas de laboratorio y fueron hospitalizados 04 viajeros. Hubo 06 pacientes positivos confirmados, 05 de los cuales recibieron tratamiento antiviral.



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



**BAP MOLLENDO**

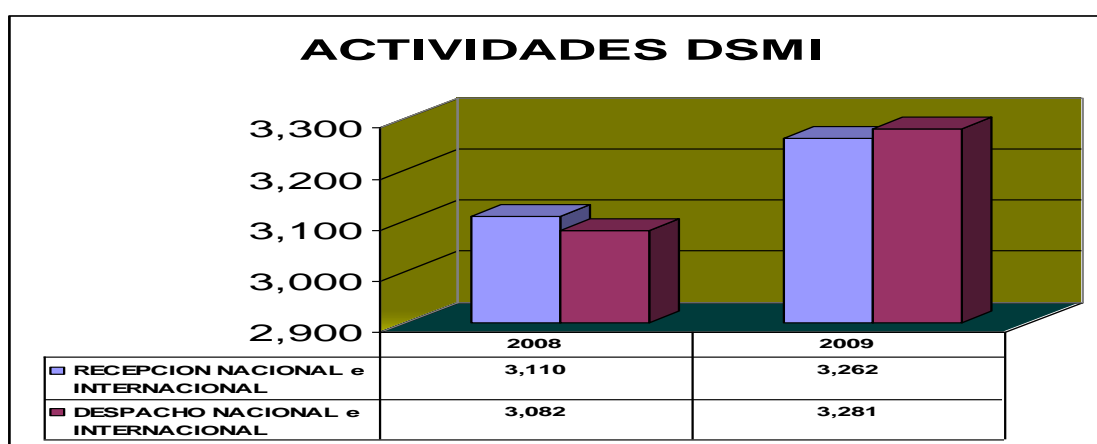
La Pandemia de Influenza ha permitido en general el fortalecimiento de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional. Participación en revisión elaboración del "Reglamento

Nacional de vigilancia, prevención y control de riesgos y daños producidos por la exposición e intoxicación con plaguicidas”. Acreditación Internacional OMS del puerto y Dirección de Sanidad Marítima Internacional.

## Logros

RECEPCION Y DESPACHO DE NAVES NACIONALES é INTERNACIONALES DSMI					
ACTIVIDAD / AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
RECEPCION	2,979	3,069	3,143	3,110	3,262
DESPACHO	3039	3089	2,871	3,082	3,281

Fuente: Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales-DSMI



Fuente: Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales-DSMI

## DIRECCION DE SANIDAD AEREA INTERNACIONAL

- La Sanidad Aérea Internacional es la Autoridad Sanitaria en el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, principal punto de entrada a nuestro país, reconocida por las diferentes instituciones públicas y privadas aeroportuarias; encargada de la vigilancia en salud pública internacional y de la aplicación de medidas sanitarias encaminadas a prevenir la propagación internacional de enfermedades, relacionadas con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) ante el riesgo de la exportación o importación de casos humanos, vectores portadores de infección o contaminación o mercancías contaminadas.
- Así mismo, brindar acceso a un servicio médico de atención de urgencia y emergencia, el control sanitario inspección de aeronaves y mantenimiento de un entorno saludable entre otros.

## Logros

SITUACION ENCONTRADA	2008	2009
Falta de accesibilidad a la comunicación	La DSAI no contaba con internet.	Se gestiono y a la fecha cuenta con internet.
Falta de certificación de centro vacunatorio internacional	No se encontraba certificado como centro vacunatorio internacional	Se gestiono los tramites y requisitos para lograr obtener la certificación como Centro Vacunatorio Internacional
Falta de capacidad de almacenaje de biológicos en tópicos	No se contaba con suficiente capacidad de almacenaje para los biológicos entre ellas vacuna anti amarilla, para ello se solicitaba el apoyo de LAP, para su almacenaje.	Se gestiono ante la DIRESA, lográndose una conservadora y congeladora modernas, mejorando la capacidad de almacenaje y conservación de los biológicos
RRHH	Se evidencio la falta de RRHH, para la vigilancia activa de enfermedades, como la Influenza A H1N1	Se gestiono el requerimiento ante la DIRESA, logrando contar hasta la fecha con RRHH a dedicación exclusiva a la vigilancia activa de enfermedades
Fortalecimiento de la Capacitación al RRHH	Capacitaciones locales	Se logro gestionar becas para el curso internacional de Medicina Aeronáutica ante la OACI, para el personal médico.
Caja chica	Se contaba con una caja chica dependiente de la DESI, con un techo de S/. 1600n s, con partidas que no respondían a la necesidad del servicio, dejándose de ejecutar una caja chica por demora en la consolidación.	Se realizaron las gestiones ante DEA de la DIRESA para que nuestra caja chica resulte más operativa y responda a las necesidades existentes, lográndose un incremento en el techo, con partidas más acorde a los requerimientos y la rendición en forma directa a la Dirección de Economía.
Reuniones Técnicas	No se ha registrado continuidad en las reuniones técnicas	Se ha fortalecido la DSAI en mejora de sus procesos gracias a la continuidad y compromiso a las Reuniones Técnicas por parte del personal en forma mensual.

## OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico es órgano asesor de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud Callao, a cargo de diseñar, asesorar y evaluar los procesos de planeamiento estratégico, finanzas y organización. Para lograr que se cumplan los objetivos funcionales establece responsabilidades en cuatro Unidades:

- Unidad de Planeamiento: conciliar y evaluar los planes y programas de la DIRESA CALLAO; formular, monitorear y supervisar la programación de

actividades, evaluar el cumplimiento de metas y gestionar la reprogramación de actividades.

- Unidad de Presupuesto y Costos: formulación y fundamentación del Presupuesto de la DISA I Callao, coordinar, consolidar, programar el presupuesto de la DIRESA Callao, evaluar la ejecución presupuestal por programas y/o subprogramas y coordinar la implementación de los procesos técnicos sobre costos.
- Unidad de Organización: Identificación, análisis, armonización y diseño de funciones, estructuras, cargos y procedimientos, participar en la formulación de los Documentos de Gestión
- Unidad de Proyectos de Inversión en Salud: Elaboración de Perfiles de Proyectos de Inversión Pública.

### **Acciones relevantes de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico**

- En el año 2009 ha tenido una actuación continua y constante en la búsqueda de un mayor presupuesto a fin de satisfacer las necesidades prioritarias de los servicios mediante el cumplimiento de compromisos de pago de planillas, adquisición de bienes y servicio y activos no financieros. De las actividades más importantes se puede mencionar que se gestiona lo siguiente:
- Transferencia presupuestal para cubrir el déficit presupuestal en el pago de planillas.
- La ejecución presupuestal de las actividades estratégicas.
- La ejecución presupuestal de los proyectos.
- Se ha participado activamente en el escenario de las inversiones del Sector Salud de la Región Callao, fomentando el mejoramiento de la oferta de servicios mediante intervenciones de Infraestructura y Equipamiento Biomédico. De las actividades más importantes se puede mencionar lo siguiente:
- ✓ Ha gestionado el financiamiento de los Proyectos del Fideicomiso Regional.
- ✓ Asumió el reto de ejecutar 20 Perfiles Menores para el Equipamiento de servicios Materno Infantiles.
- ✓ Ha desarrollado 02 Perfiles de Proyectos de Inversión, priorizados en el Presupuesto Participativo 2010.

### **Logros**

- Transferencias de recursos presupuestal en la fuente de financiamiento de recursos ordinarios, para el pago de planillas por un importe de S/3 198.531,00
- Ejecución presupuestal en un 90% de los proyectos de inversión.
- Ejecución presupuestal a toda fuente de financiamiento del 93.81%

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

**FUENTE: UNIDAD DE PROYECTOS DE INVERSIÓN-DIRESA CALLAO**

- Ejecución en un 90% de los 20 Perfiles Menores para el Equipamiento de los Servicios Materno Infantiles.
- La DIRESA Callao en cumplimiento con los acuerdos del Presupuesto Participativo 2010, está desarrollando a la fecha (02) dos proyectos priorizados a nivel regional. La Inversión a realizar suma en total **S/. 6, 621,537.30 Nuevos Soles**. A continuación se muestra los proyectos en formulación.

Nº	PROYECTOS	MONTO DE INVERSIÓN (S/.) Aprox.	UNIDAD FORMULADORA	ESTADO SITUACIONAL
1	CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD SESQUICENTENARIO	S/. 3,564,721.04	DIRESA CALLAO	Avance de 100%. Incluye un estudio de suelos con fines de cimentación
2	CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA	S/. 3,056,816.26	DIRESA CALLAO	Avance de 100%. Incluye un estudio de suelos con fines de cimentación
TOTAL INVERSION		S/. 6,621,537.30		

**FUENTE: UNIDAD DE PROYECTOS DE INVERSIÓN-DIRESA CALLAO**

## OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

- La Oficina de Epidemiología es un órgano asesor de la Dirección Regional de Salud del Callao, cuya función principal es asesorar a la Dirección General de la Dirección Regional de Salud del Callao, acerca de las tendencias epidemiológicas, prioridades sanitarias nacionales, regionales y de servicio de salud, investigación sanitaria, promoción de la educación epidemiológica y desarrollo de la red del sistema nacional de Vigilancia epidemiológica dentro de su jurisdicción.
- La Red de Vigilancia Epidemiológica de la Región Callao cuenta con 66 unidades notificantes, constituida por profesionales de la DIRESA Callao y de otras instituciones de la Región Callao. Se vigilan enfermedades transmisibles, no transmisibles (como el Cáncer) y daños a la salud como los accidentes de tránsito.

## LOGROS EN EL SISTEMA DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA

- En el 2009 dimos un paso importante y trascendental para la salud pública del Callao al crearse el Portal de Salud del Callao, dentro del cual está el link **Actualidad Epidemiológica**, espacio virtual donde consignamos información histórica de la Epidemiología en el Callao, así como actualizamos semana a semana la información sobre la vigilancia epidemiológica, la Sala Situacional de Salud y demás información complementaria ( ASIS por años, Boletines Epidemiológicos por años y por semanas, Pruebas de Laboratorio, Fichas de Vigilancia Epidemiológicas, Indicadores sanitarios regionales, nacionales e internacionales, Normatividad, Epinoticias, etc).
- Se ha logrado socializar la información epidemiológica y ponerla a disposición de nuestros trabajadores, del sector salud, de la población y autoridades para la toma de decisiones oportunas en salud.

## LOGROS DE LA INTERSECTORIALIDAD

- Se fortaleció el trabajo de las 66 unidades notificantes (GERESA, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policiales y Privadas), especialmente en la lucha contra el Dengue e Influenza.
- Se articuló el trabajo epidemiológico intersectorial.
- Se realizó el Taller Regional de Evaluación de las actividades contra la Influenza en la Fortaleza Real Felipe del Callao( día de la Epidemiología)
- Se recibió el saludo del Presidente de la República al Gobierno Regional del Callao por su desempeño exitoso en la Lucha contra la Influenza A H1N1

## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### VIGILANCIA DE INMUNOPREVENIBLES

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



- Para mejorar estos indicadores es necesario incrementar mayor número de recursos humanos profesionales de enfermería ya que estamos trabajando con una población subestimada. Así como reforzar el trabajo extramural, sistema de referencia de niños vacunados, monitorear las dosis mensuales administradas y monitoreo rápido de coberturas.
- El 2009 los distritos del Callao están en riesgo de contraer estas enfermedades inmunoprevenibles. (anexos de direcciones).

## **DENGUE**

- La amenaza de que existan casos autóctonos de Dengue en el Callao es permanente, considerando que tenemos en 02 de los 06 distritos la presencia del vector y que estamos rodeados por zonas de Lima con alto índice aédico por lo que es indispensable un abordaje integral de este daño con participación de autoridades locales.
- Se trabajó el primer Plan de Fronteras de Lucha contra el Dengue conjuntamente con la DISA Lima Ciudad.

## **INFLUENZA AH1N1**

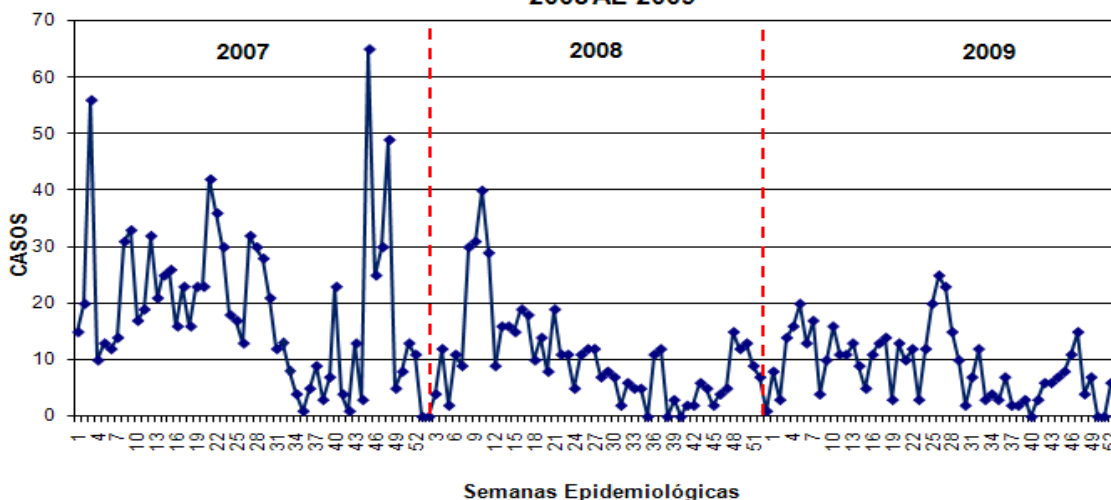
- Durante el 2009 el mayor logro además de la Vigilancia de todas las enfermedades sujetas a notificación fue la implementación de la Vigilancia de la Influenza AH1N1, desde que la OMS anunció al mundo el 24 de abril que había un virus desconocido que estaba produciendo una rara neumonía y muertes primero en México y después en el resto del mundo.
- Los países entraron en alerta y vigilancia epidemiológica, también el Perú y a cuatro meses de habernos convertido en GERESA, tuvimos que ejercer la rectoría de todas las acciones que se desarrollaron a lo largo de la Región Callao, iniciando acciones el mismo 24 de abril en Sanidad Aérea Internacional.
- Se realizaron múltiples acciones al interior de la DIRESA, trabajo arduo con las Direcciones de Redes, con las micro redes y el trabajo operativo local de los centros de salud como las visita domiciliaria a sospechosos, para tomar muestras, administrar tratamiento oportuno, visitas a contactos, visitas de seguimiento de pacientes, ardua labor hospitalaria, en triajes, en UCI, en emergencia, fue una labor inagotable, días de semana, sábados, domingos, feriados, de día y de noche, en esos momentos el virus era desconocido y nuestro personal se expuso con temor a esta nueva enfermedad, pensando en la salud de la población antes que en la nuestra.
- Se realizó la capacitación a nuestros trabajadores y a la comunidad, se consiguió proporcionarles equipos de protección personal, se consiguieron antivirales, se coordinó la toma de muestra con nuestros recursos humanos y el procesamiento con el INS, luego con el apoyo el NAMRD.
- El trabajo en Sanidades Internacionales fue impecable. Se abordaban aviones, se tomaban muestras, se repartieron cartillas informativas, se levantó información de naves procedentes al inicio de México, luego de EEUU, luego de países con casos. Se trasladaron pacientes sospechosos al hospital Carrión donde se habilitó la Sala San Miguel para albergar posibles casos, también se unieron a la respuesta sanitaria hospitalaria los Hospitales Sabogal (EsSalud), el Centro Médico Naval, el Hospital San José y el Hospital de Ventanilla, se combatió el pánico sanitario y hospitalario.

- El apoyo intersectorial con ambulancias fue incomparable, destacándose la Compañía Nacional de Bomberos Voluntarios del Callao. Se trabajó mucho en el aspecto Intersectorial, se coordinó con las autoridades aeroportuarias, con la Dirección Regional de Educación del Callao, con las Municipalidades, con la Universidad del Callao, con todos aquellos actores sociales e instituciones relacionadas al sistema sanitario Regional. Se activó la Comisión de Salud del COE Regional (con el que desde esa fecha nos reunimos una vez al mes en la DIRESA).
- En la Oficina de Epidemiología se implementó la Vigilancia Epidemiológica de la Influenza a H1N1 y de IRAS-IRAG, elaborando reportes diarios, compartiendo información Internacional, Nacional y local.
- Hasta el 2009 en el mundo se habían registrado 526,060 casos confirmados de esta enfermedad, en el Perú 9165 y en el Callao 238. En cuanto a los fallecidos esta Pandemia produjo la muerte en el mundo de 11,516 personas, en el Perú 208 y en el Callao 19. Todos los distritos del Callao fueron afectados, todos los hospitales del Callao tuvieron casos incluyendo CEMENA y Sabogal y comprometió a 48 Instituciones educativas.



## VIGILANCIA DE SÍNDROME GRIPAL

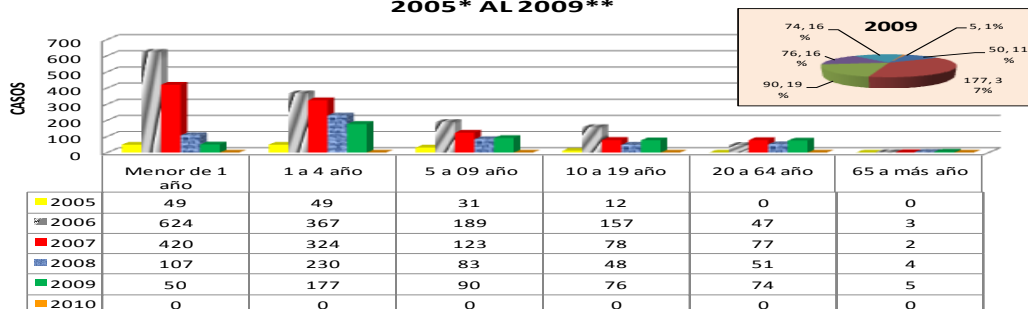
VIGILANCIA SINDROME GRIPAL POR SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS  
C.S. BONILLA - DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
2008 AL 2009\*\*



Fuente: NOti-Sp Oficina de Epidemiología

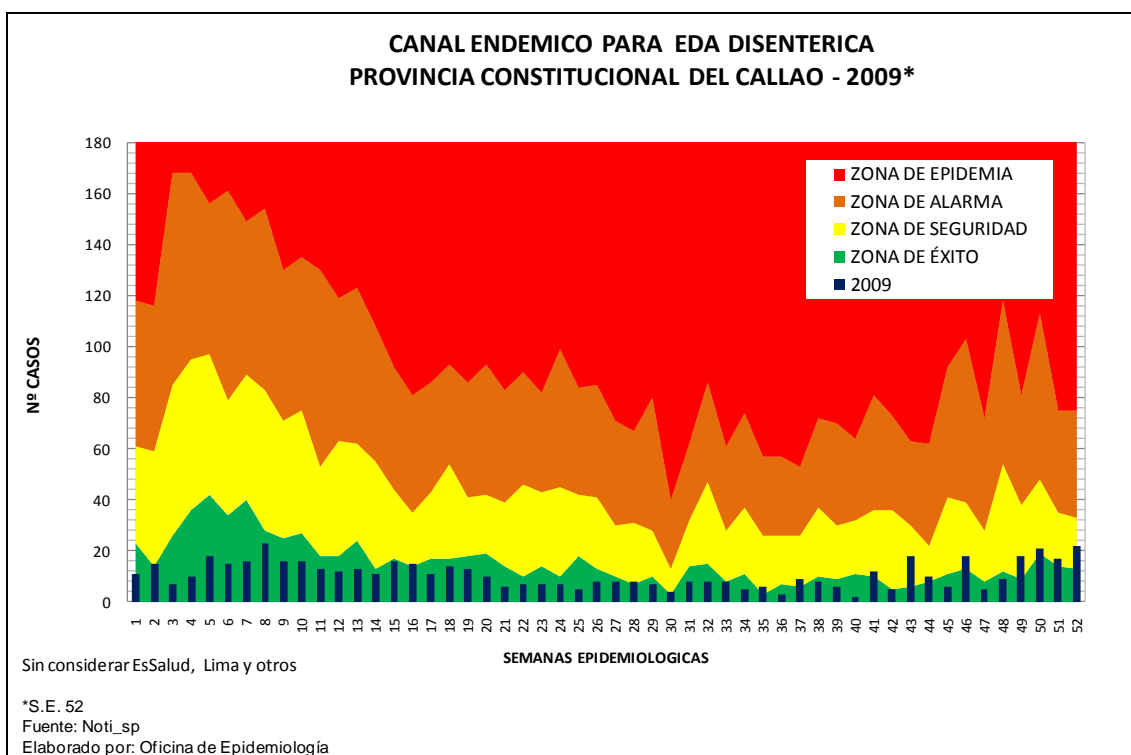
- La vigilancia de Síndrome Gripal se inició el año 2005, teniendo como único centro notificante del muestreo, al C.S. Bonilla - La Punta.
- En la fase de mitigación contra la Influenza A H1 N1 se continúa dando sostenibilidad a la vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios (Síndrome Gripal).
- Son considerados casos de síndrome gripal, toda persona que presenta fiebre mayor o igual a 38°C, de inicio brusco y tos o dolor de garganta (puede acompañarse de otros síntomas como mialgias, postración, cefalea o malestar general), según la DIRECTIVA N° 057-MINSA OGE V.01 (2009).
- Como podemos observar los casos de síndrome gripal para el año 2009.
- muestra un decrecimiento, presentando un pico en entre la semana 25 al 31, debido a vigilancia exclusiva de la Influenza A (H1N1). Además fueron niños y adolescentes los que presentaron mayor número de casos.

VIGILANCIA DE SINDROME GRIPAL POR GRUPO DE EDAD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
2005\* AL 2009\*\*



## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

- A nivel nacional y regional las enfermedades Diarreicas causadas por enteropatógenos que contaminan agua y alimentos son una causa importante de morbilidad, en nuestros niños menores de 5 años contribuyendo al incremento de la desnutrición.
- Para zonificar las áreas de riesgo de estos daños hemos excluido los pacientes atendidos por los establecimientos de ESSALUD y procedentes de Lima y Otros.
- En el año 2009 las EDAs Acuosas se han incrementado (24%) al igual que las EDAs Disentéricas (20%). La tendencia anual de la curva de casos de estos daños es ascendente.
- El perfil de las enfermedades diarreicas a nivel nacional y regional está caracterizado por un predominio de EDA ACUOSA 15/1 Y 113/1 respectivamente.
- Según clasificación de EDAs en el Callao en el periodo 2005-2009 el porcentaje de casos de EDA Acuosa fue 98% y el de EDA Disentérica fue 2%, a diferencia de 92% y 8% del promedio nacional respectivamente.
- La tasa de incidencia acumulada de EDAs Acuosas (301.2x10mil hab) a nivel regional es menor a la nacional (410x10mil hab), igualmente la tasa de incidencia de EDAs Disentéricas a nivel regional (5.8x10mil hab) es menor a la nacional (26.58x10mil hab)
- En relación a las zonas de mayor riesgo para estos daños son el distrito de Callao y Ventanilla.



La curva de casos de casos de EDAs Disentéricas en el año 2009 se ubica en la zona de éxito con algunos picos en la zona de seguridad.

## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN EL CALLAO

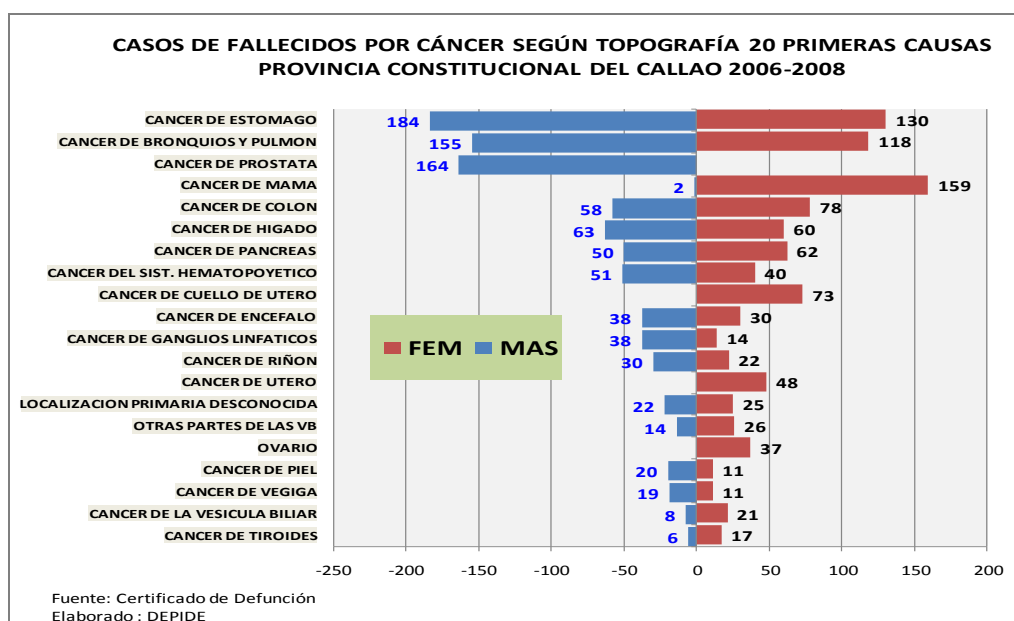
- Las Enfermedades No Transmisibles representan la carga de morbilidad más importante para los países industrializados y su incidencia está aumentando rápidamente entre los países en desarrollo debido a la transición demográfica y a los cambios en el modo de vida de la población.
- En el Callao desde el año 2000 las ENT ocupan las 10 primeras causa de mortalidad en la Región Callao estando consideradas el infarto agudo de miocardio, enfermedades cerebro vascular, diabetes mellitus, tumor maligno de estomago, tumor de bronquios y pulmón
- Consideramos como daños prioritarios de la Región Callao en el tema de Enfermedades No Transmisibles: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer.

## VIGILANCIA DE CÁNCER

- Contempla los registro de certificados de defunción por cáncer de la DIRESA Callao del 2006 al 2008 .El registro se realiza a nivel de hospitales.
- El cáncer es uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel mundial, en nuestro país el cáncer se ha convertido en la segunda causa de muerte, pero no contamos con suficiente información.
- Al revisar los ASIS del periodo 1999 al 2008 de la DIRESA Callao ubicamos al cáncer de estómago y cáncer de bronquio y pulmones entre las 10 primeras causas de mortalidad en la Provincia Constitucional del Callao causando del 3% al 6% del total de fallecidos, ocupando el 8º y 3º lugar respectivamente en la estructura de la tabla de mortalidad en el año 2008.
- El Ministerio de Salud desde el 2006 estableció la vigilancia epidemiológica del cáncer con la emisión de la RM N° 660-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 004-MINSA/DGE-V.01, "Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer – Registros Hospitalarios"
- Actualmente la Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao inició el registro de los certificados de defunción del año 2007, en Agosto del 2008 y tiene registrados en la base de datos del sistema de vigilancia epidemiológica de cáncer los certificados de defunción de los años 2006, 2007 y 2008. En estos años fallecieron 8,773 habitantes en la Provincia del Callao de ellos 2,126 (24.23%) presentaron neoplasias. Ocupando los primeros lugares según ubicación topográfica se encuentra el cáncer de estómago, cáncer de bronquios y pulmón, cáncer de próstata y cáncer de mama.
- De estos fallecidos son de sexo femenino 1078 casos (50.71%), sexo masculino 1048 (49.29%). Los varones fallecen por cáncer más frecuentemente a partir de los 70 años en cambio la mujer a partir de los 50 años. La relación mujer/hombre fallecido por cáncer es 1.03/1.
- Según certificado de defunción el sexo masculino es el más comprometido en el cáncer de estómago y fallecen entre 70 y 89 años. La relación hombre/mujer

con este cáncer es 1.42/1. Este cáncer es más frecuente en el distrito Callao, esta Neoplasia es más frecuente en el sexo femenino en el distrito de Ventanilla.

- El cáncer de bronquio y pulmón es más frecuente en el varón. El grupo etáreo más afectado es de 70-79 años en el sexo femenino como el masculino. La relación hombre/mujer es 1.31/1. Según lugar de procedencia el cáncer de bronquio y pulmón es más frecuente en el distrito Callao. El sexo masculino es el más afectado en todos los distritos a excepción de Bellavista y Carmen de la Legua.
- Los varones fallecen por cáncer de próstata más frecuentemente entre los 70 y 89 años. Observamos también que el grupo de 55 a 64 años está comprometido. Según lugar de procedencia, 146 casos (89.02%), proceden de la Región Callao.
- El cáncer de mama es más frecuente entre los 60-64 años (13.66%) La mayoría de los casos de cáncer de mama proceden del Callao (59.03%). En el periodo 2006-2008 se han presentado 2 casos de cáncer de mama en el sexo masculino en los grupos de edad de 50-54 años y 80-84 años.
- Los Centros de Salud que realizan la prevención primaria deben fortalecer la educación sanitaria que brindan a la población en relación a factores que reduzcan los riesgos a desarrollar cáncer.



## VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CALLAO

- **Comité Multisectorial de Vigilancia y Prevención de Accidentes de Tránsito** fue constituido el año 1999 por la DISA I Callao ( ahora DIRESA) a través de la Oficina de Epidemiología conformado por 25 instituciones: Hospitales del MINSA, EsSalud, Centro Médico Naval, Instituto de Medicina Legal, Instituto Nacional de Rehabilitación, DREC, Municipalidades, organizados en 5 equipos de trabajo: Equipo de Vigilancia Epidemiológica, de

información y difusión, de atención del accidentado, de investigación y seguimiento, de Educación y Prevención.

- Desde la constitución del Comité la DIRESA Callao asumió la Presidencia y Secretaria Técnica; con reuniones mensuales los terceros martes de cada mes hasta el año 2004
- La Región Callao desempeñó el cargo de presidencia y secretaria Técnica a partir del año 2005 – 2009.

## **VIGILANCIA DE LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CALLAO**

- Vigilancia de lesiones por accidentes de tránsito (nacional): notifica el Hospital San José y el Hospital Daniel Alcides Carrión.
- Vigilancia en otras Instituciones (Regional): Oficina de Epidemiología de la DIRESA recibe reportes de accidentes de tránsito fatal y no fatal por la PNP, el Dosaje etílico del Policlínico de la PNP, los fallecidos por accidente de tránsito por el instituto de Medicina Legal.
- La Vigilancia de accidentes de tránsito es realizada por la Oficina de Epidemiología desde el año 2001, al inicio con variables de nombre, edad, sexo, diagnóstico, lugar de procedencia, con el transcurso de los años, la iniciativa se torna nacional.
- En Abril del 2007 se oficializa la vigilancia mediante Resolución Ministerial N° 308 – 2007/MINSA 16 de Abril del 2007, que obliga a todos los establecimientos de salud a notificar los accidentes de tránsito mediante una ficha especial con diversidad de variables que cubren los datos de tiempo, lugar, persona.
- En el año 2009 se han notificado 602 casos de lesionados por accidentes de tránsito, 20% de casos menos en relación al año anterior (756).
- El mes de mayor accidentalidad es el mes de Agosto los días sábado y lunes de 15 - 18 hrs.
- El lugar de mayor ocurrencia es la Avenida Elmer Faucett (distrito Callao).
- La mayoría de estos accidentes se realizan en las avenidas, los más afectados los pasajeros, de sexo masculino de 20 - 24 años distinguiéndose el sexo femenino de 10 – 14 años, con diagnóstico de traumatismo, dados de alta en gran porcentaje.
- Los lesionados por accidentes de tránsito son llevados a los establecimientos de salud por familiares, el vehículo ocasionante el automóvil y el tipo de accidente atropello.
- Los fallecidos por accidente de tránsito suman 31 en el año 2009 a diferencia de 35 (2008) decreciendo en un 11%.
- Asimismo la tasa de mortalidad ha disminuido en el año 2009 a 3.59 x 100,000 hab. a diferencia de 4.09 x 100,000 hab. en el 2008.

## **HOSPITAL DE VENTANILLA**

### **RRHH POR GRUPOS OCUPACIONALES Y ESPECIALIDADES 2009**

**RECURSOS HUMANOS POR GRUPO OCUPACIONALES  
HOSPITAL DE VENTANILLA - 2010**

<b>HOSPITAL DE VENTANILLA</b>	<b>N°</b>
MEDICOS	64
ODONTÓLOGOS	03
ENFERMERAS	41
OBSTETRICES	26
QUIMICO FARMACEUTICOS	01
NUTRICIONISTA	02
TECNÓLOGO MÉDICO	11
PSICÓLOGO	01
ASISTENTA SOCIAL	04
TECNICOS DE LABORATORIO	04
BIÓLOGO	02
TECNICOS DE ENFERMERÍA	91
RADIÓLOGOS	03
TÉNICOS ADMINISTRATIVOS	53

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

- En vista de la demanda creciente en relación a las prestaciones de salud, se ha iniciado una política de cobertura de la atención especializada, de tal forma que se brinda atención por diez especialidades médico-quirúrgicas.
- Pese a que el número de atenciones ha sido menor con respecto al año pasado, existe una brecha en el número de trabajadores de salud con los que cuenta el Hospital Ventanilla.
- Según el último cuadro de asignación de personal (CAP) que corresponde a Junio de 2008, se habría cubierto la necesidad de personal administrativo y técnico-asistencial.
- Sin embargo, el análisis de la demanda y oferta de prestaciones de salud en cada servicio hospitalario revela la necesidad de modificar el CAP y adecuarlo a la realidad local. Producto de este análisis, se ha estimado la Brecha en Recursos Humanos de la siguiente manera:

**BRECHA DE RECURSOS HUMANOS  
HOSPITAL VENTANILLA**

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

**Fuente: Área de recursos humanos - Hospital de Ventanilla. 2009**

**CONSULTA EXTERNA  
Atenciones por servicios**



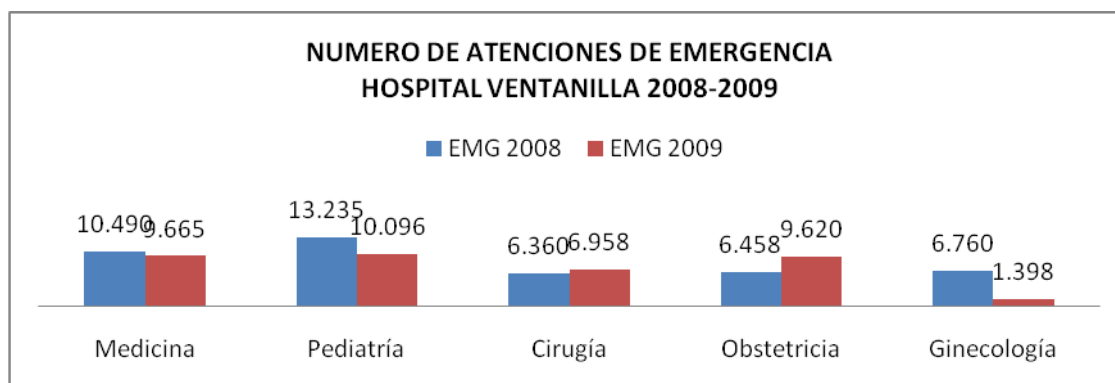
## Atenciones en Consulta Médica Hospital Ventanilla 2008-2009

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

Fuente: OEI - HV-2009.

## EMERGENCIA

### Número de atenciones clasificadas por servicios



Fuente: OEI - HV-2009.

## HOSPITALIZACION

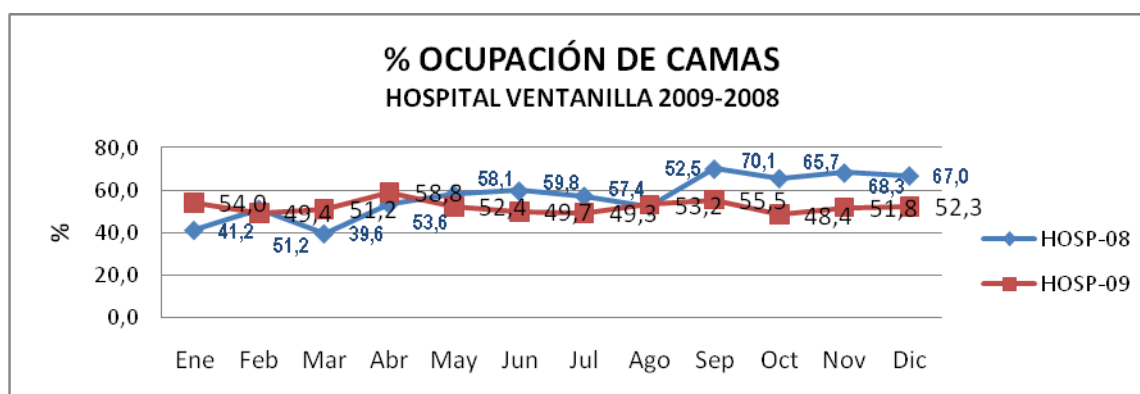
### Número de camas por servicios

Servicio	Número de camas	Porcentaje del total
Pediatría	06	11,5
Medicina Interna	13	25,0
Cirugía y Anestesiología	06	11,5

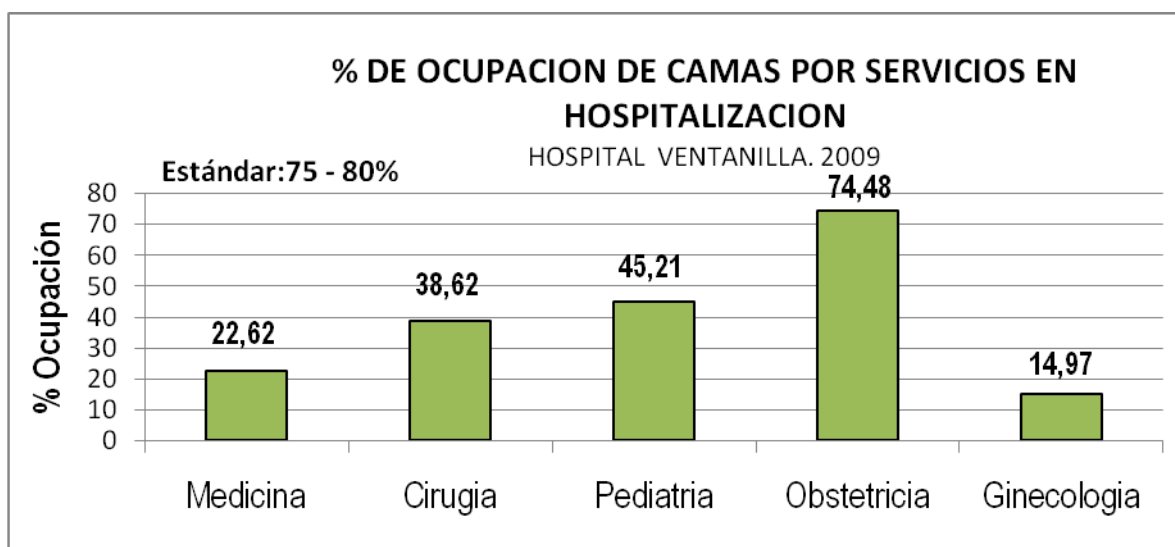
Gineco-Obstetricia	27	51,9
Total	52	100,0

Fuente: OEI – HV – 2009

### Porcentaje de ocupación versus camas % de Ocupación de Cama.



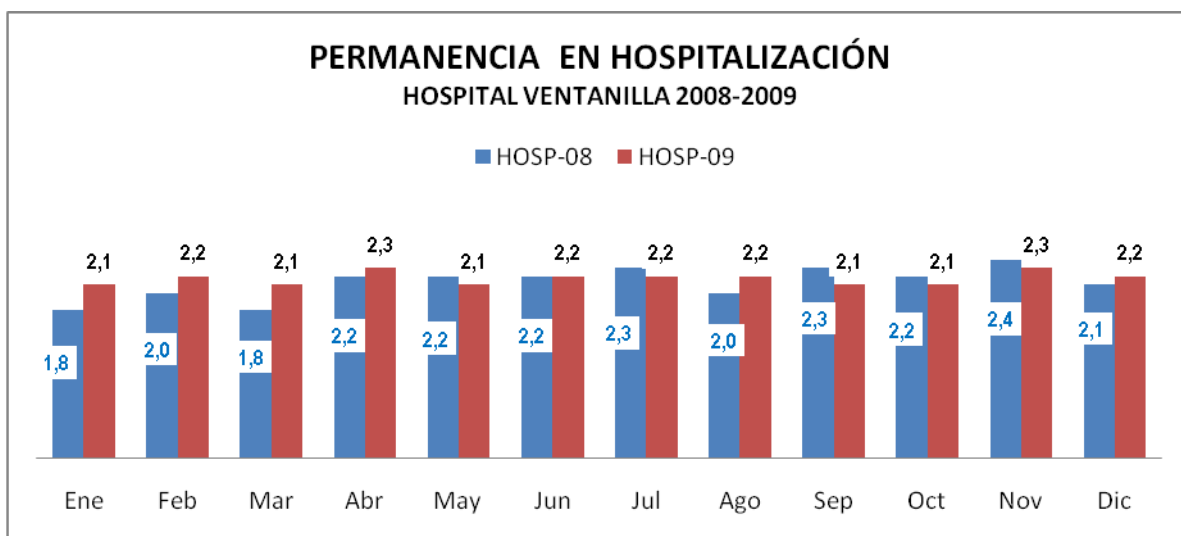
Fuente: OEI - HV-2009.



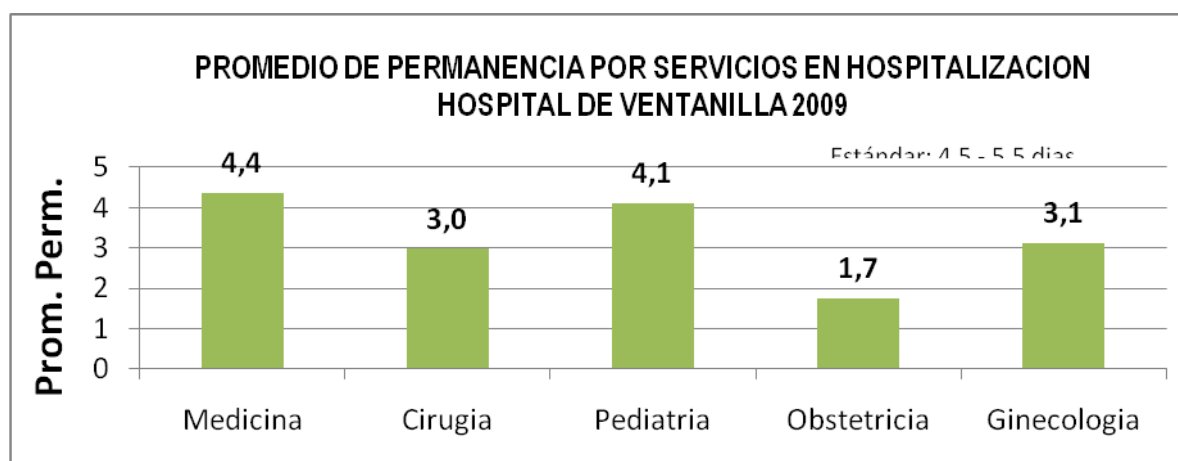
Fuente: OEI - HV-2009.

### Promedio de permanencia o estancia

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



Fuente: OEI - HV-2009.



Fuente: OEI - HV-2009.

#### **Infecciones intrahospitalarias**

No se han reportado Infecciones Intrahospitalarias hasta la fecha.

#### **Número de partos institucionales**

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

#### **Número de cesáreas**

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

#### **Morbilidad – Mortalidad**

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

DESCRIPCIÓN		Total
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	4392
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES	2839
3	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1604
4	DORSOPATIAS	1432
5	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ORGANOS PELVICOS FEMENINOS	1128
6	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	854
7	TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS	748
8	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO	678
9	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10 - I15)	616
10	MICOSIS	622
OTRAS CAUSAS		19845
TOTAL		34758

Fuente: OEI - HV-2009

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

Ord.	Cod. CIE X	Causas	Total
1	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	43
2	J18.9	NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	32
3	A16.2	TUBERCULOSIS DEL PULMÓN, SIN MENCIÓN DE CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA O HISTOLÓGICA	25
4	B24	SIDA	19
5	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	19
6	J18.0	BRONCONEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	17
7	C34.9	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMÓN, PARTE NO ESPECIFICADA	15
8	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	14
9	V03.1	PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA, ACCID. DE TRANSITO	14
10	K74.6	OTRAS CIRROSIS DEL HÍGADO Y LAS NO ESPEC.	13
<b>Las demás causas</b>			<b>284</b>
<b>Total</b>			<b>495</b>

Fuente: Certificado de Defunción / RENIEC (2008)

## 4.2. RESPUESTA SOCIAL DE OTRAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD EN LA REGIÓN CALLAO

### A.-RED SABOGAL HOSPITAL ESSALUD ALBERTO SABOGAL

Durante el 2009 se realizaron 562,968 atenciones en todos los servicios de consulta externa, mostrando un incremento del 13% a comparación del 2008.

CONSULTA EXTERNA		
Atenciones por servicios		
TOTAL	AÑOS	
	2008	2009
	432,355	562,968

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

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

EMERGENCIA		
Número de atenciones clasificados por servicios		
TOTAL	AÑOS	
	2008	2009
	255,288	245,917

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

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

HOSPITALIZACION		
Rendimiento cama por mes		
TOTAL	AÑOS	
	2008	2009
	6.05	5.68

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

En cuanto a la atención de partos se experimento un incremento del 17% con respecto al año 2008 (2009: 5,252- 2008: 3,082). Se atendieron 2,227 cesáreas, un incremento de 5% con respecto al 2008 (2,174).

OTROS				
Nº partos institucionales			Nº cesáreas	
TOTAL	AÑOS		AÑOS	
	2008	2009	2008	2009
	3,082	5,252	2,174	2,227

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

**MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA - HOSPITAL ALBERTO SABOGAL**

**COMPARATIVO 2008-2009**

				CONSULTA EXTERNA			
2008				2009			
CODIGO	DIAGNOSTICO	488,004	100%	COD	DIAGNOSTICO	562,968	100%
I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	16994	3.5%	I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	16155	2.9%
N40.X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	9720	2.0%	Z51.4	ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIENTO S	12993	2.3%
I11.9	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INS	8535	1.7%	N40.X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	10246	1.8%
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	7304	1.5%	I11.9	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INS	9145	1.6%
F20.0	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	7171	1.5%	F41.2	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	8159	1.4%
F41.2	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	6519	1.3%	J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	7916	1.4%
J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6194	1.3%	F20.0	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	7653	1.4%
M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6067	1.2%	M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6740	1.2%
Z96.1	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	5097	1.0%	J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6593	1.2%
Z13.6	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTOR	5057	1.0%	Z96.1	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	6235	1.1%

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

HOSPITAL EMERGENCIA - ALBERTO SABOGAL

COMPARATIVO 2008-2009

EMERGENCIA							
2,008				2,009			
COD.	DIAGNOSTICO	255,288	100%	COD.	DIAGNOSTICO	245,917	100%
A09.X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO OR	16384	6.4	J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	17086	6.9
J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	14781	5.8	A09.X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	15521	6.3
Z34.8	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	8908	3.5	R10.1	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	8420	3.4
R50.9	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	8469	3.3	J00.X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	8271	3.4
M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	7871	3.1	R50.9	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	7139	2.9
R10.1	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPE	7388	2.9	N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	7088	2.9
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	7291	2.9	M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6747	2.7
J00.X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	7260	2.8	I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	6444	2.6
I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	7215	2.8	J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	6244	2.5
N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES	6309	2.5	J03.9	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	5549	2.3

Fuente: Hospital EsSalud Alberto Sabogal

## POLICLINICO. HNA. MARIA DONROSE SUTMÖLLER

### DEFINICION DE LA POBLACION

#### Población

Tamaño de la población. Número de habitantes: Ventanilla

Varones	136,855	
Mujeres	141,040	277,895

### DINÁMICA POBLACIONAL. CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y RELACIONADAS: MORTALIDAD, NATALIDAD

Mortalidad	3.9	Fallecidos/año
Natalidad	16.9	Nacidos/año



**PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION. RELACION CON CONDICIONANTES O DETERMINANTES MAS IMPORTANTES**

**Morbilidad registrada en los establecimientos: Diez primeras causas**

**NIÑOS**

<b>Consulta Externa</b>	Infección viral	Faringitis aguda, no especificada	Parasitosis	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Bronquitis aguda, no especificada	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Rinitis	Dermatitis	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos.
<b>Hospitalización</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Emergencia</b>	Fiebre no especificada	Estado asmático	Nausea y vómito	Asma, no especificado	Fiebre con escalofrío	Otros dolores abdominales y los no especificados	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen	Urticaria, no especificada	Dolor abdominal localizado en parte supe	Otalgia

**MUJERES**

<b>Consulta Externa</b>	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	Vaginitis sub aguda y crónica	Estados menopáusicos y climatéricos femeninos	Supervisión de embarazo de alto riesgo	Supervisión de otros embarazos normales	Atención materna por cicatriz uterina de	Vaginitis aguda	Vaginitis atrófica postmenopausica	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	Leioma Intramural del cuello uterin
<b>Hospitalización</b>										
<b>Emergencia</b>	Falso trabajo de parto, sin otra especif	Amenaza de aborto	Supervisión de embarazo de alto riesgo	Infección no especificada de las vías urinarias	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	Infección de las vías urinarias, sitio no es	Infección de otras partes de las vías ur	Aborto espontáneo, incompleto, sin compl	Dolor agudo	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no

Fuente: POLICLINICO.  
HNA. MARIA DONROSE  
SUTMÖLLER

**ADULTOS-ADULTOS MAYORES**

<b>Consulta Externa</b>	Hipertensión esencial (primaria)	Faringitis aguda, no especificada	Dispepsia	Lumbago no especificado	Diabetes mellitus no insulino dependiente	Asma, no especificado	Diarrea y gastroenteritis de presunto or	Artrosis, no especificada	Amigdalitis aguda, no especificada	Bronquitis aguda no especificada
<b>Hospitalización</b>										
<b>Emergencia</b>	Dolor abdominal localizado en parte supe	Otros dolores abdominales y los no especificados	Diarrea y gastroenteritis de presunto or	Lumbago no especificado	Fiebre, no especificada	Estado asmático	Cefalea	Asma, no especificado	Hipertensión esencial (primaria)	Urticaria no especificada

**ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD: DIEZ PRIMERAS CAUSAS**

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

Fuente: POLICLINICO. HNA. MARIA DONROSE SUTMÖLLER

## **B.-CENTRO MÉDICO NAVAL**

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

### **Indicadores Demográficos**

La población naval usuaria de los servicios de salud de la Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú son 123,361 titulares y 176,918 familiares.

### **Recursos Humanos**

El total de personal con el que cuenta el CMN es 2280, de los cuales 314 son médicos, 576 enfermeras y 86 odontólogos. Los servicios con los que cuenta el CMN "CMST" son los siguientes: Medicina (14 especialidades); Cirugía (12 especialidades); Unidades de Cuidados Intensivos (5 subespecialidades); Diagnóstico por Imágenes (5 subespecialidades) y Estomatología.

### **Atenciones**

#### **Consultorio Externo**

En el 2009 se registraron 235469 atenciones, correspondiendo a Cardiología (10%), Ginecobstetricia (8%), Medicina (6,7%), Dermatología (6,3%) y Pediatría (6,3%) el mayor número de atenciones.

#### **Emergencia**

Las atenciones en emergencias durante el 2009 fueron 41185, siendo en su mayoría en emergencia de adultos (69%) frente a las pediátricas (31%).

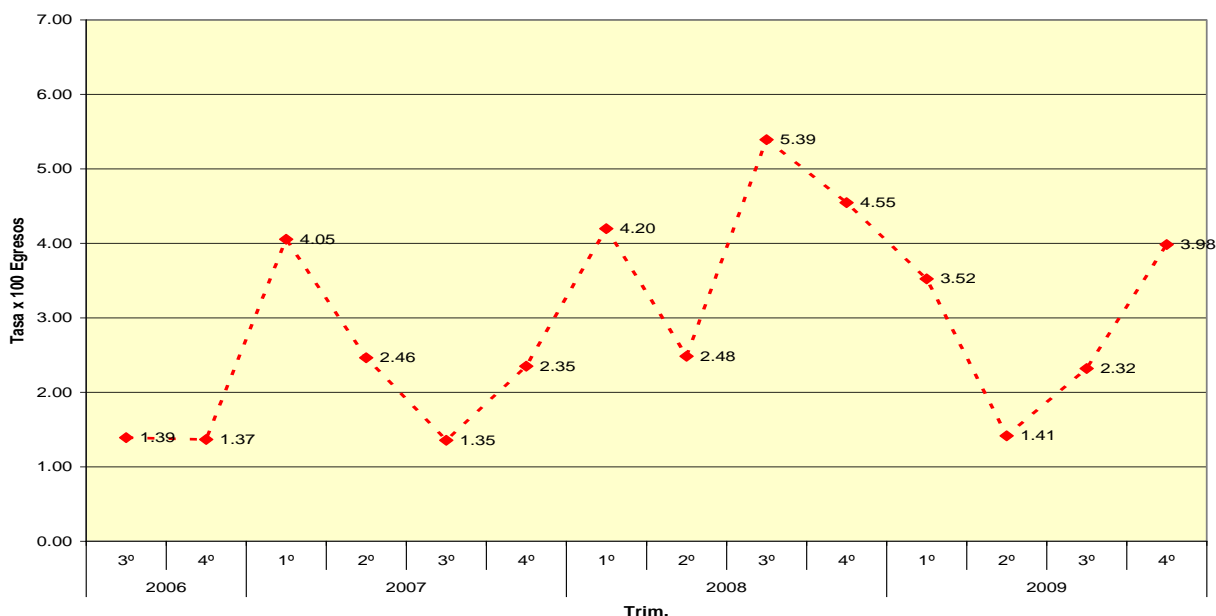
#### **Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis**

Se presentaron 306 casos positivos durante el 2009, correspondiendo a Influenza H1N1 280 casos. Le sigue Malaria con 12 casos importados.

#### **Infecciones Intrahospitalarias (IIH)**

La vigilancia de IIH en el CMN "CMST" se realiza de forma activa y selectiva en las salas de Cirugía General, de Especialidades Quirúrgicas y Urología, en Geriatria, en Cuidados Intensivos (Médica, Quirúrgica, Pediátrica y Neonatal) y en Gineco-obstetricia. La tendencia es ondulante de julio 2006 a diciembre 2009. En el 2009 disminuye durante el primer semestre y tiende a aumentar durante el segundo. El mayor número de casos fue por infecciones de herida operatoria (30,26%) a predominio de UCI neonatal (20,70%).

### Tendencia de la Incidencia Acumulada de IIH - Julio 2006 - Diciembre 2009”.



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

### Partos y Cesáreas Institucionales

La proporción del número de partos versus las cesáreas institucionales se incremento en un 17% en el 2009 en relación al 2008, aunque aún es bastante baja (68,79%).

Tabla - Número de Partos y Cesáreas periodo 2008 – 2009

	2008		2009	
	N	%	N	%
<b>Partos</b>	298	51.20	485	68.79
<b>Cesáreas</b>	284	48.80	220	31.21
<b>TOTAL</b>	<b>582</b>	<b>100.00</b>	<b>705</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

### Análisis de la Morbilidad

La infecciones respiratorias altas son las patologías más prevalentes entre las causas de morbilidad que demandaron atención en el CMN “CMST” en el año 2009, le siguen Hipertensión Arterial, Dermatitis, Dorsalgia y Diabetes Mellitus.

### Análisis de la Mortalidad

Las causas infecciosas (Sepsis 28%, Falla Orgánica Múltiple 19%, Shock séptico 6%), Insuficiencia Respiratoria 8% y Tumores 15% (Mama, Riñon y Próstata) y Accidentes Cerebro Vasculares con 5%, fueron las más prevalentes entre las causas de mortalidad en el CMN “CMST” en el año 2009.

## **Estrategias Sanitarias**

### **Inmunizaciones**

Durante el 2009 se han aplicado un total de 38,875 vacunas y se han atendido a 21,339 personas. De ellas, la vacuna contra la Influenza A estacional fue la más aplicada, seguida de Hepatitis B.

### **VIH/SIDA**

La incidencia de casos de Infección por el VIH según género en el CMN "CMST" de 1987 a la fecha muestra una tendencia decreciente con un predominio del sexo masculino.

### **Tuberculosis**

La incidencia de casos nuevos de Tuberculosis según género en el CMN "CMST" del 2006 al 2009 muestra una tendencia estacionaria con un predominio del sexo masculino (71 versus 18).

### C.-RED DE SALUD PNP LIMA OESTE

- La Red de salud de la PNP Lima Oeste atiende a todos los distritos del Callao a través de sus cuatro establecimientos: Policlínico PNP, VIPOL; Policlínico PNP Callao; Posta Médica PNP DIREVPOL y Posta Médica PNP Ventanilla.
- El número total de atenciones durante el 2009 fue de 36,307 y las atendidos 13,456.

<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>ATENCIONES</b>	<b>ATENDIDOS</b>
Policlínico VIPOL	15284	5625
Policlínico CALLAO	11564	4806
Posta DIRAVPOL	3601	1264
Posta VENTANILLA	5858	1761
<b>Total</b>	<b>36307</b>	<b>13456</b>

Elaboración: Oficina de Epidemiología

- La Red cuenta con 39 profesionales de la salud distribuidos en los 4 establecimientos. Brinda atenciones en los consultorios médicos de Medicina General, Gastroenterología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Pediatría. Además Odontología, Psicología y Obstetricia.
- **La morbilidad** más prevalente, además de las Infecciones Respiratorias Agudas, destacan Trastornos de Salud Bucal, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Durante el 2009 se mejoró en 20% las actividades preventivo-promocionales, en particular las actividades de Inmunizaciones, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Bucal y Salud Mental. Como factores que retardan las metas de la Red tiene una población asignada desactualizada, inadecuada distribución del personal y limitados sistemas de referencia y contrarreferencia.

## D.-INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

- El Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, está ubicado en el Jr. Vigil N° 535, distrito de Bellavista, Región del Callao, cuenta con un terreno de 9,630 m<sup>2</sup>. Construcción de material noble y consta de 5 bloques.

### Análisis de morbilidad

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

### Hospitalización

#### Principales causas de egresos hospitalarios en general y por grupos de edad

- Podemos observar que la causa más frecuente de hospitalización en el Servicio de Lesiones Medulares es debido a **Causas externas de traumatismo** en un 69.90% de los casos, entre las cuales tenemos los traumatismos por vehículos motorizados (26.20%), caídas (23.30%) y lesión por arma de fuego (9.70%). Entre las causas no traumáticas (30.10%) se encuentran principalmente las lesiones medulares de etiología neoplásica en un 32.25% de este grupo.
- La mayoría de pacientes hospitalizados pertenecían al grupo etáreo de 20 a 64 años (84.4%) edad eminentemente productiva, seguido de los pacientes entre 10 a 19 años (14,6%).

#### Indicadores en consulta externa y hospitalización del INR del 2008-2009

CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACION					
Atenciones		Nº camas		% Ocupación camas		Promedio de permanencia	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
39222	36941	32	32	89,8	87,8	102,5	92,6

Fuente: INR-DIS

### Diez primeras causas de morbilidad de consulta externa y de emergencia

<b>MORBILIDAD</b>	
<b>10 primeras causas de morbilidad de consulta externa y emergencias</b>	
<b>2008</b>	<b>2009</b>
*TRASTORNOS POSTURALES	*TRASTORNOS POSTURALES
*RETARDOS DEL LENGUAJE	*RETARDOS DEL LENGUAJE
*REUMATISMO EXTRA-ARTICULAR	*REUMATISMO EXTRA-ARTICULAR
*TRAST.HIPERCINETICOS DE LA NIÑEZ	*TRAST.HIPERCINETICOS DE LA NIÑEZ
*RETARDO MENTAL	*RETARDO MENTAL
*ENFERMEDADES REUMATICAS	*ENFERMEDADES REUMATICAS
*TRASTORNOS DEL DESARROLLO	*TRASTORNOS DEL DESARROLLO
*ENCEFALOPATIA INFANTIL	*TRAST.DE DESARR. HABILIDAD.ESCOL.NO ESP.
*TRAST.DE DESARR.HABILIDAD.ESCOL.NO ESP.	*ALTERACIONES DE AUDICION
*ALTERACIONES DE AUDICION	*ENCEFALOPATIA INFANTIL

Fuente: Oficina de Estadística e Informática. INR.

### Primeras causas de morbilidad del servicio de hospitalización 2008 – 2009 INR según etiología

<b>Morbilidad del Servicio de Hospitalización</b>	
<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>*LESION MEDULAR DE ETIOLGIA TRAUMATICA</b>	<b>*LESION MEDULAR DE ETIOLGIA TRAUMATICA</b>
*Accidentes de Tránsito	*Traumatismos por Caídas
*Traumatismos por Caídas	*Accidentes de Tránsito
*Traumatismos por lesión por armas	*Traumatismos por lesión por armas
*Traumatismos por Aplastamiento	*Traumatismo por Aplastamiento
*Traumatismo por Golpes	
<b>*LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA</b>	<b>*LESION MEDULAR DE ETIOL.NO TRAUMATICA</b>
*Lesión Medular de etiología Neoplásica	*Afecciones del Encéfalo No neoplásicas
*Afecciones del Encéfalo No neoplásicas	*Lesión Medular de etiología Neoplásica
*Otra enfermedad de la Médula espinal	*Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
*L.Med. Adquiridas -BACTERIANAS	*L.Med.de etiologia Vascolar
*L.Med. Adquiridas –VIRALES	*Tumores SNC

Fuente: Oficina de Estadística e Informática. INR.

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



### 4.3. RESPUESTA SOCIAL DE OTRAS INSTITUCIONES EN LA REGIÓN CALLAO

#### A.-UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

La Oficina de Bienestar Universitario es responsable del Centro de Salud, cuya población objetivo en más del 90% la constituyen los alumnos de la universidad. Además atiende a los docentes, personal administrativo y personal contratado.

El Centro de Salud de la UNAC cuenta con dos médicos, dos odontólogos, 2 psicólogos y 1 químico-farmacéutico como profesionales de la salud.

**Tabla de Atendidos y atenciones del 2009**

<b>SERVICIO</b>	<b>ATENCIONES</b>	<b>ATENDIDOS</b>
Medicina	1790	1392
Psicología	841	563
Odontología	1264	321
Laboratorio	589	246
<b>TOTAL</b>	<b>4484</b>	<b>2522</b>

**Elaboración: Oficina de Epidemiología**

El consultorio de Medicina con 39%, seguido de Odontología con 28% encabezan las atenciones durante el 2009.

Una actividad importante son los exámenes a los ingresantes (2,369 atenciones). Asimismo se realizaron Campañas de despistaje de Enfermedades No Trasmisibles, Psicología, Odontología y prevención del VIH/SIDA.

Son factores que atentan contra un buen desempeño del establecimiento de salud, la baja demanda, la no atención dental por las tardes, las tarifas relativamente altas para el usuario universitario, la falta de botica, la renuncia del responsable de psicología clínica y el termino del convenio con Psicología de USMP.

#### B.-MUNICIPALIDAD DE LA PUNTA

A través de la Gerencia Central de Desarrollo Humano se desarrollaron durante el año 2009 diversas acciones dirigidas a la población punteña:

- 60 Charlas Educativas, con 1213 beneficiados.
- 284 Atenciones en Terapia Física y Rehabilitación (OMAPED)
- 149 Actividades Preventivas Promocionales (Talleres contra Consumo de Drogas), con una población atendida de 649.

Asimismo, debe resaltarse que durante el año 2009 la MLP lideró la sensibilización contra la pandemia de Influenza A H1N1.

Una estrategia que ha resultado positiva durante este año ha sido la realización de Mega Campañas de Salud. Los atendidos durante las 9 campañas llegaron a 6217.

La atención en el Centro Médico Municipal, a través de sus siete especialidades llegó a los 6551 atendidos. Mientras la atención en tópico de emergencia de 24 horas, en

convenio con los Bomberos, alcanzó las 4611 atenciones. También se realizaron 244 despistajes de Cáncer de mama y Cuello Uterino.

### **C.-BENEFICIENCIA PÚBLICA DEL CALLAO**

La Gerencia de Producción y Asistencia Social a través de la Sección Servicios de Salud se encarga de brindar atención de consultas médicas externas en Medicina, Pediatría, Obstetricia, Oftalmología, Psicología, Odontología, Terapia física y Podología. Además de los servicios de Laboratorio y Enfermería.

Asimismo, se brinda atención gratuita en las Campañas de Salud. En el 2009, en Campañas hubo 870 atenciones preventivo-promocionales.

**Tabla de Atendidos en el 2009**

<b>CONSULTORIO</b>	<b>ATENDIDOS</b>	<b>% PACIENTE NUEVO</b>
Pediatría	5132	19,6
Obstetricia	2242	19,6
Medicina 1	1160	26,46
Medicina 2	2780	21,6
Medicina 3	1653	22,86
Odontología	141	28,36
Oftalmología	322	41,9
Psicología	201	12,43
Laboratorio	1598	

**Elaboración: Oficina de Epidemiología**

En total se brindaron 16935 atenciones durante el 2009, sin contar con las 2955 atenciones sin costo.

La escasa asistencia de pacientes en el turno de la tarde, la inseguridad de la zona y los pocos convenios con especialistas atentan contra un mejor desempeño de este servicio de salud.

**ANALISIS DEL ESTADO DE SALUD DE LOS  
TERRITORIOS VULNERABLES**

**DETERMINACION DE PROBLEMAS DE SALUD Y  
TERRITORIOS VULNERABLES PRIORIZADOS**

**ANALISIS DE LA PRIORIDADES SANITARIAS  
REGIONALES E INTERVENCIONES EN SALUD**

**ANALISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS  
REGIONALES**

## **IV. ANALISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES**

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

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

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

### **4.1. PRINCIPALES PRIORIDADES SANITARIAS DISTRITALES**

En el taller para determinar las Prioridades Sanitarias Regionales realizado en la DIRESA Callao el día 6 de abril del 2010, que contó con la participación de representantes de diferentes instituciones representativas de la Región, se establecieron las prioridades de manera distrital para luego hacer un consenso de las regionales.

A continuación se presentan las prioridades sanitarias 2009 por distritos:

#### **Prioridades Sanitarias Distrito Callao**

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

#### **Prioridades Sanitarias Distrito Bellavista**

1. TBC, TBC MDR y TBC XDR
2. Morbi-mortalidad Materna
3. Débil clima organizacional
4. Cáncer
5. Intoxicación por plomo
6. Infecciones intrahospitalarias
7. ITS, VIH-SIDA
8. Hipertensión arterial
9. Diabetes mellitus
10. Enfermedades de la cavidad bucal

### **Prioridades Sanitarias Distrito Ventanilla**

1. Malnutrición: obesidad, anemia y desnutrición crónica
2. Embarazo en adolescentes
3. Infecciones intrahospitalarias
4. TBC, TBC MDR y TBC XDR
5. Hipertensión arterial y Diabetes mellitus
6. Dengue
7. Accidentes de tránsito
8. Inadecuada distribución RRHH
9. ITS, VIH-SIDA
10. Inadecuada manipulación de alimentos

### **Prioridades Sanitarias Distrito Carmen de La Legua**

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

### **Prioridades Sanitarias Distrito La Perla**

1. Tuberculosis
2. Delincuencia y pandillaje
3. Violencia intrafamiliar
4. ITS, VIH-SIDA
5. Hipertensión arterial
6. Diabetes mellitus
7. Morbi-mortalidad materna y perinatal
8. Cáncer
9. Riesgo de terremotos
10. Débil clima organizacional

### **Prioridades Sanitarias Distrito La Punta**

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes mellitus
3. Terremotos
4. Maremotos
5. Cáncer
6. Salud mental – violencia – drogadicción
7. SOBA – asma
8. Falta de implementación de las capacidades básicas en los puertos de entrada.
9. Inadecuada manipulación de alimentos

## **4.2. PRINCIPALES PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES**

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

En primer lugar en los 6 distritos se situó Tuberculosis Pulmonar, TBC MDR y XDR, seguido de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, ITS-VIH/SIDA, Salud Mental, Violencia y Drogadicción, Morbimortalidad Materna y perinatal, Malnutrición: Obesidad, Anemia y Desnutrición crónica, Cáncer, Débil clima organizacional y finalmente el Riesgo de terremotos.

Hemos considerado como una prioridad Regional el Dengue aunque en el taller no fue incluido en ningún distrito, esto debido a que la población en general no percibe el potencial riesgo de la transmisión de esta enfermedad, pues como hemos revisado en capítulos anteriores en nuestra región existe el riesgo de transmisión de la enfermedad, debido a la presencia del Vector Aedes Aegypti en diez localidades de nuestra región y porque estamos rodeados de distritos limeños en los que existe un alto índice aedico.. Por ello hemos visto necesaria la inclusión de dicho problema en el análisis y como prioridad sanitaria de nuestra Región Callao, así como las Infecciones respiratorias, debido a su importancia en salud pública sobre todo por la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes como es el caso de Influenza AH1 N1.

### **PRINCIPALES PROBLEMAS SANITARIOS DE LA REGIÓN CALLAO**

1. Dengue
2. Infecciones Respiratorias
3. Tuberculosis Pulmonar, MDR y XDR.
4. Daños no transmisibles: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer.
5. ITS-VIH/SIDA
6. Salud Mental: Violencia y drogadicción
7. Morbimortalidad materna y perinatal
8. Malnutrición: Obesidad, Anemia y Desnutrición crónica.
9. Débil clima Organizacional.
10. Riesgo de terremotos

**Fuente: Taller Prioridades Regionales abril 2010.**

**Elaboración: Oficina de Epidemiología.**

## **4.3. Análisis de las prioridades sanitarias priorizadas**

### **1.- DENGUE**

El Dengue constituye un grave problema de salud pública en el nivel mundial, siendo la principal enfermedad viral humana con características endemoepidémicas transmitida por vectores artrópodos del género Aedes.

La diseminación del dengue obedece a muchas causas: guerras, viajes, calentamiento global, migraciones, hacinamiento, crecimiento demográfico, urbanización descontrolada, deterioro de los sistemas de servicios de agua y su almacenaje inadecuado, así como, a la falta de políticas preventivas de salud pública en los países afectados.

Debemos mencionar que dos terceras partes de la población mundial viven en zonas infestadas con vectores del dengue, principalmente el *A. aegypti*, en donde pueden estar circulando simultáneamente los cuatro serotipos conocidos de este virus, estimándose anualmente de 50 a 100 millones de casos por dengue clásico, y de 250 000 a 500 000 casos de dengue hemorrágico en el mundo.

En el Perú, los primeros casos de Dengue Clásico se notificaron en 1990 en la región Loreto (Iquitos) y San Martín (Tarapoto); con el tiempo se ha ido expandiendo a otros departamentos de la Amazonía Peruana, así como de la región norte y centro del país. El *Aedes aegypti*, vector transmisor de la enfermedad, fue detectado en Lima desde el año 2000 persistiendo desde entonces, lo que permitió que en abril del 2005 apareciera un brote epidémico de casos autóctonos de Dengue Clásico en Lima, después de al menos 60 años de ausencia de transmisión autóctona.

En el 2007 el área infestada por el vector *Aedes aegypti* en Lima Metropolitana y el Callao comprendía el 50% del total de los distritos. Por otra parte en el año 2006 se confirmó por laboratorio un total de 118 casos; sin embargo esta cifra representaría sólo el 10% del total de casos reales que habrían ocurrido por lo tanto las proyecciones señalan que por lo menos entre mil y mil 200 personas habrían contraído el dengue en la capital.

### **Vulnerabilidad**

En el periodo 2000-2009 (SE 52) se ha notificado 126 casos de Dengue clásico siendo confirmados 30 casos (23.80%). **En Noviembre del 2005 de la Región Callao paso de Escenario I a Escenario II** al identificar dos muestras positivas en Sanidad Marítima Internacional (ENAPU) en el Distrito del Callao. Durante los años 2000- 2009 la etapa de vida más comprometida es el adulto; 20 casos (86.67%), el sexo masculino 20 casos 86.67%, todos los casos de Dengue son importados, el lugar de exposición al vector son: Amazonas 1 (3.33%), Ancash 1 (3.33%), Junín 1 (3.33%), La Libertad 2 (6.66%), Loreto 3 (9.99%), Piura 10 (33.33%), San Martín 3 (9.99%), Tumbes 4 (13.32%), Ucayali 4 (13.32%). La información más relevante es que en los años 2001 se presentaron 12 casos y el 2009 se presentaron 10 casos lo que hace 22 (73%) casos del total presentados en los 9 años del 2000 al 2009. Los casos confirmados el 2009 tiene como domicilios: La Perla, Ventanilla, Callao, estos 2 últimos distritos se encuentran en escenario II. No se han registrado casos de Dengue Hemorrágico (importados) desde el año 2002.

### **Estrategias de intervención**

**Vigilancia de febriles:** Se realiza en 23 Establecimientos de Salud distribuidos en las 3 redes: Red Bonilla: C.S Acapulco, C.S Gambeta Alta, C.S Juan Pablo y C.S El Ayllu. Red BEPECA: C.S Bocanegra, C.S El Álamo, C.S Sesquicentenario, C.S Preví, C.S Faucett, C.S Palmeras de Oquendo y C.S 200 millas. Red Ventanilla: C.S Luis Felipe de las casas, C.S Los Cedros, C.S Defensores de la Patria, C.S Márquez, C.S Ventanilla Alta, C.S Ventanilla Baja y C.S Ventanilla Este. Hospitales HNDAC, Hosp. San José, Hosp. Ventanilla y Centro Médico Naval y dentro de Dirección de Sanidades se encuentra Marítima y Aérea.

**Vigilancia entomológica** en las localidades en riesgo con escenario I y II de la Región Callao.

**En conclusión** el dengue es una enfermedad emergente y reemergente en el Perú y que sus distintas variedades clínicas pueden ser confundidas en estadios iniciales con otras enfermedades, por ello los pacientes deben ser evaluados en forma integral: Clínico-epidemiológica, con análisis seriados de laboratorio, a fin de definir que



síndrome tienen, ya que el manejo es diferente y una confusión podría ser letal. Por ello es importante manejar las definiciones de los síndromes clínicos por dengue actualmente aceptadas por la OMS-OPS, con sus respectivos fluxogramas a fin de permitir el manejo óptimo de los pacientes.

Hasta la fecha no existe una vacuna segura, eficaz y económica contra el virus del dengue. Mientras tanto, el control de la transmisión del virus del dengue dependerá por completo del **control del mosquito vector y de mantener activa la vigilancia de vectores y epidemiológica en nuestra región Callao.**

## **2.- INFECCIONES RESPIRATORIAS: INFLUENZA AH1N1**

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de morbilidad a nivel regional y distrital.

Asimismo en relación a la estructura de la mortalidad de la Región Callao estos daños ocupan el 1º lugar desplazando a hipertensión arterial (2º lugar) que desde el 2003 ocupaban el 1º lugar.

### **Territorio Vulnerable**

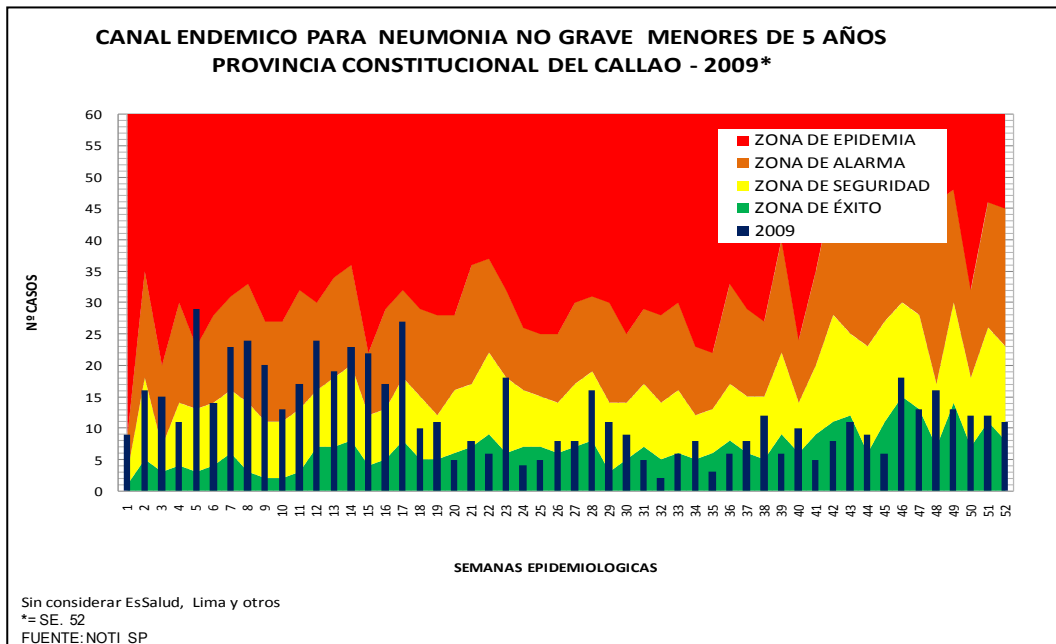
- En relación a las zonas de mayor riesgo para estos daños son el distrito de Callao y Ventanilla, con excepción del distrito de La Punta que ocupa el 2º lugar después de las enfermedades de cavidad bucal y La Perla que se ubica también en el 2º lugar.
- Para zonificar las áreas de riesgo de estos daños hemos excluido los pacientes atendidos por los establecimientos de EsSALUD y procedentes de Lima y Otros.

### **Población Vulnerable**

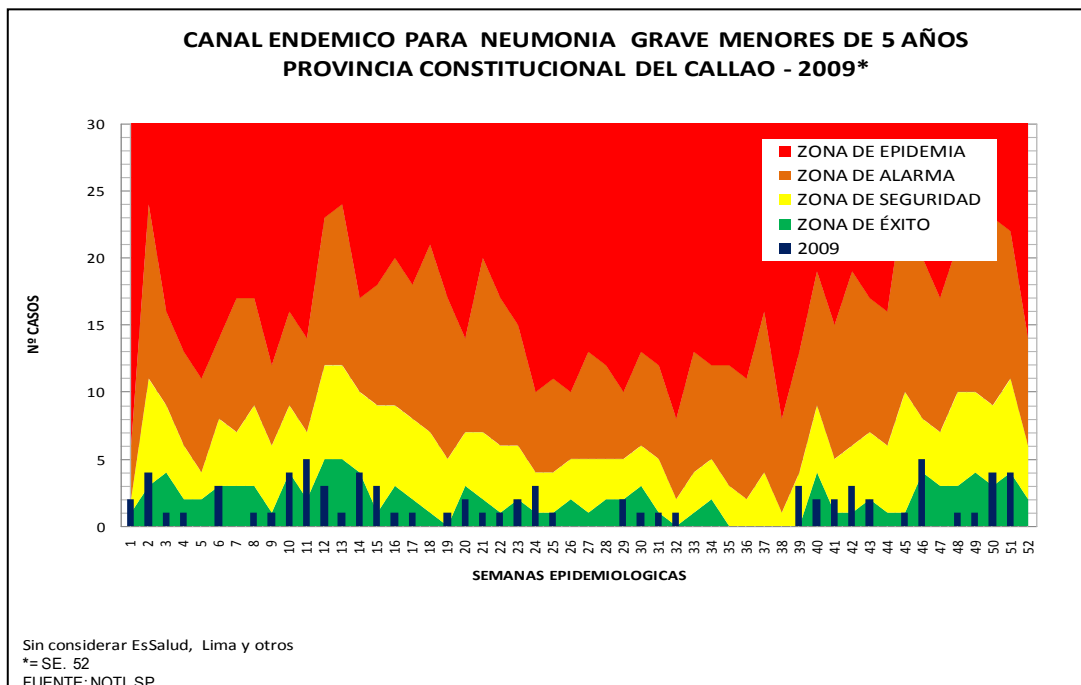
- La tasa de incidencia acumulada de IRA, neumonía y neumonía grave en los menores de 5 años a nivel regional en el año 2009 es inferior a la nacional en cambio en relación a la tasa de incidencia de SOBA – Asma regional es el triple de la nacional. Asimismo el porcentaje de neumonías graves en relación a neumonía total (Neumonía No grave+ Neumonía Grave) regional (10.5%) es menor que la nacional (39%) lo cual es positivo.
- La población más expuesta a estos daños son los menores de 5 años y las personas de la tercera edad.

### **Análisis causal**

- En el año 2009 las IRAS se han incrementado en 2.3%, han disminuido las neumonías (10%), neumonía graves (31%), y SOBA asma (3%).
- La tendencia anual de la curva de casos es ascendente en las Infecciones Respiratorias Agudas y descendentes en las neumonías, neumonía grave y SOBA-Asma.
- Las acciones preventivas y de tratamiento oportuno, están permitiendo que los casos graves vayan disminuyendo, no así la incidencia de casos en la población general.
- De otro lado el incremento de los casos de SOBA-Asma, nos están indicando que aún es importante la presencia de factores ambientales contaminantes, identificados desde hacía varios años y sobre los causales no se ha podido aún actuar de manera determinante y que pueden estar influyendo en la presencia de esta patología específica.



En las primeras semanas del año la curva de casos de neumonía no graves se ubica en la zona de alarma, luego desciende a la zona de éxito con algunos picos en la zona de seguridad.



La curva de casos de neumonía grave se ubicó durante el año 2009 en la zona de éxito con picos en la zona de seguridad.

## Estrategias de solución

- Promoción de la salud, estilos de vida saludables.
- Educación para la salud, identificación oportuna de signos de alarma.
- Participación comunitaria y control social, a fin de incidir en la mejora del medio ambiente y eliminación de factores contaminantes.
- Manejo adecuado de casos y aplicación de protocolos de manejo de casos de IRAs, IRAG, SOBAs y otras.

## Indicadores de monitoreo

- Vigilancia epidemiológica de casos.
- Visita domiciliaria dentro de las 24 horas de casos de neumonía.
- Vigilancia centinela de IRAS, neumonías y defunciones con neumonía, a través de las Unidades de <Vigilancia Centinela.

## 3.- TUBERCULOSIS PULMONAR Y TBC-MDR

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

### TB en el mundo

Más de dos mil millones de personas —es decir, un tercio de la población mundial— están infectadas con el bacilo de la tuberculosis. De estas personas, una de cada 10 contraerá tuberculosis activa en algún momento de su vida.

### TB en Las Américas

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

Brasil, le sigue el Perú, uno de los países con la mayor incidencia, seguido de Colombia, Honduras y Haití. En cuanto a la tuberculosis multiresistente Perú lidera el subcontinente, seguido de Brasil.

### **TB en el Perú**

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

### **Tuberculosis en el Callao**

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

<b>INDICADOR</b>	<b>VALORES</b>
Tasa de Morbilidad	165 x 100,000 habitantes
Tasas de Incidencia	136 x 100,000 habitantes
Tasa de Incidencia TBP F (+)	68 x 100,000 habitantes

**Fuente: ESRPyC TB**

Si bien la búsqueda de sintomáticos respiratorios se ha incrementado durante el año 2009 en la región (31,637 vs. 24,880 el año 2008), esto no ha sido suficiente, debido a que este incremento no ha sido proporcional con el incremento en el número de atenciones (1'283,165 vs. 839,205 en el 2008). Esto hace que nuestro indicador trazador para la tuberculosis esté en 2,5 siendo lo ideal que llegue a 5, lo que demuestra que nuestra búsqueda y esfuerzos son aún insuficientes.

<b>TB</b>	<b>TBP (+)</b>	<b>F TB MDR</b>	<b>TOTAL</b>
1178	586	165	<b>1575</b>

**Fuente: ESRPyC TB**

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

### **Territorios vulnerables**

A nivel de las tres redes sanitarias con que cuenta la región, muestran un panorama diverso, siendo sus indicadores epidemiológicos los siguientes:

## Situación de TB a nivel de Redes Sanitarias

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

Fuente: ESRPyC TB  
Tasas por 100,000 habitantes

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

En la red BEPECA, durante el 2009 disminuyó el número de contactos examinados y de pacientes con TB-MDR y mejoró el porcentaje de quimioprofilaxis para los contactos de nuevos pacientes. En esta red, los centros de salud con indicadores de mayor riesgo son: Bellavista, Bocanegra y Playa Rímac.

En la red Ventanilla, aunque la incidencia es la menor de la región, durante el año 2009 disminuyeron los contactos examinados, la quimioprofilaxis y el indicador trazador. Y los centros de salud más vulnerables son 3 de Febrero, Hospital Ventanilla y Mi Perú.

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

### Análisis causal

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

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

\* **Población:** La tendencia a un crecimiento poblacional importante de la zona urbana, fundamentalmente en Lima Metropolitana y las ciudades de la costa coincide con los lugares de mayor prevalencia de tuberculosis en el país, generando de un lado mayor

población expuesta al riesgo de contraer la enfermedad y al mismo tiempo incrementando las condiciones de pobreza y desigualdad urbanas propicias para colocar a las poblaciones en mayores niveles de vulnerabilidad.

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

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

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

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

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

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

### **Impacto económico de la TB**

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

### **Confección Tuberculosis y VIH**

El año 2009 el 73% de los 7,007 pacientes nuevos al tratamiento TB que se trataron en Lima-Callao accedieron a una prueba para despistaje de VIH. De ellos el 1.5% son pacientes con co-morbilidad TB/VIH-SIDA y de ellos el 7.8% (6 pacientes) recibía

tratamiento antiviral para VIH. Siendo que el 80% de la epidemia por VIH en el Perú se concentra en Lima y Callao, es probable que la prevalencia de TB/VIH en el resto del país sea mucho menor.

### **Tuberculosis Multidrogorresistente – TB-MDR**

El tratamiento para la TB MDR es costoso, sin embargo en nuestro país, éste se brinda de manera gratuita. Un factor a considerar con sumo cuidado es la adherencia al tratamiento, hecho que depende exclusivamente del paciente y de su entorno familiar (soporte emocional) pues es ampliamente conocido el hecho de que la ingesta de múltiples drogas genera reacciones adversas de diversa índole. En los países como el nuestro donde la epidemia (carga de la enfermedad) es elevada se constituye en acción prioritaria la adecuada calificación de los pacientes para poder garantizar su acceso al régimen terapéutico óptimo, reconociendo los factores de riesgo de aquellos pacientes que potencialmente podrían tratarse de casos de TB MDR.

### **Estrategias de intervención**

Dentro de las estrategias que se realizan:

- Información semanal a las Direcciones Ejecutivas de Redes de captación sobre sintomáticos respiratorios (desde el cuarto trimestre del 2009),
- Visitas domiciliarias integrales, fortalecimiento del equipo de trabajo en redes y microrredes y las supervisiones y monitoreo de actividades de los centros de salud.
- Captación de sintomáticos respiratorios para el diagnóstico y tratamiento oportuno que disminuyó durante el 2009. Junto al control de contactos y la quimioprofilaxis en menores de 19 años, que deben mejorar en la región, nos debe permitir que la población esté libre de contagio.
- Finalmente, las alianzas estratégicas regionales, la DIRESA junto a Prisma, ASPAT, ADRA, Impacta, junto a las coordinaciones interinstitucionales, con EsSalud, Marina y Fuerza Aérea, son estrategias exitosas que deben seguir siendo fortalecidas.

## **4.- DAÑOS NO TRASMISIBLES: HIPERTESION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y CÁNCER**

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

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

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

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

Los daños no transmisibles también son reconocidos como prioridades sanitarias en el Plan Concertado Regional de Salud 2010 - 2015, consensuado por representantes del sector salud, otros sectores, sociedad civil y organizaciones de base.

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

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

### Territorios vulnerables

En nuestra, se ha considerado que dados los valores ascendentes sostenidos que se vienen registrando, todo el Callao se considera territorio vulnerable para las enfermedades no transmisibles.

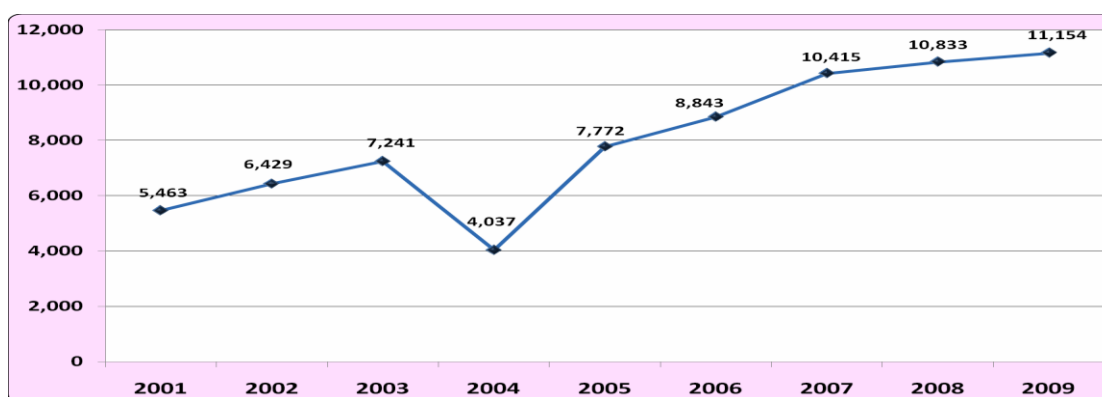
**Atendidos por Daños No Transmisible-Callao 2008 -2009**

DAÑOS	Año 2008	Año 2009	2008/2009
Diabetes mellitus	5190	6125	118%
Hipertensión arterial	10881	11154	102%
Obesidad	3730	13609	364%
Cáncer	2193	3336	152%
Asma	16025	22524	140%
Ceguera	43	393	913%
Osteoporosis	1576	1405	89%

Fuente: HIS Estadística. Elaborado por ESRPCDNT, DAIS

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

**Cuadro Comparativo Anual de Hipertensión Arterial**

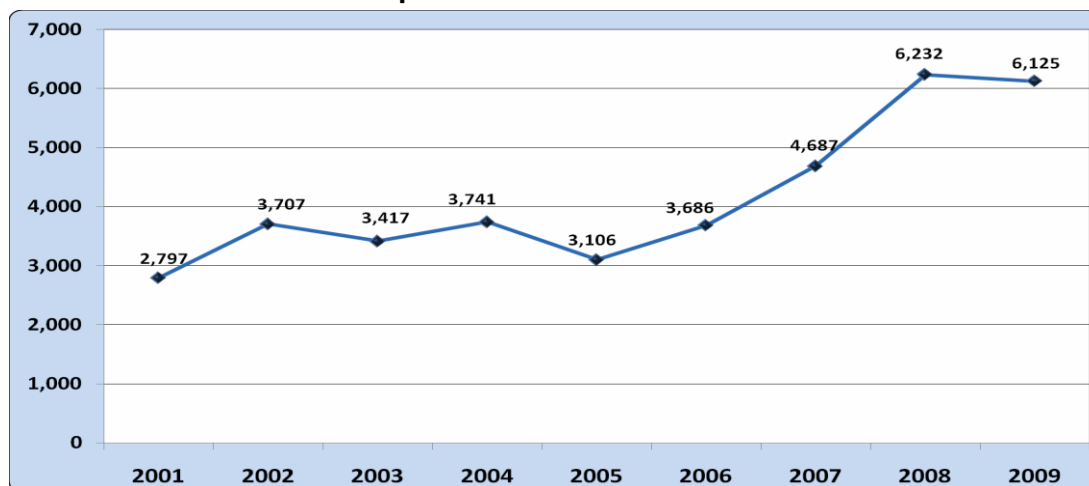


Fuente: Unidad de Estadística OITE. Elaborado por ESRDNT, DAIS



Los atendidos por HTA muestran un claro incremento a lo largo de los años, acorde con lo encontrado en los estudios a nivel mundial. Sin embargo la prevalencia de 20% aún no se evidencia en los diagnósticos realizados a nivel de la DIRESA Callao. A nivel de redes de salud, por ejemplo, en la Red Bonilla el aumento de los atendidos por HTA fue en promedio de 86% en adultos y 49% en adultos mayores.

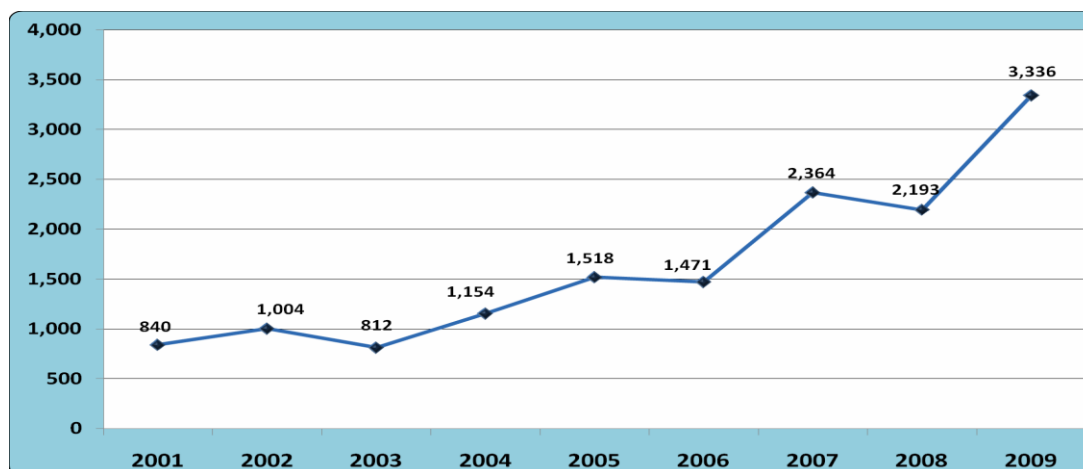
**Cuadro Comparativo Anual de Diabetes Mellitus**



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

La incidencia de Diabetes mellitus en Latinoamérica y el Caribe es en promedio 5.7%, se espera que en el 2025 será de 8.1%. El grupo etáreo más afectado por la diabetes mellitus tipo 2, es el de las personas que tienen entre 45 y 64 años. La coexistencia de diabetes, no se menciona en los certificados de defunción por lo que hay una «Mortalidad oculta». El problema más grande de la diabetes, no es tanto la enfermedad en sí misma, si no las llamadas complicaciones. En la región los atendidos por DM se incrementan, a excepción del período entre 2008 y 2009, concordando también con las cifras mundiales. Aunque en las 4 microrredes de la Red BEPECA y en dos de la Red Bonilla-La Punta (Bonilla y Acapulco) los atendidos aumentaron en la población adulta.

**Comparativo Anual de Neoplasias Malignas**



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

El número de atendidos a nivel de la región tiene un incremento sostenido, similar a lo observado a nivel nacional y mundial, siendo indispensable el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta patología.

### **Estrategias de intervención**

Los aumentos de casos registrados en la mayoría de los establecimientos de salud, están en relación no sólo con más personas que enferman si no con la capacidad diagnóstica del personal de salud. Por ello, la sensibilización y capacitación en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estos daños, es una estrategia fundamental que desde el segundo semestre del 2009 se aplica en la región.

Actividades de muy bajo costo como medir correctamente y en forma sistemática la presión arterial y el índice de masa corporal en todos los adultos y el estado nutricional mediante la razón de peso, talla y edad, en todos los niños, son de mucha utilidad en el diagnóstico precoz.

Existe pues una conciencia creciente acerca de la necesidad de abordar el problema mediante la implementación de programas preventivos y políticas costo-efectivas que tengan en cuenta las condiciones epidemiológicas, socioeconómicas y culturales particulares de la región Callao.

Entre estas estrategias tenemos la promoción de estilos de vida saludables, diagnóstico precoz de los daños, políticas comunicación en medios masivos y políticas regionales con relación en la disponibilidad de alimentos, transporte que favorezca que el peatón camine y kioscos escolares saludables. Asimismo, los primeros pasos para lograr capacidad resolutiva frente a las neoplasias malignas, se está iniciando con la capacitación a enfermeras en el nivel preventivo de cáncer. Y para mejorar la detección de estos daños durante el 2010 se incluirá en DM e HTA sus complicaciones y en Cáncer, el carcinoma cervical in situ.

### **5.- INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, VIH/SIDA**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública, sea porque un elevado número de personas adquieren una de ellas o sufren una complicación de una ITS no tratada oportuna y adecuadamente, o se infectan por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como consecuencia de la presencia de una ITS, cuyo rol como facilitador de la infección por VIH le ha aumentado su importancia.

Las complicaciones de las ITS ocasionan una enorme carga de morbilidad y mortalidad especialmente en adultos en edad reproductiva pero afectando también a recién nacidos. Entre las complicaciones más importantes tenemos: enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, abortos, infertilidad, sífilis congénita, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, etc. Además tener una ITS incrementa hasta en 20% el riesgo de infección por VIH/SIDA, sobre todo aquellas que generan lesiones genitales.

La epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha planteado desde su aparición un enorme desafío a la humanidad. Su amplia diseminación y el rápido crecimiento del número de personas infectadas se explica primariamente porque la principal vía de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), involucra a la conducta humana más primitiva y más difícil de modificar en el corto o mediano plazo: la conducta sexual.

A nivel mundial el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado durante la última década. Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas transexuales, trabajadores y trabajadoras. En el

año 2009 aproximadamente 76.000 personas están viviendo con VIH/Sida en el Perú. La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados.

En el callao durante el 2009 diagnosticaron 134 casos nuevos de VIH, en el periodo 2000-2009 se diagnosticaron 1925 casos, siendo el distrito del Callo el que mayor número de casos aportó (1275 casos), representando el 66.23% del total de casos de la región.

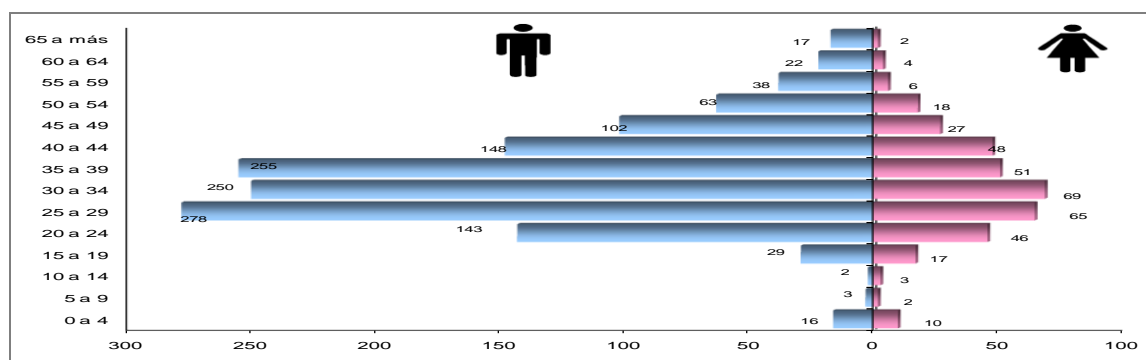
Desde el año 1983 (1er. Caso de SIDA en la Provincia Constitucional del Callao) hasta el mes de Diciembre del año 2009 se han notificado 1783 casos de SIDA lo que nos ubica en el segundo lugar a nivel nacional después de Lima con 15,278 casos. La curva de casos de SIDA muestra un incremento desde el año 1986 al año 1998 a partir de ese año la curva evidencia una meseta hasta el año 2008 disminuyendo en el año 2009, con picos en los años 2003 y 2005.



**En el año 2009 se han notificado 42 casos de SIDA y 260 casos de VIH.**

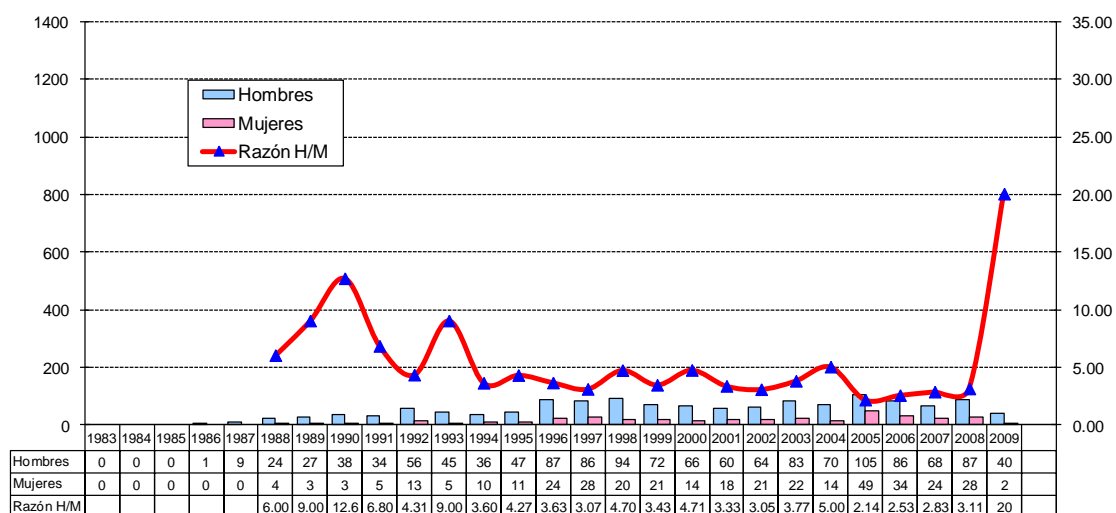
Fuente: NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

La edad comprometida es de 25 años a 39 años (55.82% de casos): de 25 a 29 años con 343 casos (19.78%) de 30 a 34 años con 314 casos (18.39%) de 35 a 39 años con 291 casos (17.64%), considerando que es una población económicamente activa con capacidad disminuida por este daño.



Fuente: NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

La razón de Hombre/Mujer de 6, año 1998, se redujo a través de los años a 3.65, esto también se observa a nivel nacional.



**Fuente:** NOTI VIH/SIDA Oficina de Epidemiología.

Siendo la vía de transmisión la sexual 86.76%, la vertical (madre – hijo) **1.74%** y parenteral es 0.68%, siendo el 10.83% no determinada.

Según lugar de procedencia en el periodo 1983-2009 se notificaron 1783 casos de SIDA, procediendo en su mayoría del distrito Callao con 1153 casos (64.81%) y de Ventanilla con 267 casos (15.01%), Bellavista 132 casos (7.42%), La Perla 117 (6.58%), Carmen La Legua 68 (3.82%), La Punta 42 (2.36%)

### Territorios vulnerables

Si bien el número de casos nuevos y acumulados es mayor en Lima por la magnitud de su población, el Callao concentra un elevado número de casos de infecciones por VIH y SIDA. A nivel de la región los territorios vulnerables se concentran en función a la densidad poblacional, uso social del alcohol como determinante de conducta de riesgo y el número de población infectada, han podido ser identificados. El cercado del Callao (Red BEPECA) es el territorio que concentra el mayor número de casos a nivel regional, seguido de los distritos de Bellavista y Ventanilla.

### Análisis causal

El inicio precoz de las relaciones sexuales, el elevado número de parejas sexuales, el porcentaje bajo de sexo protegido, el uso de alcohol como determinante de conductas de riesgo, el elevado número de Infecciones de Transmisión Sexual y dificultades legales para la atención en adolescentes y varones en los establecimientos de salud, se consideran en nuestro medio los factores más importantes para la transmisión de ITS-VIH/SIDA.

## **Estrategias de intervención**

- Fortalecer y ampliar los Centros de Referencia, que atiende a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales. Nuevos centros en Ventanilla y en Bellavista, junto a la contratación de nuevo médico fortalecerán este objetivo.
- Fortalecimiento de las intervenciones en Poblaciones Vulnerables, a través de la promoción de pares, que en la actualidad son 24 personas contratadas para la labor con HSH, trabajadoras sexuales, personas que viven con VIH (PVVS).
- Descentralizar el TARGA: Por el momento sólo se entrega TARGA en los hospitales que están al límite de su capacidad. Fortaleciendo los CERITS y UAMP se mejoraría la adherencia al tratamiento de las PVVS
- Ampliar la cobertura de atenciones asistenciales. Mejorar la cobertura de manejo sindrómico d la ITS, mediante la sensibilización y capacitación del personal de salud.
- Fortalecer la comunicación, que incluye la información en formatos adecuados, hoja de monitoreo y His regional. Mejorar la información desde los hospitales, en particular el Hospital de Ventanilla y Carrión.
- Erradicar la “sífilis” a través de pruebas rápidas en consultorio y flujo de manejo sindrómico, por estudio con Universidad Cayetano Heredia.
- Establecer “círculos de calidad” en centros de salud, que incremente y fortalezca capacidades de los recursos humanos.
- Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación. Se realizará en forma mensual el monitoreo y la evaluación con periodicidad trimestral.
- Promover en la población el cambio de comportamiento hacia conductas de menor riesgo.
- Fortalecer alianzas estratégicas. Con sector educación (DREC), CEDRO, Vía Libre, Policía Nacional.

## **6.- SALUD MENTAL: VIOLENCIA Y DROGADICCION**

La violencia existe, es una verdad innegable. La violencia tiene un efecto profundo sobre la víctima y tiene diferentes manifestaciones: doméstica, cotidiana, política, socio-económica, cultural y delincuencia.

Con relación a la violencia delincuencia, no hay cifras exactas de los delitos, pero las acciones policiales son cada vez más frecuentes. En algunas zonas del Callao hay cientos de 'chaquetas'. Todos ellos menores de 25 años y autores, a su corta edad, de innumerables hurtos y robos al paso que no figuran en las denuncias policiales. Actúan solos o de manera organizada como parte de radicales pandillas juveniles. Sólo en el Callao existen, según la Dirección Municipal de Seguridad Ciudadana, más de 40 pandillas organizadas y de una violencia descontrolada.

El consumo de drogas es un problema de salud pública a nivel mundial; se viene incrementando en países en vías de desarrollo. Las drogas ilegales, como marihuana e inhalantes (terokal, PVC, bencina y/o acetona), son consumidas cada vez a edades más tempranas. El consumo de drogas es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la droga ilegal de mayor consumo la marihuana. El consumo de dicha sustancia se hace cada vez a edades más tempranas y se ha incrementado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Las drogas legales e ilegales, en general, afectan la capacidad volitiva, interfieren con el proceso cognitivo, contribuyen a la presencia de trastornos del humor; incrementan el riesgo de accidentes, muerte o suicidio; mantienen el ciclo de la pobreza y contribuyen al subdesarrollo. El consumo de drogas puede destruir la integridad y cohesión familiar debido al estrés de los padres; genera también una pérdida de horas

de trabajo, debido a una disminución en la productividad y por tanto una disminución del ingreso familiar.

### **Territorios Vulnerables**

La violencia delincinencial, en particular en el Callao, aunada a la percepción de impunidad propicia que la sociedad atemorice y que aumente la sensación de miedo e inseguridad. Esta sensación es la que lleva a considerar a la “violencia” como una prioridad sanitaria en los distritos del Callao, Ventanilla, La Perla y Carmen de la Legua, y aún más, en los dos primeros distritos es percibido como uno de los tres primeros problemas sanitarios. En Ventanilla, “el incremento de la violencia delincinencial”, es catalogada como la primera amenaza distrital dentro su análisis de priorización de problemas.

Y cuando observamos el número de atendidos a través de la estrategia de Tamizaje para problemas de Salud Mental en las redes de salud (entrevistas a los pacientes que acuden a los establecimientos de salud), con relación a violencia intrafamiliar, el mayor aumento con relación al año 2008 corresponde a la Red BEPECA con un aumento de 79%, seguida de Ventanilla 60%, mientras que el menor incremento se observa en la Red Bonilla La Punta con 21%.

La prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana y Callao, según un estudio reciente, fue de 5,9% (marihuana) y 4,8% (inhalantes). En las redes de salud de la región el abuso de alcohol y drogas, según el tamizaje a pacientes que acuden a los centros de salud se incrementó en 713, 187 y 169% en las redes de Ventanilla, BEPECA y Bonilla la Punta respectivamente, lo cual refleja la importancia de dicho daño.

### **Análisis Causal**

La alarmante situación de violencia y drogadicción que se percibe en la Región es, sin duda, compleja y multicausal. Hay factores favorecedores de dichas condiciones como la pobreza, las ampliación de brechas que genera el crecimiento económico, el hacinamiento, la ausencia de oportunidades laborales para amplios sectores de la población, la educación y capacitación limitadas, la corrupción en diversos niveles, la sensación de impunidad frente a delitos diversos, la situación de crisis familiar sostenida, el uso inadecuado del tiempo libre,

Los factores de riesgos hallados para el consumo de marihuana e inhalantes fueron: Tener algún problema de comportamiento o disciplina durante los estudios, dos o más antecedentes de fracaso escolar y ‘hacerse la vaca’. Entre los factores de involucramiento familiar, fueron factores protectores: el conocimiento acerca de la ubicación del hijo por parte de los padres luego de la salida del colegio o en los fines de semana, el control de los padres sobre los programas de televisión que mira el estudiante, el comer junto a los padres entre 4 a 7 días a la semana y el informar a sus padres por parte del adolescente sobre el lugar donde sale en las tardes o fines de semana.

### **Estrategias de solución**

- Promover una cultura de paz y un uso adecuado del tiempo libre en todos los espacios de la región.
- Establecer ejes prioritarios: Atención de la violencia intrafamiliar, la depresión, y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Establecer Equipo Técnico de La Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz a nivel de la DIRESA y los Equipos Técnicos de Salud Mental en cada una de las Redes.

- Fortalecer el tamizaje de problemas de salud mental y la atención de las patologías prevalentes.
- Priorizar las intervenciones que cuenten con evidencia de su eficacia en la promoción de la salud mental y de prevención contra la violencia individual y colectiva, como los talleres de habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes, y la estrategia de *familias fuertes*.
- Promover la erradicación de la estigmatización que conlleva un diagnóstico de salud mental y motivar la adhesión al tratamiento.
- Desarrollar una estrategia eficaz para la detección, tratamiento y rehabilitación de las personas adictas a drogas que incluya la formalización de las comunidades terapéuticas.
- Promover una mayor especialización del recurso humano en esta actividad junto a un necesario aumento de profesionales especializados.
- Promover la capacitación en el uso de las Guías de práctica clínica para la atención de los principales trastornos de la salud mental en el primer nivel de atención.
- Establecer sistema de referencia y contra referencia para problemas de salud mental.
- Fortalecer alianzas estratégicas con Municipios, COREVIDA, PNP, DREC y organizaciones sociales de base.

## **7.- MORTALIDAD MATERNA**

La maternidad es un derecho y un noble fin social, la gestación y el parto no tendrían por qué ser peligrosos. La mortalidad materna es un importante problema de salud pública en el Perú y por ende en el Callao, no solo desde el aspecto sanitario sino porque es expresión de las profundas desigualdades sociales, económicas y culturales, entonces no es sólo un indicador de salud, sino que es un indicador de desarrollo de los pueblos; además de las implicancias sociales que genera una muerte materna, constituyéndose en un profundo drama social, al quedar muchas veces recién nacidos huérfanos y hogares abandonados.

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

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

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

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

## Vulnerabilidad

En el histórico de nuestra región hasta el 2009 tenemos un acumulado de 75 muertes maternas identificándose como aéreas geográficas vulnerables los distritos de Callao 41.33%, Ventanilla 22.66% y Bellavista 21.33%.

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

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

## Causalidad

La muerte materna puede ser clasificada de acuerdo a las causas que la ocasionan en: **Muerte materna directa**, se produce como resultado de una complicación obstétrica, del estado de embarazo, parto o puerperio, o por intervenciones, u omisiones o tratamiento incorrectos.

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

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

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

Existe la tecnología para intervenir sobre las causas y evitar las muertes maternas, sin embargo aún se siguen produciendo muertes por las mismas causas que se han mantenido invariables en los últimos 20 años y que además eran las causas por las que morían las mujeres en los países desarrollados hace más de 50 años, lo que estaría reflejando las insuficiencias del sistema para la atención de la salud materna.

## Estrategias de intervención

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

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

Todo esto nos permite diseñar nuestras intervenciones futuras, haciendo incidencia en la identificación y tratamiento adecuados y oportunos de las infecciones durante la gestación y sobre factores nutricionales; todo ello acompañado de un estrecho seguimiento desde los servicios del Sistema de salud con calidad y competencia, lo



que significa motivación y capacitación del personal en los diferentes niveles de atención e instituciones prestadoras.

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

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

La mujer en los extremos de la vida reproductiva tiene riesgo 6 veces mayor de morir. Para una adolescente hay mayor morbilidad relacionada con la anemia, escasa ganancia de peso, infección urinaria, estados hipertensivos gestacionales y parto quirúrgico.

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

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

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

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

## **8.- MALNUTRICION: ANEMIA, DESNUTRICIÓN Y OBESIDAD**

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

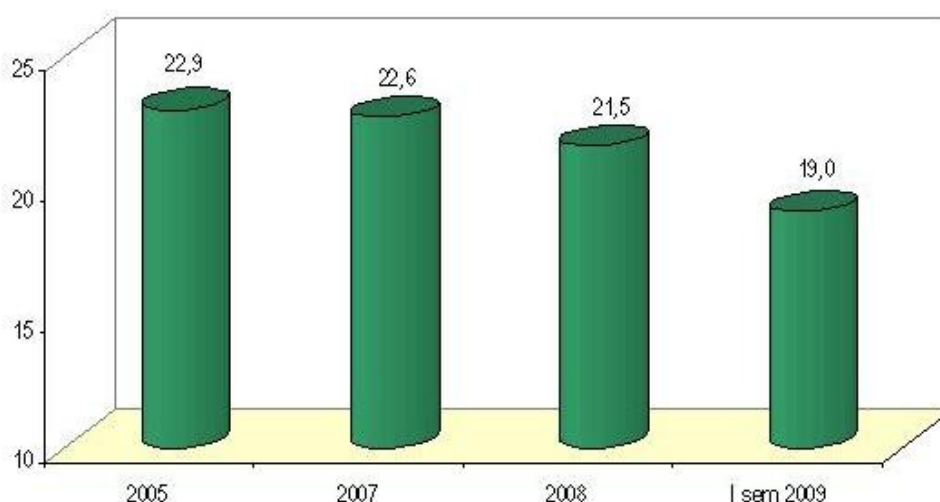
De acuerdo con estimaciones de la OMS/UNICEF/ONU, la deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más ampliamente extendida en el mundo. Pese a que el problema es más grave en los países de economía agrícola, las naciones industrializadas no escapan a este mal; mientras en éstas 11% de sus habitantes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

población de la región de América Latina y el Caribe actualmente presenta deficiencia de hierro.

### Vulnerabilidad

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

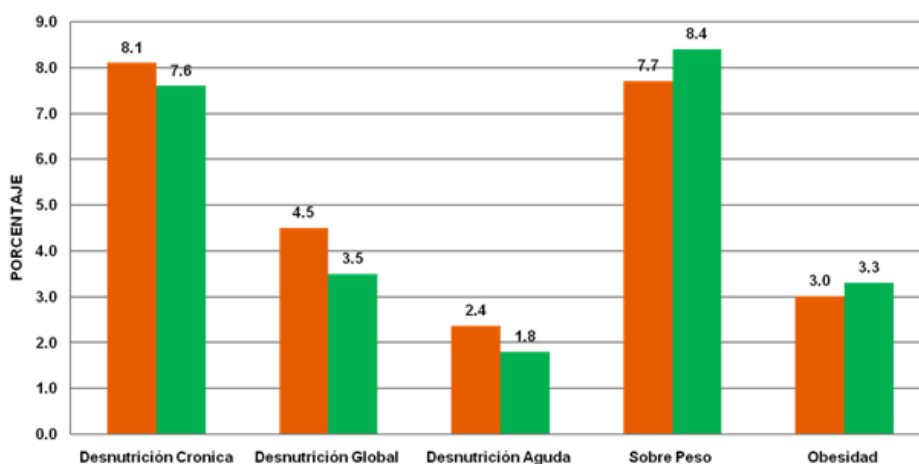
### PERÚ: TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (T/E < -2 DESVIACIONES ÉSTNDAR RESPECTO AL PATRÓN - NCHS) (Porcentaje)



Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

A nivel nacional la **deficiencia de talla para la edad** durante el año 2009 afectó al 19% de la población menor de cinco años, respecto al patrón NCHS. Este valor es 2,5 puntos menos que el año 2008. Este indicador refleja el estado nutricional del niño o niña y es utilizado en salud pública como indicador de desarrollo humano. Sin embargo, como muchos otros promedios, esconde una serie de desigualdades. Así, en las zonas urbanas el valor estimado es 10,3 y en el ámbito rural llega a 33,9%. Para Lima metropolitana el valor es de 5,2 y en la región Callao tenemos para el 2009 un valor de **7,6%** de DNC en los niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud. Como vemos, esta cifra es mayor que el promedio de Lima metropolitana pero menor que el promedio urbano nacional y ha disminuido 0,5% con relación al valor del año 2008.

## Situación Nutricional del Niño Menor de 5 Años

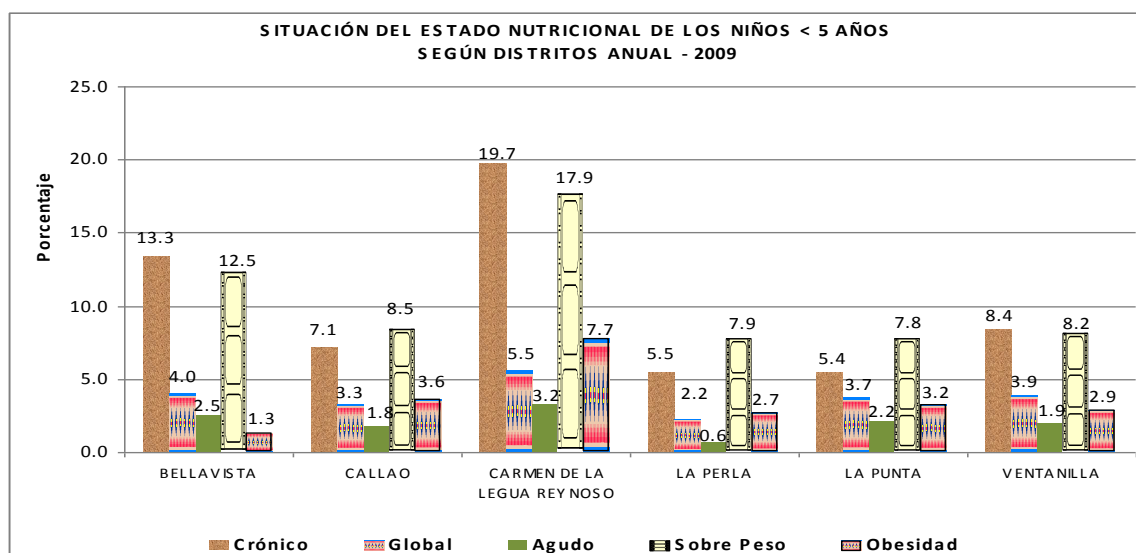


Años	Registrados	Evaluidos	Dn. Crónica	%	Evaluidos	Dn. Global	%	Evaluidos	Dn. Aguda	%	Sobre Peso	%	Obesidad	%
2008	35227	34087	2762	8.1	34927	1571	4.5	34119	807	2.4	2629	7.7	1027	3.0
2009	47230	44290	3387	7.6	45076	1577	3.5	45249	821	1.8	3812	8.4	1491	3.3

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN

Dentro de los otros indicadores regionales de la situación nutricional del niño menor de 5 años en el año 2009, destacan las elevaciones del **sobrepeso** (de 7,7 a 8,4) y **obesidad** (de 3,0 a 3,3).

## Estado Nutricional según distritos - 2009



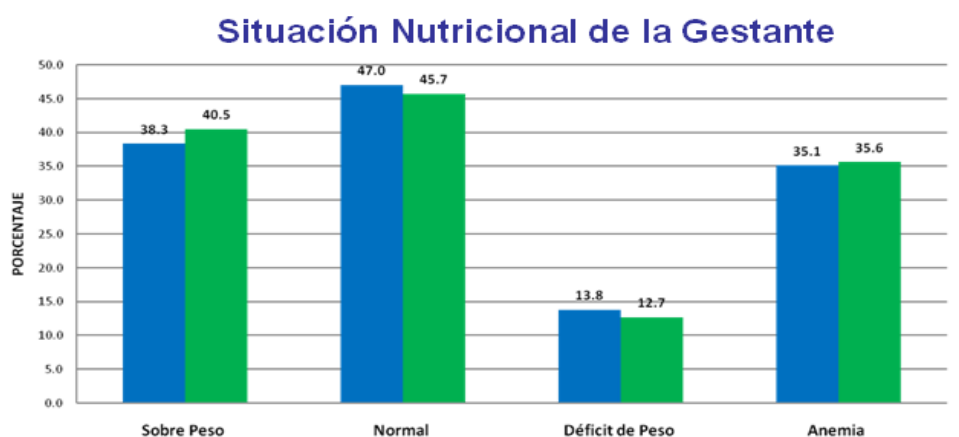
Fuente: ESRAyNS

Cuando evaluamos el estado nutricional infantil por distritos observamos que la **DNC** de los niños que acuden a los servicios de salud es mayor en los distritos de Carmen de la Legua Reynoso (19,7%), Bellavista (13,3%) y Ventanilla (8,4%). El **sobrepeso** infantil, que tuvo un promedio regional de 8,4%, fue más elevado en Carmen de la Legua Reynoso (17,9%) y Bellavista (13,3%) y la **obesidad** regional fue mayor en Carmen de la legua Reynoso (7,7%) y el distrito Callao (3,6%).

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

La **prevalencia de anemia** en el embarazo, promedia entre el 35- 75% en diferentes regiones del mundo, siendo del 55% en Estados Unidos. Esta deficiencia también afecta a las mujeres **no** embarazadas en los países en desarrollo, con cifras menores como el 12 % en los países desarrollados y el 30 % en América Latina.

Asimismo, existe una relación lineal directa entre las variables de índice de masa corporal (IMC) pre-gestacional y ganancia de peso materno durante el embarazo con el peso del recién ya sea en forma individual o asociada, para las mujeres adelgazadas, con IMC ideal y con sobrepeso. El estado nutricional materno, antes y durante la gestación, es un determinante fundamental para el crecimiento fetal y el peso del recién nacido; habiéndose establecido su relación con riesgos para el desarrollo de bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y prematuridad. El peso al nacer varía directamente para cada estado nutricional pregestacional, encontrándose que las mujeres adelgazadas tienen infantes con menor peso que las mujeres obesas y las incidencias de bajo peso al nacer y macrosomía fetal incrementan en estos grupos respectivamente.



Años	Registrados	Evaluidos	Sobre Peso	%	Normal	%	Déficit de Peso	%	Evaluidos	Anemia	%
2008	13897	12484	4782	38.3	5872	47.0	1720	13.8	7194	2525	35.1
2009	14580	13143	5324	40.5	6006	45.7	1666	12.7	7516	2673	35.6

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN

En el Perú se estima que cerca de la mitad de la población de gestantes sufre de anemia por deficiencia de hierro. A nivel de la región Callao la situación nutricional de la gestante es heterogénea. El promedio regional de **anemia en la gestante** es de **35,6%**, con valores superiores en Ventanilla (38,5%) e inferiores en La Punta (5,6%) y Bellavista (20,0%). Esta carencia de hierro no sólo afecta al peso del bebé al nacer y al estado inmunológico materno sino que aumenta el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto.

El **déficit de peso de las gestantes**, relacionado con el peso al nacer y la prematuridad, tuvo un promedio de **12,7%** a nivel regional, con valores superiores en La Punta (25%) y Bellavista (20%) y muy bajo en La Perla (1,1%). Y el **sobrepeso de**

la gestante fue de **40,5%** a nivel regional, con rangos que van de 21,9 en La Punta hasta un elevado 77,9% en La Perla.

### **Estrategias de intervención**

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

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

### **9.- DEBIL CLIMA ORGANIZACIONAL**

El clima organizacional es definido como las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y procesos que ocurren en un medio laboral. La especial importancia de este enfoque reside en el hecho de que el comportamiento de un trabajador no es una resultante de los factores organizacionales existentes, sino que depende de las percepciones que tenga el trabajador de estos factores. Este clima induce determinados comportamientos en los individuos. Estos comportamientos inciden en la organización, y por ende, en el clima, completando el circuito.

Dentro de las prioridades regionales fue identificado el débil clima organizacional dentro de las instituciones de la Región Callao, por ello es importante ponerlo en la agenda regional para identificar las causas, así como las estrategias de intervención para revertir este problema identificado.

#### **Territorio Vulnerable**

Establecimientos de salud de la DIRESA Callao

#### **Causalidad**

- Débil compromiso institucional en algunos trabajadores
- Multifuncionalidad de actividades
- Insuficiente número de recursos humanos y logísticos
- Deterioro de las relaciones interpersonales en algunos establecimientos

#### **Estrategias de solución**

- Reunión de sensibilización del clima organizacional
- Capacitación del personal de salud
- Establecer mecanismos de mejora del buen trato
- Mejorar la eficiencia gerencial de proveedores de salud
- Incremento progresivo y racional de Recursos.

#### **Responsables**

- Equipo de Gestión DIRESA Callao
-

## **Indicadores**

- N° de EESS Intervenidos/Total de EESS

## **10.- RIESGO DE TERREMOTOS**

La Tierra tiembla desde hace más de 200 millones de años, y nadie puede evitarlo, pero si podemos estar preparados para evitar tragedias mortales.

Se denominan terremotos, movimientos sísmicos o sismos a los movimientos bruscos y repentinos del suelo, de intensidad variable, que pueden devastar las ciudades y llevan la desolación y muerte.

La intensidad de una sacudida sísmica es la energía con que se mueve el suelo, se determina por las escalas sísmicas cuyas clasificaciones responden a los efectos que producen los terremotos. Los efectos de los terremotos no están relacionados con la duración de la sacudida sino con la intensidad. Los efectos más desastrosos de los terremotos se producen en las áreas densamente pobladas.

### **Vulnerabilidad**

El Perú se encuentra ubicado geográficamente en la denominada zona del Cinturón de Fuego del Océano Pacífico, donde se registra el 85 por ciento de la actividad sísmica mundial. El Callao ha sido testigo a lo largo de su historia de grandes terremotos, destrucciones y muertes, en particular el del 28 de octubre de 1746 que se acompañó de un tsunami donde se salvaron menos de cien ciudadanos chalacos, mientras que las muertes oscilaron entre cuatro y siete mil personas.

Según los expertos, una vivienda colapsa cuando es muy antigua o si está construida en suelos inestables, como en cerros o riberas de los ríos. Asimismo, se desmorona cuando sus estructuras están mal diseñadas.

En el distrito del Callao tenemos una zona antigua, con viviendas ruinosas, tugurizadas, con un entorno de violencia social, lo cual genera una alta situación de riesgo de una emergencia o desastre producido por un evento natural en un ámbito altamente vulnerable. En Carmen de La Legua Reynoso muchas viviendas han sido construidas sin diseño profesional, sin diseño antisísmico lo que las vuelve más vulnerables. Y la precariedad de muchas viviendas en Ventanilla también las vuelve vulnerables frente a este evento.

### **Causalidad**

- Las causas que originan las sacudidas son muy distintas, lo que ha permitido clasificar a los terremotos en tectónicos y volcánicos. Los tectónicos son los más numerosos y la causa que los produce es el desequilibrio de las capas de la corteza terrestre.
- El Perú se encuentra al frente de dos placas, la de Nazca y la Continental, y la costa central es considerada una zona sísmica. Una cultura preventiva mínima caracteriza a nuestra población y, sin duda, condiciona la magnitud de los posibles daños.
- La pobreza, el hacinamiento y el estado de las viviendas condicionan la magnitud del desastre. Viviendas ruinosas, construidas sin planificación y de material inadecuado se encuentran en diversas zonas de la región.
- Asimismo, la falta de priorización política de este riesgo se expresa en acciones reactivas frente a eventos adversos.

## **Estrategias de solución**

- Implementar la estrategia internacional de establecimientos de salud seguros, pues los mismos se deben mantener operativos sobre todo en estos eventos.
- Promover la cultura de prevención en todos los espacios y niveles:
- Participación en eventos mediante brigadas,
- Desarrollo de cursos de Capacitación,
- Formular y difundir normas, Directivas,
- Actualización de Planes de respuesta,
- Verificación de la Implementación de medidas básicas de seguridad en EESS, Brindar asistencia en redes, microredes y gobiernos locales,
- Elaborar los mapas de riesgos de desastres en el ámbito.
- Implementar las siete líneas de CODESA: Comisión de Salud Regional, Epidemiología, Pre Hospitalario, Hospitalario, Salud Ambiental, Salud Mental y Manejo de cadáveres.
- Promover la decisión política que priorice este riesgo.

Finalmente, debemos señalar que este riesgo es transversal a los otros daños priorizados.

## **CONCLUSIONES**



## **V. CONCLUSIONES DEL ASIS REGIONAL 2009**

### **DETERMINANTES DE LA SALUD**

1. El territorio de la Región Callao presenta zonas inundables, por su carácter de ciudad costera (elevación del nivel del mar), aproximadamente 52,43 Km.2. (33%) de la superficie total de la Región se encuentran en este riesgo de inundaciones.
2. La Región Callao ha sido sometida a una serie de sismos de gran intensidad, durante los cuales en múltiples oportunidades ha sufrido cuantiosos daños materiales y pérdidas de vidas humanas.
3. La exposición al plomo constituye un problema sanitario importante para los asentamientos cercanos a los depósitos de minerales, sobre todo Puerto Nuevo, San Juan Bosco, Ramón Castilla y las demás zonas de la Microred Gambetta en nuestra Región.
4. A fines del 2009 el 26,71% de la población regional (234,197 personas) se encuentra en riesgo de contraer dengue, debido a la presencia del vector en 10 localidades de la Región y a la vecindad con zonas de Lima donde hay alto índice aedico.

### **DEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS**

1. La población de la Región Callao estimada para el 2009 fue de 863,793 habitantes, la del Perú 29 165 000 habitantes.
2. La densidad poblacional de la provincia es la más alta del país 5876 habitantes por Km2, siendo la nacional 21.3 hab/Km2. El distrito de La Perla es el que presenta el mayor índice de hacinamiento con una densidad poblacional de 21,036 hab./Km2.
3. La pirámide poblacional de la Región Callao es de tipo expansiva, típica de los países en desarrollo, de base ancha conformada por los niños de 0-4 años.
4. En lo concerniente al género de la población hay un leve predominio del sexo femenino 50.47% (435,954), menor que el año anterior 51% (433,255).
5. En la Provincia Constitucional del Callao existe el “doble riesgo epidemiológico” en relación a que las enfermedades infecto-contagiosas como TBC y el VIH-SIDA, Neumonía, constituyen algunos de los principales problemas de salud, así como las enfermedades no transmisibles como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y Cáncer.
6. La Región del Callao conforma un continuo urbano con el área metropolitana de Lima, constituyéndose en una de las principales metrópolis de la costa occidental de América del Sur, con una acelerada urbanización, donde la población metropolitana representa la tercera parte de la población del país y en cuyo territorio se concentra la dirección económica y política del mismo.
7. En el periodo (2005-2010) la esperanza de vida al nacer en promedio para la Región Callao es 76.9 años, 74.7 años para hombres y 79.2 años para mujeres.

8. El promedio nacional es 73.1 años, 70.5 años para hombres y 75.9 años para mujeres, ocupando el Callao el primer lugar con el mejor promedio de este indicador y Huancavelica el último lugar con el promedio de 68.6 años, 66.5 años para hombres y 70.8 años para mujeres.
9. El Índice de Desarrollo Humano de la provincia es 0.710 superior al nacional (0.598) ocupando el primer lugar en el ranking nacional, y el último lugar es de Huancavelica 0.492. Los distritos de Carmen de Legua y Ventanilla cuentan con los IDH más baja de la provincia.
10. La razón de mortalidad materna en la Región Callao es de 41.36 x 100,000 N.V. en el año 2009, a diferencia de la nacional que es de 185x 100,000 N.V. (2000).
11. En la región Callao el promedio de la población con abastecimiento de agua potable es de 73% segundo mejor indicador a nivel nacional después de Lima.
12. El distrito de Ventanilla todavía adolece de este servicio (solo existe servicio de agua potable en el 34% de la población), por el creciente número de AAHH.

## ESTADO DE SALUD

- La DIRESA Callao cuenta con 53 establecimientos de salud: 01 hospital III-1, 01 hospital II-2, 01 hospital II-1, 02 Sanidades Internacionales I-3, 04 Centros de salud I-4, 08 Centros de Salud I-3, 33 Centros de Salud I-2, 02 Puestos de Salud I-2 y 01 Centro de Desarrollo Juvenil I-1.
- Además de los EESS de la DIRESA Callao contamos con atención de otros prestadores públicos: 01 hospital de EsSalud Alberto Sabogal, 01 Centro Médico Naval, 03 Policlínicos de EsSalud, 02 Policlínicos Municipales, 01 Centro de Salud de la Beneficencia Pública del Callao.
- Para el año 2009, la Oficina de Estadística de la DIRESA Callao registra en la Región Callao 3,496 defunciones representando una TGM de 4 por 1000 habitantes, para una población estimada por INEI de 863,793 habitantes. Esta tasa en el Callao es mayor, si la comparamos con la de años anteriores, en que fluctuaba en menos de 3 y 3.8 en el año 2008.
- Durante el 2009 uno de los mayores logros de la GERESA-DIRESA Callao fue la implementación de la Vigilancia de la Influenza AH1N1.
- Se evidenció un trabajo articulado y respuesta inmediata frente a la Pandemia de la Influenza, En Sanidades Internacionales la respuesta fue inmediata y oportuna. Se abordaban aviones, se tomaban muestras, se repartieron cartillas informativas, se levantó información de naves procedentes al inicio de México, luego de EEUU, luego de países con casos
- Hasta el 2009 en el mundo se registraron 526,060 casos confirmados, en el Perú 9165 y en el Callao 238. En cuanto a los fallecidos esta Pandemia produjo la muerte en el mundo de 11,516 personas, en el Perú 208 y en el Callao 19.
- **En los EESS de la DIRESA Callao** las principales causas de atención fueron en las Infecciones agudas de las vías respiratorias con 191 290 casos que equivalen al 21.8% del total de causas de morbilidad.
- **En el Hospital EsSalud Sabogal** la primera causa de morbilidad durante el 2009 del fue la Hipertensión esencial.
- **En el Centro Médico Naval** en el año 2009, las infecciones respiratorias altas fueron las patologías más prevalentes entre las causas de morbilidad que demandaron atención
- **En la Red de Salud PNP** Lima las infecciones respiratorias altas son las patologías más prevalentes entre las causas de morbilidad que demandaron atención en el año 2009.

- **En el Instituto Nacional de Rehabilitación** la causa más frecuente en el Servicio de Lesiones Medulares, (hospitalización) fue debido a Causas externas de traumatismo en un 69.90% de los casos, entre las cuales tenemos los traumatismos por vehículos motorizados (26.20%), caídas (23.30%) y lesión por arma de fuego (9.70%).
- **En el Policlínico. Hna. María Donrose Sutmöller(EsSalud)** la principal causa de morbilidad en niños fueron las infecciones virales, seguidas de las faringitis agudas.
- **El Centro de Salud de la UNAC** cuenta con dos médicos, dos odontólogos, 2 psicólogos y 1 químico-farmacéutico como profesionales de la salud.
- **En el Centro Médico Municipal de la Punta** la atención a través de sus siete especialidades llegó a los 6551 atendidos.
- **En la Beneficiencia Pública del Callao** se brindaron 16935 atenciones durante el 2009, además se realizaron 2955 atenciones sin costo.
- En el taller para determinar **las Prioridades Sanitarias Regionales** se situó en primer lugar en los 6 distritos la Tuberculosis Pulmonar, TBC MDR y XDR, seguido de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, ITS-VIH/SIDA, Salud Mental, Violencia y Drogadicción, Morbimortalidad Materna y perinatal, Malnutrición: Obesidad, Anemia y Desnutrición crónica, Cáncer, Débil Clima Organizacional y finalmente el Riesgo de terremotos.
- **La tuberculosis** sigue representando en la región Callao un problema de salud pública. Fue seleccionada como el primer problema sanitario regional e incluido como prioridad sanitaria en 5 de los seis distritos de la región.
- En el histórico de nuestra región hasta el 2009 tenemos un acumulado de 75 muertes maternas identificándose como aéreas geográficas vulnerables los distritos de Callao 41.33%, Ventanilla 22.66% y Bellavista 21.33%.
- **La desnutrición crónica** en niños menores de 5 años alcanzó el 7.6% en la región Callao, superior al valor de Lima metropolitana 5,2%.
- En la región Callao **las ITS-VIH/SIDA** constituyen un problema de salud pública cuya prevalencia va en aumento sostenido en la región desde el año 2005.

## **RECOMENDACIONES**

## VI.RECOMENDACIONES

1. Garantizar los recursos estratégicos entre ellos financieros de acuerdo a las Prioridades Sanitarias Regionales y de acuerdo a las zonas vulnerables, articulando el compromiso de los gobiernos locales para este fin.
2. Fortalecer la adecuación de los servicios de salud para una atención integral y diferenciada del adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva, reforzando la estrategia sanitaria de pares y promotores, optimizando la socialización de la prevención de estos embarazos.
3. En las actividades de vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, es necesario realizar un trabajo conjunto para brindar agua segura; esto debe incluir a los Municipios, Juntas Administradoras Vecinales, personal de salud y la empresa SEDAPAL, por ello es necesario elaborar una estrategia de trabajo conjunto que permita a todas las localidades de la Región Callao obtener agua segura.
4. Fortalecer las acciones de lucha contra el Dengue, mediante el uso del Sistema de Información Geográfico, y articulando esfuerzos con la DISA Lima Ciudad y con los municipios chalacos y limeños vecinos.
5. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en Defensa Civil de acuerdo a la sectorización e integración de los Comités de D.C, de Redes, articulados al Sistema Nacional de Defensa Civil y al Comité Operativo Regional de Emergencias.
6. Fortalecimiento de la Red de Laboratorio del Callao, con equipamiento de última generación que respalden procesos analíticos y se amplíen servicios, mejorando la calidad y oportunidad de los resultados.
7. Fortalecer la participación comunitaria en salud, buscando el empoderamiento de la población sobre el cuidado de su salud sobre todo en aquellos daños de interés en cada localidad, distrito o Región.
8. Ampliar la oferta de servicios odontológicos en la Región Callao, ampliando el horario de atención, con aumento del recurso humano y logístico.
9. Garantizar recursos humanos, equipamiento, insumos y medicamentos para la atención de daños no transmisibles en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención.
10. Priorizar las intervenciones interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de la salud mental y la prevención contra la violencia individual y colectiva.
11. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y de las no transmisibles como los accidentes de tránsito, el cáncer y la HTA, coordinando con los municipios sobre la implementación de acciones conjuntas para el abordaje de estos daños.

## **VII. BIBLIOGRAFIA**

1. Metodología para el análisis de Situación de Salud Regional. Ministerio de Salud del Perú. DGE Lima 2008
2. Censos Nacionales 2007: XI población y VI de vivienda INEI
3. Situación de Salud Perú 2008: Dirección General de Epidemiología
4. Situación de Salud de las Américas 2009: Organización Panamericana de Salud
5. Censo Escolar del Ministerio de Educación 2008-2009
6. Perfil socio demográfico de la Provincia Constitucional del Callao Censo 2007 XI Población VI de Vivienda.
7. Hechos Vitales Oficina de Estadística de la DIRESA callao 2009
8. Oficina de Defensa Nacional y Defensa Civil, GRC, 2007.
9. Organización Panamericana de la Salud
10. Noti Sp Oficina de Epidemiología de la DIRESA Callao.
11. Análisis de Situación de Salud DIRESA Callao 2008.
12. Plan Concertado Regional de salud del Callao. Noviembre 2009.
13. Indicadores Básicos de Salud 2008.

## VIII. ANEXOS

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO								
GERENCIA REGIONAL DE SALUD								
DIRECCION REGIONAL DE SALUD								
MATRIZ DE PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS REGIONALES 2009								
No.	PROBLEMA A VALORAR	CRITERIO DE VALORACION						PUNTAJE TOTAL
		Gravedad	Frecuencia	Tendencia	Valoración social	Vulnerabilidad	Capacidad resolutive	
	<b>DAÑOS TRANSMISIBLES</b>							
1	Pediculosis – dermatitis							
2	TBC, TBC-MDR, XDR							
3	ITS, VIH/SIDA							
4	Enfermedades inmunoprevenibles							
5	EDA							
6	Dengue							
7	Rabia							
8	Brucelosis							
	<b>DAÑOS NO TRANSMISIBLES</b>							
9	Morbi-mortalidad materna y perinatal							
10	Enfermedades de la cavidad bucal							
11	Hipertensión Arterial							
12	Diabetes Mellitus							
13	Accidente de Tránsito							
14	Cáncer							
15	Embarazo en adolescentes							
16	Salud mental –Violencia – Drogadicción							
17	Malnutrición: Obesidad, anemia, desnutrición crónica							
18	Intoxicación por plomo							
19	SOB - Asma							
	<b>OTROS EVENTOS</b>							
20	Infecciones Intrahospitalarias							
21	Complicaciones asociadas a procedimientos							
	<b>PRIORIDADES SANITARIAS EN SALUD AMBIENTAL</b>							
22	Contaminación por Plomo y otros metales pesados							
23	Contaminación atmosférica: sonora y emisiones gaseosas.							
24	Contaminación de recursos hídricos.							
25	Inadecuado manejo de residuos sólidos							
26	Inadecuado acceso, abastecimiento, almacenamiento y uso de agua de consumo humano y de recreación.							
27	Inadecuada manipulación de alimentos.							
28	Factores de riesgo, accidentes laborales y enfermedades ocupacionales.							
29	Riesgo de enfermedades metaxénicas y zoonóticas							
	<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>							
30	Terremotos							
31	Maremotos							
32	Inundaciones							
33	Accidentes aéreos							
34	Accidentes en fabricas y depósitos							
35	Instalaciones eléctricas precarias							
	<b>SANIDADES INTERNACIONALES</b>							
36	Falta de implementación de las capacidades básicas en los puntos de entrada (aeropuerto y puerto) establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional 2005.							
	<b>ADMINISTRACION</b>							
37	Fortalecimiento del Clima Organizacional							
38	Redistribución de Recursos Humanos							
	<b>OTRAS</b>							
39	Violencia intrafamiliar							
40	Abuso de alcohol y drogas							
41	Delincuencia y pandillaje							
42	Ansiedad, estrés y depresión							

### INSTRUCTIVO PARA PRIORIZACION DE PROBLEMAS

CRITERIO		ESCALA	
¿Qué tanto daño causa este problema ? ¿Cuál es la magnitud de las consecuencias que genera este problema? (Discapacidad, muerte, lesiones, etc.)	<b>GRAVEDAD</b>	1	Daños/ Consecuencias leves
		2	Daños/ Consecuencias moderadas
		3	Daños/ Consecuencias graves
		4	Daños/ Consecuencias muy graves
¿Qué tan frecuente es el problema en el grupo ?	<b>FRECUENCIA</b>	1	La situación analizada es muy rara en el grupo
		2	La situación analizada es poco frecuente en el grupo
		3	La situación analizada es frecuente en el grupo
		4	La situación analizada es muy frecuente en el grupo
¿Cómo es/ha sido el comportamiento del problema en el tiempo?	<b>TENDENCIA</b>	1	El problema tiende a disminuir. Es cada vez mas raro
		2	El problema ha sido estable en los ultimos años
		3	El problema muestra tendencia al aumento progresivo
		4	El problema muestra un crecimiento marcado e inusitado
¿Cuál es el interés de los actores involucrados en el problema y su solución?	<b>VALORACIÓN SOCIAL</b>	1	Los actores involucrados no muestran interés en el problema ni en la solución
		2	Los actores muestran poco interés en el problema pues tienen otras prioridades
		3	Los actores suelen incluir este problema entre sus principales intereses
		4	Los actores se muestran especialmente interesados en el problema y en la solución
¿Qué tan susceptible es este problema de ser solucionado desde una intervención?	<b>VULNERABILIDAD</b>	0	No hay nada o muy poco que hacer (problema invulnerable)
		2	Es susceptible a transformaciones parciales desde medidas de intervención
		4	Es susceptible a transformaciones positivas desde medidas de intervención
¿Cuál es la capacidad resolutiva institucional y financiera? Ejm: Recursos humanos en número suficiente y con competencias, Recursos financieros, etc.	<b>CAPACIDAD RESOLUTIVA</b>	0	No se cuenta con capacidad resolutiva ni financiera para resolver los problemas y/o daños
		2	Se cuenta con capacidad resolutiva y financiera limitada.
		4	Capacidad resolutiva institucional y financiera es alta.



**Problemas sanitarios priorizados 2009 - DIRESA CALLAO**

**Problemas priorizados: VIH-SIDA**

<b>Territorio Vulnerable</b>	<b>Análisis causal</b>	<b>Estrategias de solución</b>	<b>Responsables</b>	<b>Indicadores de monitoreo</b>
1º CALLAO, Cercado	Inicio precoz de RS	Fortalecer Centro de Referencia Barton, q atiende a HSH y Trab Sex, con pruebas periódicas gratuitas. Requiere reemplazo de médico. 2 nuevos CERITS en Ventanilla y Materno de Bellavista.		Número de Consejerías en pre-test
2º BELLAVISTA	Mayor número de parejas sexuales	Fortalecer estrategia de promotores de pares (HSH, Trabajadoras sexuales y PVVS)	ES ITS-VIH/SIDA	Tamizaje de gestantes: VIH/SIDA y Sífilis
3º VENTANILLA	Sexo no protegido	Ampliar <b>cobertura de atenciones</b> asistenciales / <b>Alianzas Estratégicas</b> (CEDRO/ VIA LIBRE, UPCH, Gobierno Regional, Fondo Global, DREC, Policía)	DE Promoción de la salud	Cobertura de tratamiento a gestante VIH (+)
BEPECA: Tiene malos indicadores. BONILLA: Buen trabajo	Uso social de alcohol como determinante de conducta de riesgo	Sensibilización y capacitación a personal en forma descentralizada y en horarios adecuados a ellos. CIRCULOS DE CALIDAD en CC.SS.	Area de Comunicaciones	Cobertura de manejo sindrómico de ITS
	Aumento de ITS	Fortalecer procesos de información (formatos, HIS regional, Hoja de monitoreo); Información desde hospitales		
	Dificultades para el acceso a servicios de salud en adolescentes y adultos varones (por normatividad y horarios)	Mejorar acceso de adolescentes a servicios de salud		

**Problemas sanitarios priorizados 2009 - DIRESA CALLAO**

**Problemas priorizados: HTA, DM, Cáncer**

Territorio Vulnerable	Análisis causal	Estrategias de solución	Responsables	Indicadores de monitoreo
<p>BEPECA: Para HTA y DM, hay aumento de atendidos y casos en las <b>4 microrredes</b>. Con mayor aumento d <b>HTA</b> en <b>MR Sesq</b> (58 a 180) (43-180) y <b>MR Faucett</b> (94-241) (73-118). Para <b>DM</b> el mayor aumento es en MR <b>Faucett</b> (16-51) (1-2), <b>Sesq</b> (43-91) (14-61) y <b>Aerop</b> (92-98) (14-78). En MR Bellav (92-98) <b>(91-31)</b>. <b>SOBREPESO INF: 8,7-10%</b></p>	<p>Falta de Estilos de Vida Saludable: Alimentación inadecuada; Sedentarismo; oferta de alimentos saludables inadecuada</p>	<p>Promover Estilos de Vida Saludables a nivel de toda la región: Caminatas periódicas, Uso de bicicletas, etc.</p>	<p>ESTRATEGIAS SANITARIAS DIRESA: DSP, PROMOCION DE LA SALUD, SSR; EPIDEMIO</p>	<p>Para <b>Centros de Salud</b>: El <b>trazador</b> es ATENDIDOS de HTA; y los indicadores de monitoreo son: ATENDIDOS en HTA, DM, Obesidad, Enfermedades cerebrovasculares, Asma Bronquial. Y para <b>Hospitales</b>, además de atendidos, <b>COMPLICACIONES en Emergencia, Egresos hospitalarios, UCI.</b></p>
<p>BONILLA-LA PUNTA: HTA aumentó 86 Y 49% y DM aumentó 47,2 y 42%. Obesidad disminuyó 1,74-1,04%. HTA aum. Mayor aumento HTA en MR Acapulco (82-248), Bonilla (156-310) y para DM, en MR Acapulco y Bonilla.</p>		<p>Promover <b>Políticas de Salud Regionales</b> en: Disponibilidad de alimentos saludables, Transporte que favorezca que el peatón camine (complementar con políticas de seguridad ciudadana!), Kioskos escolares saludables (Alianza con DREC), 10 minutos para q trabajadores hagan ejercicio (ordenanza regional)...</p>	<p>GOBIERNO REGIONAL, MUNICIPIOS, MINISTERIO DE EDUCACION, OTROS</p>	
<p>VENTANILLA: DM 5º y HTA 6º prioridad ASIS. EN Red, 6º causa de morbilidad en adultos mayores. En CLS no priorizada. Tampoco en Consejo distrital. DM 0,48%, HTA 1,31% y Neoplasias Malignas 0,39%</p>	<p><b>Débil cultura de prevención</b></p>	<p>Promover <b>políticas comunicacionales</b> desde medios de comunicación masiva (con alianzas estratégicas) que modifiquen, p.ej, percepción de "gorditos saludables", consumo de sal en alimentos</p>		

<p><b>TODA LA REGION SE CONSIDERA TERRITORIO VULNERABLE PARA ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES: HTA, DM, Cáncer, Obesidad.</b></p>	<p><b>Dificultades para el diagnóstico</b></p>	<p>Promover el diagnóstico precoz de NT, p. ej.. Dx P/T en todo niño e IMC y medida de PA en adultos; <b>Complementar normatividad sobre todo a nivel hospitalario; Incluir criterios de diagnóstico NT dentro de Concurso al Mejor Centro de Salud; mejorar evaluación y monitoreo de cumplimiento de normas; sensibilizar y capacitar a personal de salud...</b></p>		
	<p>Genética</p>	<p>* Desde 2010: Con capacitación a enfermeras se inicia PRIMER PREVENTIVO DE CANCER; en Dx DM e HTA se incluye complicaciones; en Dx de Cáncer se incluye carcinoma in situ.</p>		
		<p>Alianzas estratégicas con Gobierno Regional, Municipios, ONGs, Iglesias, Universidades, Medios de comunicación, Ministerio de Educación, etc. (*) Proponer que GERESA envíe documento a INEI para que información de Callao figure separada de Lima.</p>		

**Problemas sanitarios priorizados 2009 - DIRESA CALLAO**

**Problemas priorizados: TERREMOTO**

<b>Territorio Vulnerable</b>	<b>Análisis causal</b>	<b>Estrategias de solución</b>	<b>Responsables</b>	<b>Indicadores de monitoreo</b>
ZONAS INUNDABLES en la región representan el 33% de su territorio e incluyen a <b>10 Centros de Salud: La Punta, Barton, Puerto Nuevo, San Juan Bosco, Juan Pablo II, Ayllu, Ventanilla baja, defensores, Acapulco, Márquez.</b>	Ubicación geográfica y tipo de suelo vulnerable. Alt densidad poblacional Viviendas no seguras (por ejemplo, ruinosas en el Cercado, mal construidas en Carmen de la Legua)	Estrategia Internacional de establecimientos de Salud Seguros	INDECI GERESA	% Comunicación operativa Red de ambulancias operativa
La mayor parte de la región Callao es de ALTO RIESGO frente a TERREMOTOS	Cultura preventiva mínima Antecedentes históricos de eventos adversos	Promover la cultura de Prevención en todos los espacios y niveles	DIRESA: DGSP, Epidemiología, Salud Ambiental,	Análisis de vulnerabilidad de Establecimientos de Salud Mapas de riesgo elaborados
<b>ESTE RIESGO ES TRANSVERSAL A LOS OTROS DAÑOS PRIORIZADOS</b>	Altos índices de Pobreza Violencia social elevada	Implementar siete líneas de CODESA: - Comisión de Salud Regional - Epidemiología - Pre Hospitalario - Hospitalario - Salud Ambiental - Salud Mental - Manejo de cadáveres	Municipios, Medios de comunicación, DREC	Nº de brigadas sanitarias por red de salud Nº de Botiquines de Urgencia operativos
	Falta de priorización política Débil compromiso político	Promover decisión política		Nº de charlas / Nº de cursos de capacitación Nº de Planes de Respuesta actualizados Nº de participaciones en SIMULACROS
				Monitoreo de alertas

**Problemas sanitarios priorizados 2009 - DIRESA CALLAO**

**Problemas priorizados: SALUD MENTAL: Violencia, drogadicción**

<b>Territorio Vulnerable</b>	<b>Análisis causal</b>	<b>Estrategias de solución</b>	<b>Responsables</b>	<b>Indicadores de monitoreo</b>
Atendidos en Salud mental/Total Atend. BONILLA: 8,7 (7,8); BEPECA: 4,0 (3,4); VENTANILLA: 2,3 (2,9); HNDAC: 5,4 (6,5); HSJ: 4,2 (3,5). TOTAL: 4,8 (4,8).	Elevada cantidad de casos. Percepción de población es prioritario.	Promoción de Salud Mental: a través de talleres de habilidades para la vida, uso indebido de tráfico ilícito de drogas, "familias fuertes". Participación en simulacros de desastre en aeropuerto.	DIRESA: Estrategia Salud Mental, Promoción de la Salud, Epidemiología	% atendidos de tamizaje
<b>PRIORIDAD REGIONAL. En Plan Concertado de Salud (Nov. 2009), 5º Prioridad Regional en Taller de Priorización ASIS 2009, Prioridades Distritales 2009: Abuso de alcohol y drogas en los 6 distritos y Violencia Intrafamiliar en 4 distritos. Estrés, Ansiedad y Depre en 2.</b>	Tamizaje preventivo escaso	Tamizaje preventivo, en entrevistas a pacientes en centros de salud.	Aliados estratégicos: DREC, Municipios, Policía nacional, MIMDES	Nº de talleres realizados, Nº de sesiones educativas, Nº de participaciones en COREVIDA y simulacros
	Faltan RR.HH.	Actividades de Recuperación, en módulo de atención Materno Infantil, MAMIS. Capacitación en Uso de Guías de Práctica Clínica. Atención de casos de violencia intrafamiliar, depresión, abuso de alcohol y drogas.		Nº capacitaciones en uso de guía clínica Nº atendidos/Nº atenciones % de médicos con uso adecuado de Guías Clínicas
	Falta equipo técnico de la estrategia a nivel DIRESA y Redes	Implementación inmediata de Equipo Técnico de la Estrategia en DIRESA y Redes		
	Capacitación de personal es limitado			

**Problemas sanitarios priorizados 2009 - DIRESA CALLAO**

**Problemas priorizados: MALNUTRICION: Obesidad, anemia, desnutrición**

Territorio Vulnerable	Análisis causal	Estrategias de solución	Responsables	Indicadores de monitoreo
CARMEN DE LA LEGUA: DNC 19,7; Sobrepeso 17,9; Obesidad 7,7; Sobrepeso gestantes 46,7:	Falta de hábitos nutricionales adecuados: Alimentación inadecuada; oferta de alimentos saludables inadecuada	Promover hábitos Nutricionales adecuados a nivel de toda la región: Conocer y concientizar a las personas las prácticas adecuadas sobre alimentación y nutrición: - Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos en los supermercados. - Sesiones educativas en temas de alimentación y nutrición saludable a Instituciones Educativas y otros. - Spots radiales con mensajes nutricionales saludables. - Colocación de paneles educativos en temas de alimentación y nutrición saludable. - Líneas de base sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de la madre y/o cuidador del niño en el Callao	DIRESA: DESAP, ESRANS, PROMOCION DE LA SALUD, EPIDEMIOLOGIA	Para Centros de Salud: El trazador es ATENDIDOS y los indicadores de monitoreo son: ATENDIDOS en en Dx de DC, DA,DG,Obes, Anemia A) N° de niños (as) < 5 años con DC /DG /DA / SP / OB en un periodo determinado x100 / Atendidos de niños < 5 años en un periodo determinado
BELLAVISTA: DNC 13,3; Sobrepeso 12,5; Déficit peso gestantes 20.	Falta de Estilos de Vida Saludable: Actividad física, ; Sedentarismo; alimentación inadecuada	Fomentar Estilos de Vida Saludables a nivel de toda la región: Generar comportamientos y actitudes sobre la importancia del cuidado de su salud: - Caminatas periódicas, etc. - Ferias, - Pasacalles - Spot Radiales en radios del callao y mercados de barrio. - Coordinación con la DREC referente a la promoción de una alimentación y loncheras saludables en el marco de la currícula educativa. - Acreditación de Kioscos Saludables en las diferentes instituciones educativas del Callao.	DIRESA: DESP, ESRANS, PROMOCION DE LA SALUD, EPIDEMIO, DREC	B) N° de niños (as) < 36 meses con Anemia en un periodo determinado x100 / Atendidos en de niños < 36 meses años en un periodo determinado
CALLAO: Sobrepeso 8,5; DN global 8,3; Obesidad 3,6; Sobrepeso gestante 42,8	Políticas de salud en el eje temático de alimentación y nutrición inadecuadas: Políticas no favorecen la calidad sanitaria e inocuidad de los alimentos.	Promover Políticas de Salud en nutrición Regional en: Disponibilidad de alimentos saludables, Kioscos escolares saludables (Alianza con DREC), - Higiene, manipulación y expendio de alimentos. Mercado saludable, Vigilancia sanitaria/nutricional a mercados y restaurantes.		

<p>LA PERLA: Sobrepeso gestantes 77,9</p>	<p>Dificultades para el diagnóstico y reporte de actividades de nutrición en el HIS por parte del personal operativo de las redes de salud.</p>	<p>Promover el diagnóstico: Peso, Talla (P/E, T/E y P/T);</p>		
<p>VENTANILLA: DNC 8,4; Anemia en gestantes 38,5. <b>La Desnutrición Crónica durante el año 2009 es de 7.6% en niñas y niños menores de 5 años, que acuden a los EE.SS.</b></p>				

ANIVERSARIO DE CENTROS DE SALUD DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
<p>19 - C.S. Gambetta Baja</p> <p>24 - C.S. Ventanilla Baja</p>	<p>03 - C.S. 03 de Febrero</p> <p>09 - C.S. Ventanilla Este</p> <p>09 - C.S. 200 Millas</p>	<p>09 - C.S. Luis Felipe de las Casas</p> <p>09 - C.S. Defensores de la Patria</p> <p>14 - C.S. Los Cedros</p> <p>15 - C.S. El Ayllu</p> <p>18 - C.S. Bahia Blanca</p>	<p>01 - C.S. Angamos</p> <p>05 - C.S. Juan Pablo II</p>	<p>10 - C.S. Santa Rosa</p> <p>10 - C.S. Villa de los Reyes</p> <p>12 - C.S. Materno Infantil Pachacutec Peru-Korea</p> <p>18 - C.S. Miguel Grau</p> <p>23 - C.S. Jose Olaya</p>	<p>06 - C.S. El Alamo</p> <p>10 - C.S. Bocanegra</p> <p>15 - C.S. Ventanilla Alta</p> <p>23 - C.S. Hijos de Almirante Grau</p> <p>24 - C.S. Santa Fe</p>
JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<p>01 - C.S. Palmeras de Oquendo</p> <p>12 - C.S. Previ</p> <p>15 - C.S. Boterin</p> <p>22 - C.S. Ramon Castilla</p> <p>22 - C.S. Bellavista Peru-Korea</p> <p>24 - C.S. La Punta</p> <p>25 - Centro de Desarrollo Juvenil</p> <p>27 - C.S. Poligono IV</p>	<p>02 - C.S. Ciudad Pachacutec</p> <p>24 - C.S. Santa Rosa Pachacutec</p> <p>28 - C.S. Sesquicentenario</p> <p>29 - C.S. Bonilla</p>	<p>13 - C.S. Gambetta Alta</p> <p>22 - C.S. Faucett</p> <p>23 - C.S. Villa sr. De los Milagros</p>	<p>23 - C.S. Mi Peru</p> <p>25 - C.S. Acapulco</p>	<p>07 - C.S. Puerto Nuevo</p> <p>07 - C.S. Alta Mar</p> <p>12 - C.S. Marquez</p> <p>16 - C.S. Carmen de la Legua</p> <p>18 - C.S. Aeropuerto</p> <p>21 - C.S. Barton</p> <p>27 - C.S. Callao</p> <p>27 - C.S. Playa Rimac</p>	<p>04 - C.S. La Perla</p> <p>07 - C.S. San Juan Bosco</p>



### FECHAS CLAVE EN SALUD

ENERO		FEBRERO		MARZO	
30	Día Mundial de la Lepra	11	Día Mundial del enfermero (JP II)	8	Día Internacional de la Mujer
	Día de la Enf. de Hansen en el Perú	27	Día del tecnólogo médico	22	Día Mundial del Agua
ABRIL		MAYO		JUNIO	
5	Día de la Cirugía Peruana	3	Día Mundial por la Libertad de Prensa	2	Día de la trabajadora sexual
7	Día Mundial de la Salud	6	Día auxiliar enfermería y técnico sanitario	4	Día Internacional de Niños Inocentes Víctimas de Agresión
8	Día del economista	13	Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer	5	Día Mundial del Medio Ambiente
7-14	Semana de la Salud de las Américas		Día del químico farmacéutico del Perú	14	Día Mundial del Donante de Sangre
9-26	Semana de Vacunación de las Américas	15	Día Internacional de la Familia	17	Día Mundial de Lucha contra la Desertificación y la Sequía
23	Día del estadístico	19 - 24	<i>Asamblea Mundial de la Salud</i>	23 - 27	<i>Comité Ejecutivo de la OPS</i>
23 - 29	Semana Mundial de UN sobre Seguridad Vial	22	Día Mundial de la Diversidad Biológica	26	Día Internacional contra el Abuso y el Tráfico Ilícito Drogas
26	Día de la Secretaria	31	Día Mundial sin Tabaco del no fumador		Día Internacional de Apoyo a las Víctimas de Torturas
30	Día del Psicólogo				

JULIO		AGOSTO		SETIEMBRE	
08	Día del médico veterinario	1 - 7	Semana Mundial de Lactancia Materna	1	Día del terapeuta
11	Día Mundial de la Población	6	Día del nutricionista Peruano	8	Día Internacional de la Alfabetización
25	Día de la asistente social peruana	9	Día Internacional de la Población Autóctona del Mundo	9	Día de la Familia
		12	Día Internacional de la Juventud	16	Día Internacional para la Preservación de la Capa de Ozono
		20	Día de la DIRESA Callao	21	Día Internacional de la Paz
		30	Día de la enfermera peruana	23	Día del epidemiólogo
		31	Día de la obstetra peruana	28	Día Mundial del Corazón
OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
1	Día Internacional de las Personas Mayores	7	Día del administrador de salud	1	Día Mundial de lucha contra el SIDA
2	Día Interamericano del Agua	12	Día de la Pediatría Peruana	3	Día Internacional de las Personas Discapacitadas
5	Día de la Medicina Peruana	14	Día Mundial de la Diabetes	4	Día de la Odontología
8	Día Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales	16	Día Internacional de la Tolerancia	10	Día de los Derechos Humanos
10	Día Mundial de la Salud Mental	20	Día Universal de la Declaración de los derechos del niño	11	Día Internacional del Niño
16	Día Mundial de la Alimentación		Día de la Siquiatría Peruana		
	Día del Minusválido	25	Día Internacional de la Eliminación de la Violencia hacia la Mujer		
17	Día Internacional para la Erradicación de la Pobreza	27	Día del biólogo		
24	Día de las Naciones Unidas	28	Día del internista peruano		
			Día de la Siquiatría Peruana		
			Día de la Telecomunicaciones en Salud		

## EFEMERIDES

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
<p><b>30</b> - Día Mundial de la lepra (Día de la enfermedad de Hansen en el Perú )</p>	<p><b>11</b> - Día del enfermero (Establecido por el Papa Juan Pablo II )</p> <p><b>27</b> - Día del Tecnólogo Médico</p>	<p><b>08</b> - Día Internacional de la Mujer</p>	<p><b>05</b> - Día de la Cirugía Peruana</p> <p><b>07</b> - Día Mundial de la Salud</p> <p><b>08</b> - Día del Ecomista</p> <p><b>23</b> - Día del Estadístico de la Salud</p> <p><b>28</b> - Día del Psicólogo</p> <p>* Semana Mundial de las Naciones Unidas sobre la Seguridad Vial del 23 al 29</p>	<p><b>06</b> - Día del Auxiliar de Enfermería y Técnico Sanitario del Perú</p> <p><b>13</b> - Día del Químico Farmacéutico del Perú</p> <p>Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer</p> <p><b>31</b> - Día Mundial del No Fumador</p>	<p><b>05</b> - Día del Medio Ambiente Humano</p> <p><b>26</b> - Día Internacional de la lucha contra el tráfico y uso indebido de drogas</p>
JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<p><b>08</b> - Día del Médico Veterinario Humano</p> <p><b>11</b> - Día Mundial de la Población</p> <p><b>25</b> - Día de la Asistencia Social</p>	<p><b>01</b> -Semana de la Lactancia Materna en el Perú</p> <p><b>06</b> - Día del Nutricionista Peruano</p> <p><b>20</b> - Día de la DISA I Callao</p> <p><b>30</b> - Día de la Enfermera</p> <p><b>31</b> - Día de la Obstetriz</p>	<p><b>01</b> - Día del Terapista</p> <p><b>09</b> - Día de la Familia</p> <p><b>23</b> - Día del Epidemiólogo ( a )</p>	<p><b>05</b> - Día de la Medicina</p> <p><b>10</b> - Día Mundial de la Salud Mental</p> <p><b>16</b> - Día Mundial de la Alimentación</p> <p>Día del Minusválido</p>	<p><b>07</b> - Día del Administrador de Salud</p> <p><b>12</b> - Día de la Pediatría Peruana</p> <p><b>20</b> - Día de la Psiquiatría Peruana</p> <p>Día de la Declaración de los Derechos del Niño</p> <p><b>27</b> - Día del Biólogo Peruano</p> <p><b>28</b> - Día del Internista Peruano</p> <p>Día de la Psiquiatría Peruana</p> <p>Día de las Telecomunicaciones en Salud</p>	<p><b>01</b> - Día Mundial de la lucha contra el SIDA</p> <p><b>04</b> - Día de la Odontología</p> <p><b>11</b> - Día Internacional del Niño</p>