

REALIDAD SANITARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA EPIDEMIOLOGICO

PRINCIPIOS Y ORIENTACIONES:

La política sanitaria en nuestro País, declara una serie de principios comprometidos con la democracia y el desarrollo humano, que nos orientan en el abordaje del diagnóstico de la situación de salud y el balance socio sanitario de nuestra población y nos permita analizar con mejor detalle la capacidad de respuesta como sistema de Salud.

En consecuencia se propuso una reforma del sector salud, teniendo en cuenta el marco axiológico con que se trabajó en los últimos años en salud, ratificando a la salud como un derecho ciudadano, proponiendo incorporar la interculturalidad como un principio del sistema de salud que busca políticas para un Perú diverso.

Además rescata los principios de solidaridad e integralidad, tan necesarios dada la polaridad de desarrollo en las áreas rurales y urbano marginales, se postula también la necesidad de buscar estructuras con énfasis en la transparencia, la descentralización, la intersectorialidad y la búsqueda permanente de un estado participativo involucrando cada vez mas participación social.

Finalmente se propone una corresponsabilidad estatal y social, sobre todo en el cuidado de la salud colectiva.

SITUACIÓN DE SALUD DE AREQUIPA

El rostro social de Arequipa es el de una población básicamente urbana (80 % urbana) de población “joven” (Media de edad = 22 años) subempleada y pobre.

La situación de salud de la población es el reflejo de su realidad sanitaria, y que a pesar de encontrar mejora en algunos indicadores, aun persisten grandes inequidades en grupos de población.

Mapa de pobreza de la región Arequipa:

NIVEL DE POBREZA	INDICE RELATIVO	N° DE DISTRITOS
Pobres extremos	De 40,65 a 50,80	8
Muy Pobres	De 30,49 a 40,64	17
Pobres	De 20,33 a 30,48	39
Regular	De 10,17 a 20,32	40
Aceptable	De 1 a 10,16	4

La tasa de desnutrición regional se encuentra en términos de aceptable en el contexto nacional, con un promedio de 18 %, pero existen también en estos promedios grandes diferencias con grupos de población, como los distritos con niveles de desnutrición superior al 50 % de población:

- En la provincia de Arequipa → El distrito de san Juan de Tarucani
- En la provincia de Castilla → El distrito de Chachas
- En la provincia de Caylloma → Los distritos de Lari y Tapay
- En la provincia de La Unión → Los distritos de Pampamarca, Puica y Tomepampa

En términos socio – sanitarios globales Arequipa presenta una disminución de la mortalidad general, junto con un incremento de la esperanza de vida al nacer de alrededor de los 73 años, situación que no sigue el mismo patrón para todas las provincias, se ha reducido las tasas de fecundidad y natalidad y como consecuencia la tasa de crecimiento poblacional pero siguen siendo muy diferentes las condiciones de nuestras provincias altas que marcan variaciones por altitud y condición rural – urbano.

Los procesos de urbanización creciente y en forma centralizada en la Provincia de Arequipa viene concentrando población de diferentes otras realidades tanto de Arequipa como de otros departamentos creando corredores de comercio informal que contribuyen, junto a otros factores a la re – emergencia de enfermedades como la malaria (Caraveli y Camana) y tifus exantemático en las zonas altas de castilla (Miña y Ucuchas) así como al incremento de la mortalidad por causas externas.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE AREQUIPA:

INDICADORES DEMOGRAFICOS

	Unidad de medida	Periodo	Peru	AREQUIPA
Población Total	Habitantes	2003	27148101	1113916
Densidad Poblacional	Hab/Km2	2003	21.1	17.6
Población < 15 años	%	2003	33.2	29.5
Población > 64 años	%	2003	5	5.4.
Razón de Dependencia (i)	X 100	2003	62.8	53.8
Tasa Bruta Natalidad	X 1000 Hab	2000-2005	22.6	19.5
Nacimientos Anuales (*)	Nacimientos	2003	613341	21721
Tasa Bruta Mortalidad	X 1000 hab	2000-2005	6.2	5.8
Defunciones Anuales (*)	muertes	2003	168502	6460
Crecimiento Demografico Anual	%	2000-2005	1.6	1.7
Tasa Global Fecundidad	hijos X mujer	2000	2.9	2.2
Población Urbana	%	2003	72.3	87.3
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	años	2000-2005	69.8	73.1
	años		67.3	70.6
	años		72.4	75.8

INDICADORES SOCIO - ECONOMICOS

		Unid. Medida	Periodo	Peru	Arequipa
Población Alfabetizada (15 Años)	Total	%	2003	89.3	93.6
	Hombres	%		94.7	96.7
	Mujeres	%		84	90.6
Promedio de años de Escolaridad	Mujer	Años	2001	8.3	9.2
	Hombre	Años		8.9	10.0
Población con acceso a:	Agua Potable	%	2003	72.3	84.9
	Saneamiento	%		75.9	88.5
	Alumbrado Electrico			69.3	83.9
Ingreso neto promedio Mensual		S/.	2002	387.8	465
Pobreza en hogares Monoparentales	Mujeres	%	2002	42.6	40.7
	Hombres	%		24.3	11.2

Oficina General de Epidemiología MINSA

INDICADORES DE MORBILIDAD DE AREQUIPA:

INDICADORES MORBILIDAD DIRECCION REGIONAL DE SALUD - AREQUIPA

		UNIDAD	PERIODO	PERU	AREQUIPA
Tetanos Neonatal		Nro	2002	8	
		Tasa x 1000		0.01	0
Tos Ferina		Nro	2003	490	43
		Tasa x 100000		1.8	2.1
Hepatitis B		Nro	2003	1162	18
		Tasa x 100000		4.3	1.6
Fiebre Amarilla		Nro	2002	42	-
Tuberculosis	Todas las Formas	Nro	2002	37200	1267
		Tasa x 100000		139.1	115.1
	Pulmonar BK+	Nro	2002	20533	711
		Tasa x 100000		76.8	64.6
Malaria	P. Falciparum	Nro	2002	21846	-
		Tasa x 1000		0.8	-
	P. Vivax	Nro	2002	77208	5
		Tasa x 1000		2.9	0
	Todas las Formas	Nro	2002	99054	-
		Tasa x 1000		3.7	-
SIDA		Nro	2003	734	101
		Tasa x 100000		2.7	8.4
Sifilis Congenita		Nro	2002	662	-
Bajo Peso al Nacer		%	2002	5	3.8
Desnutricion < 5 años	Global	%	2003	7.1	4
	Aguda	%		0.9	0.3
	Cronica	%		25.4	12.3
Anemia en < 5 años		%	2000	49.6	39.2

INDICADORES DE MORTALIDAD DE AREQUIPA:

**INDICADORES MORTALIDAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - AREQUIPA**

		UNIDAD	PERIODO	PERU	AREQUIPA
Mortalidad Materna	Muertes Registradas	No.	2003	525	16
	Razon	x 100000 nv	2003	87.1	4.6
Mortalidad en la Niñez	Perinatal	x 1000 emb	1995-2002	23	28
	Infantil	x 1000 nv	2002	33.6	34.8
	Muertes Infantiles Estimadas	No.	2003	15940	293
	Subregistro Muertes Infantiles	%	2003	53.3	51.4
	Menores de 5 años	x 1000 nv	1990-2000	60	48.3
Defunciones en Menores de 5 Años por causas Involucradas en AIEPI	Infecciones Intestinales	%	2000	4.6	4.8
	Infecciones Respiratorias Agudas	%	2000	18.6	17.7
	Meningitis, Malaria, Sepsis, EPV	%	2000	4.9	1.5
	Deficiencias Nutricion	%	2000	5.1	3.6
	Perinatales	%	2000	32.3	36.2
	Totas de Causas AIEPI	%	2000	65.5	63.8
Defunciones Registradas por:	Homicidio	No.	2000	450	12
	Suicidio	No.	2000	228	18
	Accidente de Transito	No.	2000	1989	75
	Causas Mal Definidas	%	2000	2.7	1
Cobertura de Registro de Mortalidad General	Registradas	No.	2000	84393	3217
	Con Certificacion Medica	%	2000	87.7	97.5
	Defunciones Estimadas	No.	2000	164235	6223
	Sub Registro	%	2000	48.6	48.3
Tasas Estimadas de Mortalidad por Grupos de Causas	Enfermedades Transmisibles	x 1000 hab	2000	126.9	91
	Tumores		2000	104.4	99.3
	Enfer. Aparato Circulatorio		2000	114.5	95.8
	Causas Externas		2000	69.4	72.7

RESULTADO DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD:

NUDOS CRITICOS:

I. Polarización demográfica:

Solo la provincia de Arequipa concentra el 80 % de la Población total del departamento, lo que conlleva un mayor riesgo a la salud por la exposición de la población a las causas externas, destacando entre ellas los accidentes de tránsito y violencia.

La población rural es muy dispersa con focos de enfermedades transmisibles (Tos ferina, tétanos, sarampión, rubéola, malaria, neumonías y TBC pulmonar).

La principal causa de enfermedad y muerte en nuestra región es igual que en el contexto nacional son las enfermedades transmisibles, destacando las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), representando el 30 % aproximadamente de los años potencialmente perdidos.

La nutrición del niño y de la mujer aun se encuentra en estándares muy bajos a lo deseado, uno de cada 6 niños vive con desnutrición crónica en el ámbito urbano proporción que se duplica en el área rural y según las encuestas de población de INE un tercio de la población gestante sufre de anemia.

El comportamiento epidemiológico de las IRAs, tiene un curso endemo – epidémico, es decir, que tenemos una notificación regular de 2,000 a 3,000 caso por semana durante el año con variaciones epidémicas en los meses de bajas temperaturas (Abril – Mayo Junio y Julio) con notificaciones que llega de 6,000 a 7,000 caso por semana.

La mayor parte de estos casos se resuelven con los diversos protocolos de atención estandarizados en el MINSA y solo un 0,3 % se complican a procesos tipo neumonías o afecciones del tracto respiratorio pulmonar, y la tasa de letalidad es muy baja.

II. Persistencia de enfermedades Transmisibles:

VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES REGION DE SALUD AREQUIPA 2003

DAÑOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADO	DESCARTADO	INVESTIGACION
P.F.A.	4	0	3	1
TOS FERINA	15	2	11	2
SARAMPION	9	0	9	0
TETANOS	2	2	0	0
RUBEOLA	199	22	177	0

Información acumulada de la semana 01 a la semana 52

Fuente: OF. EPI - VEA

TOS FERINA

En el año 2003 se ha notificado 15 casos con una tasa de notificación acumulada de 1.32 x 100,000 Hab. con 13.3% confirmados, 73.4 descartados y en investigación 13.3. Los casos confirmados proceden de Caravelí (Chaparra) y Camaná (J. M.Quimper)

SARAMPIÓN

Se notificaron durante el año 2003, 9 casos. Con una tasa de notificación acumulada de 0.79 x 100,000 Hab. Con el 100% de casos descartados.

RUBEOLA

Se notificaron 199 casos con una tasa de notificación acumulada de 17.41 X 100 000 hab. Con el 10.6% de casos confirmados, descartados 88.9% y en investigación 0.5%. El mayor número de casos notificados corresponde a la Red de Salud Nro. 3 Arequipa-Norte (44.4%), siguiendo la Red de Salud Nro. 4 Arequipa-Este(33.3%) y la Red de Salud Nro.5 Arequipa-Sur (15.2%).

TETANOS

Hasta la semana 52 del año 2003 se han notificado dos casos, con una tasa de notificación acumulada de 0.17 x 100,000 ha, los cuales fueron confirmados.(Castilla y Cerro Colorado)

PARÁLISIS FLACIDA AGUDA

Se realiza una búsqueda activa de todos los casos de Parálisis Flácida Aguda con la finalidad de monitorear la poliomielitis, se tiene una tasa de notificación acumulada de 1.28 x 100 000 menores de 15 años, con 75% de casos descartados y 25% en investigación.

MORTALIDAD MATERNA

En el año 2003 ocurrieron 16 casos de muerte materna, siendo el 86 % de ellos evitables y sus causas fueron directas, es decir relacionadas al periodo embarazo, parto y puerperio. (RMM 72.4 X 100 000 menores de un año)

MALARIA

Se presenta en pequeños brotes epidémicos. Tenemos un acumulado de 15 casos notificados de Malaria Vivax, autóctonos de Arequipa 6 casos (Acari, Ocoña, Bella Unión) y el restos son casos transeúntes procedentes de lugares endémicos del País, la tasa acumulada es de 0.53 x 100,000 Habitantes.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Durante el año 2003 se han notificado 47 casos probables de Chagas, teniendo una tasa de notificación acumulada de 4.13 x 100,000 Hab. Solo el 35 % fueron confirmados y proceden de la provincia de Arequipa (11%) de Caravelí (4 %) , y el 2% a Camaná y Castilla.

Brotos o eventos epidémicos:

Con mayor frecuencia se presentan intoxicaciones alimentarias, a diferentes agentes etiológicos de importancia bacteriana (Estafilococo Áureos) y en menor frecuencia a tóxicos (Órgano fosforados). Por su comportamiento las IRAs y EDAs tienen también una presentación de brotes epidémicos producidos por fuente común.

III . TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA:

Por acumulación al comportamiento de las enfermedades transmisibles, Arequipa presenta una alta prevalencia de enfermedades crónico – degenerativas dentro de ellas destacan las enfermedades cardiovasculares y cáncer, haciendo una notoria diferencia con el resto del País, esta acumulación donde aun es prevalentes las enfermedades transmisibles y se incrementan las no transmisibles se conoce como “transición epidemiológica” que esta definiendo el perfil de salud a corto plazo en la región y al cual será necesario modificar concretamente el sistema de servicios de salud.

Si la población vieja vive mas y cada ves aumenta, se requerirán servicios de salud mas caros y de mayor complejidad.

Si la mujer pospone su primer embarazo a edades cercanas a los 40 años, se esperan niños “valiosos” exigiendo mayor calidad y mayor complejidad de atención en los centros asistenciales, como unidades de cuidados intensivos.

INFORME DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGIA ENERO 2003

SITUACION ENCONTRADA	PROBLEMAS E INTERVENCIONES	LOGROS	PERSPECTIVAS
Sistema de Vigilancia en Salud funcionando oportuna e integralmente y con datos de calidad con promedio de evaluación del monitoreo semanal / anual al 94%	No se realiza el Monitoreo del perfil epidemiológico en forma permanente a las redes de S.S: por la imposibilidad de llegar hasta la notificación individual y colectiva en 262 COVES de la DIRSA.	Sistema de vigilancia en salud funcionando oportuna e integralmente con promedio de evaluación del monitoreo semanal / anual 94%	Mejorar en la calidad de los datos, mediante la sistematización en medios electrónicos. Descentralizar el procesamiento informatizado de los datos en Redes que posibiliten el análisis de los mismos a nivel local
Solo propuesta de elaboración mensual de Boletines Epidemiológicos	Retroalimentación de la información de vigilancia epidemiológica mínima .	Se elaboró el Boletín Epidemiológico	Elaborar boletines mensuales en la DIRSA y semestrales en cada una de las redes
ASIS REGIONAL 2002 elaborado distribuido como instrumento de apoyo a la gestión por todas las direcciones de la DIRSA y los niveles operativos	Recojo de información, procesamiento y análisis aún es manual dificultando la elaboración de los ASIS	ASIS REGIONAL 2002 utilizado por las direcciones de la DIRSA, y por los niveles operativos	Elaboración y utilización de ASIS Distritales , que posibilite la gestión y la toma de decisiones en los niveles locales
POI institucional que no se ajusta a los problemas y daños regionales.	Falta de generación de evidencias en salud que permitan priorizar los problemas de salud.	POI institucional reformulado con alcances que responde a daños y problemas regionales priorizados,	POI institucional debe responder mas integralmente a la problemática regional y no solo a daños regionales. Deberá ser elaborado por todo el Equipo de Gestión Regional
Equipos de Gestión de Redes en formación para elaborar sus ASIS como instrumento de apoyo a la gestión local.	Déficit presupuestario para capacitar recursos para la elaboración del ASIS en redes	Equipos de Gestión de Redes son nuevos y conocen metodología para elaboración de sus ASIS , por medio de la distribución de las GUIAS del ASIS	Se debe garantizar permanencia y perfil técnico adecuado en los Equipos de Gestión de Redes para que elaboren y utilicen adecuadamente sus ASIS locales

SITUACION ENCONTRADA	PROBLEMAS E INTERVENCIONES	LOGROS	PERPESPECTIVAS
Solo 40 % de los COVES vigilan adecuadamente las Emergencias Sanitarias con sus efectos post desastres y cuentan con sus planes de contingencia	Capacitación de personal de COVES en Vigilancia Epidemiológica Post Desastres.	Objetivo logrado	En el año 2005 los COVES locales del 100% de micro rredes de salud vigilan adecuadamente Emergencias Sanitarias y Brotes
La Redes se encuentran implementadas con 4 brigadas operativas para manejo de emergencias y desastres	Conformación e implementación de Brigadas para la atención, investigación y control de Epidemias, desastres y otras Emergencias Sanitarias	Objetivo logrado	Para el año 2005 las 46 microrredes deberán contar con brigadas implementadas, debiendo garantizarse su permanencia y capacitación continua
Las redes elaboran y utilizan su plan de contingencias por FEN	Taller de elaboración de plan de contingencias por fenómeno del niño en redes	Objetivo logrado	En el 2005 las 46 microrredes deberán contar con su Plan de contingencias
Falta de Sala de situación en emergencias y desastres en la DIRSA	Implementación de Sala de Situación post desastres	Sala de situación instalada	Salas de situación deberán ser permanentes en la DIRSA y en las redes
Vigilancia pasiva e incompleta en determinación de la Seroprevalencia para VIH/ SIDA-ETS	Vigilancia en riesgos daños Vigilancia Centinela en Gestantes y GEPETS por VIH/SIDA- ETS	Investigación concluida	Generar proyecto para Protección específica vacunas contra Hepatitis B a trabajadores de salud y medidas de bioseguridad para trabajadores agrícolas.
La Oficina de Epidemiología tiene estructura adecuada y con personal capacitado.	Capacitación del Personal de la oficina en el PRECC Implementación de los equipos de gestión de Redes con personal capacitado en el PRECC	Objetivo alcanzado	En el año 2005 se deberá contar con mayor personal capacitado hasta microrredes

SITUACIÓN ENCONTRADA	PROBLEMAS E INTERVENCIONES	LOGROS	PERPESPECTIVAS
<p>En el Área de Vigilancia Epidemiológica DE INMUNOPREVENIBLES se encontró la información al día, la cual se mantiene hasta la fecha, se realiza además búsqueda activa de casos con relación a ciertas patologías de interés regional y nacional.</p>	<p>En la Vigilancia de Parálisis Fláccida aún no hay notificación de casos.</p>	<p>Se logró capacitar al personal de salud tanto del Ministerio de Salud, como de ESSALUD, Clínicas Privadas, Fuerzas Armadas, en el Área de Vigilancia, tanto en la vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria como en las del sistema de vigilancia y de infecciones intra hospitalarias. Así mismo se realizó la evaluación de todos los indicadores del Sistema de vigilancia en la DISA Arequipa.</p> <p>Se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Síndrome Respiratorio Severo, habiéndose conformado la Vigilancia Centinela en establecimientos donde existe mayor flujo de pacientes turistas.</p> <p>Se está realizando búsqueda activa de casos en Parálisis Fláccida.</p> <p>Se realiza también la vigilancia de los ESAVIS.</p> <p>A partir de la semana epidemiológica Nro 10 se envía el boletín semanal a la Oficina General de Epidemiología, el mismo que se encuentra en la página web de la OGE.</p>	<p>Reuniones de coordinación trimestrales, y evaluación semestral, para poder reformular políticas de cambio que pudiesen beneficiar al sistema de Vigilancia de la enfermedades inmunoprevenibles.</p>

SITUACIÓN ENCONTRADA	PROBLEMAS E INTERVENCIONES	LOGROS	PERPESPECTIVAS
<p>En el Área del Análisis de la Situación de Salud, se encuentra en plena elaboración, aproximadamente en un 10%,.</p>	<p>La base de datos y la información proporcionado por estadística no permite el avance adecuado de la información a procesar.</p>	<p>Se ha obtenido los ASIS de Islay, Red Norte, Red Este, Camaná. Con relación al ASIS de la DISA Arequipa, el avance es del 80%, debiendo terminarse dicho documento la primera semana de Julio.</p> <p>Se conformó la Sala Situacional de la DISA, la que se actualiza periódicamente, incluyendo información sobre el SARS.</p> <p>Se realizó un evento multisectorial en donde se hizo la presentación del ASIS a diferentes autoridades y representantes de instituciones regionales.</p>	<p>Se implementará la Caja de Herramientas en la Sala Situacional, la que servirá de consulta para cualquier personal de Salud que requiera Información y de que manera debe de obtenerla.</p>
<p>Con relación a Brotes, Desastres y riesgos en epidemiología.</p>	<p>Se presentó en la semana epidemiológica un brote de 5 casos de Malaria en la zona de Camaná. Siendo 4 de ellos importados y uno autóctono.</p>	<p>A la fecha no han reportado más casos de dicha zona, se han intensificado las medidas preventivo promocionales. En coordinaciones realizadas con la OGE, se va a considerar a Arequipa como zona de riesgo potencial para Malaria.</p>	<p>Realizar actividades coordinadas con la Dirección de Salud de las Personas para no duplicar u obviar actividades.</p>