

Rocio Weiss Pastor
Dra. ROCIO WEISS PASTOR
Secretaria del Consejo Regional
REGIONAL DEL CALLAO

Gobierno Regional del Callao
Consejo Regional del Callao
Dirección Regional de Salud del Callao

0109

*Lineamientos de
Política Regional de
Salud del Callao*

2006 – 2015



R. Weiss Pastor
 Dra. ROCIO WEISS PASTOR
 Secretaria del Consejo Regional
 GOBIERNO REGIONAL CALLAO

INDICE

INTRODUCCION

I.	SITUACION DE SALUD DEL CALLAO	Pg. 4
II.	VISION, MISION Y PRINCIPIOS BASICOS DE LA POLITICA DE SALUD	Pg. 15
	a. Visión	
	b. Misión	
	c. Principios básicos	
III.	LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DECADA	Pg. 19
	a. Desarrollo articulado de actividades de salud con respeto de los aspectos culturales de la población y su participación activa en el control de enfermedades transmisibles	
	b. Fomentar educación en salud para el control de las enfermedades no transmisibles y el desarrollo de estilos de vida saludables	
	c. Implementar actividades de vigilancia en salud ambiental con participación multisectorial.	
	d. Participación social para la promoción de la salud	
	e. Cultura de paz para el desarrollo del individuo, familia y comunidad libre de drogas.	
	f. Consejo Regional de Salud liderando el funcionamiento del sistema de servicios de salud regional coordinado.	
	g. Impulsar un sistema de gestión de calidad en la región.	
	h. Extensión y universalización del aseguramiento de salud a la población del callao	
	i. Incrementar el presupuesto del sector salud y reorientar el financiamiento externo.	
IV.	OBJETIVOS ESTRATEGICOS 2006 – 2015	Pg. 28
	a. Fortalecer el control de las enfermedades transmisibles	
	b. Desarrollar un Programa de prevención y control de las enfermedades no transmisibles	
	c. Fortalecer el control de la Salud Ambiental mejorando el saneamiento básico y controlando la contaminación ambiental	
	d. Fortalecer la participación social para la promoción de estilos de vida y ambientes saludables	
	e. Establecer factores protectores para el desarrollo de una vida sin drogas ni violencia social.	
	f. Implementar un Sistema Regional de Salud coordinado en el Callao.	
V.	ESTRATEGIAS	Pg. 33
VI.	RESULTADOS ESPERADOS AL 2015	Pg. 35

0109



INTRODUCCION

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dña. ROCÍO WEISS PASTOR
Secretaria del Consejo Regional
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

Para la articulación de las actividades que deben realizar los diferentes actores componentes del subsistema del Sector Salud en la Región Callao, se requiere el funcionamiento de espacios de concertación y la voluntad de los pueblos para lograrlo, tal como se ha establecido en los compromisos compartidos en la Declaración Regional del mes de Febrero del año 2003.

0107

Siendo esta una experiencia colectiva, las Políticas que se establezcan deberán ser de aplicación universal por todas las entidades que conforman el Consejo Regional, condición que esta respaldada en ser una formulación consensuada y asumida por concertación social. Favorece su implementación, el conocimiento de los derechos ciudadanos así como la importancia de la participación de cada uno de los "chalcos" en el desarrollo sanitario de la Región, constituyéndose en un elemento clave de la Promoción de la salud.

En el marco de la declaración del milenio, formulada en el año 2000, el Callao comparte y asume los retos propuestos de erradicar la pobreza, aumentar el desarrollo, disminuir las enfermedades, reducir la injusticia, la desigualdad, el terrorismo y la delincuencia y protección del medio ambiente; temas sobre los que habrá que trabajar intensamente en la Región.

Históricamente el Callao se ha constituido en el impulsor y ejecutor de la Atención Primaria de Salud, por lo que el proceso de renovación y modernización, necesariamente deben inscribirse en el contexto de sus principios.

Bajo el principio de respeto a la autonomía de cada uno de los actores, el Consejo Regional de Salud del Callao inicia el proceso de concertación a partir del 1 de junio del 2004.

La Descentralización, en aspectos de salud, establece en los gobiernos regionales, la responsabilidad de aplicar mecanismos de desarrollo para lo que se requiere contar con políticas Regionales, firmemente orientadas por las políticas Nacionales.

Contando con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú y de las autoridades del Ministerio de Salud, se ha emprendido la tarea de elaborar los Lineamientos de Políticas Sanitarias Regionales, que involucre a los diversos actores tanto en su planteamiento, como en su posterior ejecución y se logren los acuerdos de las políticas compartidas a seguir.

Presentamos a la Región, el documento de Políticas de salud Regionales para los siguientes años que se convierta en instrumento para la construcción de una región más solidaria y saludable.

Consejo Regional de Salud del Callao



R. Weiss Pastor
 Dra. RONCIO WEISS PASTOR
 Secretaria del Consejo Regional
 GUBERNATORIAL REGIONAL DEL CALLAO

I. SITUACION DE SALUD DEL CALLAO

PROBLEMAS PRIORITARIOS

Las instituciones integrantes del Consejo Regional de Salud del Callao, han realizaron exposiciones sobre las actividades de salud que ejecutan. Posteriormente en el Taller en que estuvieron representados todos los estamentos del Consejo, convocado a finales del 2004, se logro determinar los principales problemas regionales, que son presentados a continuación:

010

1. Incremento de la morbilidad por el deficiente control de enfermedades transmisibles.

En el Callao, en los últimos años, se ha desarrollado una situación similar a la existente a nivel nacional, en donde la aplicación de inadecuadas políticas y normas para el control de enfermedades transmisibles originan un mayor gasto en salud.

En el análisis del perfil de salud, es importante tener en cuenta la situación demográfica de la Región del Callao, donde la población adolescente y la población adulta joven representan proporcionalmente el grupo mayor.

Sin embargo, es de destacar, que la población adulta mayor (mayores de 65 años) tienen un incremento progresivo, representando ya algo más del 5% del total para el año 2003. La composición actual de la población en el Callao se explica por algunos indicadores demográficos de la dinámica poblacional, con una disminución de nacimientos (tasa bruta de natalidad: 12.9 x 1000 hab.) una esperanza de vida al nacer que se incrementa cada año y que es la mas alta a nivel nacional, con 78.8 años (Perú: 69.8 años). Además, en el Callao la mortalidad ha disminuido, así tenemos que la tasa bruta de mortalidad es la mas baja del país con 2.6 x 1000 hab. a diferencia del promedio nacional que se encuentra en 6.2.



A pesar de estar viviendo una transición epidemiológica, donde las enfermedades no transmisibles van constituyéndose en el perfil principal de los problemas de salud, aún en el Callao, se cuenta con una magnitud muy importante de enfermedades transmisibles, las cuales constituyen las primeras causas de morbilidad (IRAs, EDAs, TBC, SIDA).

Las Infecciones Respiratorias Agudas aún constituyen la primera causa de Morbilidad a nivel de la Provincia del Callao, lo cual se manifiesta en las diversas etapas de la vida en particular en la niñez y la adolescencia donde se ubica en el primer lugar y entre las 5 primeras en el adulto y adulto mayor.

Por otro lado, el número de casos de Asma y SOB se han incrementado en los últimos años, así se tiene que para el año 2003 se notificaron un total de 22468 casos, esto significa un 17.8% (3374 casos) mas que el año 2002.



Número de nacidos vivos en un año por cada 1000 habitantes

Dr. ROLDO WEISS
 Secretario del Directorio Regional
 de Salud del Callao



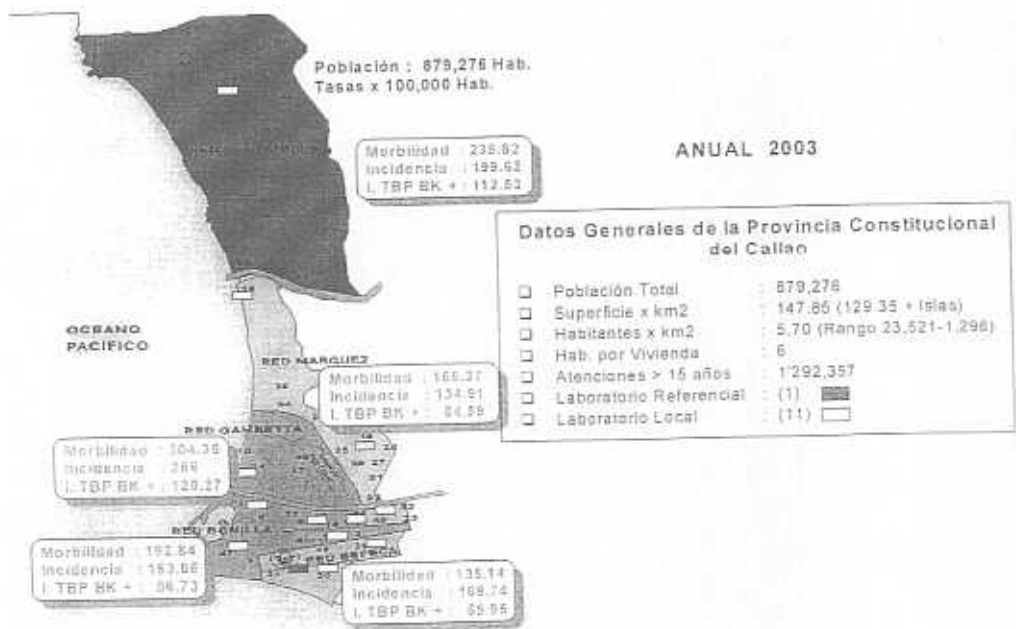
0105

La Tasa de Incidencia Acumulada por EDAs se ha incrementado en los últimos cuatro años, pero en el 2003 fue 4% menos que el año anterior (6501 x 100000 habitantes). Esta tendencia es similar a la mostrada por el nivel nacional. Al analizar por Redes se observa que la TIA de EDAs más elevada en el 2002 lo tuvo la Red Ventanilla con 2754.77 x 100,000 habitantes y el 2003 se encuentra en la Red Gambeta con 42145 x 100,000 habitantes.

Se han registrado en el 2003, 56658 casos de diarreas acuosas (96.48%), con un incremento 62.6% más que el año anterior.

MAPA EPIDEMIOLÓGICO DE TBC

Red de Servicios – DISA I Callao



La tuberculosis es otra enfermedad transmisible que en el Callao representa un grave problema de salud pública y un potencial problema económico, considerando que su población es de tipo expansiva y que el grupo etáreo más afectado es el que corresponde a la PEA. La pobreza es uno de los principales factores de riesgo y perpetuación de la tuberculosis en el Callao, llegando a casi el 25% de pobreza extrema y al 5% de pobreza extrema.

Presentando la mayor tasa de morbilidad (234.85 x 100,000 hab.) e incidencia (TBC Pulmonar Bk positivo: 108.61 x 100,000 hab.) el distrito Ventanilla considerado como zona de alto riesgo.

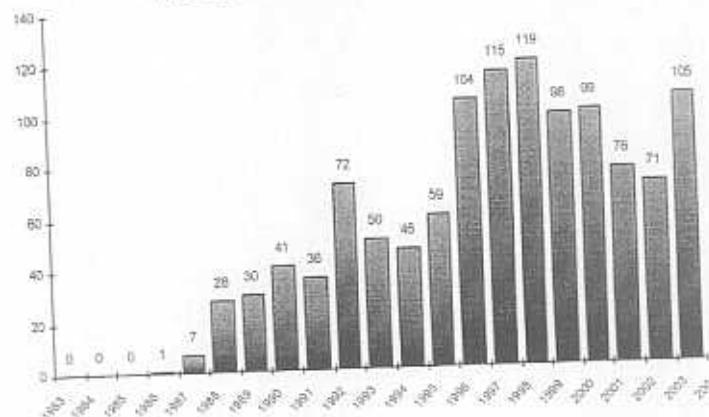
La tuberculosis se mantiene como una de las causas más importantes de mortalidad, de exceso de mortalidad y de muerte prematura.

El Callao es la jurisdicción más afectado por SIDA a nivel nacional después de Lima, (7.8% del total nacional) y el de mayor riesgo de transmisión de SIDA.

El SIDA está entre las primeras causas de muerte en el Callao desde hace tres años, para el presente año se encuentra en el 8° lugar de las principales causas de la Provincia Callao, además de ser una de las causas de mayor muerte prematura con impacto en la etapa de vida de

20 a 64 años. En la provincia es la primera causa de muerte en este grupo de edad y la primera causa de mortalidad general en el distrito de Ventanilla en el año 2003.

**CASOS DE SIDA POR AÑOS
PROVINCIA CALLAO, 1986 - 2003**



La situación de las enfermedades transmisibles se profundizada por una débil coordinación intersectorial en donde diferentes instituciones del Callao se ocupan de los mismos problemas a pesar que el presupuesto en salud es insuficiente en cada una de las instituciones. Esta falta de articulación entre los sectores promueve una operatividad inadecuada en el planteamiento de intervenciones a nivel de la Promoción de la salud y la Prevención de enfermedades transmisibles. Por otro lado es también manifiesto que el sector tiene una carencia importante de personal y los que existen, cuentan con una inadecuada racionalización, pues muchas veces predomina las posiciones particulares más que las institucionales junto a lo que todavía es una deficiente capacitación.

El control de enfermedades transmisibles tiene como punto de partida la oportuna y adecuada información que debe ser compartida por todas las instituciones que hacen salud, sin embargo no existe una integración para que ella circule teniendo como consecuencia una información sesgada e incompleta. Hasta el momento no existe un planteamiento sobre la actualización de las fuentes estadísticas de la salud. Por último tampoco existen estudios sobre los factores culturales que influyen en la salud de la población chalaca.

La promoción de la salud en lo referente al control de enfermedades requiere que la población este adecuadamente educada con respecto a los aspectos sanitarios, sin embargo no existe un adecuado desarrollo en ese aspecto a esto debemos agregar la desarticulación de la prensa con respecto a los temas sanitarios. Hasta el momento existe una carencia de propuestas de innovación educativa con respecto a temas relacionados con la salud.



Muchas veces el inconsciente colectivo influye negativamente en el cuidado de la salud y el ambiente, esto lo vemos en la inadecuada accesibilidad de la población pobre a los servicios de salud, en donde a pesar de los esfuerzos de diferentes instituciones por hacer llegar a los servicios de salud a esta población aun no es posible alcanzar la cobertura necesaria.

La falta de accesibilidad de esta población a las actividades de promoción y prevención, lleva a estas poblaciones a desarrollar conductas de riesgo y el arraigo de patrones culturales que afecta la salud.

Por último, el deficiente saneamiento básico, el hacinamiento y la deficiente infraestructura de vivienda en varias zonas del Callao condiciona riesgos importantes en la transmisión de enfermedades.

En el caso de los servicios básicos, al comparar el tipo de abastecimiento de agua de la Provincia Constitucional del Callao, el año 1993 con el año 1999, observamos que a nivel provincial observamos que no hay un significativo aumento (72.03 a 72.1%), aunque los distritos como Bellavista, La Perla han logrado alcanzar una red pública de abastecimiento de agua dentro o fuera de la vivienda al 100%, destacan los distritos de Carmen de la Legua y La Punta que para 1999 tienen Red Pública dentro de la vivienda al 100%.

En cambio el distrito de Ventanilla, ha disminuido de 29.74% de viviendas con Red Pública a 23.0%, debido a la gran proliferación de Asentamientos Humanos, lo cual constituye en un riesgo para la presencia de enfermedades diarreicas, enfermedades de la piel, parasitarias, etc.



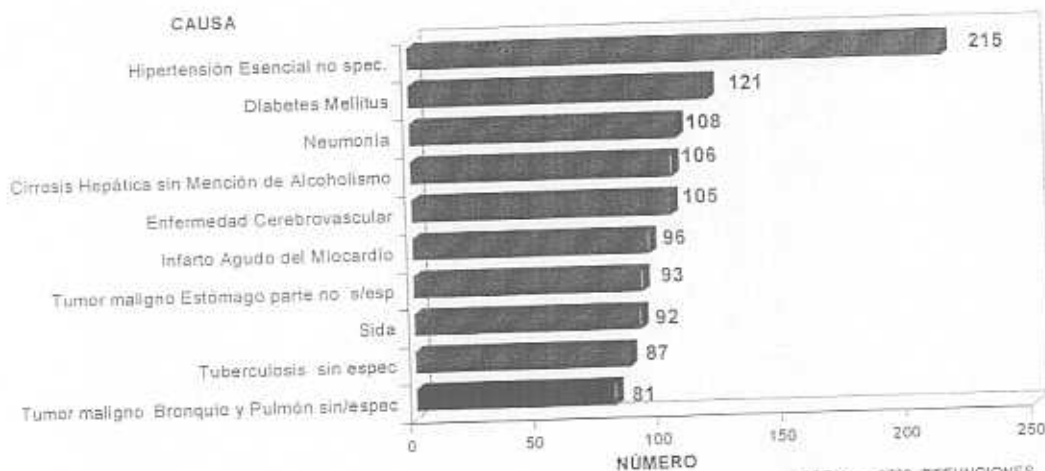
2. Incremento de las enfermedades no transmisibles por pobre educación en salud.

La situación de las enfermedades transmisibles reviste una gran importancia en el Callao. Existen una serie de indicadores que señalan el incremento progresivo de estos daños en la población chalaca, así como varios riesgos y otros determinantes de la salud que permiten proyectar una situación mucho más compleja en el futuro mediato. En la Provincia Constitucional del Callao, la distribución poblacional por quinquenio de edad, muestra una pirámide cuya base cada vez se va estrechando más, es decir, menor población infantil y el centro y parte superior se han ido ensanchando más, lo que traduce un incremento de las poblaciones de: adolescentes (casi un 20%) y adultos (57%). Las personas de 65 años a más, ya representan en el Callao el 5% de la población total, es decir, más de 46,000 habitantes. La esperanza de vida, que en el Callao es la más alta del ámbito nacional, 78 años, continúa incrementándose. Es decir, que en el Callao tenemos una población que se va haciendo más adulta, con un número considerable de personas adultas mayores, y por tanto requieren tener preparados servicios de salud para la atención de enfermedades crónicas, enfermedades no transmisibles. Sin embargo, la realidad nos enfrenta con un incremento acelerado de las enfermedades no transmisibles. En cuanto a las causas individuales de muerte, a diferencia de lo que ocurre a nivel nacional en donde se encuentran a las Infecciones Respiratorias Agudas como la primera causa de muerte, la cual corresponde a las enfermedades transmisibles, en el Callao son las enfermedades no transmisibles, la que ocupan los primeros lugares, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial son las dos primeras causas de defunciones registradas. Además, en la lista de las primeras 10 causas, 6 son causas no transmisibles. Si analizamos las causas de muerte por grupos de causa, en primer lugar están las neoplasias malignas (en general enfermedades no transmisibles), que causan poco más del 20% de las muertes en el Callao. Por otro lado,

dentro de las enfermedades que mas muerte prematura y mayor exceso producen, es decir, aquellas que ocurren a edades tempranas, encontramos enfermedades no transmisibles como los Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor, los Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente.

Esta situación tiene entre los factores que la determinan en el aspecto político a la débil e inadecuada coordinación y estímulo intersectorial para la educación y control de enfermedades no transmisibles. Alguna decisión política adoptada para enfrentar estos problemas no se ha traducido en una disposición de recursos necesarios por un presupuesto ineficiente en salud. Esta situación deja ver una respuesta sectorial aún deficitaria, pues aún son insuficientes los programas de prevención y control de enfermedades no transmisibles, a diferencia de lo que ocurre con varias de las enfermedades transmisibles que al menos cuentan con algunos recursos y normas para su prevención y control. Las escasos esfuerzos que se existen por tanto, presentan una deficiente articulación a nivel sectorial e intersectorial para acciones en salud, a lo que se agrega la carencia de personal en salud especializado en estos temas, así como la carencia de un diseño de manejo multidisciplinario.

PRIMERAS CAUSAS BASICAS DE DEFUNCION PROVINCIA CALLAO - 2003



FUENTE: INE ESTADÍSTICA PROFESIONAL - IREMI - CALLAO

De manera similar con lo que sucede con otros daños, respecto al manejo de la información, no hay una integración en el sistema de información entre las diversas instituciones de salud que permita alcanzar un mejor conocimiento de la situación de las enfermedades no transmisibles. Se encuentra insuficientes propuestas, planteamientos y actualización de las fuentes estadísticas así como una falta de estudios de factores culturales que influyan en la salud de la población. La información que se dispone está sesgada, por daños principalmente transmisibles.

Como en otras áreas de la salud la educación sanitaria de la población es deficiente, a lo cual contribuye la desarticulación con la prensa en la difusión de contenidos educativos para la prevención y control de estos eventos, debido a una carencia de propuestas de innovación educativa con relación a la salud.

La situación se agudiza en la comunidad al contar con una inadecuada accesibilidad, en particular de la población pobre a los servicios y al tratamiento.

En el caso de las enfermedades no transmisibles, destacan de manera singular, los comportamientos que influyen en que las personas permanezcan sanas o se enfermen,



[Firma]
Dra. ROCÍO WEISS PASTOR
Secretaría del Consejo Regional

0101

pues muchas conductas implican altos riesgos para la salud y permiten la persistencia de muertes prematuras y evitables. Ante ello, los estilos de vida saludable, que son la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud, no solo se enfrentan a su discreta difusión, sino a una diversidad de obstáculos o mensajes contrarios, así observamos un déficit de áreas deportivas y recreativas. Como transmitir mensajes para el desarrollo de actividades recreativas o deportivas si no hay lugares donde realizarlas. Además, existe una influencia negativa de la globalización y modernización tecnológica en los estilos de vida que ocasionan entre otras sedentarismo, disminución de las actividades recreativas que demandan actividad física, entre otros aspectos. Asimismo, esta situación se agrava con el stress al cual estamos sometidos en esta era moderna, lo que provoca el deterioro en la calidad de vida.

3. Deterioro ambiental por ausencia de normatividad y dispositivos legales.

En el Callao, la contaminación ambiental no solo está relacionada a la intoxicación por plomo si no a diversos problemas ambientales, que ocasionan una deficiente salud ambiental. Esta situación en el Callao, como en otras partes del ámbito nacional tiene entre sus explicaciones una de índole político, cuyo manejo es inadecuado. No se cuenta con planes, ni programas de solución del gobierno central, lo cual además se objetiva en la falta de canalización de presupuesto, es decir, hay falta de voluntad política.

En cuanto a la intoxicación por plomo, ésta se ha evidenciado claramente en la zonas próximas al puerto del callao, afectando principalmente a los menores de 6 años de las jurisdicciones del C.S. Puerto Nuevo (AA.HH. Puerto Nuevo) y del C.S. San Juan Bosco (AA.HH. San Juan Bosco, AA.HH. Chacaritas, IV Sector, AA.HH. Ciudadela Chalaca).

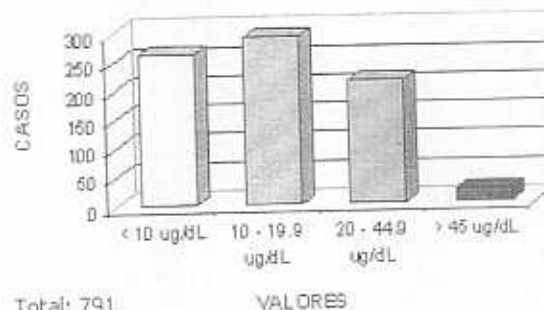
La prevalencia de intoxicación por plomo encontrada durante los años 2002 - 2003 en niños menores de 6 años en el AA.HH. Puerto Nuevo fue de 96.1%, es decir 489 niños. Un 23.9% (122) presentaban intoxicación leve, 61.2% (312) intoxicación moderada y 10.8% (55) severa.

Según el monitoreo que se realizó en el mes de setiembre del 2003, la intoxicación por plomo en 791 niños menores de 6 años en el AA.HH. San Juan Bosco, es 66.9% (529) tenían valores mayores a 10 ug/dL, 36.9% presentan intoxicación leve, 27.1% intoxicación moderada y 2.9% severa.

En cuanto a los estudios ambientales, en el C.E. María Reiche perteneciente a la jurisdicción del C.S. Puerto Nuevo, se exceden los límites de 1.5 ug/m, a veces triplica el límite permitido. El valor mínimo encontrado en el año 2002 fue de 3.490 y el valor máximo fue 5.716.

Se argumenta algunos factores asociados como: inadecuada infraestructura de los depósitos de concentrados, que de alguna manera ha mejorado con el encapsulamiento de 2 depósitos; inadecuado manejo en la operación de almacenaje, inadecuado manejo en la operación de embarque, presencia de transporte pesado, mal estado de las vías de acceso a los almacenes y zonas de embarque, deficiente uso de indumentaria de protección y acciones de prevención, inadecuado cerco vivo, desconocimiento de los caracteres meteorológicos, percepción del problema por la población, condiciones y prácticas de higiene, organización comunitaria, representación del estado y organizaciones civiles.

PLOMO EN SANGRE EN NIÑOS < 6 AÑOS
C.S. SAN JUAN BOSCO - SETIEMBRE 2003
DESPUES DEL DOSAJE VENOSO



En las últimas décadas, la gestión del medio ambiente se ha ido convirtiendo en el centro de las preocupaciones sociales, sea como factor económico o como componente esencial de la calidad de vida, tanto para las generaciones actuales como las futuras. Sin embargo, a pesar de la proliferación normativa y de proyectos a nivel nacional e internacional, existen vacíos legales. La situación se agrava con el incumplimiento de las normas sanitarias relacionadas a la salud ambiental, lo que demuestra entre otras cosas un desconocimiento a la autoridad sanitaria.

Muchos de los problemas de la salud ambiental se relacionan también a otros factores que corresponden al proceso urbanístico, como es la falta de un ordenamiento urbano territorial y encontramos muchas áreas originalmente dedicadas a la agricultura, vivienda, ahora convertidas en zona de fábricas o industrias, muy cercanas a la población, con los riesgos que ello significa.

Por otro lado la intervención multisectorial es todavía limitada, hay una ineficiencia de empresas de servicios básicos, es inadecuada la disposición de residuos sólidos a pesar de las normas existentes como se manifestó. Esto está enmarcado en una intervención municipal deficiente en el control ambiental, así como en una ineficiencia en la ejecución de programas, muchas veces debido a la duplicidad de funciones.

En el ámbito de la prevención y control de salud ambiental encontramos aún deficiente la vigilancia del saneamiento básico, falta de acciones conjuntas de los diferentes sectores, que tiene entre sus causas a la falta de una conciencia social de los sectores competentes.

Ya se ha comentado la importancia de la educación en salud, que se convierte en un factor muy importante en el cuidado del ambiente. A pesar de la participación de la comunidad en el cuidado de su ambiente, se evidencia en muchas oportunidades una connotación diferente al reclamo justo de la población por su entorno, o en todo caso, sesgado, sin evidenciar un compromiso integral por su cuidado. Se hace evidente pues la deficiente e insuficiente educación de la salud ambiental de la población. Es pues evidente la falta de participación ciudadana, como corresponsable en el cuidado de su salud y la de su entorno. La deficiente educación se evidencia entre otras cosas objetivas en la disminución de áreas verdes, que no solo se constituyen en fuente de oxígeno para el ambiente, sino que además, limitan la práctica de estilos de vida saludables.

Son varias las fuentes de la contaminación ambiental relacionadas al incumplimiento de normas por empresas y usuarios, como por ejemplo la contaminación sonora, las condiciones ambientales, como la proliferación de aguas estancadas, que permiten la proliferación de insectos. Otra causa del deterioro ambiental es la existencia de empresas clandestinas que contaminan.

El incremento del parque automotor, ha contribuido en el incremento de la contaminación atmosférica, en particular debido a la importación de vehículos usados.

4. Estilos de vida inadecuados de la población por desconocimiento y escasa participación comunitaria en los programas de promoción de la salud.

En el Callao evidenciamos una pobre calidad de vida asociados a condicionantes de carácter participativo, político, cultural, intersectorial y financiero.

La escasa participación social tiene que ver con la presencia de organizaciones comunitarias débiles, desarticuladas, paralelas y que cuando se movilizan responden a intereses partidarios o institucionales mas que a los intereses y necesidades que la comunidad requiere.

La ausencia de una cultura de valores por desintegración familiar, crisis social y ausencia de oportunidades.



Existen coaliciones intersectoriales débiles y poco sostenidas en el tiempo que solo se unen para realizar acciones de contingencia pero que no planifican acciones conjuntas de mediano y largo plazo.

0099

Los Programas de promoción de la salud y prevención no cuentan con financiamiento institucional ni participativo, al parecer muchas instituciones no perciben el tema como un necesidad porque la promoción de la salud si bien tiene efectos importantes en la estructura social se dan a largo plazo y no son visualizados por la necesidad de contar con resultados inmediatos. En el MINSA la promoción de la salud si bien es el primer lineamiento de política ocupa uno de los últimos lugares en la prioridad presupuestal.

La falta de políticas y normas para el desarrollo de la salud que genera la ausencia de ejercicios de ciudadanía y grupos poblacionales en condiciones de subdesarrollo conllevando al deterioro del equilibrio bio-psico-social del individuo, familia y sociedad. Los gobiernos regionales y locales priorizan su intervención en acciones recuperativas (Campañas de salud).

5. Alta incidencia del consumo y microcomercialización de drogas que contribuye a la violencia social

El ejercicio de los derechos y responsabilidades de la comunidad se ve limitado debido a la ausencia de una cultura participativa, falta de propuestas viables y sostenidas, poca importancia que se le da a la educación y al rol pasivo que las instituciones le atribuyen a la comunidad.

La problemática planteada en el taller multisectorial sobre el desarrollo de políticas de salud en el Callao, se encontró que en esta región en lo referente a los aspectos culturales todavía existe la presencia de abandono de los padres hacia los hijos de los aspectos de desarrollo moral, físico y psicológico, trayendo como consecuencia actitudes donde se demuestra una evidente falta de valores y en donde las diferencias sociales e interculturales no se respetan y se hacen evidentes.

Esta situación también tiene algunas consecuencias cuando se quiere aplicar algunas acciones de salud. Por otro lado, el sector al querer enfrentar esta problemática, se encuentra que existe inequidad en el gasto presupuestal y que finalmente las acciones de promoción y prevención orientadas al cambio cultural es escaso.

6. Insuficientes espacios de coordinación, concertación y normatividad regional, en aspectos de salud.

En el Callao, se ha encontrado que existen insuficientes espacios de coordinación, concertación, normatividad y regulación entre las diferentes instituciones prestadoras de los servicios de salud, lo que impide la continuidad, la oportunidad e integralidad de la atención, provocando la duplicidad de las acciones.

Esta situación se debe a que existen normas específicas en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que son inadecuadas para la existencia de un sistema de coordinación regional de salud y además se desconoce las diferentes categorías de los establecimientos de salud del sector público y privado así como la cartera de servicios de cada uno de ellos.



PRINCIPALES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN CALLAO

0098

Nº	INSTITUCIONES PRESTADORAS	PRESTACIONES	OBSERVACIONES
1	DISA I CALLAO	48 Establecimientos de Salud NIVEL I-2 - BOTIQUIN Y FARMACIA	VENTANILA I-4 -LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE Tipo II
2	HOSPITAL NAC. DANIEL A. CARRIÓN	NIVEL AT. III-1	ESTABLECIMIENTO DEL MINSA DE MAYOR COMPLEJIDAD REGIONAL
3	HOSPITAL SAN JOSE	NIVEL DE ATC. II-2	TIENE EQUIPO BASICO DE GUARDIA LAS 24 HORAS
4	ESSALUD	POLICLINICOS Y HOSPITALES	FALTA CATEGORIZACION
5	CENTRO MEDICO NAVAL	HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD- Transporte de Evacuación Aeromédica.	FALTA CATEGORIZACION
6	BENEFICENCIA PUBLICA	CONSULTA AMBULATORIA	FALTA CATEGORIZACION
7	POLICLINICOS MUNICIPALES	CONSULTA AMBULATORIA-LAB-BOTICA	FALTA CATEGORIZACION
8	ESTABLECIMIENTOS DEL OBISPADO	30 POLICLINICOS de atención ambulatorio	FALTA CATEGORIZACION
9	CUERPO GENERAL DE BOMBEROS	AMBULANCIAS TIPO I y TIPO II	ATENCION PRE HOSPITALARIA
10	POLICLINICOS DE LAS FA Y PNP	Policlinicos - Laboratorio - Farmacia	FALTA CATEGORIZACION
11	ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR PRIVADO	POLICLINICOS CENTROS MEDICOS Y Establecimientos de Salud II-1	CATEGORIZADOS CLINICA SAN JOSE Y Centro Médico VIRGEN DE LA PUERTA

Cuadro N° 6-1

En el cuadro N° 6-1 se explica claramente la falta de categorización de los establecimientos de salud para establecer la totalidad de servicios que cuenta la región así como la determinación de la capacidad resolutive, características y funciones de los mismos que permitan brindar una atención integral de salud

En reuniones de coordinación de las diferentes instituciones del Callao que brindan atención de salud se ha logrado realizar el diagnóstico de la oferta de servicios de salud que se brindan en la región. Esta oferta de servicios está orientada a solucionar los problemas de los prestadores de servicios de salud y no atender las necesidades de la población. La característica de los recursos presupuestarios de cada institución, están dirigidos a captar mayor recaudación no importando la duplicación de actividades de los diferentes prestadores de servicios de salud utilizando inadecuadamente los limitados recursos con que cuentan.

Por otro lado el aspecto nutricional esta enfocado como problema de salud en la fase recuperativa no se logra por la falta de un sistema de información eficiente que permita identificar a las personas con deficiencias nutricionales y el seguimiento de la recuperación y la sostenibilidad de las misma en su entorno familiar. Las instituciones que participan en estas actividades no se encuentran articulados y por ende no permiten la recuperación nutricional.

La articulación de los prestadores de servicios de los diferentes niveles aseguran la continuidad del tratamiento cuando existe un sistema de transporte de pacientes calificados, este aspecto en nuestra región es cubierta por el Cuerpo general de Bomberos del Callao, no siendo en la actualidad eficiente y oportuno por la falta de información, coordinación e integración entre los prestadores y el desconocimiento de la cartera de servicios y la capacidad resolutive de los establecimiento de salud de la región. El número y la calidad de las unidades de transporte existentes en la región no cubren las necesidades de la atención pre hospitalaria de la región



7. Ineficiencia e ineficacia del Sistema Regional

En la Región del Callao no existe un sistema de prestaciones de servicios de salud regional, el fraccionamiento de los servicios a nivel nacional se refleja igualmente, con actores que realizan duplicidad de acciones y mal uso de los pocos recursos existentes. No existe un sistema único de información en salud en la región del Callao, lo que no permite conocer los diferentes problemas de salud en la región, para la toma de decisiones oportunas y adecuadas a la realidad local, así mismo mejorar la calidad de las prestaciones de salud así, como los procesos de atención.

La ineficiencia en la región del Callao se hace manifiesta por la no existencia aún de un sistema de referencia y contrarreferencia regional, falta de guías clínicas, desconocimiento aun de algunos procesos de la atención del paciente. La ineficacia del sistema es evidente cuando los servicios se tornan inaccesibles, y no equitativo para la población de menos recursos

No existe un sistema de Gestión de la calidad, que permita que el usuario haga manifiesto el grado de satisfacción de la atención recibida y esto esta relacionado con la falta de espacios donde el usuario haga manifiesto de las dificultades de las prestaciones de salud. (encuestas, reuniones con usuarios, buzón de quejas)

La presencia de trabajadores de salud con falta de habilidades de comunicación influyen en forma negativa en la relación del trabajador y el usuario externo., así mismo las relaciones interpersonales siguen siendo uno de los principales problemas para realizar una buena coordinación y mejorar así los servicios que se brindan.

Las campañas de salud contribuye con el mejoramiento de la percepción del riesgo de enfermar, y estas formas de llevar actividades de promoción y prevención han demostrado que ayudan a mejorar el nivel de vida de la población chalaca.

Por otro lado las instituciones arriba mencionadas, también intervienen en la atención de las emergencias y desastres, situación que muchas veces no están adecuadamente coordinadas y cubiertas por la súper posición de acciones que trae como consecuencia una mala calidad de atención de los pacientes . La coordinación multisectorial mejoraría la calidad de atención de salud de la población del Callao.

8. Cobertura y acceso limitado a la atención de la salud y falta de aseguramiento a las poblaciones vulnerables.

Existen limitaciones en la ampliación de la cobertura de atención de aseguramiento a poblaciones vulnerables de la Región Callao. Esta situación lleva como consecuencia el aumento de la prevalencia de enfermedades prevenibles por la presencia de poblaciones excluidas de atenciones de salud.

Es sabido que el Índice de Desarrollo Humano (IDH), es una medida sintética que resume un conjunto de indicadores relativos a salud (esperanza de vida) y educación (alfabetismo y matrícula escolar), que complementan el indicador del ingreso (ingreso per cápita). Los indicadores relativos a la salud, buscan dimensionar las oportunidades y capacidades de los habitantes del país para el disfrute de una larga vida y saludable; mientras que los de educación, relativas a la adquisición de conocimientos. Por su parte los indicadores de ingreso, miden las oportunidades y capacidades de la población para el acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida digno. Al respecto, la Provincia Constitucional del Callao, ocupa el primer lugar en el IDH ya que registra la mayor Esperanza de Vida al Nacer y la mejor Tasa de Alfabetismo (97,5%).

El Sistema Nacional de Salud de nuestro país se encuentra cubierto en un 26% por el Seguro Social de ESSALUD , el Ministerio de Salud (MINSA) es quien absorbe la mayor proporción con un 59% del total de cubiertos por algún plan de salud. Por su parte el sector privado y las fuerzas armadas y policiales representan el 12% y el 3% respectivamente. Conviene aclarar que el MINSA tiene a su cargo un régimen estatal de



aseguramiento, el cual tiene como objetivo principal otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos (pobre y pobre extremo) que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público, cuotas o pagos directos, y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuentan con convenios para tal efecto. Desde su creación el Seguro Integral de Salud (SIS) ha cubierto en el Callao en promedio, al 11% de la población para el año 2004 y 2005 priorizando al componente materno – infantil, brindando prestaciones preferentemente de capa simple.

Con respecto a la población que cuenta con seguro de salud, el Perú se ubica entre los países latinoamericanos cuyo seguro social de salud alcanza niveles de cobertura por debajo del promedio regional. Existen altos índices de exclusión que afectan a una porción significativa de la población, y que invitan a fortalecer las políticas públicas y las acciones institucionales tendientes a reducir dicha brecha. En este sentido, se estima que un 26% de la población nacional cuenta con cobertura del Seguro Social de Essalud, un 20% con la cobertura del Seguro Integral de Salud, a cargo del Ministerio de Salud, 0,2% de las Entidades Prestadoras de Salud y un 4,4% con protección de seguros privados y otros. Como resultado de ello, prácticamente la mitad de los habitantes del Perú no tiene acceso a ningún seguro de salud.

Respecto a la cobertura de la Población Económicamente Activa, el 17% de ella está cubierta por el Seguro de Salud de Essalud. Los sectores más desprotegidos por este sistema son los trabajadores de la agricultura, la pesca y de servicio doméstico. En ninguna de las regiones del país la cobertura es elevada; el nivel de máxima cobertura de la fuerza de trabajo lo ocupa Lima Metropolitana (27%), seguida de la región de Costa Centro (24.5%). Los indicadores disponibles aportan suficiente evidencia para afirmar que la falta de cobertura incluye en mayor o menor medida a todos los grupos sociolaborales de la sociedad peruana; pero afecta fundamentalmente a los no asalariados y a los asalariados (dependientes).

En relación al modelo de atención, éste continúa siendo de carácter curativo; y las actividades de internamiento hospitalario absorben una gran proporción de recursos por una estancia hospitalaria promedio elevada, y el primer nivel de atención en salud es débil y requiere fortalecerse.

9. Recursos financieros insuficientes y usados ineficientemente.

El año 2000 la OMS emite un informe donde se evidencia que el Perú ocupa el puesto 105 con referencia a la expectativa de vida ajustada a la discapacidad (EVAD). En este mismo informe la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a esta realidad el Perú ocupa el lugar 172.

En una comparación posterior, con respecto a la equidad de la contribución financiera para solucionar los problemas de salud, el Perú ocupa el puesto 184. En el año 1998, el MINSA en colaboración con la OPS, refiere que frente al gasto en salud el gobierno destina solamente el 25% del total del mismo y los hogares tienen que recurrir a su propio bolsillo para solucionar sus problemas de salud en un 36.9%. En el caso preciso peruano los organismos internacionales, los donantes internos y otros contribuyen con el 4.5%. El resto de los gastos en salud está dado por los empleadores en un 33.5% pero que no tiene una respuesta directa con la población general sino con un sector de ella que es asegurada.

Por otro lado, el financiamiento en salud de los hogares se consume en un 55% en la compra directa a la farmacia y en un 30% hacia la atención privada. Es decir el 85% de los gastos son derivados a organismos fuera del estado.



Dado los niveles de pobreza de la población del Callao, cualquier aumento de los recursos debe provenir del gobierno. Todas las instituciones que actúan en salud en el Callao, usan recursos financieros sin coordinarse entre ellas, lo que genera ineficiencia en el gasto y reduce el impacto de las acciones.

En el seminario Taller convocado multisectorialmente en noviembre del 2004, determinó que en el Callao, la falta de una base de datos sobre gastos en salud y una inadecuada coordinación intersectorial conduce a una ausencia de comunicación clara y fluida entre los diferentes actores en salud. Unido a esto la falta de inversión en investigación y capacitación y la falta de focalización de los programas de salud en la población pobre y de extrema pobreza, trae como consecuencia insuficientes recursos financieros focalizados por el gobierno.

Finalmente, por la existencia de una normativa inadecuada, en donde existe una ausencia de asignación de roles a los niveles de decisión en salud y ante el la falta de un enfoque integral de la salud en la mayoría de las instituciones del Callao, se desprende que existe una ausencia de la autoridad sanitaria regional que logre coordinar los recursos financieros en salud en el Callao, los cuales deben incrementarse y usados eficientemente.

II. VISION, MISION Y PRINCIPIOS BASICOS DE LA POLITICA DE SALUD

a. VISIÓN

"Al año 2015, la Región Callao contará con un Sistema Regional de Salud democrático, descentralizado y coordinado, el que mediante la participación de todos los actores sociales, garantice el aseguramiento, organización y financiamiento necesario para brindar una tención integral y de calidad, a satisfacción de la población, la que contando con un acceso equitativo a los servicios de salud, desarrolla estilos de vida saludables, con trabajadores de salud altamente calificados y reconocidos, constituyéndose la Región Callao en líder a nivel Nacional e promoción de una mejor calidad de vida y salud"

b. MISIÓN

"El Consejo Regional de Salud (CRS) es la entidad encargada de dirigir y conducir la Política de Salud en la Región Callao, así como de ejecutar la Política Sectorial de salud en el marco de la aplicación de las ejes y reglamentos sobre Descentralización y Seguridad Social en Salud"

c. Principios Básicos

- **Corresponsabilidad de la Salud Pública.**

"La salud pública debe ser entendida como la salud del público, de la población y abarca todas las dimensiones colectivas de la salud".

Este concepto ha sido enmarcado en la propuesta manifiesta por la Organización Panamericana de la Salud en el libro "La Salud Pública en las Américas" editado el año



2002. La noción se desarrolla a partir del concepto mismo de salud promovido por la OMS en la que se afirma que la salud es la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, es decir un completo estado de bienestar.

El entendimiento de la salud pública, llevado hacia el bienestar bio-psico-social de las personas y de las poblaciones, plantea dificultades en el establecimiento de las responsabilidades exclusivas del sector que se ocupa de esta parte y lleva más bien a establecer responsabilidades en otros sectores diferentes al sector salud. Frente a este concepto, resulta insuficiente algunas acciones básicas de la salud pública tradicional, orientada principalmente por la prevención y control de las enfermedades transmisibles o la higiene ambiental. Tampoco es suficiente la definición de la salud pública como la que hacen los gobiernos. Es cierto que el Estado tiene un papel central y fundamental en la salud pública moderna, pero no todo lo que hacen los gobiernos es suficiente para dar bienestar a una población.

Al tener como objeto central de la Salud Pública a la salud de la población se debe incluir todos los aspectos de interés colectivo que contribuyan a mejorar la salud del pueblo. Un error común es interpretar que la salud pública es simplemente una serie de bienes y servicios públicos bajo responsabilidad del estado o de los gobiernos. Si fuera así, estas acciones no servirían para los intereses del público sino simplemente para los intereses del gobierno de turno. Por esa razón la salud pública debe extenderse más allá, hacia los factores determinantes externos de la salud y hacia las dimensiones colectivas de los sistemas de atención.

A partir de este razonamiento, podemos afirmar que la salud pública es ejercida por muchos actores y dado que tiene un campo de actuación tan amplio y variado, exige la participación de prácticamente todos los actores sociales. El sujeto básico y permanente es la misma población organizada de la sociedad. Es decir, el público no es solo el objeto central de la salud pública sino también su principal actor. La actuación de la sociedad a favor de la salud, se manifiesta en las actuaciones y prácticas sociales y en los valores socialmente reconocidos que modelan las actitudes, comportamientos y conductas sociales a favor de la vida y la salud. También se revelan en el reconocimiento de necesidades y demandas de los esfuerzos colectivos para satisfacerlas. Los actores esenciales son los grupos organizados de la sociedad, de las redes informales o formales de apoyo, de las diversas comunidades de interés y hasta los sentimientos específicos o difusos de satisfacción o insatisfacción públicas.

El Estado, en nombre de la población, tiene un papel como sujeto actor de la salud pública, dada su responsabilidad directa a la hora de garantizar que sus funciones sean llevadas a cabo, algunas en forma directa en forma de exclusividad y otras las realiza por medio de la movilización, articulación, orientación y apoyo de la actuación de la sociedad, especialmente de los actores públicos no estatales. Esta sinergia entre Estado y Sociedad Civil es el instrumento más importante para alcanzar una salud pública eficaz.

La actuación de los agentes sociales privados, amplía las posibilidades de la salud del público. El papel de las organizaciones sociales no estatales ofrece oportunidades innegables para el sistema de salud en general. Algunos agentes del mercado como empresas y corporaciones pueden asumir un interés público compatible con su naturaleza e incluso legitimarse y hacer contribuciones de importancia en la salud pública como por ejemplo en el campo de la salud ocupacional, con respecto a la protección ambiental o de forma voluntaria en otros campos.

El éxito de la práctica de la salud pública está en saber como contribuyen todos esos actores a la finalidad común de la corresponsabilidad y del modo de facilitar sus contribuciones en forma articulada y sinérgica, de tal modo que respondan con eficacia, responsablemente y de manera socialmente controlable al interés de la población.



- **Funciones esenciales de la salud pública**

Las reformas del sector salud se enfrentan al desafío de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y como elemento importante impulsar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública que se cumplen en el nivel central, intermedio y local. Entendiéndose la salud pública como la intervención colectiva, tanto del estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Se define como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos por la Autoridad Sanitaria Regional, necesarios para la obtención del objetivo central, que es así mismo finalidad de la salud pública, mejora la salud de las poblaciones. El carácter social y amplio de la salud pública adquiere una manifestación operativa concreta que posibilita su planificación, seguimiento y evaluación.

La responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Regional, se establece desde la generación de conocimiento, el desarrollo de tecnología y su cumplimiento adecuado a través de la organización de su producción, esta responsabilidad es compartida según su competencia con la autoridad sanitaria regional para el ámbito que le corresponde.

La naturaleza multisectorial de los factores determinantes de la salud alcanza también a la salud pública, y la importancia de la actuación intersectorial se refuerza por medio de diversos aspectos del concepto de salud pública. Esto compromete temas como alimentación, salud ambiental, participación ciudadana que se orienten a la creación de mejores condiciones de vida y de políticas públicas saludables. Por tanto la salud pública es no solo campo de conocimiento multi e interdisciplinario sino también una práctica social inevitablemente intersectorial.

Es claro así que las políticas públicas son herramientas importantes para la salud de la población, y no se limitan al sector salud. Las de los sectores económico, laboral, educación, agricultura, vivienda, servicios sociales, deportes, recreación, cultura y otros resultan fundamentales para la generación de políticas saludables.

- **Ejercicio de ciudadanía y derecho en salud**

En los últimos años, América Latina ha experimentado cambios producto del desarrollo económico, la intensa migración a las ciudades, la ampliación de los sistemas de educación y salud, con lo cual se ha producido una transición demográfica y epidemiológica en la que la tasa de fecundidad y la velocidad del crecimiento han disminuido con una tendencia al crecimiento de la población adulta y adulta mayor.

Las brechas epidemiológicas en la población de zonas rurales y peri urbanas se han ampliado y a los tradicionales problemas de salud existentes en muchos países como la desnutrición, mortalidad infantil y materna elevada, se han intensificado. Claro ejemplo es nuestro país, en el que esta realidad resulta cotidiana.

El ejercicio al derecho a la salud de manera integral por las personas se encuentra limitado. Una proporción importante de la población aun no cuenta con acceso a los servicios para la atención de sus necesidades de salud y la satisfacción de las personas que acceden a los servicios no está garantizada, por lo que se desarrolla una exigencia creciente de la ciudadanía, cada vez mejor informada y consciente de sus derechos, por una mejora en la calidad de los servicios y las atenciones en salud.

Reforzar el poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y constituirse en parte activa de los procesos dirigidos al desarrollo los comportamientos y ambientes saludables.



- **Integralidad**

Asumimos como prioritaria la necesidad de Integralidad en el modelo de atención, en el sistema de salud y en el cuidado de la salud. En el caso de la integralidad de atención implica comprender a la persona como un todo, que permite entender integralmente el proceso de salud-enfermedad; en el caso de la integralidad del sistema significa integrar los subsectores públicos y el subsector privado; y en el caso del cuidado de la salud nos compromete a integrar los aspectos preventivo-promocionales con los asistenciales-curativos y a reconocer a la persona en sus entornos básicos: la familia, la comunidad y la ciudadanía (y no a la enfermedad) como centro del sistema de cuidado de la salud.

- **Calidad y eficiencia de servicios**

La calidad supone que los usuarios de los servicios reciben asistencia oportuna, efectiva y segura en condiciones materiales y éticas adecuadas. Corresponde a la Autoridad Sanitaria Regional, adecuar, implementar y monitorear el desarrollo de las políticas, los objetivos, las estrategias, los lineamientos, las metodologías e instrumentos en el marco de Sistema de gestión de calidad en ámbito de su responsabilidad, cumpliendo el rol de asistencia técnica y facilitador de procesos de mejora de calidad en los establecimientos de su jurisdicción.

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. La referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud. Al referirnos usuarios se hace extensivo también a los acompañantes.

La eficiencia se entiende como la relación entre los resultados obtenidos y los costos de los recursos empleados que debe resultar favorable. Este concepto se entiende desde dos dimensiones y se procurara desarrollarlas: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad. Entiéndase que los recursos asignados eficientemente si generan la máxima ganancia posible, expresada en términos de salud por unidad de costo, y se emplean eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto al mínimo costo o cuando se producen mas unidades de producto con un costo dado..

- **La familia es la unidad básica de salud con la cual trabajar**

Se entiende a la Familia como el lugar donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo y a su vez como el ámbito por excelencia donde encontramos diferentes accesos para que una Cultura de la Salud se impregne en todos sus integrantes. Es en ella donde se inicia el cultivo de valores formando a la persona a favor de la salud y la vida, los que luego son modelados y reforzados en la escuela.



III. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DECADA

A partir del análisis de los principales problemas de salud y de la región, la Dirección Regional de Salud propone los lineamientos generales que orientaran las políticas de salud en el periodo 2006-2015.

PROBLEMAS PRIORITARIOS	LINEAMIENTOS GENERALES 2006-2015
Incremento de la morbilidad por el deficiente control de enfermedades transmisibles.	1. Desarrollo articulado de actividades de salud con respeto de los aspectos culturales de la población y su participación activa en el control de enfermedades transmisibles.
Incremento de enfermedades no transmisibles por pobre educación en salud.	2. Fomentar educación en salud para el control de las enfermedades no transmisibles y el desarrollo de estilos de vida saludables.
Deterioro ambiental por ausencia de normatividad y dispositivos legales	3. Implementar actividades de vigilancia en salud ambiental con participación multisectorial.
Pobre calidad de vida de la población por desconocimiento y poca participación	4. Participación social para la promoción de la salud
Poco ejercicio de ciudadanía.	5. Cultura de paz para el desarrollo del individuo, familia y comunidad libre de drogas.
Insuficientes espacios de coordinación, concertación y normatividad regional en el sector salud.	6. Consejo Regional de Salud liderando el funcionamiento del sistema de servicios de salud regional coordinado.
Ineficiencia e ineficacia del sistema regional	7. Impulsar un sistema de gestión de calidad en la región.
Cobertura y acceso limitado a la atención de salud y falta de aseguramiento a las poblaciones vulnerables.	8. Extensión y universalización del aseguramiento de salud a la población del Callao
Recursos financieros insuficientes usados ineficientemente.	9. Incrementar el presupuesto del sector salud y reorientar el financiamiento externo.

a. Desarrollo articulado de actividades de salud con respeto de los aspectos culturales de la población y su participación activa en el control de enfermedades transmisibles

En las sociedades la medicina se ocupa principalmente de la lucha contra las enfermedades, no obstante se ha abierto paso el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser simultáneamente sistemas sociales y culturales. Esto ha conducido al enfoque de salud de la población donde se abordan un amplio rango de patrones determinantes de la salud y una estrategia diseñada para llegar a toda la población.

Pero la mayor ganancia en salud, a un costo mucho más bajo, no se obtiene de los servicios de atención médica, dedicados al tratamiento de enfermos. La salud, que es lo que buscamos todos, no se circunscribe a la atención médica.

El enfoque de salud de la población se diferencia del concepto tradicional de atención médica en dos aspectos principales:

- Las estrategias de salud de la población abordan un amplio rango de los patrones determinantes de la salud. La atención tradicional se concreta en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas.



[Handwritten Signature]

Dra. RAJIO WEISS PASTOR

Secretaría del Cuerpo Regula

0090

- Las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población. La atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo.

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar. Se ha establecido en este contexto la problemática de emergencia de enfermedades transmisibles, por un deficiente control.

Esto por inadecuadas políticas y normatividad, que se ve fortalecido por una débil coordinación intersectorial y un presupuesto insuficiente. Se evidencia además una operatividad inadecuada y poco abordaje desde la promoción de salud y prevención de enfermedades, personal deficientemente capacitado y carencia del mismo. Esto se refleja en un sistema de información desarticulado y no integrado

b. Fomentar educación en salud para el control de las enfermedades no transmisibles y el desarrollo de estilos de vida saludable

Los comportamientos influyen en que las personas permanezcan sanas o se enfermen, pero debido a su carácter habitual y a la profundidad en que se encuentran enraizados son difíciles de cambiar, a pesar de que muchas conductas implican altos riesgos para la salud y permiten la persistencia de muertes prematuras y evitables.

Se entiende por **Estilo de Vida Saludable** a la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud.

Los **Comportamientos o Conductas** son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

Así, la manera como la persona se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que ésta se produzca.

Y esto es real para los modos o estilos de vida de cada persona, que se siembran en la familia y se comienzan a moldear desde la infancia de acuerdo a los comportamientos familiares. Es decir en sus costumbres y actitudes con respecto de la vida diaria en todos los aspectos, de trabajo, de reuniones, culinarias, actividad física, sociales, espirituales, etc.

Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente "**Modos o Estilos de Vida**" y quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste.

El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social.

Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis.

El **comportamiento** influye en los riesgos de enfermar y también en las posibilidades de sanar, porque la **conducta** de una persona determina que se exponga a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferma debe **procurar asistencia**, y si la enfermedad es larga debe **continuar al tratamiento**.



Rocio Weiss Pastor

Dra. ROCIO WEISS PASTOR

Asesora Técnica
Dirección Regional del Callao

0089

Se evidencia en la Región Callao, un incremento acelerado en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles. Fundamentalmente por una inadecuada coordinación y estímulo intersectorial para la educación y control de enfermedades no transmisibles, una débil coordinación intersectorial y un presupuesto insuficiente, esto se ve reflejado en insuficientes programas de prevención y control de enfermedades no transmisibles, y un diseño aun incipiente en el manejo multidisciplinario de esta problemática.

El sistema de información aun no esta articulado, lo mismo que las fuentes estadísticas no resultan confiables, aun evidenciándose una carencia de estudios de investigación orientados a explorar los factores culturales que influyen en la salud de la población del callao, generándose información sesgada e incompleta.

Por parte de la población se evidencia una deficiente educación sanitaria, necesitándose una propuesta educativa innovadora para contenidos sanitarios.

En el componente comunitario no hay aun evidencias de un interés por generar espacios recreativos saludables, encontrándose una inadecuada accesibilidad de la población a los servicios y tratamientos y mas aun a programas de educación y prevención en enfermedades no transmisibles.

c. Implementar actividades de vigilancia en salud ambiental con participación multisectorial.

En las últimas décadas, la gestión del medio ambiente se ha ido convirtiendo en el centro de las preocupaciones sociales, sea como factor económico o como componente esencial de la calidad de vida, tanto para las generaciones actuales como las futuras. Sin embargo, a pesar de la proliferación normativa y de proyectos a nivel nacional e internacional, no se cuenta aún con los recursos humanos necesarios para enfrentar estos nuevos enfoques.

El problema ambiental esta profundamente relacionado con el vínculo que tienen los hombres con su entorno y depende también de la relación de los hombres entre sí. El factor demográfico y el uso y consumo de todos los recursos naturales e industrializados que utilizamos los humanos a todo lo largo de nuestra vida, además de la infraestructura social, económica y cultural que esto implica, son factores determinantes en la emisión de contaminantes, afectación del ambiente y la salud del hombre.

La salud y el desarrollo tienen una relación directa. Tanto el desarrollo insuficiente que conduce a la pobreza como el desarrollo inadecuado que redundan en el consumo excesivo, combinados con el crecimiento de la población mundial, pueden motivar graves problemas de salud relacionados con el ambiente en los países desarrollados y en los países en desarrollo. La salud de una comunidad esta directamente relacionada con factores que condicionan la relación entre salud y enfermedad, y la necesidad básica humana de un ambiente seguro, y uno que provea condicionantes idóneos de salud, y que se expresen en agua pura, alimento y techo adecuados.

La vinculación de las mejoras de carácter sanitario, ambiental y socioeconómico se hace a través de la salud ambiental; que exige la ejecución de actividades intersectoriales. Estas actividades, comprenden las esferas de educación, vivienda, obras públicas y grupos comunitarios, incluidas las empresas, escuelas y universidades y las organizaciones religiosas, cívicas y culturales.

La salud ambiental, es parte de la salud pública, la cual se ocupa de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental del hombre, a través del esfuerzo organizado de la comunidad. Mientras que la salud ambiental tiene que ver con el equilibrio ecológico que ha de existir entre el hombre y su medio que haga posible su bienestar,



Al. [Signature]

0088

La Organización Mundial de la Salud puntualiza como salud ambiental *"aquella disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones"*

Para la región se evidencia la falta d presupuesto canalizado para este rubro, la fuerte tendencia política al manejo de los temas ambientales, la carencia de planes y programas que expresan la falta de voluntad política existente.

Esto se complementa con la falta de un ordenamientos urbano territorial adecuado, vacíos legales y un pobre rol rector de la autoridad sanitaria en temas de salud ambiental, no se cuenta con suficiente cantidad de empresas de servicios básicos, inadecuada disposición de los desechos, experimentándose la duplicidad de funciones.

Se evidencia así mismo la insuficiente educación en temas de salud ambiental, lo que se refleja en la pobre participación de la población en el cuidado ambiental.

La región del Callao se caracteriza por presentar problemas de contaminación sonora, por incumplimiento de normas tanto por empresas como personas naturales, poca reglamentación que genera existencia de empresas clandestinas contaminantes, disminución de áreas verdes como resultado del crecimiento poblacional y urbanístico, proliferación de vectores por aguas estancadas, reflejo de un inadecuado saneamiento, y en los últimos años el evidente incremento del parque automotor contaminante.

Este deficiente saneamiento ambiental se constituye en un problema de salud pública evidente en el incremento de la incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, bajo rendimiento escolar y daño irreversible en niños por la contaminación plúmbica y ausentismo laboral, y como resultado de estos cambios la población se adapta a condiciones precarias de saneamiento básico.

d. Participación social para la promoción de la salud

La Conferencia Internacional de promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, aprobó la **Carta de Ottawa**, que es el documento más importante para el **marco de la referencia de la Promoción de la salud** y que acoge al nuevo concepto de salud el cual abarca las necesidades humanas en forma integral.

La salud es entendida como el producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, socioeconómicos y culturales que suceden en la sociedad. Por ello el vínculo entre **salud y desarrollo** es fundamental y recíproco. La salud entonces, es el resultado del nivel de desarrollo de una sociedad por cuanto éste determina la disponibilidad de recursos para el bienestar general de la población. Por otro lado, la salud es condición necesaria para el desarrollo social por la repercusión que tiene en la capacidad de trabajo del individuo y el establecimiento de la tranquilidad y progreso social que el desarrollo requiere.

La promoción de la salud contiene un gran potencial para afrontar los desafíos en materia de salud que enfrenta el país. Son procesos que buscan desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos políticos, organizativos y administrativos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Así mismo, busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades, y poder cambiar o hacer frente a su entorno.

La **Carta de Ottawa** identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son la **abogacía** por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes



indicadas; **facilitar** que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y **mediar** a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Para la región lo que se establece como problema es la escasa participación comunitaria por ausencia de una cultura de valores, coaliciones intersectoriales débiles y poca sostenidas en el tiempo, con insuficientes programas preventivos promocionales sin financiamiento, con falta de políticas y normas para el desarrollo de la salud que genera la ausencia de ejercicios de ciudadanía y grupos poblacionales en condiciones de subdesarrollo, conllevando al deterioro del equilibrio bio-psico-social del individuo, familia y comunidad.

e. Cultura de paz para el desarrollo del individuo, familia y comunidad libre de drogas.

En el Callao, no se cuenta con una cultura de promoción de la salud fortalecida, por lo mismo no se cuenta con la participación de la población para hacer frente a los principales problemas como lo son las drogas y violencia.

Esta realidad se genera por una falta en el respeto a las diferencias sociales e interculturalidad, valores trastocados y abandono de los padres hacia los hijos tanto en el aspecto moral, físico y psicológico.

Habitualmente el presupuesto en salud no se orienta a las actividades de prevención y promoción, estableciéndose inequidad en el gasto.

La población no se encuentra sensibilizada en temas de promoción y prevención desconociendo la importancia de su participación en el proceso sanitario y pudiera entenderse el grado de indiferencia de las autoridades competentes ante la situación de violencia y drogadicción existente.

Como resultado de estos agentes causales, se tiene presencia de niños y jóvenes en situación de abandono, consecuencia también de una escasa valoración de la familia como núcleo básico social, y un deterioro en la cultura de valores.

Es evidente la insuficiente cantidad de programas preventivos y de promoción de la salud por problemas de financiamiento, esto también se ve complementado por un incremento en la delincuencia y el desorden social, incumplimiento de las leyes por parte de las autoridades y la sociedad civil. Existe así mismo un vacío legal normativo en temas de desarrollo sostenible y salud pública.

Tanto el deterioro en la familia y la sociedad generan la presencia de pandillaje escolar, presencia de líderes negativos y grupos poblacionales en condiciones de subdesarrollo.

Para este rubro también es necesario fortalecer el rol de liderazgo de las autoridades regionales y la conformación de coaliciones intersectoriales más fortalecidas y sostenibles.

f. Consejo Regional de Salud liderando el funcionamiento del sistema de servicios de salud regional coordinado.

El Consejo Regional Coordinado de Salud, facilitará:

- Suficientes espacios de coordinación, concertación, normatividad y regulación entre las diferentes instituciones prestadoras de los servicios de salud, lo que permitirá la continuidad, la oportunidad e integralidad de la atención, evitando la duplicidad de las acciones.
- El conocimiento y cumplimiento de las normas específicas en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud permitirá la existencia de un sistema de coordinación regional de salud y además el conocimiento de las diferentes categorías de los



establecimientos de salud del sector público y privado así como la disposición de la cartera de servicios de los mismos

- Reuniones de coordinación de los diferentes prestadores de salud del Callao para conocer y mejorar la oferta de servicios el uso adecuado de los recursos presupuestarios de cada institución.
- La existencia de un sistema de información que permita un diagnóstico, tratamiento y sostenibilidad de la solución de los problemas de salud de la región, con participación coordinada de los diferentes prestadores que permitan solucionar los problemas de la región.
- La articulación de los prestadores de servicios asegura la continuidad del tratamiento oportuno con un sistema de transporte calificado y el conocimiento de la capacidad resolutoria de los establecimiento de la región.

g. Impulsar un sistema de gestión de calidad en la región.

En general, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente. Independientemente del enfoque que se adopte, el tema ha venido cobrando creciente importancia, no solo en el sector privado productivo, sino también en los sectores públicos sociales.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

En la actualidad los procesos suscitan mayor interés, sobre todo aquellos que se orientan a garantizar la seguridad de las intervenciones tanto médicas como quirúrgicas y a fomentar la evaluación de las tecnologías, el empleo de intervenciones médicas basadas en pruebas confirmatorias, la atención protocolizada, y el empleo de indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios.

La definición del estado de salud se ha ampliado paulatinamente hasta abarcar el funcionamiento emocional y social del paciente, además de su funcionamiento físico.

Se considera importante no solo prolongar la vida, sino también mejorar su calidad, aminorando el dolor y las minusvalías o disfunciones, procurando que el paciente pronto se encuentre en condiciones de regresar al trabajo o de desempeñar actividades sociales y personales útiles, y velando por su bienestar y satisfacción después del tratamiento Asimismo, cada vez es mayor la atención a los efectos económicos directos e indirectos de todo este proceso.

La calidad también ha sido asunto prioritario en la iniciativa sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública, desarrollada por la OPS. Dichas funciones comprenden un conjunto de medidas que el Estado tiene el deber de garantizar a toda la población, como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles gubernamentales.

En este contexto, se propone como política regional el incluir los siguientes elementos en la función individual y colectiva denominada Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud:



- 1) Fomentar la existencia de sistemas permanentes de garantía de la calidad y crear un sistema único regional que permita evaluar los resultados permanentemente, para orientar los recursos en forma eficiente y evitar la duplicidad de acciones.
- 2) Facilitar el establecimiento de normas aplicables a las características básicas de la atención de salud, que permita mejorar la accesibilidad y equidad a la población de menores recursos sustentados en los principios de la garantía de la calidad.
- 3) Establecer el sistema de referencia y contrarreferencia regional que garantice la continuidad de la atención de la población del Callao
- 4) Fomentar un sistema de evaluación de tecnologías de salud, que permita evaluar la eficiencia de los servicios de salud.
- 5) Contribuir en mejorar las competencias y habilidades del recurso humano que garantice una atención científica y humanizada.
- 6) Garantizar un sistema de Gestión de la calidad, que permita que el usuario haga manifiesto el grado de satisfacción de la atención recibida, a través de espacios donde el usuario haga manifiesto de las dificultades de las prestaciones de salud (encuestas, reuniones con usuarios, buzón de quejas y otros) y que esta información sea evaluada para las acciones de mejora de la calidad.

h. Extensión y universalización del aseguramiento de salud a la población del Callao

Nuestra realidad refleja la presencia de altos índices de exclusión que afectan a una porción significativa de la población, y que invitan a fortalecer las políticas públicas y las acciones institucionales tendientes a reducir dicha brecha. Nuestro país no goza de una buena posición en el nivel de cobertura del seguro social de salud, y esto se debe al hecho de no haber logrado una elevada cobertura del sector no asalariado (que conforma actualmente el 58.2% de la PEA), ni de los trabajadores asalariados (economía formal e informal).

El Ministerio de Salud tiene a su cargo el régimen de aseguramiento estatal, el cual tiene como objetivo principal otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas, pero no toda la población cubierta por el MINSA está en régimen de aseguramiento.

Las limitaciones en la ampliación de la cobertura de atención y aseguramiento a poblaciones vulnerables de la Región Callao, trae las siguientes consecuencias:

- Persistencia de factores de riesgo de salud
- Existencia de poblaciones excluidas de atenciones a la salud
- Acceso limitado a los servicios de salud
- Años perdidos de vida saludables
- Limitación del desarrollo humano
- Incremento de riesgos a la salud por automedicación y asistencia no profesional
- Incremento de la morbi-mortalidad de las poblaciones

El sistema de salud ultra segmentado del país, incrementa la brecha de inequidades en la atención de las poblaciones más vulnerables y con menor accesibilidad a los servicios de salud por problemas de desconocimiento, económicos financieros, barreras culturales de población, duplicidad de las prestaciones y distracción de los recursos de salud subsidiados hacia beneficiarios a los que no les asiste el derecho de atención. Ello motivado por la falta de identificación de los grupos vulnerables, falta de conocimiento sobre el cuidado de la salud y descoordinación y desarticulación en la prestación de los servicios por las instituciones prestadoras que no han elaborado la cartera de servicios, y no han definido la ubicación de los centros asistenciales en relación a las prioridades sanitarias de las poblaciones vulnerables. Al

no conocer los indicadores de salud, ni los riesgos y daños a los que están expuestos no ha sido posible implementar ni comprometer a los actores sociales en la formulación de planes de aseguramiento para estas poblaciones, que han resultado postergadas en el cuidado y la atención en salud.

Existe un dualismo estructural en el financiamiento y estructura del sector público que favorece la existencia de distorsiones y subsidios entre los programas de salud basados en la participación contributiva (ESSALUD) y los basados en la asistencia social o esquemas de aseguramiento alternos (SIS); además existe evidencia de que la operación de dos redes de servicios independientes MINSA/ESSALUD, no solo dificulta la coordinación del sistema, sino que lo sobredimensiona y lo torna mucho más costoso. Dicho dualismo parece favorecer a algunos grupos de ingresos medios y altos, quienes aunque no contribuyen al Seguro de Salud de Essalud, se benefician de la existencia de un sector público en salud relativamente consolidado y extendido en el ámbito urbano, esto es lo que se denomina "conducta oportunista".

FACTORES QUE INTERVIENEN:

- Económicos financieros
- Educativo y Cultural
- Normativos
- Fiscalizadores
- Capacidad resolutive limitada
- Descoordinación intersectorial
- Acceso limitado a la información

i. Incrementar el presupuesto del sector salud y reorientar el financiamiento externo.

"Proteger financieramente a la gente de la manera mas justa posible, establecer incentivos que motiven a los proveedores a mejorar el estado de salud, y mejorar la capacidad de respuesta del sistema"

Informe de la Organización Mundial de la Salud para el Año 2000 (OMS 2000)

Los objetivos fundamentales de los sistemas de salud:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven.
- Responder a las expectativas de las personas.
- Brindar protección financiera contra costos de la mala salud.

Dos factores que deterioran al sector:

- Los gobiernos que ofrecen cobertura universal con fondos generales del tesoro público (fuentes impositivas), no han tenido buenos resultados porque los recursos han sido insuficientes.
- Y la inacción del gobierno ante el problema de salud de la población vulnerable también contribuye a la injusticia.

Enfoques que pueden tomarse:

FOCALIZACION

Acto por el cual el gobierno canaliza los subsidios a grupos objetivos de población.

AGRUPACION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

Agrupación de recursos provenientes de individuos con diferentes niveles de ingresos y diversas edades y necesidades en grandes fondos que permitan efectuar en su interior los subsidios de quienes representan un menor riesgo hacia los de mayor riesgo, y de quienes tienen mayores ingresos hacia los de menores ingresos.



Según el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000 de la OMS, los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven.
- Responder a las expectativas de las personas.
- Brindar protección financiera contra costos de la mala salud

RECAUDACION DE INGRESOS

El sistema de salud recibe dinero de diversos agentes en sus distintas fuentes:

- a) Tesoro Público: fondos generales, impuestos específicos, préstamos acordados provenientes del gobierno central.
- b) Contribuciones obligatorias a seguros sociales de salud.
- c) Contribuciones voluntarias a seguros y prepagas privados.
- d) Pagos de bolsillo.
- e) Donaciones.

Uno de los retos actuales en el campo de la teoría y práctica de la salud pública es el de responder a las grandes transformaciones que se presentan en el sector de la salud: la transición demográfica y epidemiológica, los avances en la investigación y desarrollo tecnológico, la discusión en torno al papel del Estado y del sector privado bajo un concepto de eficiencia económica, la búsqueda alternativa de un desarrollo humano sostenible en medio del contexto de globalización económica en el que vivimos, conducen a la reformulación de los sistemas de salud y de las explicaciones teóricas que permitan una adecuada solución de los problemas e intervenciones en el sector.

Para la región se presenta el problema fundamental de la contar con recursos financieros insuficientes y utilizados ineficientemente. Lo que responde a la ausencia de una planificación conjunta debido a un sistema de monitoreo del presupuesto deficiente, y la falta de estadísticas confiables. Incapacidad y mala calidad del gasto, por la falta de capacidad técnica y desarrollo de investigación, falta de equipamiento y por insumos y medicamentos insuficientes para responder a la demanda. Finalmente el claro enfoque recuperativo que aun se conserva evidenciado en una inadecuada cobertura en la prestación de salud, y la mala atención en la misma.

La diversidad de actores se constata por una pobre comunicación, poco clara e ineficaz, no se cuenta con base de datos, ni información histórica, y se evidencia aun una débil autoridad sanitaria regional que cuente con un marco normativo, asignación de roles y competencias y que desarrolle un enfoque integral de la salud.

Como afecta a la Salud

Aproximadamente, solo el 50% de la población tiene seguro de salud y además existe baja cobertura en la prestación de salud, pues 9% de la población no accede a Bienes y servicios de salud, Deterioro de la infraestructura e inadecuado equipamiento en salud, Falta de capacidades técnicas óptimas y desarrollo de investigación, escasez de Insumos y medicamentos, Desatención de los condicionantes y determinantes de la salud, Falta de inversión en investigación y capacitación.

Como se define el problema

Los hogares aportan el 39% de los recursos financieros en salud y el Gobierno aporta el 23%. Dado los niveles de pobreza, cualquier aumento de los recursos debe provenir del Gobierno. Todas las instituciones que actúan en salud en el Callao, usan recursos financieros sin coordinarse entre ellas, lo que genera ineficiencia en el gasto y reduce el impacto de las acciones.



0082

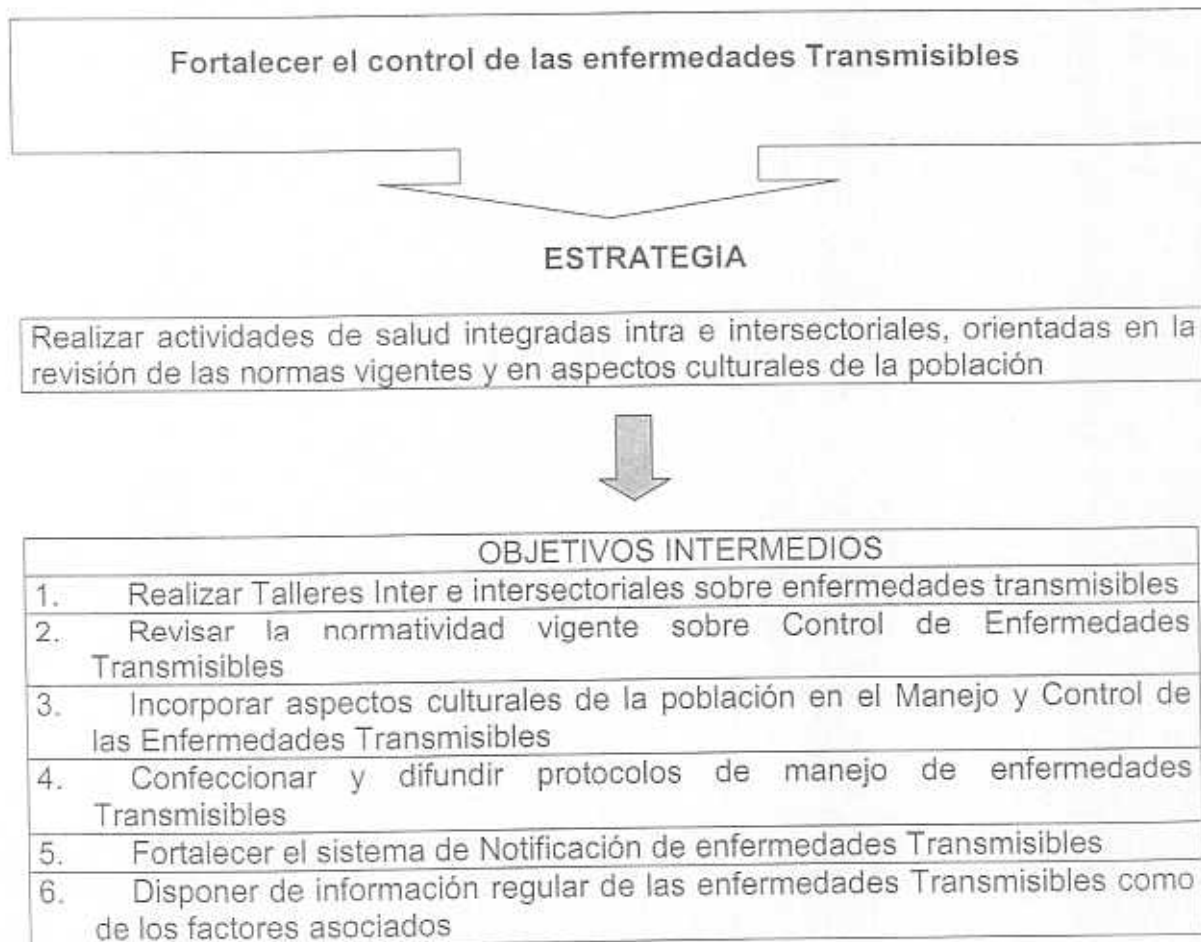
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Rocio Ines Pastor
Dra. ROCIO INES PASTOR
Secretaria de Planificación Regional
COMISIÓN REGIONAL DEL CALLAO

Factores que intervienen

- Ausencia de una autoridad sanitaria regional
- Falta de una base de datos completa y compartida
- Falta de estadísticas confiables,
- Sistema de monitoreo deficiente
- Marco normativo inadecuado
- Ausencia de una planificación conjunta
- La pobreza se reduce en el Callao y se incrementa la pobreza extrema
- Falta de coordinación intersectorial
- Reducción de ayuda económica internacional por falta de credibilidad en nuestro país.
- Enfoque recuperativo de la Salud

IV. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA REGION CALLAO (2006 – 2015)

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 1



[Signature]
Dra. ROCIO WEISE PASTOR
Secretaria del Consejo Regional
GOBIERNO REGIONAL DEL CAJALI

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 2

Desarrollar un Programa de prevención y control de las enfermedades no Transmisibles

ESTRATEGIA

Impulsar la implementación de Programas de control de enfermedades No transmisibles, promoviendo la educación en salud y el autocuidado



- | OBJETIVOS INTERMEDIOS | |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Implementar Programas de control de enfermedades No transmisibles |
| 2. | Realizar Talleres de educación para la salud |
| 3. | Difundir guías con información sobre el autocuidado de la salud |
| 4. | Confeccionar y difundir protocolos de manejo de enfermedades No transmisibles |
| 5. | Disponer de información de las enfermedades No Transmisibles como de los factores asociados |

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 3

Fortalecer el control de la Salud Ambiental mejorando el saneamiento básico y controlando la contaminación ambiental

ESTRATEGIA

Revisar los dispositivos legales vigentes y las normas que permitan la Vigilancia Ambiental, y fomentar su cumplimiento a través de la participación multisectorial



- | OBJETIVOS INTERMEDIOS | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Realizar Talleres Multisectoriales sobre Protección del Medio Ambiente, en el marco de las leyes y normativa vigentes. |
| 2. | Implementar un Programa de difusión sobre el tema de Saneamiento Básico |
| | Realizar campañas de control de la contaminación ambiental en la Región |



OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 4

R. Rodríguez
 ROLANDO WEISS PASTOR
 Presidente del Consejo Regional
 de Salud de GALAPAGOS

Fortalecer la participación social para la promoción de estilos de vida y ambientes saludables

ESTRATEGIA

Fortalecimiento de la participación social para la promoción de la salud a través de la organización comunitaria, articulación intersectorial y su inserción en los presupuestos participativos y en el desarrollo de intervenciones que posibiliten la generación de estilos de vida saludables y la construcción de ambientes que promuevan la salud.



OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Promover la organización comunitaria para el ejercicio ciudadano en salud
2. Implementar planes, programas y proyectos para la construcción de ambientes saludables (Vivienda, Escuela, Comunidad, etc.)
3. Implementar Planes, Programas y Proyectos para el desarrollo de estilos de vida saludables.
4. Insertar en los medios de comunicación masiva (hablada, escrita y televisiva) la promoción de estilos de vida y entornos saludables.
5. Promover inversiones para el desarrollo de planes, programas y proyectos de promoción de la salud

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 5

Establecer Factores Protectores para el desarrollo de una vida sin drogas ni violencia social

ESTRATEGIA

Establecimiento de los factores protectores en los aspectos políticos, sociales, familiares y personales para la generación de una vida sin drogas ni violencia social.



OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Establecer un marco técnico-normativo regional de índole multisectorial dirigido a la promoción de estilos de vida saludables que contribuyan a reducir la demanda y promover el control de la oferta de drogas.
2. Establecer una Red de consejería y desarrollo de la participación y organización juvenil para la prevención del consumo de drogas.
3. Fortalecimiento de una Red regional, distrital y local de prevención del consumo de drogas y violencia social.

R. Weiss Pastor
 Dra. ROCIO WEISS PASTOR
 Secretaria de Asesoría Regional
 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 6

Implementar un Sistema Regional de Salud coordinado en el Callao

ESTRATEGIA

Establecer la participación de los diferentes instituciones prestadoras de salud que garanticen la Integralidad y Continuidad de la prestación de Salud en la región



OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Generar espacios de coordinación que faciliten cumplimiento la normatividad y regulación de las diferentes instituciones prestadoras de los servicios de salud
2. Establecer el sistema único de información, con participación coordinada de los diferentes prestadores que permitan evaluar y solucionar los problemas de al región.
3. Establecer y definir las acciones conjuntas de salud que favorezcan a la calidad de vida de la población.

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 7

Implementar un Sistema Regional de Gestión de la Calidad en el Callao

ESTRATEGIA

Incorporar en las instituciones prestadoras de salud el Sistema de Gestión de la Calidad, debidamente coordinado, que permita garantizar la mayor satisfacción de los pacientes, maximizando los beneficios, minimizando los riesgos y mejorando la utilización de los recursos.



OBJETIVOS INTERMEDIOS

- 1) Facilitar espacios de comunicación con los usuarios externos que permita expresar el grado de satisfacción de la atención recibida en las diferentes instituciones prestadoras de salud de la región.
- 2) Impulsar el desarrollo de la cultura de la calidad en las instituciones prestadoras de salud.
- 3) Definir y realizar acciones conjuntas de mejora continua de la calidad.
- 4) Fomentar la existencia de sistemas permanentes de garantía de la calidad y crear un sistema único regional que permita evaluar los resultados y realizar las acciones de mejora.



OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 8

R. Quintero
 Dra. ROGO WILLES BASTON
 Secretaria General de la Región
 Calle Pisco 1001, Callao

Implementar y desarrollar sistemas de aseguramiento públicos y privados que garanticen la extensión y universalización de la Seguridad Social de Salud en la Región Callao

ESTRATEGIA

Se impulsará que la población de la Región en su totalidad cuente con seguros de salud acordes con las necesidades de la población, contribuyendo a disminuir las inequidades en el acceso a los servicios de salud, facilitando un incremento progresivo de la población cubierta con un seguro.

OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Implementar Planes de Seguro de salud económicos para la población
2. Realizar campañas que disminuyan las inequidades en el acceso a la salud
3. Desarrollar controles que eviten subsidios innecesarios

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 9

Incremento de la asignación de los recursos financieros y uso eficiente de los mismos

ESTRATEGIA

Propiciar la planificación concertada, conjunta e interinstitucional en salud, que permita optimizar el uso de recursos evitando la duplicidad y el despilfarro, generando inversión en promoción, capacitación, equipamiento y mejora de infraestructura.

OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Incrementar los ingresos por concepto de tarifas diferenciadas
2. Generar recursos definiendo unidades de negocio específicas en aquellas áreas en la que se tiene equipamiento con tecnología de punta
3. Incrementar las atenciones a clientes particulares del SOAT
4. Incrementar la generación de recursos estableciendo convenios con Instituciones y empresas para brindar servicios específicos
5. Establecer una comunicación fluida entre todas las instituciones conformantes del Consejo Regional de Salud, a fin de evitar duplicidad de acciones
6. Realizar acuerdos de gestión para colaboración en capacitación, equipamiento y mejora de infraestructura de las instituciones de salud

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 10

Rocio Vides Pastor
 Dra. ROCIO VIDES PASTOR
 Secretaria del Consejo Regional
 GUBERNATORIAL DEL CALLAO

Utilizar la Investigación como herramienta de gestión e información
 en salud

ESTRATEGIA

Facilitar los espacios necesarios para que se generen el conjunto de acciones, regulaciones e incentivos que facilitan la investigación en salud, estableciendo un primer diagnóstico situacional de la región.



OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Definir de manera participativa las áreas prioritarias de investigación en salud para la Región
2. Realizar actividades de Investigación conjuntas relacionadas con problemas comunes de la Región Callao
3. Mantener reuniones de coordinación a fin de revisar las regulaciones y normas sobre aspectos de salud en la Región

V. ESTRATEGIAS

a. Participación y control ciudadano

Se promoverá la participación de los usuarios y prestadores en forma conjunta, ejerciendo sus derechos y cumpliendo sus responsabilidades, como forma de garantizar una adecuada interacción entre la oferta y la demanda de los servicios de salud en el ámbito local, se propiciará a la implementación de la defensoría de salud regional.

Se defenderá el derecho ciudadano de vigilancia de la calidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los compromisos que la familia y la comunidad asumen en el cuidado de su salud.

Se tomara como elemento importante la estrategia de la comunicación social para la salud como parte esencial de la promoción de la salud, entendida como el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidad y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidad es para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar.

Se promoverá la participación de medios de comunicación local y regional en la promoción de la salud, por su importancia en la consolidación de mensajes en el público.



R. Weiss Pastor
 Gra. ROCIO WEISS PASTOR
 Secretaría Ejecutiva Regional
 Ministerio de Salud - Callao

b. Compromiso de los recursos humanos con los objetivos regionales

Para cumplir la misión propuesta se requiere el desarrollo del recurso humano, considerados como los agentes del cambio y el eje de la reforma del sector y por consiguiente del desarrollo de la región.

Los principales lineamientos de esta estrategia para el logro de objetivos a largo plazo son:

- I. Impulsar una adecuada política regional de recursos humanos
- II. Participación de los recursos humanos en la definición de políticas sectoriales
- III. Capacitación permanente
- IV. Promoción por sistemas de méritos
- V. Remuneración idónea acorde con la responsabilidad
- VI. Fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización.

El desarrollo de los recursos humanos se presenta como una necesidad de todo el sector salud y en particular de la región Callao, para la cual es indispensable determinar la necesidad regional y acorde a ello realizar una planificación concertada en formación y uso de recursos humanos.

c. Dialogo sectorial e intersectorial

La política sectorial necesita una estrecha coordinación con los diferentes subsectores de salud, par lo cual se promoverá la concertación sectorial y también intersectorial. Un eje de esa orientación estratégica es la conformación del consejo regional de salud, como ente concertador del sistema regional coordinado.

Se propone la realización de un plan regional de salud para la década con participación de todos los actores del sector salud para garantizar la coherencia sectorial y sostenibilidad a largo plazo.

Recibirán impulso las acciones intra-sectoriales, estableciendo alianzas estratégicas mediante la articulación de redes sociales de distinto nivel institucional, comunitario o individual, que involucren diferentes sectores y actores sociales.

Promocionar instancias permanentes de dialogo entre el sector salud y otros sectores en el ámbito local y regional, que contribuyan a la formulación y aplicación de planes locales de salud.

d. Reorientación del financiamiento para cubrir las necesidades regionales en salud

Se buscara garantizar una distribución más equitativa de los recursos en beneficio de los sectores más pobres. Buscando que a largo plazo la gran mayoría de la población acceda al aseguramiento de salud vía el financiamiento del seguro social vinculado al empleo formal y estable. Así el financiamiento en



salud se sustenta principalmente en las posibilidades de desarrollo sostenible del país.

Esta orientación de largo plazo debe combinarse con mecanismos de corto y mediano plazo que hagan posible que existan mejores condiciones de salud y faciliten el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones pobres y en extrema pobreza que no tienen empleo y no son aportante al seguro social. El principal instrumento para esto es el aseguramiento público a través del seguro integral de salud, que prioriza a las poblaciones en riesgo.

e. La investigación como área estratégica para la toma de decisiones.

El gobierno regional del Callao establecerá un conjunto de acciones, regulaciones, e incentivos para estimular sostenidamente la investigación en salud. Entre las que se proponen el fondo público, regional para la investigación social en salud, destinado a dar apoyo a las investigaciones enmarcadas en la prioridad regional.

La DIRESA organizara, presidirá y mantendrá en funcionamiento la comisión técnica regional de investigación en salud, para el apoyo a la gestión de la investigación.

Se desarrollara el ordenamiento en lo referente a investigación en salud y su financiamiento.

VI. RESULTADOS ESPERADOS AL AÑO 2015

1. En el 2015 respecto al desarrollo articulado de actividades de salud los aspectos culturales de la población y su participación activa en el control de enfermedades transmisibles

- 1.1 Participación de las personas afectadas por enfermedades transmisibles en la formulación de planes de intervención y control
- 1.2 Aplicación de una política de fomento de actividades de salud integradas intrasectorialmente y extrasectorialmente.
- 1.3 Optimización de los recursos de todas las instituciones del sector en la lucha contra las enfermedades transmisibles
- 1.4 Toma en consideración de los aspectos culturales de la población en las actividades de salud con respecto a las intervenciones de control de las enfermedades transmisibles
- 1.5 Capacitación y elevación del nivel de competencias del personal profesional y no profesional que actúa en acciones de control de las enfermedades transmisibles
- 1.6 Revisión y adaptación a la realidad regional y de coordinación intrasectorial de las normas vigentes relacionadas con el control de enfermedades transmisibles

2. En el año 2015 con respecto a fomentar una educación en salud para el control de las enfermedades no transmisibles y el desarrollo de estilos de vida saludable

- 2.1 Participación activa de la población en educación en salud con respecto a las enfermedades no transmisibles
- 2.2 Asunción por parte de la población de acciones de autocuidado en la salud.
- 2.3 Presencia y actividad de programas de control de enfermedades no transmisibles que actúan intersectorialmente
- 2.4 Evidencia de la presencia de estilos de vida saludable en la población
- 2.5 Aplicación de protocolos de atención multidisciplinarios en el manejo de enfermedades no transmisibles intersectorialmente.



2.6 Aplicación de investigación de factores de riesgo no detectados en la adquisición de enfermedades no transmisibles.

3. En el año 2015 con respecto a la implementación de actividades de vigilancia en salud ambiental con participación multisectorial.

- 3.1 Contar con la adaptación y ejecución de normas legales sobre salud ambiental que permitan realizar la vigilancia en forma multisectorial.
- 3.2 Contar con programas activos de salud ambiental en el ámbito de la Región
- 3.3 Aplicación de acciones específicas de protección del medio ambiente
- 3.4 Evidencia de la participación activa multisectorial

4. En el año 2015 con respecto a la participación social para la promoción de la salud

- 4.1 Organizaciones comunitarias que participan en la ejecución de programas y proyectos concertados a nivel multisectorial y articulados a los planes de desarrollo regional, distrital y local.
- 4.2 Escuelas que incorporan en su proyecto educativo institucional acciones de promoción de la salud articulada con el sector salud, gobiernos locales, ONG y otras entidades.
- 4.3 Red de Municipios que diseñan sus planes de promoción de la salud concertados a nivel multisectorial.
- 4.4 Se cuenta con Programas Concertados a nivel multisectorial para el desarrollo de estilos de vida saludables en temas prioritarios.
- 4.5 Medios de comunicación masivo que facilitan la difusión de mensajes educativos para la promoción de estilos de vida saludables.
- 4.6 Gobierno Regional y local que incorporan en sus presupuestos participativos programas y proyectos concertados para la promoción de la salud.

5. En el año 2015 con respecto a la cultura de paz para el desarrollo del individuo, familia y comunidad libre de drogas.

- 5.1 Se contara con normativas concertadas que favorezcan la cultura de paz, salud mental y entornos libres de drogas y violencia.
- 5.2 Se contara con una red interinstitucional de consejería y promoción de la salud.
- 5.3 Se contarán con comités multisectoriales e interinstitucionales descentralizados a nivel regional, distrital y local que asumen como su principal tarea la promoción de la salud mental, prevención del consumo de drogas y la violencia social.

6. En el año 2015 con respecto al Consejo Regional de Salud liderando el funcionamiento del sistema de servicios de salud regional coordinado.

- 6.1 Lograr el máximo consenso, respetando la autonomía de cada subsistema en las políticas a seguir
- 6.2 Contar con un sistema único para la prevención y atención de emergencias y desastres.
- 6.3 Contar con un sistema de referencia y contrarreferencia Regional.
- 6.4 Contar con un sistema único de información en salud en la región Callao como base para la toma de decisiones
- 6.5 Contar con un sistema único de atención médica de urgencias regional
- 6.6 Articulación de todos los subsistemas que brindan salud en la región Callao
- 6.7 Garantizar la vigilancia alimentaria
- 6.8 Contar con un Banco de sangre Regional y un sistema único de donantes voluntarios.
- 6.9 Coordinar la capacitación y formación de los recursos humanos en salud en la Región Callao.



- 6.10 Mayor participación de las organizaciones de la sociedad y trabajadores de las diferentes instituciones del sector.
 - 6.11 Desarrollar un modelo de atención integral en la Región Callao.
- 7. En el año 2015 con respecto al impulso de un sistema de gestión de calidad en la región.**
- 7.1 Lograr la mayor satisfacción del usuario de los servicios de salud de la región Callao
 - 7.2 Lograr la maximización de los recursos de los pacientes.
 - 7.3 Lograr la minimización de los riesgos de enfermar en los pacientes de la región Callao.
 - 7.4 Lograr la satisfacción de los prestadores de salud y su realización profesional.
 - 7.5 Mejorar la utilización de los recursos físicos, tecnológicos, financieros y humanos y desarrollar las guías terapéuticas de atención de salud
- 8. En el año 2015 con respecto a la extensión y universalización del aseguramiento de salud a la población del callao**
- 8.1 La región Callao cuente con seguros de salud de acuerdo a sus necesidades.
 - 8.2 Disminución de las inequidades en el acceso a los servicios de salud incluyendo progresivamente a las poblaciones excluidas
 - 8.3 Incremento progresivo de la población coberturada bajo el sistema de aseguramiento e incorporación del sector de la población con capacidad contributiva.
 - 8.4 Contar con comunidades saludables que contribuyan al desarrollo humano y a una cultura de paz.
 - 8.5 Mejora sostenible de los indicadores de salud.
 - 8.6 Contribución a la mejora continua de la calidad de vida de la población de la Región Callao.
- 9. En el año 2015 con respecto al incremento del presupuesto del sector salud y la reorientación del financiamiento externo.**
- 9.1 Planificación conjunta concertada e interinstitucional en salud, evitando la duplicidad y optimizando los recursos en la región Callao.
 - 9.2 Lograr la inversión en salud, orientado hacia la promoción de la salud, la capacitación, la investigación, equipamiento y mejora de la infraestructura sanitaria en la Región Callao.
 - 9.3 El Gobierno regional ejerce la función rectora en la distribución y compromiso de gasto en salud en el Callao.
 - 9.4 Se logra incremento de servicios de salud en la región Callao.
 - 9.5 Se logra mejora en la calidad de los servicios
 - 9.6 Se tiene un sistema de monitoreo e información confiable, eficiente y compartido en la región Callao.