

**PLAN ESTRATEGICO DE LA DIRECCION REGIONAL DE
SALUD LA LIBERTAD
2007-2011**

I. INTRODUCCION:

Las políticas de salud en los últimos años se basaron en un planeamiento desde la perspectiva de la oferta, bajo una visión medicalizada e individualista de atención al paciente.

Hoy es imperativo cambiar enfoques construyendo un nuevo paradigma ya no solo basada en la enfermedad sino privilegiando la educación y la promoción de la cultura de la salud, un paradigma producto del análisis de salud colectiva y sus determinantes, definido por una visión bio-psico-social de la salud que persiga la equidad y la justicia social. Para ello es necesario tener un enfoque de demanda, de necesidad, de trabajo intersectorial, interdisciplinario y un entendimiento global de la salud, perseguir nuevos conocimientos y prácticas y una importante información científico técnico como insumo esencial para la salud y el desarrollo humano.

La región de salud La Libertad, cuenta con un Plan Participativo Regional, que consigna en su contenido estratégico, cinco prioridades regionales de salud :Neumonía, embarazos no deseados, Diarreas infantiles, Violencia familiar además, Delincuencia y Pandillaje.

Este documento obtenido como resultado de la participación ciudadana despliega en su interior, cada una de las 5 prioridades sanitarias regionales en matriz de objetivos, metas al año 2010, estrategias y políticas, sin embargo, los determinantes de la pobreza presentes en los diferentes espacios de la Libertad, como: la deficiente alimentación, la mala calidad de la educación, de vivienda, de la nutrición, en un medio ambiente social, político y físico en subdesarrollo, los malos hábitos y estilos de vida, condicionan un deficiente estado de salud, por lo que trabajar sobre estos factores desde un marco intersectorial y global, exige no sólo el entendimiento de quienes conduzcan sectorialmente la salud, sino que demandan la priorización de otros daños de repercusión muy significativa en la condición de vida del poblador de nuestra región, tales como Enfermedades Transmisibles, Desnutrición y Mortalidad materna, prioridades sanitarias regionales que incrementan las primeras cinco definidas por la comunidad y su necesidad de articularlas en el marco estratégico regional para su adecuado manejo.

Este Plan Estratégico Institucional, se constituye en un Instrumento orientador del desarrollo del trabajo sanitario alternativo y de cambio, acorde a las reales necesidades y aspiraciones de la población por cada territorio definido localmente y contiene el detalle descriptivo de las estrategias de prestación de servicios, de calidad de los servicios, de promoción de la salud, y que vincula gran parte de su perspectiva a partir de instrumentos de gestión que culminan su ciclo, y que traza

su direccionalidad en un contexto de transferencia de un nuevo gobierno para el período 2006-2011, privilegiando para ello las estrategias de promoción y prevención como eje transversal, marcando la construcción de nuevas formas de gestión sanitaria.

II. Antecedentes

2.1. Marco Legal

- Ley N° 28642- Ley General de Salud
- Ley N° 27813- "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y su Reglamento aprobado por D.S N° 004-2003-SA.
- Ley N° 27783- Ley de Bases de la Descentralización
- Ley N° 27867- Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y su modificatoria N° 27902
- Ordenanza Regional N° 04-2006-CR/RLL, que aprueba el Reglamento de la Dirección Regional de Salud La Libertad.
- Ordenanza Regional N° 021-2006-CR/RLL, que aprueba la modificación del Reglamento de la Dirección Regional de Salud La Libertad.

III. ROL ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

3.1 DECLARACION DE VISION

La Dirección Regional de Salud La Libertad contribuye al desarrollo humano con justicia social generando ambientes saludables, un mejor estado de salud de la población, políticas intersectoriales de estado y descentralizadas en salud e incrementando el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos en salud

3.2 DECLARACION DE MISION

La Dirección Regional de Salud es el órgano técnico de línea del gobierno regional de La Libertad, responsable de la implementación de las políticas nacionales y regionales de salud, en su ámbito territorial; para mejorar la salud de la población; está encargada de generar las condiciones adecuadas a través del cuidado integral de las personas y el ambiente, el aseguramiento universal, la conducción sectorial, la promoción de los derechos y deberes ciudadanos en salud con énfasis en la salud del hogar y la comunidad .

3.3. DECLARACION DE VALORES

*Integridad: Actuando con eficiencia, lealtad y honestidad.
Equidad : “A cada quién, según su capacidad y a cada cuál según su necesidad”
Corresponsabilidad Social : Para que la salud sea vista no sólo como un sector especializado sino como un objetivo social compartido por toda la acción de la administración pública y privada en cada territorio .
Educación : Para el Desarrollo Humano .
Justicia Social : Necesariamente por la equidad financiera ,no puede aspirarse a la Justicia Social sino se aumenta el presupuesto para Salud, y si no se hace eficiente su utilización .*

3.4 LINEAMIENTOS DE POLITICA

Asumimos la salud como un derecho humano fundamental, estas no son aspiraciones de las personas, son normas imperativas expresadas como obligaciones por las instituciones del Estado y en esa medida quienes conducimos el sector salud, representamos al Estado y buscamos eficiencia en la actuación de conducción y justicia en la sociedad peruana y en cada ámbito descentralizado del país.

Por lo tanto procuramos lo siguiente:

3.4.1. CAPACIDAD RECTORA Y CONDUCTORA DEL ESTADO

En este último año existe un gran debilitamiento de la capacidad rectora del estado, la crisis de gobernabilidad ha afectado también a la organización departamental, esto ha ocasionado crisis de liderazgo sectorial, debilitamiento en las acciones de supervisión y control e ineficacia general en las intervenciones de salud.

3.4.2. ACTUACION CONJUNTA PARA LA REDUCCION DE LA POBREZA

Estamos trabajando con las instituciones públicas y no gubernamentales en temas de reducción de la desnutrición, mejora de la vivienda, aumento de la red de agua potable y desagüe, mejora de la educación sobre todo de las mujeres de la sierra liberteña.

3.4.3. ENFOQUE INTERSECTORIAL DE LA POLITICA DE SALUD

La Dirección Regional de Salud La Libertad, debe ser el gran integrador y coordinador de la participación intersectorial, principalmente con el sector educación para la promoción de la educación saludable, así mismo buscamos propiciar la participación de los diferentes colegios profesionales en la definición de la política de salud y definición de prioridades regionales y sobre todo orientar la acción preventiva y la educación de la salud en todos los hogares liberteños a través del gobierno local.

3.4.4. PROCESO PARTICIPATIVO PARA DEFINICION DE PRIORIDADES

Realizamos una planificación con todos los actores sanitarios, determinando los problemas que hay que resolver, las metas de cada institución, las estrategias de actuación, el financiamiento a emplear, enfatizando el papel del MINSA como conductor de la política regional de salud y al gobierno local como responsable de la atención primaria de salud.

3.4.5. PROTAGONISMO DE LA SOCIEDAD CIVIL

El empoderamiento de la población y de las instituciones de la sociedad civil aparecen con mucha claridad en los nuevos escenarios de la salud, un nuevo espacio de la salud donde el Estado debe comprender que la población no es colaboradora o apoyadora de la gestión pública, se debe entender una nueva actuación de encuentro y de igual responsabilidad en el cumplimiento de los deberes y derechos de todos, como un reconocimiento de la ampliación de la esfera pública desde la sociedad civil.

3.4.6. QUE DEBE CARACTERIZAR AL SECTOR SALUD EN LA REGION

En correspondencia al enfoque y de acuerdo a la definición del accionar sanitario del país establecido como principio deberíamos centrar nuestro esfuerzo en obtener la equidad solidaria a través del nuevo Universalismo Sanitario, algo que no lo tiene determinado la actual conducción del MINSA.

El nuevo universalismo proclama una salud *para todos* de cobertura universal y obligatoria para todos los ciudadanos, pero no de todo, sino de un conjunto sostenible y viable de *servicios prioritarios y costo efectivos, financiamiento público* sin pago directo (aseguramiento universal) y un sistema mixto de *proveedores públicos y privados*, sujetos a similares regulaciones bajo rectoría del MINSA.

Lo anterior debe estar basado en propiciar un nuevo entendimiento de:

a) **Conciencia colectiva sobre el valor salud:** Tanto en la conciencia colectiva de la población, cuanto en los aspectos a los que los medios de comunicación adjudican interés, e incluso en el espectro de áreas que los estadistas consideran prioritarias, el enfoque sanitario de la protección de la salud ocupa un lugar secundario.

b) **Focalizar las acciones por grupos de riesgo:** En general, la provisión de Servicios asistenciales, así como las acciones de prevención y promoción de la salud, son entendidos como un recurso que debe distribuirse indiscriminadamente en la población. Equidad no es uniformidad, los recursos deben ser orientados hacia quienes más los necesitan.

c) **Desarrollo de los recursos humanos:** El entrenamiento, la distribución, la reconversión a modernas modalidades organizativas, así como la recuperación de la mística humanitaria del personal de los servicios de salud, debe formar parte de todo proyecto de mejora de la salud.

d) **Intersectorialidad de la salud y su cuidado:** Si en el campo del desarrollo de los recursos productivos se procura regionalizarlos, mucho más aún debe procurarse la integración intersectorial e interinstitucional en el desarrollo humano y, en particular, en la atención de la salud; sobre todo teniendo en cuenta los fuertes condicionantes que la educación, la vivienda, la alimentación, etc., ejercen sobre los niveles de salud de la población,

e) **Descentralizar la administración de los servicios:** Ya sea en lo referente a la administración de las instituciones que proveen servicios de atención médica, como en la instrumentación de los programas de prevención y promoción de la salud, debe predominar el principio de que las decisiones se tomen cerca del lugar de los hechos, incluso en el ámbito de los servicios y equipos y estos generalmente están en el espacio de decisión de los municipios locales.

f) **Alentar el mejoramiento de la calidad:** La idea-fuerza de mejorar la calidad de los servicios de salud, no implica necesariamente una mayor disponibilidad de inversiones, sino un compromiso ético del personal sanitario, destinado a optimizar las acciones con los mismos recursos, en función de las necesidades y expectativas de la población. Es ganar en oportunidad, en accesibilidad y en equidad.

g) **Protagonismo explícito de la población.** Sin perjuicio de la capacidad gerencial que compete a las autoridades formales de salud, resulta importante enfatizar el protagonismo de la población en las decisiones referidas a la salud y a la administración de los servicios de salud y debe alentar la generación de líderes comunitarios que pueden considerarse de los comités progreso o administración compartida que tiene los municipios y el MINSA, respectivamente.

3.4.6. CONSIDERACIONES ESTRATEGICAS:

- Cuantificar y calificar el déficit de respuestas sociales y las inequidades (desigualdades injustas y evitables) y registrar la reducción de inequidades y déficit para el seguimiento estratégico y operacional de la gestión descentralizada en salud.
- Promocionar la salud con un enfoque territorial y una dimensión espacial holística para un desarrollo comunitario y por lo tanto un desarrollo humano considerando para ello una movilización social humanizante, así debemos promover justicia en el financiamiento, justicia en la atención, justicia en el cuidado, justicia en el desarrollo, justicia en nuestra organización para una justicia social convocante.
- Adecuación del Plan Participativo Regional a los espacios territoriales de gobierno transectorial e incorporando tres prioridades regionales como son: Desnutrición, Mortalidad Materna y Enfermedades Transmisibles, convocando una movilización social para afrontar de manera conjunta y oportuna estos problemas de salud.
- Elaboración de la agenda transectorial de la salud y el desarrollo teniendo en cuenta la planeación local transectorial priorizando las necesidades sociales; lo que representa un acercamiento a la realidad en la que vive la población, identificando las diferencias que configuran las desigualdades, manifestados a través de procesos participativos de problematización para la identificación y búsqueda de soluciones y respuestas integrales.

Se manifiestan en los territorios sociales como espacios de vida y relaciones:

- ✓ Articulación entre redes de servicios de salud, sectoriales y sociales, para superar inequidades.
- ✓ Definición de metas de indiferencia cero y trabajo por resultados sobre las necesidades sociales: menos muerte materna, menos muerte infantil, menos desnutridos, menos no asegurados.

- ✓ Por ello aseguramos los medios técnico-científicos, económicos, sociales y políticos para sostener una agenda social y de gobierno.

3.4.6 EJES DE TRABAJO

- **EJE DESCENTRALIZACIÓN**

Se requiere de una descentralización participativa y del fortalecimiento de un sistema regional y coordinado en salud, ya que el quehacer en salud va más allá de lo prestacional, en tal sentido, se requiere descentralizar la política sanitaria regional, a través del fortalecimiento de la capacidad de gestión de la salud en los espacios sub-regional y un proceso de planificación participativa trans-sectorial con un enfoque territorial y local, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población liberteña; es decir que la descentralización se constituya en un instrumento para el desarrollo integral de la región.

En tal sentido la acción prestacional corresponde al MINSA y Essalud y la acción preventiva promocional debe ser gestionada por los gobiernos locales.

- **EJE CONCERTACION y MOVILIZACION SOCIAL PARA LA EQUIDAD SOLIDARIA**

Realizar negociaciones con los actores provinciales para acordar los términos de los convenios relativos a la conducción descentralizada del sistema regionalizado en salud. Se debe realizar convenios tripartidos entre MINSA-Essalud y Municipios Distritales en Trujillo y provinciales en el resto del Departamento.

Abrir, en cada ámbito provincial, una instancia de concertación entre entidades prestatarias y prestadoras locales para asegurar la viabilidad práctica financiera y técnica de la futura descentralización del sistema regionalizado de salud.

Concentrar operativamente los apoyos financieros y técnicos relacionados con Salud a través de una MESA DE CONCERTACIÓN REGIONAL provenientes de organismos internacionales (Banco Mundial, BID, OPS/OMS, etc.) para dirigirlos a proyectos en consonancia con los cursos de acción estratégica elegidos, bajo variables equitativas de nuestra población.

- **EJE CONFIGURACION DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD**

Universalizar la cobertura y apoyar técnica y financieramente a las jurisdicciones para ejecutar programas que vayan en busca de la población aislada geográficamente o por barreras socio-culturales. Es imperativo otorgar más financiamiento y apoyo técnico a las provincias de la sierra liberteña.

Fortalecer la implementación de las Redes funcionales de salud MINSA-EsSalud definidas por ámbito distrital y provincial, definiendo las competencias en sus

diferentes niveles de atención, configurando los niveles superiores e inferiores e integrados con su periferia, en donde todos finalmente los hospitales son referenciales.

Constituir grupos de profesionales de la salud (esto es, un cuerpo profesional de establecimientos públicos o privados con internación y trabajo ambulatorio e integrado en una red de centros de salud y/o consultorios particulares de los médicos), que tomen a su cargo la atención integral de poblaciones que posean la población aún excluida de la atención de salud.

Incentivar la participación de médicos generales de primer nivel: clínicos, pediatras, de familia, y también propiciar la participación de psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, sociólogos sobre todo en actividades de promoción y educación sanitaria, etc.

Desarrollar redes de promotores comunitarios de salud en todos los territorios distritales así mismo en los lugares de mayor afluencia poblacional, implementar los preventorios municipales a fin de evitar la presentación de enfermedad y aumentar los años de vida ganados en salud en la población.

Transparentar la información en salud a través de un portal informativo orientando los programas estadísticos a la recolección, análisis y monitoreo de datos cualitativos y cuantitativos referidos a la utilización y desempeño de los servicios de salud, alentando los más costo-efectivos.

Promover la incorporación progresiva en todos los hospitales públicos de una administración corporativa de personal y presupuesto que incluya, además, la participación activa de las autoridades de instituciones representativas de la comunidad, los trabajadores de salud y representantes de la comunidad usuaria de los servicios en la conducción y manejo del establecimiento.

● EJE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Mejorar continuamente la atención y los cuidados integrales brindados en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensibles a las necesidades y expectativas de los ciudadanos y del personal de salud, y que tengan impacto en los resultados sanitarios, en la calidad de vida y en el desarrollo humano de las familias liberteñas, contando con el compromiso de todos los trabajadores de salud.

Garantizar que en los establecimientos de salud se brinde un trato humano y digno a la población liberteña mejorando la calidad percibida por el ciudadano, así como aplicar permanentemente la calidad técnica y la eficiencia en la atención en los cuidados integrales y la seguridad del entorno donde se otorguen las prestaciones sanitarias.

● EJE EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DE SERVICIOS DE SALUD

Este eje es vital en la construcción y desarrollo de un proyecto en salud, da sostenibilidad y otorga viabilidad, en salud ya no se puede seguir insistiendo en ensayos cada cambio de gobierno, necesitamos políticas de estado, programas de largo plazo, en cuya operación los niveles regionales marcan la pauta a través de la evaluación de sus impactos.

Hay que evaluar lo avanzado en la salud de la región, de una manera progresiva y participativa de la población, desde este proceso pautar el fortalecimiento de las mejorías, corregir los desvíos y los errores sobre todo administrativos y sancionar los hechos corruptos a fin de asegurar transparencia interna y externa en la construcción de una mejor salud.

Movilizar los recursos técnicos de las universidades y centros de estudio e investigación para participar en el análisis y evaluación de los servicios de salud públicos privados, enfatizando en la investigación cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud.

● EJE DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

Posicionamiento del Rol rector, promotor, conductor, prestador y regulador de la DIRES en el nivel regional y local, promoviendo el aseguramiento universal y afiliación efectiva de la población pobre y de extrema pobreza y garantizar al resto de la población el acceso a otras modalidades de aseguramiento.

Implementar estrategias de indiferencia cero a la falta de aseguramiento y del cuidado integral de atención en los servicios de salud a la población más alejada y más pobre.

Implementación de un sistema de Auditoria en salud para las prestaciones del SIS orientado a un proceso de mejora continua de la calidad, teniendo en cuenta las oportunidades de mejora de la capacidad resolutive de los servicios garantizando calidad de atención a la demanda del SIS.

IV. DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL

4.1. DIAGNÓSTICO GENERAL

El departamento de La Libertad esta ubicado en la costa Norte del Perú, tiene una superficie territorial de 25,569.67 km², que constituye el 2.7% de la superficie territorial del país, y una población estimada por el INEI para el año 2005 de 1'573,106 habitantes. Esta dividida geopolíticamente en 12 Provincias: Trujillo, Ascope, Chepén, Pacasmayo, Otuzco, José Faustino Sánchez Carrión, Santiago de Chuco, Julcán, Bolívar, Pataz, Virú y Gran Chimú, y un total de 83 distritos. Tiene como puntos extremos las coordenadas siguientes : Limita por el Norte con los departamentos de Lambayeque, Cajamarca y Amazonas; por el Este con el Departamento de San Martín, por el sur con los departamentos de Huanuco y Ancash y por el Oeste con el Océano Pacífico.



El territorio del departamento de La Libertad es en un 80% de su área superficial esencialmente andino. La altitud oscila entre los 0 m.s.n.m hasta los 4,008 m.s.n.m. El Huayllillas es el monte más elevado del departamento, está a unos 15 kilómetros al sur de la ciudad de Huamachuco, a 4,947 msnm.

El clima de La Libertad es muy variado y complejo como su relieve mismo. En general, no presenta características extremas de calor, frío o precipitaciones. La temperatura varía de 18°C a mas en la Costa y en la sierra entre 8° a 15°C como promedio en los valles interandinos: Marañón, Chusgón y Huamachuco, pero puede descender a - 2° C en las zonas de mayor altitud en la época de invierno.

La costa Liberteña tiene un clima considerado como “semitropical”, sus temperaturas son superiores a los 8° C en promedio, sus precipitaciones inferiores a 50 ó 20 mm. anuales y la humedad superior al 75%. Los vientos dominantes son del Sur este y su límite superior es de 1500 m. de altitud. Este clima es el que mejores condiciones de vida ofrece al habitante de La Libertad. Allí se encuentra las mayores áreas de cultivadas, las grandes concentraciones humanas, su mayor desarrollo industrial y comercial.

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

4.1.1. Características de la población

El crecimiento poblacional observado en las últimas décadas, se asocia con un cambio en la distribución de la población, el 71.7% de ella se encuentra ubicada en el área urbana y el 28.3% en el área rural; tendencia que se observa similar en otros departamentos del país.

La población del departamento de la Libertad ha tenido un incremento sostenido desde 1970, situación que va a continuar hasta el año 2020, según las proyecciones del INEI. Entre 1970 y el 2005, la población se ha incrementado en más de 2 veces, y para el año 2020, la población crecerá en 2.3 veces, en relación con el año 1970.

DENSIDAD POBLACIONAL POR REGIONES (hab./km²) LA LIBERTAD 2006

	POBLACION (hab)	SUPERFICIE (km ²)	DENSIDAD (hab/km ²)
Perú	26090330	1285215.6	20.3
La Libertad	1595377	25569.76	62.4
Costa	1124808	9796.37	114.8
Sierra	4649917	15768.82	29.5

	POBLACION 2004 (hab)	SUPERFICIE (km ²)	DENSIDAD (hab/km ²)
PERU	27,546,574	1285215.6	21.4
LA LIBERTAD	1595377	25569.76	62.4
Trujillo	785058	1606.77	488.6
Pacasmayo	100129	1126.67	88.9
Chepén	71903	1142.43	62.9
Sanchez Carrión	130345	2486.38	52.4
Otuzco	96158	2,090.07	46.0
Ascope	118099	2607.22	45.3
Julcán	44624	1095.09	40.7
Gran Chimú	32570	1423.49	22.9
Stgo. de Chuco	63250	2728.4	23.2
Pataz	76525	4226.53	18.1
Virú	49619	3313.28	15.0
Bolívar	21445	1718.86	12.5

La población urbana ha crecido 6 veces en los últimos 50 años (entre 1940 y 1993); en cambio, la población rural ha crecido en menos de una sola vez, situación que continúa en aumento en los últimos años debido a la migración.

La Libertad es el tercer departamento más poblado del país, después de Lima y Piura. Tiene una densidad poblacional de 62 hab. por Km², muy por encima del promedio nacional y con una gran diversidad en provincias, siendo Trujillo, la capital la de mayor densidad (480 hab./km²) y Bolívar, la menos poblada y de menor densidad (12 hab./km²) .

Así mismo, las provincias de la costa tienen en conjunto una densidad poblacional 4 veces mayor que las de la sierra, y en concentración de población la costa agrupa al 70.6% de la población, y la sierra (29.4%).

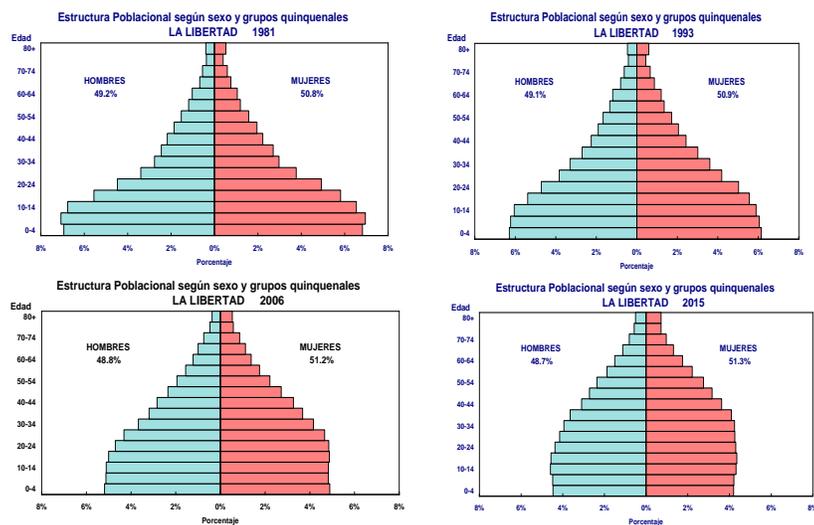
Representa en el año 2005 el 5.6% del país y tiene una estructura por grupos de edades quinquenales muy similar al promedio nacional, caracterizada por una pirámide poblacional con una base de menores de quince años aún amplia, en relación con las altas tasas de fecundidad, presentando estos tres primeros grupos de edad porcentajes similares.

El 31.87% de la población del departamento es menor de 15 años, 40% en la zona rural y el 29% en la zona urbana. Las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 26.6% de la población total y el 48% del total de mujeres; en el área urbana la proporción de mujeres en edad fértil es mayor en 10 puntos que el área rural (52% y 41% respectivamente).

4.1.2-Estructura Poblacional

Las pirámides poblacionales realizadas con información de los Censos 1981 y 1993, y de las estimaciones para el 2005 y 2015, indican que La Libertad tiene una estructura aun joven, aunque en los últimos 20 años se observa una disminución en su base, es decir, de los menores de 15 años, reflejo de altas tasas de fecundidad y mortalidad infantil de las décadas anteriores. Para el 2005 se estimó una población < 15 años de 31.9% y la > de 50 años 15.5 % y para el 2015 se estimó una población < 15 años de 26.3 % y la > de 50 años 19.2 %.

PIRAMIDES POBLACIONALES LA LIBERTAD 1981, 1993, 2005 y PROYECCION 2015



- En el censo de 1981 la población < 15 años fue de 41 % y la > de 50 años 12 %
- En el censo de 1993 la población < 15 años fue de 36.7 % y la > de 50 años 13.3 %
- Para el 2006 se estima que la población < 15 años es 31.4 % y la > de 50 años 15.8 %
- Para el 2015 se estima que población < 15 años será 26.3 % y la > de 50 años 19.2 %

4.1.3. Composición de la población por edad.

La mediana de la población de La Libertad estimada para el 2005 es de 26.37 años, es decir, el 50% de la población liberteña se encuentra por debajo de esa edad, una población todavía joven, que se refleja muy bien en las pirámides elaboradas. La distribución de la población por provincias es heterogénea, existiendo grandes variaciones entre ellas, como sucede en el caso de Trujillo quien tiene el 49% de la población seguida de la provincia de Sánchez Carrión con 8.2%. Las provincias con menos población son la de Gran Chimú y Bolívar con 2.1 y 1.3% respectivamente.

4.1.4. Composición de la Población por sexo

La relación entre el número de hombres y de mujeres se mide mediante el Índice de Masculinidad, que se define como el número de hombres por cada 100 mujeres. En el departamento de la Libertad, según el Censo de 1993, la población masculina es de 624,178 habitantes, que representa el 49,1% de la población censada.

4.1.5. Migración

La gran mayoría de los desplazamientos migratorios se dirigen hacia las capitales departamentales. Entre 1988-1993 la migración interna involucró a 2'100,000 en el país. De este total, Lima-Callao captó el 30%, Arequipa 4.2% y Trujillo 4.2%. Para 1993 solo 48 provincias tienen saldos migratorios positivos, mayormente costeros, urbanos, de economía diversificada, con predominio del sector terciario. Los mayores volúmenes corresponden a Lima-Callao, Trujillo, Arequipa, Tacna, San Román, Padre Abad y Chiclayo.

Entre 1976 y 1981 la tasa de migración neta promedio para La Libertad fue de -3.2, sin embargo para el periodo 1981 y 1993, la tasa de migración neta promedio fue de 2.7. Las tasas netas de los censos de 1972 y 1981, fueron de -0.6 y -3.9 % respectivamente, y la del censo de 1993, 2.4. Durante el quinquenio 1995-2000 (-1.2) Con valores menores, este mismo comportamiento de migración neta negativa se presentará hacia el quinquenio 2010-2015.

Trujillo, Chiclayo y Piura son las ciudades de mayor desarrollo en la región norte. Trujillo y Chimbote, constituyen polos compensatorios de Lima-Callao, a partir de la agro-industria, la siderúrgica e industrias conexas. Los departamentos de La Libertad, Lambayeque y Ancash, entre 1988-1993 incrementan ligeramente su inmigración respecto al período anterior.

En promedio el 56% de la migración departamental norteña, es intraregional. En La Libertad el 57% de inmigrantes procede de la misma macroregión, preferentemente de Cajamarca y Ancash. Trujillo, principal receptor de población del norte, tiene una estructura con predominio de inmigrantes (60.1%). Trujillo, es el receptor mas importante (92,000) de inmigrantes, la mitad llegan del mismo departamento y el 10% de Cajamarca. .

Las mujeres migran en mayor número, lo mismo se advierte entre los nativos. La edad mediana de la población migrante es predominantemente joven (21 años) para Trujillo.

El 70.2% de la población se encuentra concentrada en áreas urbanas.

**POBLACION ESTIMADA POR PROVINCIAS SEGÚN ETAPAS DE VIDA
LA LIBERTAD 2006**

PROVINCIA	TOTAL	ETAPAS DE VIDA				< 1 año	Pre-escolar 1-5 años	Escolar 6-17 años	< 15 años	MEF 15 a 49	Gestantes Estimadas
		0 - 9	10-19	20 - 64	60 a +						
TRUJILLO	785058	163861	162022	415305	43870	16,945	81728	196031	328034	208642	20648
ASCOPE	118099	24651	24373	62476	6599	2,550	12295	29488	49348	31387	3107
BOLIVAR	21445	4475	4426	11346	1198	463	2231	5355	8958	5699	564
CHEPEN	71903	15009	14840	38036	4018	1,552	7486	17955	30046	19110	1891
JULCAN	44624	9314	9209	23607	2494	963	4646	11142	18646	11860	1174
OTUZCO	98283	20513	20284	51994	5492	2,121	10231	24541	41065	26121	2586
PACASMAYO	103656	21638	21391	54835	5792	2,237	10792	25883	43314	27549	2725
PATAZ	76525	15972	15792	40484	4277	1,652	7966	19108	31974	20338	2012
SANCHEZ CARRION	130345	27204	26901	68955	7285	2,813	13568	32547	54461	34642	3426
SANTIAGO CHUCO	63250	13201	13054	33460	3535	1,365	6585	15792	26428	16810	1664
GRAN CHIMU	32570	6799	6721	17230	1820	703	3391	8133	13610	8656	857
VIRU	49619	10356	10241	26249	2773	1,071	5166	12390	20733	13187	1304
LA LIBERTAD	1595377	332993	329254	843977	89153	34435	166,085	398,365	666,617	424001	41958

4.1.6. Dinámica Poblacional

En la Región de La Libertad es importante no solamente conocer la estructura sino analizar los indicadores que determinan este cambio de la población. Esta ha crecido a un ritmo menor progresivamente para el período 1995 - 2000. Se estimó una Tasa de crecimiento poblacional del 2.0% según el censo de 1993, se estimó en 1.7 para el quinquenio 2000-2005 y de 1.3 para el quinquenio 2010-2015.

Esta disminución está relacionada con una disminución de sus niveles de fecundidad (Tasa Global de Fecundidad). Así mismo, la estructura poblacional va cambiando, disminuyendo la base de la pirámide de la población conforme van disminuyendo también la tasa bruta de natalidad, la tasa bruta de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil, con el consiguiente el incremento de la esperanza de vida al nacer

4.1.7. Fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad ha disminuido en nuestro departamento de 3.2 en el año 1993 a 2.9 hijos por mujer para el quinquenio 1996-2000 y se espera que estos indicadores sigan disminuyendo para los próximos 15 años estimándose en 2.2 hijos por mujer para los años 2010 a 2015, según el INEI.

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) es de 21 nacimientos por cada mil habitantes, con una diferencia significativa por área de residencia, de 17 en el área urbana versus 26 nacimientos por cada mil habitantes del área rural.

La tasa bruta de mortalidad en el año 2000 fue de 5.7 muertes por 1000 habitantes y según proyecciones del INEI, su comportamiento se mantendrá en los próximos 15 años.

Del mismo modo la tasa de mortalidad de la niñez descendió en 26.7 muertes por 1000 nacidos vivos entre los años 1992 y 1996 pero sólo 6.6 entre 1996 y el 2000.

PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRAFICOS. LA LIBERTAD 2005

POBLACION 2005 (INEI)	1'573,106 habitantes
Población Hombres	48.8%
Población mujeres	51.2%
Población Costa	70.6%
Población Sierra	29.4%
DENSIDAD POBLACIONAL	62 hab./km ²
Tasa de Inmigración	
Hombres	13.8
Mujeres	12.4
Tasa de Emigración	
Hombres	14.8
Mujeres	12.2
Mujeres en Edad Fértil	26.5% del total de la población
	48% del total de mujeres
Tasa Global de Fecundidad	2.4 hijos por mujer
TGF Urbana	2.1
TGF Rural	4.4
Tasa de Crecimiento Intercensal	2% anual
Tasa Bruta de Natalidad	20.5 nacimientos x 1000 hab.
Esperanza de vida al nacer	73 años
Hombres	70.5
Mujeres	75.6
Tasa Bruta de Mortalidad	4.53 x 1000 hab.
Tasa de Mortalidad Materna	173 x 100000 nacidos vivos

Fuente: Censo Estadístico INEI 2005

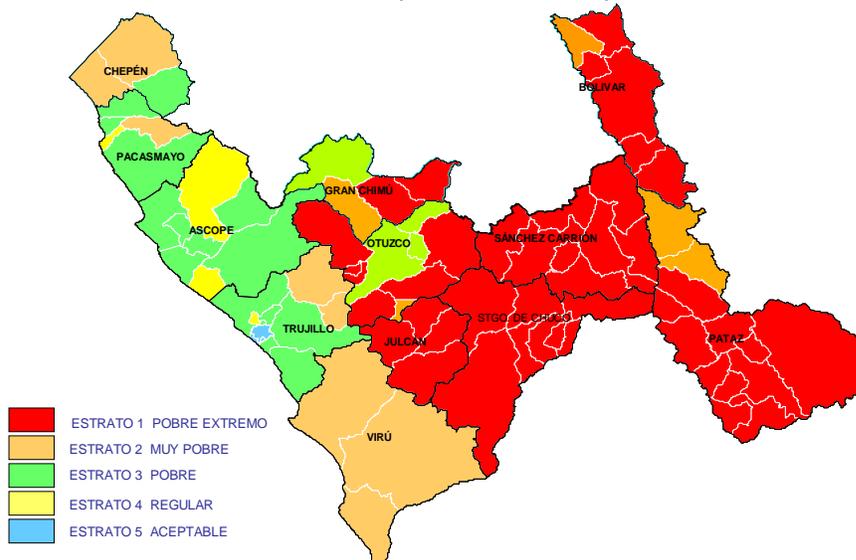
4.1.8. Esperanza de Vida al nacer

La esperanza de vida al nacer sufre un incremento progresivo y sostenido en estos últimos años. Para el presente quinquenio se estima una esperanza de vida al nacer en ambos sexos es 73 años y mayor en mujeres que en varones en 5 años, relaciones, incremento que se mantendrá en los próximos 15 años según las proyecciones realizadas por el INEI. Esta diferencia en la muerte se observa en el análisis de mortalidad debido a la muerte pretura de los varones por causas externas (accidentes y lesiones).

4.1.8. Estratificación de la Población de La Libertad según Estratos de Pobreza

La Estratificación de la población se realizó utilizando el Mapa de pobreza del año 2001 elaborado en base a la línea de pobreza por el Ministerio de Economía y Finanzas

**MAPA DE POBREZA POR DISTRITOS SEGÚN NIVEL DE VIDA
LA LIBERTAD (FONCODES 2006)**



El Estrato I es el estrato que corresponde a los distritos más pobres, y es el que representa el primer Cuartil de pobreza, esto quiere decir que incluye al 25% de la población total más pobre.

El Estrato II corresponde al segundo Cuartil de pobreza que también incluye al 25% de la población menos pobre que el Estrato I.

El Estrato III corresponde al tercer Cuartil de pobreza que también incluye al 25% de la población menos pobre que el Estrato II.

El Estrato IV corresponde al cuarto Cuartil de pobreza que también incluye al 25% de la población menos pobre que el Estrato III. Este es el Estrato menos pobre.

Cada uno de los estratos contiene al 25% de la población del Departamento de La Libertad.

4.1.9. Otros indicadores de Pobreza

Un indicador importante para medir la pobreza es el de línea de pobreza que mide la capacidad de una persona de cubrir el costo de un conjunto de bienes y servicios mínimos para subsistir (alimentos, vestido, transporte, etc.) denominada canasta básica. La línea de pobreza diferencia los pobres de los no pobres; si la canasta reúne únicamente los alimentos, la línea de la pobreza identifica las personas en extrema pobreza.

El estudio ENAHO 2004 del INEI que mide línea de pobreza, nos muestra que en los últimos 4 años se observan cambios significativos y alarmantes en pobreza y en los indicadores Head-count, de brecha y de severidad de la pobreza.

Podemos observar en la tabla N° 8 que la pobreza total en los últimos 4 años se mantiene en 48.2%, es decir casi la mitad de la población es pobre, ha disminuido levemente con respecto al 2000. Este mismo estudio muestra que la pobreza extrema se ha incrementado, lo que nos permite determinar que aun no se han establecido las estrategias que permitan disminuir progresivamente con este indicador que es uno de los objetivos de desarrollo del milenio para los próximos años.

4.1.10. Acceso a servicios básicos.

La población urbana tiene 6.24 veces más acceso a la luz eléctrica que la población rural. Del mismo modo, en lo concerniente al acceso a la red pública de agua, la zona urbana tiene acceso 2.2 veces más que la zona rural. Si observamos el uso de inodoro exclusivo dentro de la casa, la diferencia es abismal, pues es de 22.15 veces más.

4.1.11. Educación

Con respecto al nivel educativo de la población, la mediana de años de educación alcanzada por la población es de 6 años a más, 5.8 años en hombres, y 5.6 en mujeres. La asistencia escolar de los estudiantes matriculados es del 70.5% (edad comprendida entre 6 a 25 años). Según ENDES 2000 el porcentaje de analfabetismo para mujeres es del 12% y para hombres de 6%. Así mismo, solo el 44% de mujeres y el 47% de hombres han culminado la primaria. El nivel de deserción escolar en la población de 6 a 15 años es del 7%.

La tasa de analfabetismo en la Libertad es diferente entre hombres y mujeres: 7.2% y 18.4% respectivamente, valores ligeramente por encima del promedio nacional. El 8.12 % de los niños de 6 a 12 años no asisten a la escuela, y el 7.3% de los adolescentes de entre 13 y 17 años tampoco lo hacen, estas cifras son menores que el promedio nacional en forma significativa.

4.1.12. Economía

Con relación al PBI por ramas de actividad el INEI ha calculado que a nivel nacional ha variado de -0.4% en 1992 a 1.4% en 1999 presentando su punto mas alto en 1994 (12.8%). En el departamento La Libertad presentó una variación similar con su punto mas alto también en 1994 con 27.5%, el mas alto de la década.

Otro indicador económico, conformada por la población en actividad (PEA) que comprende a la cohorte de 15 a 64 años de edad. La PEA en mujeres está en ascenso a diferencia de la de los hombres, debido a que al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar fuera del hogar.

En relación al perfil de la pobreza, los no pobres tienen un gasto per cápita mensual de 3.1 veces mayor que los pobres, el capital humano del hogar es mayor en los no pobres (58.5 vs. 44.6), asimismo son mayores en los no pobres la

proporción de personas económicamente activas/ total de miembros (50.8% vs. 42.1%) y la proporción de perceptores de ingresos/ total de miembros (57.0% vs. 39.2%).

Los no pobres tiene un acceso mayor que los pobres a los servicios públicos como agua, electricidad y desagüe en un 19.7, 28 y 32.4% respectivamente

4.1.13. Producto Bruto Interno Regional

En la producción de La Libertad, predomina la diferenciación entre una área moderna y costera por un lado, y otra, serrana y tradicional. La primera está representada básicamente por las ciudades de Trujillo, Chepén y Pacasmayo y sus respectivos valles circundantes, en donde tienen asiento fundamentalmente actividades industriales, agroindustriales y el conjunto de servicios modernos articulados con éstas. En el otro extremo se encuentra el resto de provincias ubicadas en la sierra que dependen de una agricultura de molde tradicional.

La evolución del PBI Regional a lo largo del período 1970-1997, ha sido creciente, con una tasa de crecimiento promedio anual de 2.1%, nivel similar al nacional.

4.1.14. PERFIL DE LA MORTALIDAD

La mortalidad y la fecundidad son los principales determinantes del cambio demográfico en una población. Los nacimientos y las defunciones son los principales agentes de la dinámica de una población y delimita su campo de acción. El estudio de la mortalidad se basa en la observación de las defunciones que ocurren en una población durante un tiempo determinado y su evolución.

A pesar que la mortalidad es un hecho inevitable, su comportamiento presenta diferencias muy importantes entre países, regiones, clases sociales y grupos culturales. Esto evidencia la importancia de analizar, no solamente su patrón general, sino también el comportamiento de grupos particulares y las principales causas de defunción.

El perfil de mortalidad permite conocer aquellos problemas de mayor peso, que ponen en riesgo de morir a la población y/o que fallecen por no tener acceso a los servicios de Salud para lograr su resolución. Un análisis detallado de este perfil nos puede permitir plantear estrategias que lleven al riesgo de morir de la población, incrementar la esperanza de vida al nacer, disminuir los años de vida perdidos e incrementar años de vida productivos de dicha población.

La disminución producida en la mortalidad por medio de los adelantos en la ciencia médica, por las mejoras en las condiciones de vida e higiene fue la principal causante de la explosión demográfica y un componente fundamental dentro de la transición demográfica que aun afecta a los países en vías de desarrollo.

Existen dos tipos básicos de mortalidad: mortalidad endógena y mortalidad exógena. La primera responde a causas intrínsecas del individuo, dentro de ella se presentan también dos tipos, las debidas a malformaciones congénitas, o alteraciones genéticas que afectan principalmente en las primeras edades de vida.

También están vinculadas a problemas propios del envejecimiento, que comienza aproximadamente a partir de los diez años y se incrementa con la edad. La mortalidad endógena tiene la característica que no se puede prevenir. La mortalidad exógena es el resultado de la acción del medio ambiente y factores sociales, se presenta en todas las edades se caracteriza porque se puede prevenir y combatir con los avances en medicina, así como mediante el acceso a servicios básicos: salud, educación y alimentación.

Se definen como causas de defunción a todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones.

Las estadísticas de la mortalidad expresan las enfermedades que conducen a la muerte. Son compiladas rutinariamente y constituyen un indicador disponible para expresar la frecuencia con que ellas ocurren en función del tiempo, espacio y persona; por lo tanto, tienen importancia como un medio para obtener una visión epidemiológica de la enfermedad y para implementar las estrategias que sean requeridas a fin de disminuir los riesgos de morir de la población.

Para el análisis de la Mortalidad de la Región de La Libertad se ha tomado como fuente de información básica la base de datos de mortalidad del año 2005 de la Oficina de Estadística de la DIRES La Libertad, que consolida la notificación regular de la mortalidad de los certificados de defunción remitidos por todos los municipios distritales de la región. La estimación de las tasas de mortalidad materna, perinatal y neonatal se han calculado utilizando las bases del Sistema de vigilancia Materna y Perinatal que se registran en la Oficina de Epidemiología y Área de Atención Integral.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. LA LIBERTAD 2005

Lista agrupada 6/67 OPS	DEFUNCIONES ESTIM.	TBM (x 1 000)
Afecciones originadas en el periodo perinatal	381	10.7
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	815	0.5
Enfermedades transmisibles	1,720	1.1
Tumores	1,797	1.1
Enf. del Aparato Circulatorio	1,879	1.2
Las demás Enfermedades	2,217	1.4
Total	8,809	5.6

Para la Clasificación de las entidades que causan la mortalidad se ha utilizado la lista 6/67 de la CIE 10 recomendada por OPS, la cual consta de 6 grupos generales y 67 grupos específicos.

Para el análisis se han ajustado los datos de las muertes registradas utilizando el aplicativo GESDATA de la OPS-OMS, para corregir subregistro. El nivel de análisis es regional y provincial usando indicadores de frecuencia, exceso de mortalidad y de muerte prematura. Para el cálculo de exceso de Mortalidad se utilizaron como referencia las tasas de mortalidad del distrito de Trujillo que tiene menos nivel de pobreza a nivel Regional.

Durante el año 2005 a partir del número de muertes registradas de las estimadas se ha considerado un subregistro del 44.3% para el calculo de la Tasa de Mortalidad General.

4.1.15. MORTALIDAD GENERAL

En el año 2005 se han registrado un total de 4907 defunciones y se ha calculado un total de 8809 defunciones (subregistro del 44.3%), estimándose la tasa de Mortalidad General para la Región de la Libertad de 5.6 por mil habitantes para el año 2005.

El promedio de la edad de defunción para la región La Libertad es de 57.3 años (62.2 años en el 2004) y la mediana de la edad de fallecimiento es de 68 años (Q1= 37 años; Q3= 81 años), se observa un descenso con respecto al año 2004 en que fue de 70 años (Q1= 48 años; Q3= 82 años)

La mortalidad también es diferente por sexo y edades. Durante la mayoría de edades, el patrón de mortalidad en los hombres supera al de las mujeres.

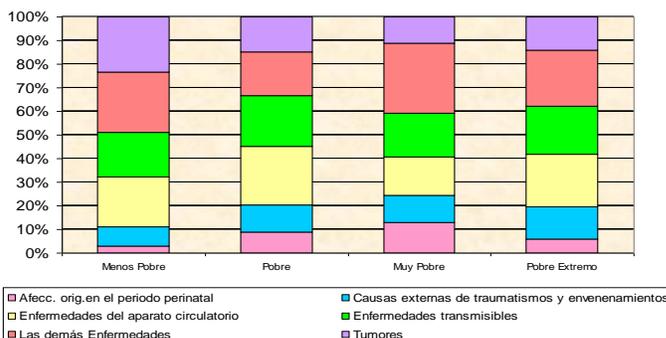
La tasa de mortalidad en varones es 5.9 por mil (4.6 en el 2004) y en mujeres es de 5.2 por mil (3.72 en el 2004). La razón de mortalidad entre hombres y mujeres es de 1.1 (1.2 en el 2004). Es decir, la tasa de mortalidad en el sexo masculino es un 13.08% (19.1% en el 2004) mayor con respecto al sexo femenino.

Por otro lado, en el primer año de vida la mortalidad continúa siendo muy elevada; sin embargo, baja rápidamente alcanzando los niveles mínimos entre los 6 y 15 años, y posterior a ello comienza un incremento progresivo que se intensifica a partir de los 60 años.

La edad promedio de defunción para el varón en la región La Libertad fue de 54.4 años (Q1= 31 años; Q3= 80 años) (59.03 años para el 2004) y la mediana 64 años. La edad promedio de defunción de la mujer para el 2005 fue de 60.65 años ((Q1= 45 años; Q3= 84 años) (64.75 años en el 2004) y la mediana 70 años.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DEFUNCIONES SEGUN LISTA 6/67 OPS Y ESTRATOS DE POBREZA. LA LIBERTAD 2005

Gráfico Nº 12
Distribución Porcentual de Defunciones según Lista Agrupada 6/67 OPS y Estratos de Pobreza - La Libertad 2005



Fuente: OEI-DIRES/LL

Fuente: OEI-EPI-DIRES/LL

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) estimada para el año 2005 es de 40.1 por mil n.v., la tasa de mortalidad neonatal, uno de sus importantes indicadores, se estimó en 19.1 por mil n.v., y la tasa de mortalidad perinatal en 5.4 por mil n.v. . La mortalidad Infantil ha experimentado una reducción del 34.65% con respecto a 1996.

La Razón de Mortalidad Materna se estimó en 141.3 por 100000 nacidos vivos (224.8 para el año 2003), cifra que continúa siendo alta pero se ha registrado un descenso importante en el número de casos con respecto al año anterior.

Las principales causas de Mortalidad General, según su frecuencia de presentación esta dadas por las Enfermedades Circulatorias (21%), ligeramente mayor comparado con el año anterior (25.9%), Neoplasias malignas 20% (19.5% en el 2004) y las Enfermedades Transmisibles 19% (18.12% en el 2004). Estos 3 grupos generales de la lista 6/67 de OPS, contribuyen con el 60% de las muertes ocurridas durante el año 2005 (63.5% en el 2004). Las causas externas ocupan el quinto lugar 9%, observándose un incremento importante con respecto al año anterior (6,75%).

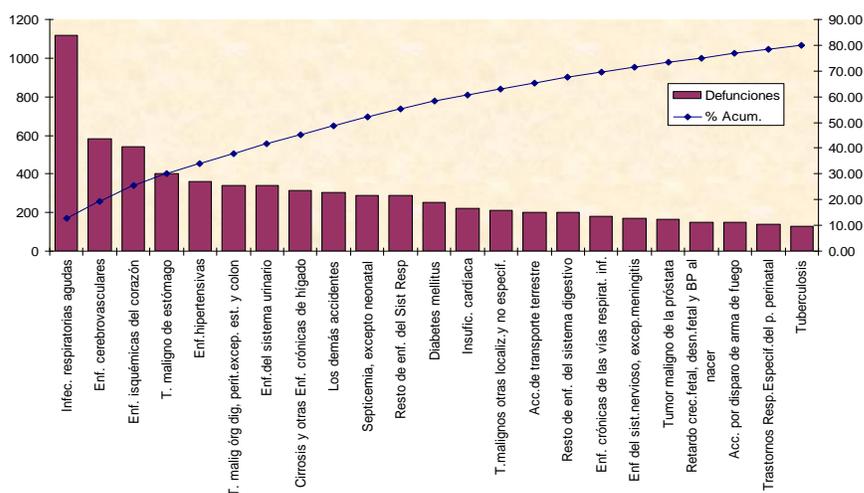
Las enfermedades circulatorias y las neoplasias malignas (grupos generales de la lista 6/67 OPS), ocupan los 2 primeros lugares con un 41%, poniendo en evidencia la necesidad de priorizar las enfermedades no transmisibles en La Libertad en respuesta al perfil epidemiológico actual. Las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el último lugar pero tiene la más alta tasa bruta de mortalidad específica por grandes causas.

4.1.16. MORTALIDAD SEGUN SEXO

Las principales causas de muerte en los hombres son las enfermedades respiratorias agudas, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, los demás accidentes y tumor maligno de estómago que aportan con el 32.5% de los fallecimientos ocurridos en este grupo de población.

Las principales causas de muerte en mujeres son las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad isquémica del corazón, tumor maligno de estómago y tumor maligno de órganos digestivos, excepto estómago, aportan con el 38.22% de las muertes ocurridas en este grupo.

CAUSAS DEL 80% MUERTES SEGÚN GRUPOS ESPECÍFICOS. LISTA 6/67 OPS. LA LIBERTAD 2005



4.1.17. MORTALIDAD POR ETAPAS DE VIDA

Las IRAS continúan siendo la primera causa de muerte en los niños menores de 10 años (16.9%). Le siguen en frecuencia los trastornos originados en el periodo perinatal como retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal y bajo peso al nacer (11.5%), los trastornos respiratorios específicos propios del periodo perinatal (10.8%), las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (8.5%) y la sepsis bacteriana del RN, causando todos el 55.4% de muertes en este grupo de edad.

En los adolescentes (10 a 19 años) 5 problemas causan más del 50% de muertes. Los 3 primeros lugares lo ocupan los accidentes: los demás accidentes (15.5%), los

accidentes por arma de fuego (13.9%) y los accidentes de transporte terrestre (8%), lo que pone en evidencia los riesgos a los que están expuestos. Le siguen, la leucemia (8%), y resto de enfermedades del aparato respiratorio (5.9%).

En el Adulto (20 a 59 años) los accidentes ocupan los tres primeros lugares como causa de muerte. En primer lugar, los demás accidentes (8.12%), le siguen los accidentes de transporte terrestre (6.63%) y los accidentes por arma de fuego (5.6%), las enfermedades cerebrovasculares (5.3%) y el tumor maligno de estómago (4.9%). Todos ellos son causa del 30.5% de las muertes ocurridas en el 2005 para este grupo de edad.

En el adulto mayor (60 años a más) las IRAS, principalmente las neumonías son la primera causa de muerte (15.4%). Le siguen como es de esperar las enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas como las enfermedades cerebrovasculares (8.6%), las enfermedades isquémicas del corazón (8.6%), tumor maligno de estómago (5.7%), las enf. hipertensivas (5.6%) y otros tumores de la cavidad abdominal excepto estómago y colón (5.1%). Estos 5 problemas de salud son responsables del 50% de las muertes en este grupo de edad.

4.1.18. MORTALIDAD POR ETAPAS DESAGREGADAS DEL CICLO DE VIDA

El retardo del crecimiento intrauterino es la primera causa de muerte en el periodo neonatal temprano (< 7 días de vida) (30.63%), seguido de los trastornos respiratorios específicos de este periodo (21.77%), causando ambos el 52.41% de muertes. Le siguen la sepsis bacteriana del RN (16.20%) y las malformaciones congénitas (11.14%), aportando todas con el 79.8% de las defunciones.

En el periodo neonatal (0 a 28 días de vida) el retardo del crecimiento intrauterino y fetal es la primera causa de muerte (25.6%), seguido de las infecciones respiratorias agudas (18.6%) y luego la sepsis bacteriana con un importante tercer lugar (18.4%), todas estas causas originan el 62.6% de las muertes en este período.

En la infancia (menores de 1 año), 4 problemas de salud son causa de mas del 54.9% de las muertes originadas en este periodo y corresponden en su inicio la mayoría al periodo neonatal. Las IRAs ocupan el primer lugar con el 17.7% de muertes, seguido del Retardo del crecimiento intrauterino y fetal (14.2%), los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (12.9%) y las malformaciones congénitas (9.52%)

En el grupo preescolar (1 a 4 años), las IRAs ocupan el primer lugar (16.23%); le siguen, las enfermedades del sistema nervioso (10.4%), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (7.8%), los demás accidentes (7.8%), causando el 42.2% de las muertes ocurridas en este grupo de edad.

En el grupo de 5 a 9 años, llama la atención que los demás accidentes (mayormente domésticos) ocupan el primer lugar como causa de muerte (18.9%), desplazando a las IRAs en segundo lugar (8.9%). Le siguen la leucemia (6.7%), las

enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis (6.7%), todos responsables del 41% de las muertes.

En el grupo de escolares (5 a 17 años) los demás accidentes (mayormente domésticos) también ocupan el primer lugar como causa de muerte (16.1%). Le siguen la leucemia (9.5%), los accidentes por disparo de arma de fuego (6.6%), las infecciones respiratorias agudas en cuarto lugar (6.2%) y los eventos de intención no determinada (5.7%), responsables del 53.3% de las muertes.

Un grupo merece especial atención y es el grupo de mujeres en edad fértil (MEF). Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar como causa de muerte (8.6%). Le siguen los accidentes de transporte terrestre (6.9%), las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (5.5%), las complicaciones del embarazo parto y puerperio (4.8%), los demás accidentes (4.8%), la tuberculosis (4.8%) y el tumor maligno de la mama (4.8%). Todos ellos aportan con el 40% de las causas de defunciones que ocurren en este grupo de edad y sexo.

4.1.19. MORTALIDAD POR PROVINCIAS

Las provincias de costa tienen las más altas TBM, lo que puede explicarse por el mayor número de fallecimientos por accidentes y agresiones, mayor concentración de la población, acceso a la salud y al subregistro en áreas rurales y dispersas de la sierra.

La Tasa de Mortalidad General para la provincia de Trujillo es 5.67 por mil hab. Las infecciones respiratorias, las enf. cerebrovasculares, las enf. isquémicas del corazón y las enf. hipertensivas ocupan los primeros 4 lugares como causas de muerte, juntas reportan el 30.4% de las muertes.

En la provincia de Ascope se estimó para el 2005 una TMG de 7.36 por mil hab. Las causas de mortalidad más frecuentes son las IRAS, las enf. crónicas de vías respiratorias inferiores, las enf. isquémicas del corazón y la Diabetes Mellitus, con el 31.1% de muertes, como se muestra en el siguiente gráfico.

La TMG en la Provincia de Chepén del 2005 es de 8.13 por mil hab. Las más frecuentes son las IRAS, enf. Isquémicas del corazón, las enf. hipertensivas, tumores malignos de órganos digestivos y peritoneo excepto tumor de estómago y colon y las enf. cerebro vasculares, que causan el 30.7% de muertes.

La TMG en Pacasmayo para el 2005 es de 6.3 por mil hab. Las causas más frecuentes de mortalidad fueron las Infecciones respiratorias agudas (8.6%), enfermedades cerebrovasculares (8.3%), las enf. del sistema urinario, las enfermedades isquémicas del corazón (7.7%) y el Tumor maligno del Estómago (3.6%), que reportan el 33.4% de las muertes de esta provincia.

La TMG en Virú para el 2005 es estimada en 7.78 por mil hab. Las causas más frecuentes de muerte son las enf. cerebrovasculares (12.5%), las infecciones respiratorias agudas y los accidentes de transporte terrestre que causan el 30.2% de fallecimientos.

La TMG de Bolívar del año 2005 es de 1.9 por mil hab. Las causas más frecuentes de mortalidad son el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal y bajo peso al nacer, las enfermedades isquémicas del corazón, y las enfermedades hipertensivas. Las dos primeras causan el 30% de muertes y con la última son responsables del 40% de fallecimientos.

La TMG de Julcán para el 2005 se ha estimado en 4.34 por mil hab. Cuatro problemas de salud son responsables del 40.8% de las muertes. Las causas más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas, resto de enfermedades del aparato digestivo, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, y resto de enfermedades del sistema respiratorio.

La Tasa de Mortalidad General en la Provincia de Otuzco para el 2005 es de 7.06 por mil hab. Las causas de muerte más frecuentes son las Infecciones respiratorias agudas, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas de corazón y la sepsis no neonatal, todas ellas responsables del 40.7% de fallecimientos.

La TMG de Pataz para el 2005 es de 3.82 por mil hab. Las causas más frecuentes de mortalidad son los demás accidentes (no incluye de transporte terrestre ni disparo de arma de fuego), le siguen las Infecciones respiratorias agudas, las enfermedades isquémicas del corazón, las enf. Cerebrovasculares y resto de enfermedades del aparato digestivo, que causan el 40% de las muertes.

La TMG para la Provincia Sánchez Carrión del 2005 es de 3.79 por mil hab. Las causas de muerte más frecuentes de muerte son las Infecciones respiratorias agudas, el tumor maligno de estómago y las enfermedades isquémicas del corazón, que aportan con el 32.6% de las muertes.

La TMG de Santiago de Chuco del 2005 es de 3.68 por mil hab. 5 problemas de salud causan el 41% de las muertes, y son las Infecciones respiratorias agudas, enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal y bajo peso al nacer y los tumores malignos de abdomen, excepto estómago y colon.

La Tasa de Mortalidad General en la provincia Gran Chimú correspondiente al año 2005 es de 3.46 por mil hab. Las causas más frecuentes de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón (12.5%), las infecciones respiratorias agudas (11.3%), las enfermedades cerebrovasculares (11.1%), y los eventos de intención no determinada 7.1%)

4.1.20. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN CICLOS DE VIDA Y ESTRATOS DE POBREZA.

En las etapas de vida neonatal temprana, neonatal e infancia, el retardo del crecimiento fetal es la primera causa de muerte en los menos pobres. En la infancia las infecciones respiratorias agudas afectan al estrato pobre en primer lugar. En la etapa escolar las deficiencias y anemias nutricionales ocupa el primer lugar entre los menos pobres como causa de muerte, persistiendo las IRAs como principal causa de muerte en los mas pobres. En la etapa escolar y adolescente, los demás accidentes ocupan el primer lugar como causa de muerte en los menos pobres y las complicaciones el embarazo, parto y puerperio entre los más pobres.

En los adultos los accidentes ocupan los tres primeros lugares como causa de muerte entre los menos pobres y los demás accidentes ocupan el primer lugar entre los más pobres. En las Mujeres en edad fértil predominaron los demás accidentes sobre las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en el estrato más pobre como causa de muerte y las enfermedades cardiovasculares y tumor maligno de mama entre las 2 principales causas de muerte entre las menos pobres.

En el adulto en estrato extrema pobreza predominan los accidentes de transporte terrestre y por último en el adulto mayor, las patologías que les afectan son similares, ocupando el primer lugar las IRAS.

PREDOMINIO DE MUERTES SEGÚN GRANDES GRUPOS LISTA 6/67 OPS Y ESTRATOS DE POBREZA. LA LIBERTAD 2005

Ord	Aceptables	Muy Pobre	Pobre	Pobre Extremo	Regular	Total
1	Enf del Aparato Circulatorio	Enf del Aparato Circulatorio	Enf del Aparato Circulatorio	Enf Transmisibles	Tumores	Enf del Aparato Circulatorio
2	Tumores	Enf Transmisibles	Enf Transmisibles	Enf del Aparato Circulatorio	Enf del Aparato Circulatorio	Tumores
3	Enf Transmisibles	Tumores	Tumores	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Enf Transmisibles	Enf Transmisibles
4	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Afecc. orig. en el periodo perinatal	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos
5	Afecc. orig. en el periodo perinatal	Afecc. orig. en el periodo perinatal	Afecc. orig. en el periodo perinatal	Tumores	Afecc. orig. en el periodo perinatal	Afecc. orig. en el periodo perinatal

Fuente: OEI-DIRES/LL

4.1.21. PERFIL DE MORBILIDAD

Para el análisis del perfil de morbilidad hemos utilizado la información disponible de la base de datos del HIS de la Oficina de Estadística de la Dirección Regional de Salud La Libertad para el año 2005, determinándose las primeras causas que fueron

motivo de consulta externa en los establecimientos del MINSA en el ámbito del departamento.

Para el análisis de la morbilidad de La Libertad y de las provincias se trabajó con la clasificación por lista Condensada de Capítulos CIE-10, estratificada por etapas de vida, sexo y estratos de pobreza. Igualmente se hace el análisis de la lista desagregada de tabulación para morbilidad: Lista 298 - CIE 10 propuesta por OPS. La información obtenida del departamento se comparó con los promedios de las provincias y el nivel nacional.

Para el presente análisis se han considerado las siguientes etapas de vida trabajadas por el MINSA:

- Niño (0 a 9 años)
- Adolescente (10 a 19 años).
- Adulto (20 a 59 años).
- Adulto Mayor (60 a más años)

Pero igualmente se hace un análisis de la morbilidad de demanda de otras etapas desagregadas del niño y del adolescente, que por sus riesgos es importante revisar y analizar, así como la morbilidad de la mujer en edad fértil:

- Periodo Neonatal temprano (0 - 7 días).
- Periodo Neonatal (0 - 28 días).
- Infancia (menores de 1 año).
- Preescolar (1 a 4 años).
- Escolar (5 a 17 años).
- Mujer en edad Fértil (15 a 49 años)

Igualmente se hace un análisis detallado de las principales causas de morbilidad que ameritaron hospitalización en nuestros establecimientos de salud.

El registro de la morbilidad en el HIS esta relacionada a la demanda de la población pero en respuesta a la oferta de los servicios de salud. Una limitante es que aun no es posible lograr la unificación de la casuística de morbilidad con la Essalud, el segundo mayor proveedor de servicios de salud y de los efectores privados de servicios de salud, que juntos evidenciarían el verdadero perfil de morbilidad de la región.

4.1.22. MORBILIDAD GENERAL

Las enfermedades que más demandaron la atención de los servicios de salud agrupadas por grandes grupos de causas, fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (42.4%), seguido de los signos y síntomas mal definidos (4.8%), los traumatismos y envenenamientos (3.2%), complicaciones del embarazo, parto y puerperio (3.0%), enfermedades del aparato circulatorio y las neoplasias (0.1%)

La morbilidad por lista de capítulos CIE10, expresada en números absolutos y porcentajes. Los principales problemas que demandan la consulta externa en los servicios son las enfermedades del aparato respiratorio (32.2%). En segundo lugar

las enfermedades infecciosas intestinales (13.3%), las enfermedades del aparato digestivo (11.1%), las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas (9.2%) y las enfermedades del sistema genitourinario (5.1%),

El 70% de la morbilidad atendida en la Región La Libertad. Lo ocupan los 5 grupos de causas de la lista de capítulos CIE-10 descritos en el párrafo anterior.

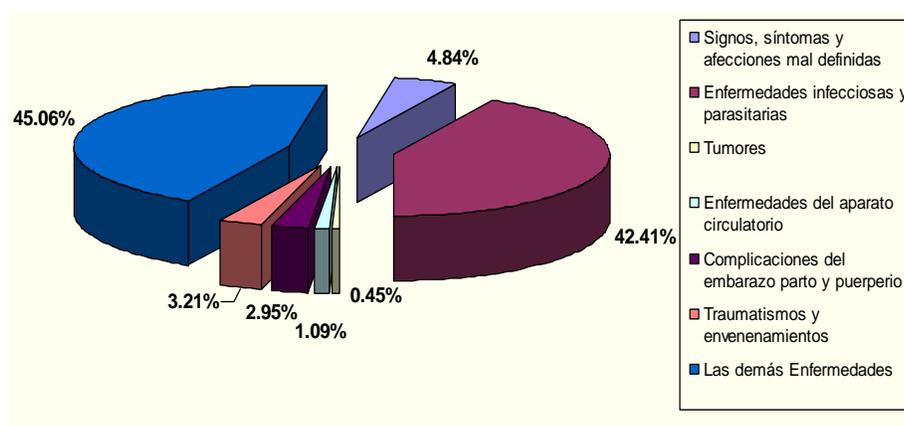
Similar comportamiento al regional en cuanto a frecuencia se presentan en todas las provincias de la región, sin embargo, las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades infecciosas intestinales, las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas predominan en las provincias de la sierra con respecto a las de la costa.

La faringitis y amigdalitis aguda, así como las otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores demandan el 24.72% de la atención ambulatoria, seguida de la desnutrición (6.98%), la caries dental (4.2%) y la diarrea de origen infeccioso (3.72%), que juntas representan el 40% de la morbilidad atendida en la consulta externa.

Los 4 principales problemas mórbidos atendidos en los varones son las faringitis y amigdalitis (16.6%), otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores (12.24%), desnutrición (8%) y bronquitis aguda y bronquiolitis (9.2%), que constituyen el 40% de la atención ambulatoria en la región.

En las mujeres 6 problemas de salud demandan el 40% de la consulta ambulatoria: las faringitis y amigdalitis agudas (12.7%), otras infecciones respiratorias agudas (9.14%), la desnutrición (6.3%), la caries dental (4.6%), otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén (3.8%) y las infecciones de transmisión sexual (3.5%).

**MORBILIDAD POR GRANDES GRUPOS SEGÚN CIE-10
LA LIBERTAD 2005**



Fuente: OEI-EPI DIRES/LL

4.1.23. MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA POR ETAPAS DE VIDA

El Ministerio de Salud promueve la atención en salud bajo el nuevo Modelo de Atención orientado a satisfacer las necesidades de carácter biológico, psicológico, social y ambiental; y dirigido a mantener, recuperar y/o mejorar la salud de las personas, familias y comunidades.

Este nuevo modelo de atención contempla las intervenciones de acuerdo a etapas del ciclo de vida: niño, adolescente, adulto y adulto mayor, mejorando no solo el nivel de salud del individuo, sino la eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias son la primera causa de enfermedad en todos los grupos de edad, a excepción del adulto mayor donde ocupan el segundo lugar, después de las enfermedades crónicas. Predominan en la etapa de la infancia, preescolar, escolar y adulto.

Las enfermedades crónico degenerativas se incrementan conforme avanza la edad, predominando en el adulto y adulto mayor. Las complicaciones el embarazo parto y puerperio se pueden observar ya en la etapa escolar (6 a 17 años) y adolescente (10 a 19 años) y predominantemente en la adultez. Los tumores están presentes desde la infancia, pero predominan en la etapa del adulto.

Al analizar la lista desagregada de enfermedades 298 propuesta por OPS, observamos que las infecciones agudas de vías respiratorias son más frecuentes en la etapa de la niñez y adolescentes. En el adulto las afecciones dentales y periodontales ocupan un importante primer lugar en los varones al igual que en las

mujeres en edad fértil. En el adulto mayor predominan también las infecciones respiratorias agudas.

4.1.24. Morbilidad de consulta externa por Estratos de Pobreza

En el año 2005 encontramos variaciones en la morbilidad según grandes grupos entre los estratos socioeconómicos. Los signos y síntomas mal definidos son dos veces más frecuentes entre la población en pobreza extrema con respecto a la menos pobre. Lo mismo sucede con las enfermedades infecciosas y parasitarias. Sin embargo, los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y los traumatismos y envenenamientos son mucho más elevados en la población menos pobre. (Llama la atención que las complicaciones del embarazo parto y puerperio se encuentran en mayor porcentaje en la población de menos pobreza, probablemente relacionado el mayor acceso a la atención de su salud.

CAUSAS DE MORBILIDAD LISTA 298 OPS SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA. LA LIBERTAD 2005

Nº	Lista 298 causas	Estratos de Pobreza				Total	% por Estrato de Pobreza			
		Menos Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre Extremo		Menos Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre Extremo
1	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	86811	32664	22273	29445	171193	50.71	19.08	13.01	17.20
2	Otras infecc. agudas de las vías resp. superiores	68965	22118	16023	17789	124895	55.22	17.71	12.83	14.24
3	Desnutrición	21553	17202	17324	27553	83632	25.77	20.57	20.71	32.95
4	Caries dental	31885	7468	5116	5758	50227	63.48	14.87	10.19	11.46
5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infec.	22833	9748	5553	6437	44571	51.23	21.87	12.46	14.44
6	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	24094	6379	5326	8402	44201	54.51	14.43	12.05	19.01
7	Otros trast. de los dientes y estructuras de sosten	32122	3968	4434	2938	43462	73.91	9.13	10.20	6.76
8	Otras enf. de la piel y del tej. subcutáneo	24177	4284	3009	3328	34798	69.48	12.31	8.65	9.56
9	Otras helmintiasis	8140	4693	6974	9815	29622	27.48	15.84	23.54	33.13
10	Fiebre de orig. desconocido	7664	6123	4282	8593	26662	28.75	22.97	16.06	32.23
11	Otras infecc. con transm. predominan. sexual	15030	4108	2731	3191	25060	59.98	16.39	10.90	12.73
12	Otras enf. del sistema urinario	13477	3769	2831	3675	23752	56.74	15.87	11.92	15.47
13	Ot. traum. reg. especif. no especif. y mult. reg. cuerpo	13085	4860	2495	2912	23352	56.03	20.81	10.68	12.47
14	Ot. sint. sig. y hallazg. anorm. clín. y lab. no clasif. ot. parte	11746	3631	3398	3674	22449	52.32	16.17	15.14	16.37
15	Otras enf. infecciosas intestinales	12949	2842	2345	3644	21780	59.45	13.05	10.77	16.73
	Demás enfermedades	297329	50475	34857	45390	428051	69.46	11.79	8.14	10.60
	Total	691860	184332	138971	182544	1197707	57.77	15.39	11.60	15.24

Fuente: OE-EPI DIRES/LL

CAUSAS DE MORBILIDAD LISTA 298 OPS SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA. LA LIBERTAD 2005

Nº	Lista 298 causas	Estratos de Pobreza				Total	% por Estrato de Pobreza			
		Menos Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre Extremo		Menos Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre Extremo
1	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	86811	32664	22273	29445	171193	50.71	19.08	13.01	17.20
2	Otras infecc. agudas de las vías resp. superiores	68965	22118	16023	17789	124895	55.22	17.71	12.83	14.24
3	Desnutricion	21553	17202	17324	27553	83632	25.77	20.57	20.71	32.95
4	Caries dental	31885	7468	5116	5758	50227	63.48	14.87	10.19	11.46
5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infec.	22833	9748	5553	6437	44571	51.23	21.87	12.46	14.44
6	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	24094	6379	5326	8402	44201	54.51	14.43	12.05	19.01
7	Otros trast. de los dientes y estructuras de sosten	32122	3968	4434	2938	43462	73.91	9.13	10.20	6.76
8	Otras enf. de la piel y del tej.subcutaneo	24177	4284	3009	3328	34798	69.48	12.31	8.65	9.56
9	Otras helmintiasis	8140	4693	6974	9815	29622	27.48	15.84	23.54	33.13
10	Fiebre de orig.desconocido	7664	6123	4282	8593	26662	28.75	22.97	16.06	32.23
11	Otras infecc. con transm. predominan. sexual	15030	4108	2731	3191	25060	59.98	16.39	10.90	12.73
12	Otras enf. del sistema urinario	13477	3769	2831	3675	23752	56.74	15.87	11.92	15.47
13	Ot.traum.reg.especific, no especific. y mult.reg.cuerpo	13085	4860	2495	2912	23352	56.03	20.81	10.68	12.47
14	Ot.sint.sig.y hallazg.anorm.clin.y lab, no clasif.ot.parte	11746	3631	3398	3674	22449	52.32	16.17	15.14	16.37
15	Otras enf. infecciosas intestinales	12949	2842	2345	3644	21780	59.45	13.05	10.77	16.73
	Demas enfermedades	297329	50475	34857	45390	428051	69.46	11.79	8.14	10.60
	Total	691860	184332	138971	182544	1197707	57.77	15.39	11.60	15.24

Fuente: OEI-EPI DIRES/LL

4.1.25.Morbilidad de consulta externa por Provincias

Se atienden problemas mórbidos en la región en promedio 2 veces más frecuentes en la costa que en la sierra. Esto se explica por el tamaño de la población y por el acceso a los servicios de salud . Algunos problemas como tumores, trastornos del comportamiento, trastornos de ojos y anexos, malformaciones congénitas.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan siendo la primera causa de morbilidad por grandes causas, en mayor porcentaje en las provincias de la sierra.

Presentamos la distribución de la morbilidad de consulta externa de la Libertad por provincias de costa y sierra según total de lista de capítulos CIE-10.

**CAUSAS DE MORBILIDAD POR CAPITULOS CIE10 SEGÚN AREAS
LA LIBERTAD 2005**

Nº	Lista de Morbilidad por Capítulos de CIE10	COSTA	SIERRA	Total	% COSTA	% SIERRA
1	Enf. Infecc. intestinales	97486	61487	158973	61.32	38.68
2	Tumores	5033	326	5359	93.92	6.08
3	Enf. sangre y órganos hematopoyéticos	7929	5830	13759	57.63	42.37
4	Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	52145	57892	110037	47.39	52.61
5	Trastornos mentales y del comportamiento	11426	2433	13859	82.44	17.56
6	Enf. del sistema nervioso	7315	3141	10456	69.96	30.04
7	Enf. del ojo y sus anexos	42205	6606	48811	86.47	13.53
8	Enf. del oído y de la apófisis mastoides	13813	4280	18093	76.34	23.66
9	Enf. del sistema circulatorio	10827	2224	13051	82.96	17.04
10	Enf. del sistema respiratorio	260475	125619	386094	67.46	32.54
11	Enf. del sistema digestivo	101310	32059	133369	75.96	24.04
12	Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	38360	14340	52700	72.79	27.21
13	Enf. Sist. osteomuscular y del Tej. conjuntivo	24800	8384	33184	74.73	25.27
14	Enf. del Sist. genitourinario	48413	12702	61115	79.22	20.78
15	Embarazo, parto y puerperio	29167	6184	35351	82.51	17.49
16	Ciertas afecciones orig. en el período perinatal	4027	491	4518	89.13	10.87
17	Malform. Cong., deformidades y anomalías cromos.	2359	195	2554	92.36	7.64
18	Signos, síntomas y afecciones mal def.	36131	21861	57992	62.30	37.70
19	Traumatismos y envenenamientos	28941	9491	38432	75.30	24.70
	Total	822162	375545	1197707	68.64	31.36

4.1.26. ANALISIS DE LA MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION (EGRESOS HOSPITALARIOS)

Se han realizado 29560 hospitalizaciones en los establecimientos de salud públicos en nuestra región durante el año 2005, de las cuales podemos observar que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y el parto normal ocupan los dos primeros lugares con un (46.05%) como grandes grupos de causas que demandaron una atención hospitalaria. Le siguen las enfermedades infecciosas intestinales, los traumatismos y envenenamientos, tumores y otras del apar. circulatorio.

**CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN
LA LIBERTAD 2005**

Nº	Lista de morbilidad	Casos	%	% Acum
1	Complicac. embarazo parto y puerperio	7707	26.07	26.07
2	Parto normal	5906	19.98	46.05
3	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2218	7.50	53.56
4	Traumatismos y envenenamientos	2131	7.21	60.76
5	Tumores	1026	3.47	64.24
6	Enfermedades del aparato circulatorio	955	3.23	67.47
7	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	286	0.97	68.43
8	Las demás Enfermedades	9331	31.57	100.00
	Total	29560	100	

En el análisis de los egresos hospitalarios por lista de morbilidad observamos que el parto normal ocupa el primer lugar (20%) como causa de hospitalización a nivel de los establecimientos de nuestra región, le siguen la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y posibles problemas del parto (16.9%), juntos representan un importante 36.92%, y evidencian la prioridad que tiene la atención materna en nuestros servicios de salud. En tercer lugar le siguen las enfermedades de otras partes del aparato digestivo (12.5%) y ciertas afecciones relacionadas con el periodo perinatal, todos responden al 55.4% de las hospitalizaciones.

4.1.27. EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN SEXO

En los varones observamos que predominan las enfermedades de otras partes del aparato digestivo (22.6%), ciertas afecciones originadas en periodo perinatal (12.5%), neumonía e influenza (4.3%), traumatismos de cabeza y cuello (4.2%), Traumatismos de miembros inferiores (4.1%) y otras enfermedades del aparato respiratorio (3.4%); juntos explican el 51.2% de los egresos hospitalarios.

En las mujeres son motivo de hospitalización en un 50% la atención del parto normal (27.5%) y la atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica (23.3%). Le siguen las enfermedades del aparato digestivo (8.7%), la enfermedad hipertensiva del embarazo, parto y puerperio (6.4%) y embarazo terminado en aborto (5.3%), juntos explican el 71% de las hospitalizaciones

4.1. 28. ETAPA DE LA NIÑEZ (0 A 9 AÑOS)

En la primera década de la vida predominan las afecciones del periodo perinatal con un 39.7%. Le siguen la neumonía e influenza y las enfermedades de otras partes del aparato digestivo que hacen un total de 55.43% de las hospitalizaciones de este grupo de edad.

CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL NIÑO SEGÚN CAPITULOS CIE10. LA LIBERTAD 2005

Nº Lista de Morbilidad por Capítulos de CIE10	Casos	%	% Acum
1 Enf. del sistema respiratorio	285786	47.36	47.36
2 Enf. Infecc. intestinales	91251	15.12	62.49
3 Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	78196	12.96	75.44
4 Enf. del sistema digestivo	36124	5.99	81.43
5 Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	28496	4.72	86.15
6 Signos, síntomas y afecciones mal def.	22851	3.79	89.94
7 Enf. del ojo y sus anexos	13114	2.17	92.11
8 Traumatismos y envenenamientos	11097	1.84	93.95
9 Enf. del oído y de la apófisis mastoides	9491	1.57	95.53
10 Enf. sangre y órganos hematopoyéticos	8611	1.43	96.95
Los demas Capítulos	18383	3.05	100.00
Total	603400	100.00	

Fuente: OEI-EPI DIRES/LL

4.1.29. ETAPA DEL ADOLESCENTE (10 A 19 AÑOS)

En la segunda década de la vida la atención de parto normal por embarazo en adolescentes ocupa el primer lugar como causa de hospitalización (27.8%). Asimismo, en los siguientes 04 lugares de prioridad se encuentran también que problemas relacionados con el embarazo fueron motivo de hospitalización.

**CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADOLESCENTE SEGÚN CAPITULOS
CIE10. LA LIBERTAD 2005**

Nº Lista de Morbilidad por Capítulos de CIE10	Casos	%	% Acum
1 Enf. del sistema respiratorio	53803	27.47	27.47
2 Enf. del sistema digestivo	33540	17.12	44.59
3 Enf. Infecc. intestinales	23588	12.04	56.63
4 Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	15176	7.75	64.38
5 Signos, síntomas y afecciones mal def.	12512	6.39	70.76
6 Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	9790	5.00	75.76
7 Enf. del Sist. genitourinario	8797	4.49	80.25
8 Enf. del ojo y sus anexos	8589	4.38	84.64
9 Traumatismos y envenenamientos	7808	3.99	88.62
10 Embarazo, parto y puerperio	7342	3.75	92.37
Los demas Capítulos	14943	7.63	100.00
Total	195888	100.00	

Fuente: OEI-EPI DIRES/LL

4.1.30. ETAPA DEL ADULTO (20 A 59 AÑOS)

En el adulto al igual que en los adolescentes predominan las causas maternas como motivo de hospitalización. La atención del parto normal y la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica ocupan los dos primeros lugares con un alto porcentaje (50.6%).

**CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADULTO SEGÚN CAPITULOS CIE10.
LA LIBERTAD 2005**

Nº Lista de Morbilidad por Capítulos de CIE10	Casos	%	% Acum
1 Enf. del sistema digestivo	54724	16.45	16.45
2 Enf. del Sist. genitourinario	41662	12.52	28.97
3 Enf. Infecc. intestinales	40706	12.24	41.21
4 Enf. del sistema respiratorio	38190	11.48	52.69
5 Embarazo, parto y puerperio	28009	8.42	61.10
6 Enf. Sist. osteomuscular y del Tej. conjuntivo	20145	6.06	67.16
7 Signos, síntomas y afecciones mal def.	19788	5.95	73.11
8 Enf. del ojo y sus anexos	18137	5.45	78.56
9 Traumatismos y envenenamientos	16213	4.87	83.43
10 Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	13660	4.11	87.54
Los demas Capítulos	41462	12.46	100.00
Total	332696	100.00	

Fuente: OEI-EPI DIRES/LL

4.1.31. ETAPA DEL ADULTO MAYOR (60 AÑOS A MÁS)

En el adulto mayor las causas que corresponden al 50% de los egresos hospitalarios son las enfermedades de otras partes del aparato digestivo (23.5%), la enfermedad cerebrovascular (8.9%), otras enfermedades del aparato respiratorio (6.7%), las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas (6%) y la neumonía e influenza (5%) .

4.1.32. ETAPA REPRODUCTIVA (MUJERES DE 15 A 49 AÑOS)

En las mujeres de edad reproductiva la atención del parto normal y todas las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como el aborto ocupan el 81.4% de las hospitalizaciones ocurridas en el año 2005 en este grupo de edad y sexo.

4.1.33. ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

4.1.33.1. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Las enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), continúan siendo un importante problema de Salud Pública, no sólo por el número de casos que se producen cada año, sino por el impacto negativo que tiene sobre el estado nutricional de los niños menores de cinco años. Para el 2005 el sistema de vigilancia epidemiológica reportó un total de 74,917 casos de EDAs, con una Incidencia acumulada de 4,762.4 x 100,000 hab., 6.52% más que el año anterior; en el que se tenía un acumulado de

69,376 casos con una Incidencia acumulada de 4,473.6 x 100,000 hab. El promedio de casos por semana fue de 1441 y la razón de Edas Acuosas/Disentéricas de 13:1. Así mismo, en los últimos 6 años se observa una disminución del 50% del porcentaje de EDAS disentéricas.

La Sierra registra un incremento del 15.4% en su incidencia, siendo las provincias de Julcán, Bolívar, Gran Chimú y Pataz, las que registran incrementos del 49.2%, 23.4%, 19.6% y 19% respectivamente con respecto al 2004. La tendencia se encuentra ligeramente en ascenso respecto al promedio de casos esperado.

La curva epidémica de casos evidencia un comportamiento estacional de las EDAS, con incremento en el verano en los mayores de 5 años e incremento en la estación más fría en los menores de 5 años, lo que sugiere una probable etiología viral en este grupo.

Las provincias que presentaron una Incidencia acumulada superior a la regional son: Virú (9066 x 100,000 hab.) y Trujillo (5486.9 x 100,000 hab.) en la costa; Gran Chimú (5267.2 x 100,000 hab.) y Santiago de Chuco (5102.6 x 100,000 hab.) en la sierra. Por otro lado las provincias que reportan porcentajes de Edas disentéricas que superan el 10% del total de casos de EDAS son: Santiago de Chuco (29.0%), Bolívar (23.2%), Otuzco (19.6%) y Gran Chimú (13.3%).

La tendencia de la morbilidad por diarrea en menores de 5 años se mantiene desde el año anterior. La distribución de incidencia de casos por grupos de edad, tuvo mayor impacto en los menores de 01 año (471.8 x 1000), seguido de 1 a 4 años (199.3 x 1000) y en los mayores de 05 años (22.6 x 1000). La tasa en los grupos de edad menor de 01 año, 1 a 4 años y 5 a más, muestra un incremento de 9.8%, 10.0% y 40.7% respectivamente. Sólo el 0.55 de los casos ha requerido hospitalización en comparación al 2004 que fue 0.74.

4.1.33.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las IRAS son la primera causa de morbilidad y mortalidad en los menores de 5 años en la región. El acumulado de IRAS durante el 2005 fue de 215,348 episodios con una Incidencia acumulada de 1280,1 por 100,000 menores de 5 años, 10% más que el año anterior en que se reportaron 196753 casos y una Incidencia acumulada de 1163.37 por 100000 menores de 5 años. En promedio se han reportado 4141 casos de infecciones respiratorias agudas y 28 casos de Neumonía por semana.

La incidencia acumulada por grupos de edad fue mayor en el grupo de menores de 1 año (2478,2 por 1000), seguida del grupo de 1-4 años (959,4 x 1000).

El incremento de casos por semana epidemiológica se evidenció a partir de la S.E.11 prolongándose hasta la S.E. 47. Las provincias que presentaron mayor incidencia acumulada de IRAS por 1000 menores de 5 años en el año 2005, fueron: Virú (2267.3), Julcán (1852.6), Gran Chimú (1742.9), Ascope (1554.9) y Santiago de Chuco (1435.2).

La distribución geográfica de casos de IRA durante el año 2005 no ha sido homogénea, la provincia de Trujillo reportó el 47.4 % del total de los casos, pero la mayor incidencia acumulada de IRAS la tuvo la provincia de Virú con una IA de 2267.3 por 1000 menores de 5 años, es decir, cada niño menor de 5 años tuvo en el 2005 2 a más episodios de IRA en el año.

Las neumonías tienen gran importancia, porque los estadios severos de la enfermedad son los responsables directos de la mortalidad que se le atribuye a las IRAs. El acumulado de neumonías durante el año 2005 fue de 1452 casos, 41,4 % menos que el año anterior, con una incidencia acumulada de 863,1 por 100,000 menores de 5 años. La incidencia por grupo de edad fue mayor en el grupo menor de 1 año (25.7 por 1000) seguida del grupo de edad 1a 4 años (83.8 por 1000). Del total de neumonías reportadas el 38.3% corresponden a Neumonía grave + Enfermedad muy grave y de estas el 99,1% requirieron hospitalización.

Las provincias que presentaron mayor incidencia acumulada de neumonías por 1000 menores de 5 años, fueron: Bolívar (22.6), Santiago de Chuco (16.7), Virú (12.5) y J.F.S.C (11.1), Pataz (14.2), Otuzco (11.6) y Virú (6.3 por 1000) respectivamente presentan la mayor incidencia acumulada de Neumonía grave + Enfermedad muy grave.

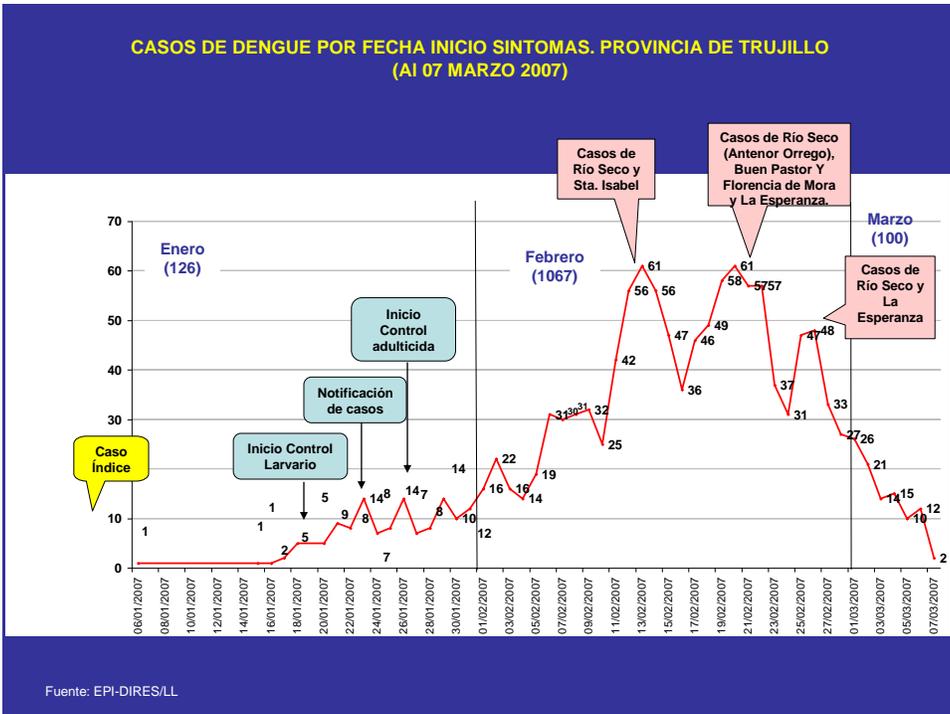
El acumulado de casos de Síndrome Obstrucción Bronquial (SOB/ASMA) durante el presente año fue de 15621 casos con una I.A. de 92.8 x cada 1000 < 5 años, en comparación al año 2004 el número de casos descendió en 0.5%. Las provincias con mayor incidencia en La Libertad fueron: Trujillo (13.7), Pacasmayo (12.5) y Ascope (12.2 x 1000 < 5 años). En promedio se reportaron 300 casos por semana epidemiológica.

4.1.33. ENFERMEDADES METAXENICAS

4.1.33.1 DENGUE

El Dengue es una enfermedad importante transmitida por vectores que tiene carácter de re-emergente. En el Perú, existe un reporte de casos aislados de dengue entre 1953 a 1958. A partir de febrero de 1990, se inicia la epidemia del dengue en el Perú, en las principales áreas de la región amazónica. Durante el 2001 se presentó el brote más grande en el país con un total de 23,326 casos de dengue clásico y 250 casos de DH, afectando las principales ciudades de la macrorregión norte.

En La Libertad se detectó el vector en 1994, implementándose la vigilancia entomológica en puntos críticos a lo largo de la costa liberteña. En 1999 se detectó la presencia del vector en el distrito de Virú; y a fines del mismo año en los distritos de Trujillo y La Esperanza. En el 2000 se registró el primer brote epidémico de Dengue Clásico, en las zonas urbanas y urbanas marginales de 5 distritos de la provincia de Trujillo, reportándose un total de 1349 casos.



ESCENARIO DEL BROTE DE DENGUE EN TRUJILLO. 2007

ESCENARIO SIN INTERVENCIÓN

CARACTERÍSTICAS	N° CASOS
Casos de Dengue	313,290
Casos de Dengue que acuden a atención de salud	31,329
Casos de Dengue Hemorrágico	3,132
Casos de Dengue Hemorrágico con shock	313
Fallecidos por Dengue	50

Población en riesgo: 626,580 hab.*

Tasa de ataque: 50%

Duración del Brote: 4 meses. (Término por agotamiento de la población de susceptibles)

* Población total distritos El Porvenir, Florencia de Mora, La Esperanza, y Trujillo Este (50% de la población del distrito.)

4.1.33.2. LEISHMANIOSIS

La Leishmaniosis es una enfermedad endémica en nuestra región, sobretodo en las localidades de la sierra. Hay dos especies predominantes del parásito: Leishmania braziliensis-peruviana responsable de la variedad cutánea andina o uta y Leishmania braziliensis-braziliensis que causa la forma mucocutánea; siendo la primera (variedad cutánea o uta) la que se produce en nuestra región.

Durante el año 2005 se reportaron 367 casos con una morbilidad acumulada de 23.3 x 1000,000 hab.; 13.1% más que el año anterior en que se reportaron 320 casos con una morbilidad de 20.6 x 100,000 hab.

Son 35 los distritos que están comprometidos con este daño, de los cuales el distrito de La Cuesta (provincia de Otuzco) el que se encuentra en alto riesgo y es además el que registra la mayor morbilidad (13.2 x 1000 hab.); sin embargo, es el distrito de Salpo el que reporta el mayor número de casos.

LESHMANIOSIS SEGÚN PROVINCIA LA LIBERTAD 1999-2007*(A LA SE

PROVINCIA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BOLIVAR	18	32	14	26	16	19	8	10	13
GRAN CHIMU	51	98	39	52	62	63	54	82	194
JULCAN	22	10	28	11	27	2	3	3	14
OTUZCO	199	157	94	195	141	132	142	120	278
PATAZ	2	3		1			2	2	1
SANCHEZ CARRION	52	39	29	49	25	32	67	36	2
SANTIAGO DE CHUCO	140	103	45	77	90	59	88	44	93
TRUJILLO	11	13	19	19	26	18	4	12	37
VIRU	3	35	11	10	20	9	9	5	4
LA LIBERTAD	498	490	279	440	407	334	377	314	636
INC. x 100000 hab.	34.6	33.4	18.7	29.2	26.4	23	24	19.7	40

CUADRO COMPARATIVO DE LEISHMANIASIS TOTAL SEGÚN RIESGO EPIDEMIOLÓGICO
LA LIBERTAD 1997 - 2007 (A LA SE 32)

AÑO	Nº DIST. AFECTADOS	Nº TOTAL CASOS	POB TOTAL EN DIST. RIESGO	POB REGIONAL	% POB. REGIONAL	MOR. POB. EN RIESGO (x 1000 hab.)	MORB. REGIONAL (x 1000 hab.)
1997	31	322	262885	1390568	18.9	1.22	0.2316
1998	32	313	269499	1415512	19.0	1.16	0.2211
1999	38	498	341794	1440828	23.7	1.46	0.3456
2000	35	490	306035	1465970	20.9	1.60	0.3342
2001	30	279	227594	1491083	15.3	1.23	0.1871
2002	38	440	377688	1506122	25.1	1.16	0.2921
2003	35	407	369453	1541427	24.0	1.10	0.2640
2004	34	334	360746	1550796	23.3	0.93	0.2154
2005	33	377	358854	1573106	22.8	1.05	0.2397
2006	33	314	366147	1595377	23.0	0.86	0.1968
2007	30	636	287757	1609443	17.9	2.21	0.3952

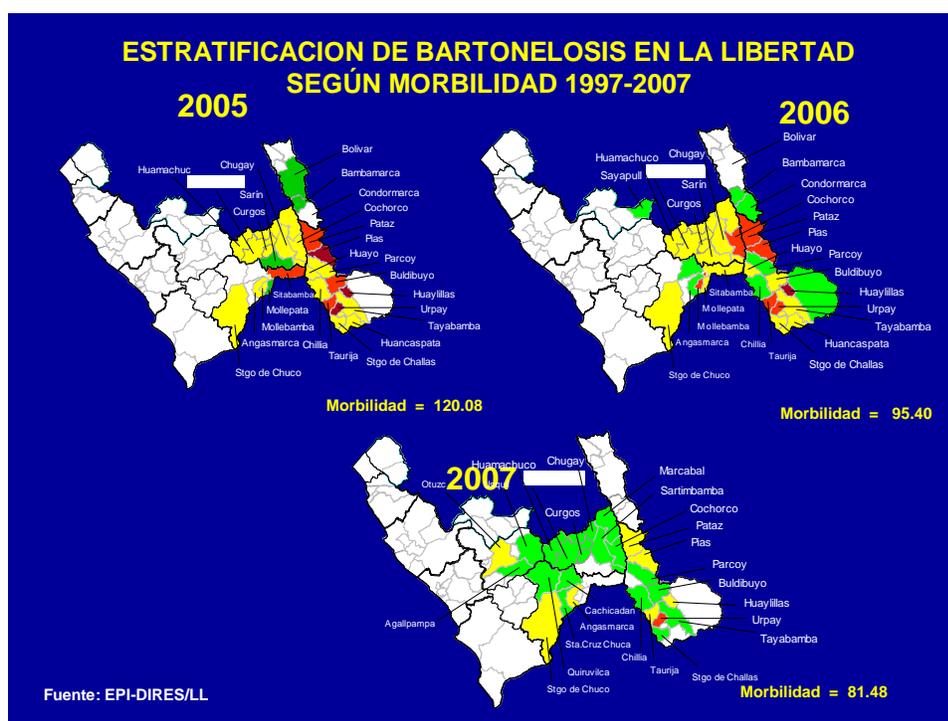
La población más afectada es la de varones con el 57% del total de casos reportados. De igual manera los menores de 15 años)

4.1.33.3. BARTONELOSIS

La distribución geográfica de la Bartonelosis o Enfermedad de Carrión se ha restringido a los valles interandinos entre los 800 y 3000 m.s.n.m. Durante el 2005 se reportaron 1895 casos con una Incidencia Acumulada de 120.46 x 100,000 hab., 2 veces mas que el año anterior, en el que se reportaron 941 casos con una Incidencia Acumulada de 60.7 x 1000,000 hab. En el 2005 se ha registrado la mayor incidencia de los últimos cinco años.

El incremento de casos se registra principalmente en la provincia de Pataz, con 14 veces más casos con respecto al año anterior, captados por la búsqueda activa de casos realizada en todos los distritos de la provincia de Pataz.

Son 25 los distritos afectados, de los cuales los distritos: Huayllillas, Pataz y Urpay de la provincia de Pataz son los que presentan la mayor morbilidad que oscila entre 61.31 a 192.98 x 1,000 hab. Sólo la provincia de Pataz reporta el 61.5% del total de casos a nivel regional.



Los grupos de edad mas afectados en ambos sexos son los menores de 15 años, y en general, predomina el sexo femenino como el más afectado con el 58.8%.

4.1.33.4. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

La prevalencia e incidencia a nivel mundial de las enfermedades inmunoprevenibles se han visto marcadamente disminuidas desde el descubrimiento, elaboración y aplicación a gran escala de vacunas, lográndose la erradicación de la viruela; y, actualmente se encuentran en proceso de eliminación: la poliomielitis, el sarampión y la rubéola y en futuro no muy lejano otras enfermedades para las cuales ya se cuenta con vacunas desarrolladas.

Desde que en 1979 se iniciaron las actividades del programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), las coberturas de inmunizaciones en nuestro país se incrementaron progresivamente y desde 1990 se mantienen por encima del 90% con un importante impacto reflejado en la reducción de la incidencia de este tipo de enfermedades.

4.1.33.4.1. SARAMPIÓN / RUBÉOLA

Se ha logrado avanzar mucho en la reducción de la mortalidad por sarampión. Se calcula que la mortalidad mundial por sarampión se redujo en un 30% entre 1999 y 2002, y en África se redujo todavía más (35%). Si se sigue aplicando la estrategia integral de la OMS y UNICEF, mejorar y mantener coberturas elevadas de vacunación, evitar el acúmulo de susceptibles a través de campañas de seguimiento y la vigilancia de este problema de salud, los países pueden alcanzar la meta fijada para 2005 de reducir la mortalidad por sarampión a la mitad respecto al año 1999.

Nuestro país lo ha logrado. El último caso confirmado de sarampión ocurrió en el país en el distrito de Ventanilla, Callao en la S.E. 13 del año 2000 y en nuestra región en el año 1996. Desde que el Perú inició en el año 1992 las actividades del Programa de Eliminación del Sarampión, se han mantenido coberturas elevadas de vacunación ASA; sin embargo, algunos distritos del país presentan coberturas tan bajas que el acumulo de susceptibles sobrepasa todos los años la cohorte de nacimientos, manteniéndose en situación de riesgo.

En La Libertad 22 distritos culminaron el 2005 en situación de riesgo por tener índices de riesgo mayor de 1: Trujillo, El Porvenir, Huanchaco, La Esperanza, Laredo, Victor Larco, Ascope, Chicama, Paiján, Stgo de Cao, Casa Grande, Chepén, Marmot, Sayapullo, Julcán, Otuzco, Salpo, San Pedro de LLoc, Jequetepeque, Pacasmayo, San José, Huancaspata y Urcay,. En ellos deberá fortalecerse la estrategia de inmunizaciones para revertir esta situación, realizando monitoreo rápido de coberturas y barrido en las localidades de riesgo.

Durante el año 2005 se reportaron 151 casos sospechosos de Sarampión/ Rubéola, en el sistema integrado de vigilancia de estas dos enfermedades, los cuales estuvieron distribuidos en 12 distritos (02 distritos más que el año anterior), 06 de los cuales pertenecen a la provincia de Trujillo (94.7% del total de casos). Del total de casos reportados el 60.4% (87) fueron positivos a Rubéola, alcanzando una Incidencia Acumulada de 5.72 x 100,000 hab. Ningún caso de Sarampión ha sido confirmado desde el año 1996 .

4.1.33.4.2. TOS FERINA

Entre 1999 al 2005, la Tos ferina muestra un incremento en su actividad en tres períodos, en 1999, 2000 y 2005. Durante el 2005 se han reportado un total de 91 casos probables de Tos Ferina distribuidos en 16 distritos (15 distritos menos que el año anterior). Solo un caso procedente del distrito de Víctor Larco ha sido confirmado. La incidencia acumulada es de 0.06 x 100,000 hab. El grupo de edad mayormente afectado fue el menor de 5 años (79.1%).

4.1.33.4.3. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Durante el presente año se reportaron 37,085 casos de flujo vaginal y 5,748 casos de dolor abdominal bajo. Así mismo, fueron reportados 33 casos de sífilis congénita, con una tasa de Incidencia Acumulada de 9.3 x 10,000 n.v., 9.1% menos que el año anterior; 69.7% procedieron de la provincia de Trujillo, el 39.1% del distrito de Trujillo, seguido del distrito La esperanza con el 26.1% .

4.1.33.4.4. HIV - SIDA

Desde la aparición del HIV-SIDA en el país y su primera notificación en el año 1983, en La Libertad se han reportado desde el año 1989 en que se captó el primer caso en 929 casos de HIV-SIDA. Del total de casos el 22% se encuentran registrados ya como fallecidos.

Durante el año 2005 se notificaron un total de 121 casos (80 en estadio de VIH y 41 en SIDA), la Incidencia Acumulada fue de 7,7 x cada 100,000, 51.0% más que el año anterior en que se tuvo una I.A. de 7,7 x cada 100000 hab.

La provincia que reporta la mayor cantidad de casos es Trujillo con el 62.85% del total regional, siendo el distrito de Trujillo el que registra la mayor cantidad de casos con 39.5% del total provincial.

Según la distribución de casos el 65.2% de los casos fueron captados en estado de portador VIH y algo más de la tercera parte (34.8%) en estadio SIDA. Asimismo, el 70.2% del total al sexo masculino y el 62.0% de los casos está comprendido en el grupo de 20 a 34 años; de ellos el mayor número de casos está comprendido de 25 a 29 años. La razón de transmisión Hombre/Mujer es de 3:1. Los indicadores de mayor incidencia son: Síndrome de Consumo, Candidiasis Esofágica y TBC Pulmonar. Del total de casos de SIDA el 22% han fallecido.

La vía de transmisión más frecuente es la heterosexual (70.7%), homosexual (19.3% bisexual (7.7%), por exposición perinatal (1.1%), Infección perinatal (1.1%)

4.1.34. OTRAS PROBLEMAS DE SALUD DE IMPORTANCIA REGIONAL

4.1.34.1. TUBERCULOSIS

El Perú es uno de los países con mayor morbilidad por tuberculosis y uno de los 8 países con mayor carga de morbilidad de tuberculosis multidrogoresistente en el mundo. La región La Libertad ocupa el 14avo. lugar en incidencia de Tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP).

En el año 2005 se han presentado 1664 casos de tuberculosis en la región La Libertad, 1521 casos captados por MINSA (92%), 162 casos por Essalud (7%) y 20 por INPE (1%). Del total de casos, 1307 son casos nuevos de Tuberculosis en todas sus formas con una Incidencia de 83 por 100,000 hab., lo que representa una reducción en la incidencia del 52% con respecto al año 1991, primer año del Programa de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud, en que se tuvo una incidencia de 173 x 100,000 hab.

Asimismo, del total de casos de tuberculosis, 800 son casos de tuberculosis pulmonar Frotis positivo (TBP-FP), con una incidencia de 50 x 100,000 hab., una reducción del 48% en los últimos 15 años). La incidencia de casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP) se encuentra por debajo del promedio nacional (63 x 100,000 hab.)

Del total de casos captados el 78% corresponden a casos de tuberculosis pulmonar, observándose un incremento progresivo de casos de tuberculosis extrapulmonar, de 7% en el año 1991 a 22% en el 2005, lo que podría explicarse por una mejor calidad diagnóstica.

Los grupos de edad más afectados se encuentran en las edades medianas del ciclo de vida, entre los 15 y 44 años de edad.

En el análisis de la búsqueda de casos que realizan los establecimientos de salud podemos observar que han disminuido el número de sintomáticos respiratorios (SR) identificados de 51,857 en el año 2000 a 35,692, que representa solo el 55% de los SR esperados. Así mismo, durante el 2005 se han realizado 70,496 baciloscopías de diagnóstico, con las que se han podido captar 800 casos de Tuberculosis pulmonar a frotis positivo.

Del total de atenciones en mayores de 15 años en el año 2005, solo el 2.8% han sido captados como sintomáticos respiratorios. Igualmente, se han identificado 5777 contactos, siendo examinados el 87.6% (5062); y se han realizado 4494 cultivos de diagnóstico, de los cuales el 12% (552) fueron positivos.

Esta disminución en la búsqueda de casos en los últimos 5 años, explica la reducción de la incidencia y morbilidad y probablemente un acúmulo de casos de tuberculosis en la comunidad, lo que incrementa el riesgo de la población a enfermar por este problema de salud. Y, por otro lado, se observa un incremento de la mortalidad en los últimos 5 años, de 1.8 a 3.4 por 100,000 hab., que se debería a la captación de casos de tuberculosis en etapas avanzadas de la enfermedad y al aumento de los casos de MDR. No se ha presentado ningún caso de meningitis tuberculosa en el año 2005 y la letalidad fue de 1.5 %.

Las provincias de mayor riesgo son Trujillo, Ascope y Virú donde las tasas de incidencia se encuentran por encima de 100 x 100, 000 hab., debido a que en estas provincias se encuentra concentrada un alto porcentaje de población en situación de pobreza y una mayor densidad poblacional y en condición de hacinamiento.

Las provincias de Chepén y Pacasmayo se encuentran en mediano riesgo con incidencias alrededor de 70 x 100,000 hab. y el resto de provincias en bajo riesgo con incidencias que oscilan entre los 10 a 20 x 100, 000 habitantes.

4.1.34.2. MORTALIDAD MATERNA

Se realizó el estudio de las muertes maternas reportadas por los establecimientos de salud de la región durante el periodo 2000 - 2005, correspondientes al sector público Essalud y privados.

Se han registrado un total de 240 muertes maternas en los últimos 6 años, desde el inicio de la vigilancia de la mortalidad materna en la región La Libertad, en el que podemos apreciar que el 72% de las muertes se han producido en la región de la sierra, debido a las limitaciones en el acceso a los servicios de salud, distancia en tiempo, capacidad resolutive de establecimientos de salud; y por las creencias y costumbres de la población, nivel de instrucción de la gestante y pareja, entre los principales

La procedencia de las muertes según provincia muestra que el mayor número de muertes se ha producido en la provincia José Faustino Sánchez Carrión.

Casi las dos terceras partes de los fallecimientos se han producido en el grupo de gestantes entre los 20 a 35 años de edad, en la mejor etapa de la edad reproductiva .

El 72.6% de las muertes maternas ocurrió en el grupo de gestantes que no tenían instrucción o algún grado de instrucción primaria, lo que explica la demora encontrada en la identificación del problema y la decisión de solicitar ayuda a un establecimiento de salud .

**MUERTES MATERNAS SEGÚN PROVINCIA DE PROCEDENCIA
LA LIBERTAD 2000-2006**

PROVINCIA DOMICILIO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total General
ASCOPE	3		1	1	1	3	1	10
BOLIVAR		1	1	5	1	1	1	10
CHEPEN	1			4	2	2	0	9
GRAN CHIMU	1			3	3	2	1	10
JULCAN	2		2	1	4	1	2	12
OTUZCO	8	6	3	5	5	2	4	33
PACASMAYO	4		1	1	3	1	0	10
PATAZ	5	3	3	1	7	3	2	24
SANCHEZ CARRIÓN	9	10	8	12	7	4	6	56
STGO DE CHUCO	9	3	7	3	5	8	4	39
TRUJILLO	4	8	6	6	10	9	12	55
VIRU	1	2	1	0	0	1	0	5
Total General	47	33	33	42	48	37	33	273

**DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN PROCEDENCIA
LA LIBERTAD 2000-2006**

N° MUERTES PROCEDENCIA		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL GENERAL
COSTA	N°	13	10	9	12	16	16	14	90
	%	27.66	30.30	27.27	28.57	30.30	27.27	42.4	33.0
SIERRA	N°	34	23	24	30	32	21	19	183
	%	72.34	69.70	72.73	71.42	69.70	72.73	57.6	67.0
TOTAL GENERAL	N°	47	33	33	42	48	37	33	273

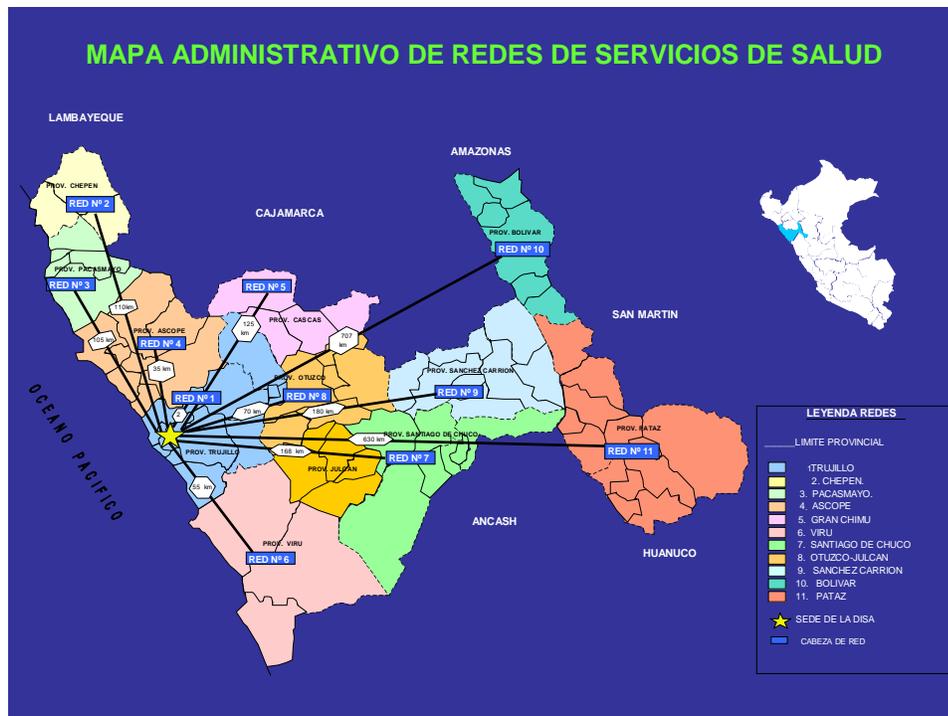
V. ANALISIS DE LA OFERTA

5.1 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PUBLICOS

La Dirección Regional de Salud de La Libertad cuenta con 208 establecimientos de salud (2 de ellos son hospitales de III nivel) y 06 anexos de puestos de salud, que pertenecen al sector público (Ministerio de Salud), el principal proveedor de servicios de salud de la región. El segundo proveedor es EsSalud, le siguen los privados y los de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales.

Para un mejor funcionamiento, especialmente para mejorar la capacidad resolutiva los establecimientos de salud públicos de La Libertad están organizados en redes y microrredes de servicios de salud. En el año 2005 se ha creado la Red Julcán, la misma que cuenta con 11 establecimientos.

La Dirección de Salud La Libertad se encuentra organizada en 12 redes de servicios de salud, 2 Hospitales referenciales de III nivel y un Instituto Regional Oftalmológico la mayoría concentrados en la costa.



**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORIZADOS EN LA DIRESA
LA LIBERTAD -2006**

Categorización de establecimientos	
Establecimientos de Salud	Categorías
47	I-1
114	I-2
27	I-3
15	I-4
4	II-1
0	II-2
2	III-1
1	III-2

5.2. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Existen brechas acentuadas en la distribución del personal de salud según estratos socioeconómicos y ámbito geográficos, observándose que la mayoría de los recursos humanos están congregados en los estratos menos pobres, en detrimento de los más pobres, tal es el caso que en el estrato I no existen médicos especialistas en cirugía, pediatras, gineco-obstetras y de apoyo al diagnóstico, solo las obstetrices se encuentran distribuidas homogéneamente en los 4 estratos.

El 90.8% del total de los profesionales de la salud se encuentran concentrados en los establecimientos de salud ubicados en el área urbana. Con relación a los médicos el 93.6% del total de ellos se encuentran concentrados en las áreas urbanas, el 65% en zonas de menor estrato de pobreza o estrato IV.

La razón de Personal Administrativo/Personal Asistencial de todos los subsectores en La libertad es de 0.2. No hay grandes cambios en el 2005, teniendo en cuenta que no existe la disponibilidad de incrementar un mayor número de personal.

Se evidencia en la distribución del personal de salud, que los médicos se concentran en el área urbana y en los estratos de menor pobreza, lo que pone en evidencia la gran inequidad que aun existe en la atención de salud en nuestra región.

Muchos factores explican esta situación: laborar en zonas lejanas, distantes de las áreas urbanas, en establecimientos de salud de baja complejidad, con ausencia de servicios de soporte diagnóstico, el poco apoyo a la capacitación y desarrollo profesional del personal, conducen a una rápida deserción.

RECURSO HUMANO SEGÚN ESPECIALIDAD POR 10 MIL HABITANTES LA LIBERTAD (Censo 2002)		
Profesionales de la Salud	Total	Tipo de Personal/ 10 mil hab.
Medicos	1587	11
Enfermeras	794	5
Obstetricas	327	2
Odontólogos	240	2
Otros profesionales de la salud	603	4
No Profesionales de Salud-Técnicos	2097	14
Personal Administrativo	522	4
Personal de Servicios Generales	631	4

5.3 DISPONIBILIDAD DE CAMAS

Las camas funcionales de los establecimientos de salud se encuentran concentradas en los estratos de menor pobreza (III y IV), siendo el MINSA el Subsector que mayor número de camas ofrece. En segundo lugar se encuentra ESSALUD.

El número de camas disponibles es de 2.2 camas/ mil habitantes, cifra algo mayor para el promedio nacional que es de 1.8 x 1000 habitantes según el Censo de Infraestructura de Salud 1999. No ha habido grandes cambios desde el 2002 a la fecha.

**Nº CAMAS POR MIL HABITANTES SEGUN PROVINCIA
LA LIBERTAD 2002**

Provincia	Camas	Población	Camas/mil hab.
Chepén	355	64894	5.5
Pacasmayo	330	93062	3.5
Ascope	338	109922	3.1
Trujillo	1998	732592	2.7
Otuzco	84	89368	0.9
Pataz	62	70491	0.9
Gran Chimú	20	30191	0.7
Bolívar	11	18776	0.6
Sánchez Carrión	62	121109	0.5
Julcán	18	40281	0.4
Stgo. De Chuco	20	51995	0.4
Virú	0	43289	0.0
La Libertad	3298	1465970	2.2

VI. CONCLUSIONES

6.1 SEGÚN LOS CONDICIONANTES DE VIDA

1.La Libertad es la tercera región con mayor población, después de Lima y Piura, y tienen una Tasa de crecimiento intercensal con una disminución sostenida que llegará hasta 1.3 en el quinquenio 2010-2015.

2.El 71.7% de la población reside en la costa y Trujillo alberga al 50% de la población de la región, seguida de Sánchez Carrión. Las de menor población son Gran Chimú y Bolívar. Las provincias con mayor densidad poblacional son Trujillo y Pacasmayo, ostentan 480 y 90 habitantes por Km², respectivamente.

3.La Libertad tiene una estructura poblacional relativamente joven, pero con una tendencia a la disminución de los menores de 15 años e incremento de los mayores de 50. La mediana de edad de la población de la Libertad para el año 2005 es 26.4 años. El índice de masculinidad se mantendrá estable en los próximos años.

4.La tasa global de fecundidad ha tenido una disminución sostenida, de 3.9 hijos por mujer en 1992 a 2.6 en el quinquenio 2000-2005, además existe una diferencia marcada entre las mujeres de las áreas urbana y rural, la tasa global de fecundidad en la población rural es 2.1 veces mayor. La mediana del intervalo intergenésico entre nacimientos es mayor en la mujer urbana (46.8 meses vs. 31.3). Las mujeres rurales que se embarazan de su primer hijo durante la adolescencia en seis veces mayor que la urbana.

5. La esperanza de vida es de 73 años para el quinquenio 2000-2005, mayor en las mujeres que en los hombres en 5 años (75.6 vs. 70.5 años).
6. En relación al componente socioeconómico, el acceso a servicios básicos es diferente en la población urbana de la rural, observándose que la población urbana tiene 6.24 veces mas acceso a la luz eléctrica, 2.2 veces mas de acceso al red publica, 8.5 veces mas posee un piso de material adecuado.
7. La tasa de analfabetismo sigue siendo mayor en las mujeres que en los hombres (18.4% vs. 7.2).

6.2 SEGÚN EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

6.2.1. PERFIL DE MORTALIDAD

1. La Tasa de Mortalidad General estimada para el 2005 es 5.6 por mil hab. La Tasa de mortalidad general en varones es 5.9 por mil y en mujeres 5.2 por mil habitantes.
2. La Tasa de mortalidad Infantil estimada para el 2005 es de 40.1 por mil nacidos vivos.
3. La Razón de Mortalidad Materna se ha calculado en 141.3 por 100000 nacidos vivos, menor a la tasa promedio nacional.
4. Los tres principales grupos generales de causas de mortalidad según la lista 6/67 de OPS, que contribuyen por su frecuencia con el 60% del total de las muertes son: las enfermedades del aparato Circulatorio (21%), las Neoplasias malignas (20%) y las enfermedades transmisibles (19%).
5. La edad promedio de defunción en La Libertad para el 2005 fue de 57.4 años, para el varón 54.4 años y para la mujer 60.7 años.
6. La mediana de edad de fallecimiento para el 2005 fue de 68 años, para el varón 64 años y para la mujer 70 años.
7. Las tres primeras causas de mortalidad son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón, responsables del 25% de los fallecimientos.
8. Las principales causas de muerte en el sexo masculino son Infecciones Respiratorias agudas, las enfermedades, isquémicas del corazón y las cerebrovasculares. Las principales causas de fallecimiento en las mujeres esta dada por Infecciones Respiratorias agudas, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón.
9. En la niñez (0 a 10 años) y en el Adulto mayor (60 años a más) las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de muerte.

10. En el adolescente (10 a 19 años) y adultos (20 a 59 años) los accidentes (excepto accidentes de tránsito y disparos por arma de fuego) son la primera causa de muerte.

11. En las Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) predominan las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes de transporte terrestre como primeras causas de muerte.

6.2.2 PERFIL DE MORBILIDAD

1. Los principales grupos de enfermedades que demandan la consulta externa en los servicios son las enfermedades del aparato respiratorio. En segundo lugar le siguen ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas y las enfermedades del sistema genitourinario.

2. En el análisis de los problemas mórbidos, las faringitis y amigdalitis agudas y las otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores demandan la cuarta parte de la atención ambulatoria, seguida de la desnutrición, la caries dental y la diarrea de origen infeccioso, que juntas representan el 40% de la morbilidad atendida en la consulta externa de nuestros servicios de salud públicos.

3. De los principales grupos de enfermedades, las infecciones agudas de vías respiratorias son más frecuentes en la etapa de la niñez, adolescencia y adulto mayor. En el adulto las afecciones dentales y peridontales ocupan un importante primer lugar en los varones al igual que en las mujeres en edad fértil.

4. Los signos y síntomas mal definidos son dos veces más frecuentes entre la población en pobreza extrema con respecto a la menos pobre. Lo mismo sucede con las enfermedades infecciosas y parasitarias. Sin embargo, los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y los traumatismos y envenenamientos son mucho más elevados en la población menos pobre.

6.2.3 SEGÚN LA RESPUESTA SOCIAL

1. Existe una mayor concentración de establecimientos de salud públicos en aquellos distritos que concentran igualmente mayor número de población.

2. La mayoría de los establecimientos de salud, especialmente los de mayor complejidad, se encuentran concentrados en las áreas urbanas y en los distritos de menor pobreza (estratos III y IV). Los establecimientos del primer nivel del MINSA y ESSALUD se encuentran mayoritariamente en los estratos más pobres. Los otros subsectores tienen más servicios de salud en los estratos menos pobres.

3. El 90.8% del total de los profesionales de la salud se encuentran concentrados en los establecimientos de salud ubicados en el área urbana. El 93.6% de los médicos se encuentran concentrados en las áreas urbanas, el 65% en zonas de menor pobreza.

4.El 50% de la población es atendida en el año por los servicios de salud públicos los mismos que son utilizados hasta en más de 4 oportunidades.

5.La cobertura de inmunizaciones ha descendido ostensiblemente en el año 2005 poniendo en riesgo a la población de posibles brotes por el incremento de los susceptibles.

6.Existe aun una gran brecha en el control de gestantes de las que se captan y más aun de las que se estiman han concebido en la región. Igualmente, existe una brecha en la atención del parto en las instituciones de salud principalmente de la sierra.

7.También existe una brecha en el uso de anticonceptivos con la actual demanda de planificación familiar que existe en la región.

VII. MACROPROBLEMAS CENTRALES

1. PRESENCIA DE INDICADORES SANITARIOS NEGATIVOS QUE INDICAN AUSENCIA DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE DAÑOS EPIDEMIOLÓGICOS PREVALENTES : COMO TRANSMISIBLES EN LA COSTA Y METAXENICAS CON MARCADA NOTORIEDAD EN LA SIERRA DE LA REGIÓN.
2. ELEVADA TASA DE MORTALIDAD MATERNA Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES.
3. ALTA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN INFANTIL Y MORTALIDAD POR IRA Y EDA.
4. POCO ACCESO DE POBRES A SERVICIOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD.
5. INSUFICIENTES SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO BÁSICO.
6. ALTA INCIDENCIA DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
7. DELINCUENCIA Y PANDILLAJE
8. DEBILIDADES EN EL ENFOQUE PREVENTIVO PROMOCIONAL DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
9. PREDOMINIO DE UNA CULTURA DE CONCENTRACION ADMINISTRATIVA Y PRESUPUESTAL EN EL MANEJO SANITARIO.

VIII. PRIORIDADES REGIONALES

PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES



Estas prioridades resumen, la voluntad popular la ciudadanía expresada en un proceso de participación ciudadana descritas en el PPR (2006) que son las siguientes: Enfermedades Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Embarazos en adolescentes, Violencia intrafamiliar, Delincuencia y Pandillaje, y las cuatro restantes identificadas desde la mirada institucional y cuya detalle se describe a continuación:

1 MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida. Las muertes maternas están asociadas a complicaciones del embarazo, el parto, el postparto o el aborto, y muchas causas que las provocan son evitables. La tasa de mortalidad materna es un indicador indirecto del estado de desarrollo de una nación¹.

¹ Berg C. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Washington D.C. 1996.

Todos los años se producen 500,000 defunciones maternas en todo el mundo, el 99 por ciento de las cuales tiene lugar en el mundo en desarrollo. En el mundo desarrollado sólo se registran 2 a 9 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos; en países en desarrollo las cifras oscilan desde 300 a 1000 o más. Por consiguiente, las mujeres de los países en desarrollo corren un riesgo de morir durante el embarazo o parto 50 a 100 veces mayor que el que presenta una mujer del mundo desarrollado².

En la región de Latinoamérica y el Caribe ocurren anualmente 22.000 muertes maternas que corresponden a 4% del total de muertes en el mundo. Perú registra una de las cifras más elevadas de RMM (185 x 100000 n.v.) en la región de las Américas, solamente por encima de Bolivia y Haití²

Una mujer de un país en desarrollo tiene un riesgo de morir por una complicación del embarazo o enfermedad relacionada de 1 por cada 25 o 40, proporción que contrasta marcadamente contra 1 por varios millares en los países desarrollados. Esto ha sido señalado por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en los años 80. Pero lo que es más grave aún, en 1996 se dispuso de nuevas estimaciones para todos los países, los mismos registran un total de 585.000 muertes maternas anuales, 20% más que la estimación previa; lo que revela que la tragedia para la familia afectada se ha incrementado y es un indicador de necesidad de acción pronta.

Las causas biológicas de mortalidad materna son prácticamente las mismas desde hace décadas: hemorragias, toxemia e infecciones, y no variarán en tanto el indicador persista elevado³. Pero detrás de estas causas, hay otras más complejas como son: déficit de salud; falta de transporte, comunicaciones y suministros; la mujer y su familia no saben reconocer los signos de riesgo; tardanza en la toma de decisión de acudir al servicio de salud; demanda tardía de atención calificada; respuesta institucional deficiente o insuficiente; discriminación cultural y de género⁴.

Se estima que un 40% de las mujeres tienen alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio, y en un 15% de dichas mujeres estas complicaciones ponen en riesgo su vida. Trescientos millones de mujeres en países en vías de desarrollo sufren actualmente de enfermedades a corto o largo plazo relacionadas con el embarazo o el parto⁵.

² Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: Organization of American States, General Secretariat; 1999.

³ Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: Organization of American States, General Secretariat; 1999.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS, 2003.

⁵ Safe Motherhood [pagina web en internet]. New York: Safe Motherhood Inter-Agency Group; c2002 [citado 2005 Mar. 10]. Disponible en: <http://www.safemotherhood.org/index.html> .

Por todo esto, la OMS ha lanzado la estrategia Maternidad sin Riesgo, una iniciativa mundial que pretende asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad, en especial servicios de cuidado materno y tratamiento de emergencias obstétricas, con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad materna.

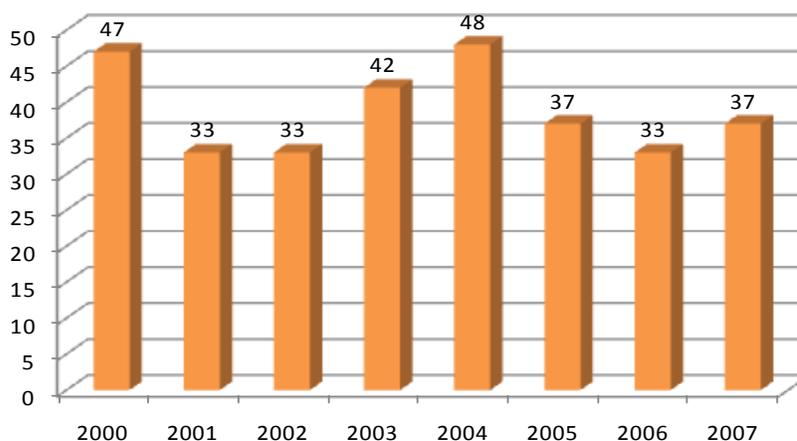
La problemática regional es bastante seria. Se han reportado durante el período 2000-2007 por los establecimientos de salud de la región (sector público, EsSalud y privados) un total de 310 muertes maternas en los últimos 8 años (2000-2007), apreciándose que el 65.5% de las muertes, han ocurrido en la sierra. (ver tabla N° 1 y gráfico No. 1).

Tabla N° 1
Muertes Maternas según área de procedencia y años. La Libertad 2000-2007

PROCEDENCIA MUERTES		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL GENERAL
		N°								
COSTA	N°	13	10	9	13	16	16	13	17	107
	%	27.7	30.3	27.3	31.0	33.3	43.2	39.4	45.9	34.5
SIERRA	N°	34	23	24	29	32	21	20	20	203
	%	72.3	69.7	72.7	69.0	66.7	56.8	60.6	54.1	65.5
TOTAL GENERAL		N°	47	33	33	42	48	37	37	310

Fuente: EPI-DIRES/LL

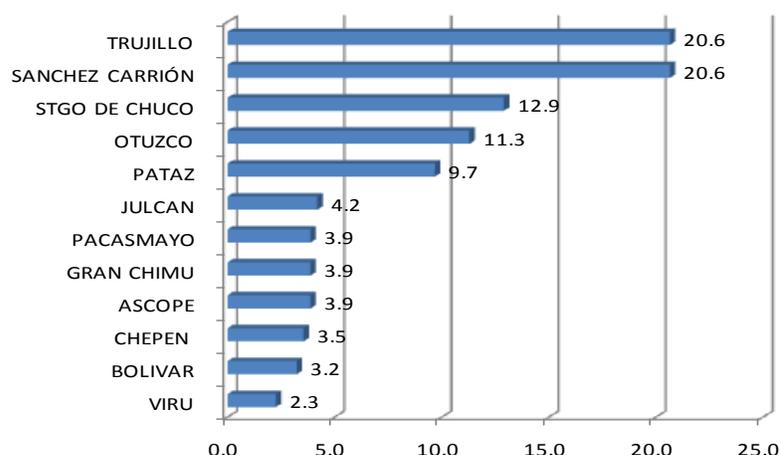
Gráfico N° 1
Muertes Maternas por años. La Libertad 2000-2007



Fuente: EPI-DIRES/LL

El gráfico N° 2 muestra la procedencia de las muertes, el mayor número de muertes ocurrieron en las provincias de José Faustino Sánchez Carrión y Trujillo (20.6%).

Gráfico N° 2
% Muertes Maternas según provincia de procedencia. La Libertad 2000-



Fuente: EPI-

Durante el último año se reportaron 37 defunciones maternas, 4 más que el año anterior. Casi las dos terceras partes de los fallecimientos se han producido en el grupo de gestantes entre los 20 a 35 años de edad, en la mejor etapa de la edad reproductiva (ver tabla N° 2).

Tabla N° 2
Muertes Maternas según edad de fallecimiento. La Libertad 2000-2007

PROVINCIA DOMICILIO	COSTA		SIERRA		TOTAL GENERAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MENOR 20	9	8.4	26	12.8	35	11.3
20 A 35	69	64.5	124	61.1	193	62.3
MAYOR 35	29	27.1	52	25.6	81	26.1
IGNORADO		0.0	1	0.5	1	0.3
TOTAL GENERAL	107	100.0	203	100.0	310	100.0

Fuente: EPI-DIRES/LL

El 70.6% de las muertes maternas ocurrió en gestantes que no tenían instrucción o tenían algún grado de instrucción primaria, lo que influye en la demora encontrada en la identificación del problema y la decisión de solicitar ayuda a un establecimiento de salud. (ver tabla N° 3).

Tabla N° 3
Muertes Maternas según área procedencia y nivel de instrucción. La Libertad 2000-2007

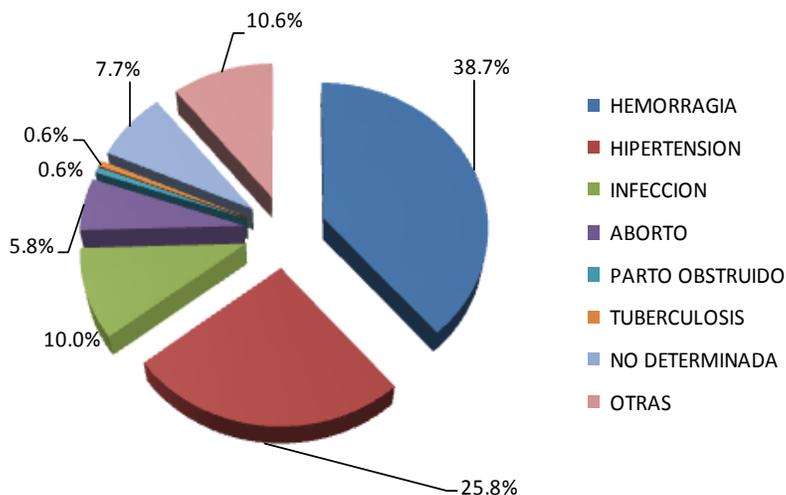
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA GESTANTE	REGION DE PROCEDENCIA				TOTAL	
	COSTA		SIERRA			
	N°	%	N°	%	N°	%
ANALFABETA	6	5.6	56	27.6	62	20.0
PRIMARIA	34	31.8	123	60.6	157	50.6
SECUNDARIA	45	42.1	13	6.4	58	18.7
SUPERIOR	18	16.8	7	3.4	25	8.1
SIN DATOS	4	3.7	4	2.0	8	2.6
TOTAL	107	100.0	203	100.0	310	100.0

Fuente: EPI-DIRES/LL

Del total de muertes ocurridas en los últimos 8 años, el 72.6% tuvo algún contacto con el establecimiento de salud, tanto en costa como en sierra. Esta información pone en evidencia algunas debilidades que deben ser evaluados en los establecimientos de salud: calidad de la consejería en el embarazo, identificación de riesgos, falta de seguimiento de las gestantes, entre las principales.

Como causa genérica de las muertes maternas, la hemorragia ocupa el primer lugar con el 30.3%, seguido de la hipertensión con el 27.3, en el 42.4% restante se agrupan todos los diagnósticos menos frecuentes .Según el momento del fallecimiento el 57.6 ocurrió en el puerperio (Gráfico No. 3).

Gráfico N° 3
Muertes Maternas según causa genérica. La Libertad 2000-2007



Fuente: EPI-

De las gestantes fallecidas, el 84.8% (28) tuvieron contacto con los servicios de salud.

La mortalidad materna es un indicador indirecto del desarrollo de un país o de una región, y debido a que existen muchos factores determinantes (políticos, sociales, culturales, económicos y de equidad y justicia social, que confluyen hacia la ocurrencia de una muerte materna, su abordaje debe ser multiparticipativo e integral, donde todos los niveles de gobierno, todas las instituciones públicas y privadas y toda la comunidad tienen un rol importante y decisivo para la reducir de manera sostenida el riesgo de morir por alguna complicación del embarazo, parto y puerperio.

2. DESNUTRICION:

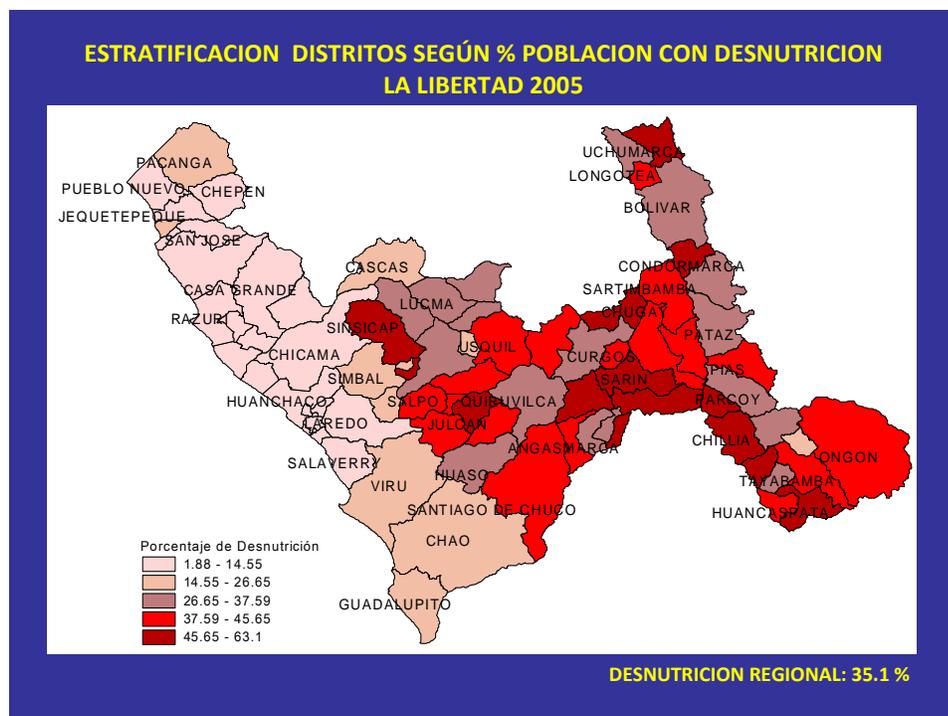
La población rural en el Perú, y en particular en la sierra de La Libertad presenta retos en desnutrición, anemia y morbilidad infantil, morbimortalidad peri-natal y anemia en mujeres en edad fértil. Lo anterior se condiciona por un contexto de pobreza, con bajos niveles de información y educación de las mujeres y madres de familia, quienes, se constituyen como el principal efector del cuidado familiar, presentando prácticas inadecuadas de alimentación, nutrición y salud.

Por otro lado, los servicios de los establecimientos de salud tienen limitaciones en instalaciones, equipamientos básicos, así como poco desarrollo de actividades preventivo-promocionales, mientras que el proceso de descentralización no ha logrado desarrollar en todos los gobiernos locales capacidades para impulsar planes y acciones de salud a nivel municipal.

Otra de las Prioridades Sanitarias Regionales la constituye la Desnutrición. Para la intervención de ellas, la Dirección Regional de Salud cuenta con políticas y enfoques para mejorar la situación de nutrición y salud de los grupos vulnerables, basados en experiencias probadas con eficacia en el Perú, como vigilancia nutricional comunitaria, capacitación para la nutrición infantil, atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, fomento del parto seguro, viviendas y comunidades saludables, municipios saludables, escuelas promotoras de la salud, entre otros. Estos modelos exitosos requieren desarrollarse, implementarse y evaluarse en las áreas donde la problemática de salud y nutrición es más álgida.

Existe en el país la oportunidad que los pueblos, mediante el presupuesto participativo, planifiquen su desarrollo. Existe también de manera más reciente el Fondo Minero de Solidaridad con los Pueblos, gracias a un acuerdo entre el Gobierno Nacional y varias Empresas Mineras exitosas. La Libertad es una región que podría beneficiarse de una adecuada inversión de estos fondos, aprovechando esta ventana de

oportunidad, concediendo la necesaria prioridad a la inversión en la infancia, como expresión presente y futura del potencial humano de la región.



LINEAS DE ACCION

La coordinación, supervisión y monitoreo de las diversas actividades relacionadas a la alimentación y nutrición estará orientada principalmente a cuatro líneas fundamentales:

- ✧ Promoción y prevención de hábitos nutricionales saludables según etapas de vida.
- ✧ Educación Alimentaria y Nutricional para niños, adolescentes y gestantes,
- ✧ Indicadores de malnutrición.
- ✧ Fortalecimiento de la estrategia en los espacios de concertación interinstitucional e intersectorial.

3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Ahora más que nunca las enfermedades representan un obstáculo para el desarrollo económico de los países. Las enfermedades transmisibles constituyen el 60% de las enfermedades que afectan a los países en vías

de desarrollo. Entre las que más vidas cobran están el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Si bien en gran medida existen métodos de prevención y tratamientos, estas tres enfermedades acaban con la vida de alrededor de 5 millones de personas cada año en el mundo. Además, las enfermedades infecciosas, que presentaban hace veinte años importantes reducciones en su incidencia, han re-emergido y actualmente representan un reto mundial que requiere una respuesta global y coordinada⁶.

Las enfermedades infecciosas y tropicales siempre han sido de elevada prevalencia en el país, en la actualidad representan uno de los principales problemas del país, por lo que es fácil comprender que en el siglo pasado la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades alcanzaba cifras pavorosas⁷.

En el Perú, también las enfermedades transmisibles causan una gran carga de enfermedad. A Junio del 2006 se habían notificado 25,143 casos de VIH y 18,274 casos de SIDA, con una mayor incidencia y mortalidad en ciudades de la Costa y la Selva. Si evaluamos los riesgos, 1 de cada 10 HSH están infectados con el VIH en Lima son 2 de cada 10; 2 de cada 1000 gestantes están infectadas con el VIH, en Lima son 5 de cada 1000 400 niños nacen infectados con el VIH cada año en el Perú. De estos, 95 % morirá antes de los 5 años de vida, pero el riesgo de infección se reduce de 30 a 8% con tamizaje prenatal y tratamiento profiláctico.

Asimismo, existe una elevada Carga de Morbilidad por Enfermedades transmitidas por vectores: Malaria 80 mil casos anuales, Dengue 7 mil casos anuales y más de 10 mil casos anuales de Bartonelosis, afectando a la población mas pobre de comunidades andinas y amazónicas⁸.

En la región La Libertad, en el año 2006 se han registrado un total de 4,753 defunciones y teniendo en cuenta un subregistro del 46.8%, se ha estimado un total de 8,934 defunciones con una tasa de Mortalidad General para la región de 5.6 por mil habitantes para ese año.

⁶ Fidler, D. Globalization, International Law and Emerging Infectious Diseases. Perspectives. Emerging Infectious Diseases Vol. 2, N° 2 Apr-Jun 1996.

⁷ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/Medicina/Ima_Histo_Med_Per/pdf/cap-13.pdf

⁸ ASIS PERU 2005. DGE-MINSA

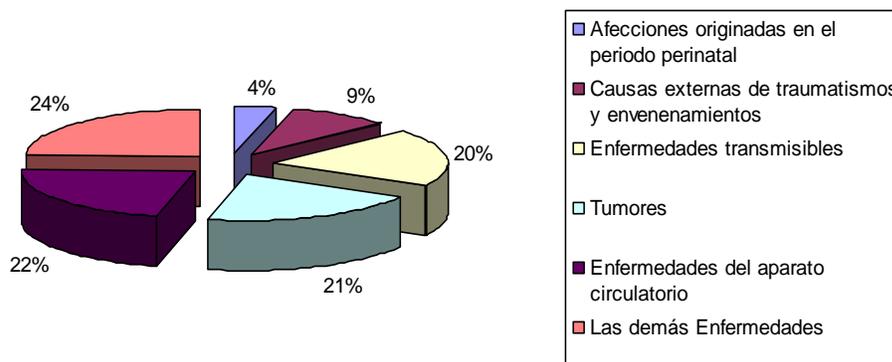
Principales indicadores de Mortalidad. La Libertad 2006

Indicador	Tasa
Tasa de Mortalidad General por 1000 hab.	5.6
Tasa de Mortalidad por Enf. Circulatorias x 1000 hab.	1.2
Tasa de Mortalidad por Neoplasias x 1000 hab.	1.2
Tasa de Mortalidad por Enf. Transmisibles x 1000 hab.	1.1
Tasa de Mortalidad por Causas externas x 1000 hab.	0.5

Fuente: OEI-DIRES/LL

Las enfermedades transmisibles son responsables del 20% de las muertes que ocurrieron en la región en el año 2006, después de las Enfermedades Circulatorias con un 22% y las Neoplasias malignas con un 21%. Estos 3 grupos generales de la lista 6/67 de OPS, contribuyen con el 63% de las muertes ocurridas durante el año 2006 (60% en el 2005).

Causas de muerte según Grupos Generales Lista 6/67 OPS. La Libertad



Fuente: OEI-

Asimismo, si comparamos los grupos generales de la lista 6/67 OPS según estratos de pobreza, podemos observar los cambios que han ocurrido en el tiempo. La frecuencia de muertes por enfermedades trasmisibles sigue siendo mayor en la población muy pobre y en pobreza extrema que en la población de los estratos socioeconómicos menos pobres de la región, a diferencia de las neoplasias y las enfermedades del aparato circulatorio ocupan los dos primeros lugares en la población menos pobre que en las de pobreza extrema.

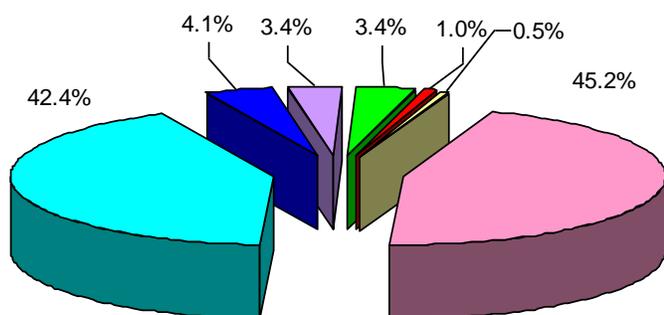
Causas de muerte según Grupos Generales Lista 6/67 OPS y Estratos de pobreza. La Libertad 2006

Ord.	Aceptable	Regular	Pobre	Muy Pobre	Pobre Extremo	Total
1	Tumores	Tumores	Tumores	Enf. transmisibles	Enf. del Aparato Circulatorio	Enf. del Aparato Circulatorio
2	Enf. del Aparato Circulatorio	Enf. transmisibles	Tumores			
3	Enf. transmisibles	Enf. transmisibles	Enf. transmisibles	Tumores	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Enf. transmisibles
4	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Tumores	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos			
5	Afecc. orig. en el periodo perinatal					

Fuente: OEI-DIRES/LL

enfermedades que más demandaron la atención de los servicios de salud agrupadas por grandes grupos de causas, fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (42.4%), seguido de los traumatismos y envenenamientos (3.4%), las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (3.4%), las enfermedades del aparato circulatorio (1.0%), todas ellas suman el 50% de la morbilidad atendida.

Morbilidad por Grandes Grupos según CIE-10. La Libertad 2006



Las demás Enfermedades	Enfermedades infecciosas y parasitarias
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	Traumatismos y envenenamientos
Complicaciones del embarazo parto y puerperio	Enfermedades del aparato circulatorio
Tumores	

Fuente: OEI-DIRES/LL

Las enfermedades infecciosas y parasitarias son la primera causa de enfermedad en las etapas de la infancia, preescolar y escolar y ocupan el segundo lugar, después de las enfermedades crónicas en las etapas del

adolescente, adulto y adulto mayor a diferencia de las enfermedades crónico-degenerativas se incrementan conforme avanza la edad.

La Libertad también es una región afectada por HIV-SIDA, Tuberculosis y Enfermedades Metaxénicas, como en el resto del país, Latinoamérica y el mundo, siendo las provincias de costa las mayormente afectadas por HIV-SIDA y tuberculosis y las de la sierra afectadas por las enfermedades metaxénicas como son: Malaria Leishmaniosis y Bartonelosis, entre las principales.

Por lo expuesto, es importante que en La Libertad se prioricen las enfermedades trasmisibles y se implementen las mejores estrategias que permitan generar espacios saludables para la población.

Las intervenciones se clasifican en varias categorías. La prevención primaria elimina la exposición a los agentes que producen cáncer; la prevención secundaria consiste en detectar y tratar lesiones precancerosas; el tratamiento puede consistir en la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia; y la atención paliativa se encamina a proteger la comodidad física y psíquica del paciente desde el momento del diagnóstico hasta la muerte.

La experiencia de los países desarrollados nos enseña que podemos y debemos llevar a cabo intervenciones priorizadas en la población y obtener buenos resultados, si se ejecutan a largo plazo, son aplicadas con calidad y exista colaboración entre el sector salud, otras dependencias gubernamentales, las escuelas, los centros de trabajo y el voluntariado, y exista una participación de la comunidad movilizada por estas fuerzas. Solo así podremos en algunos años ver un incremento de los hábitos saludables en la población y una disminución de la incidencia de los distintos tipos de cáncer que afectan a nuestra población.

4. CANCER

El cáncer es otra enfermedad no transmisible que por mucho tiempo ha constituido un peligro para la salud principalmente en países de ingreso alto, pero que en la actualidad impone una carga de morbilidad elevada en todas partes del mundo.

Por su impacto en la morbilidad y mortalidad el cáncer representa uno de los mayores problemas de salud de la población mundial. Aunque la incidencia es más alta en los países desarrollados; el 50% de los casos y muertes en números absolutos se dan en países en desarrollo y con una tendencia a incrementar. Ante esta realidad los países con sistemas de salud bien organizados han diseñado estrategias que les está permitiendo disminuir lenta pero sostenidamente las tasas de mortalidad de los cánceres más comunes. Entre esas estrategias los estudios epidemiológicos tienen particular importancia porque permiten medir el

impacto de esta enfermedad en las poblaciones e identificar sus causas para una prevención efectiva.

En 2000, siete tipos de cáncer explicaron alrededor de 60% de los casos nuevos de cáncer que se diagnosticaron y de todas las defunciones por cáncer en países en desarrollo: el de cuello uterino, hígado, estómago, esófago, pulmón, colon y recto y mama. En 2001, el cáncer ocasionó más de 7.000.000 de defunciones, de las cuales 5.000.000 se produjeron en países de ingreso bajo y mediano. Para el 2020 se estima que el número de casos nuevos de cáncer aumentará a alrededor de 15 millones al año, y 9 millones de estos casos tendrán lugar en países en desarrollo.

La prevención primaria de los tipos de cáncer que más atención merecen en países en desarrollo abarca la inmunización y el tratamiento de agentes infecciosos, la adopción de intervenciones alimentarias, la introducción de programas para el control del tabaco, la reducción del consumo excesivo de alcohol y el uso de quimioprofilaxis.

La prevención secundaria consiste en programas de tamizaje para detectar y tratar los precursores del cáncer, programas que a su vez pueden prevenir o reducir la incidencia de cánceres muy invasores, como el de cuello uterino o el de colon y recto. Un tamizaje eficaz también permite detectar cánceres invasores, como el de mama o de pulmón, en una etapa más temprana de lo que sería posible normalmente y, por consiguiente, mejora la probabilidad de que los tratamientos den buenos resultados.

El costo-efectividad de la prevención secundaria depende de muchos factores, entre ellos los costos de las pruebas diagnósticas, la prevalencia de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos eficaces.

En 1984 se inició en Trujillo la base de datos del registro de cáncer de base poblacional a cargo del Dr. Pedro Albuja Baca. Los resultados del registro de Trujillo han sido publicados en los volúmenes VI y VII de *Cancer In Five Continents*, una publicación de la OMS, con cuatro reportes quinquenales publicados.

La base de datos en un período de 20 años ha registrado 13228 casos nuevos de cáncer. En el último informe las tasas de incidencia estandarizadas por 100000, de los cinco principales cánceres en los hombres fueron: próstata 25.8, estómago 23.8, linfoma 9.6, colon 5.8 y pulmón 5.4. En las mujeres, cuello uterino 43.2, mama 28.1, estómago 17.2, linfoma 8.2 y vesícula biliar 5.5. En Trujillo el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública.

En La Libertad los tumores o neoplasias ocupan el segundo lugar como causa de muerte en nuestra región por encima de las enfermedades transmisibles, pero en los estratos menos pobre ocupan el primer lugar (ver tabla No. 5).

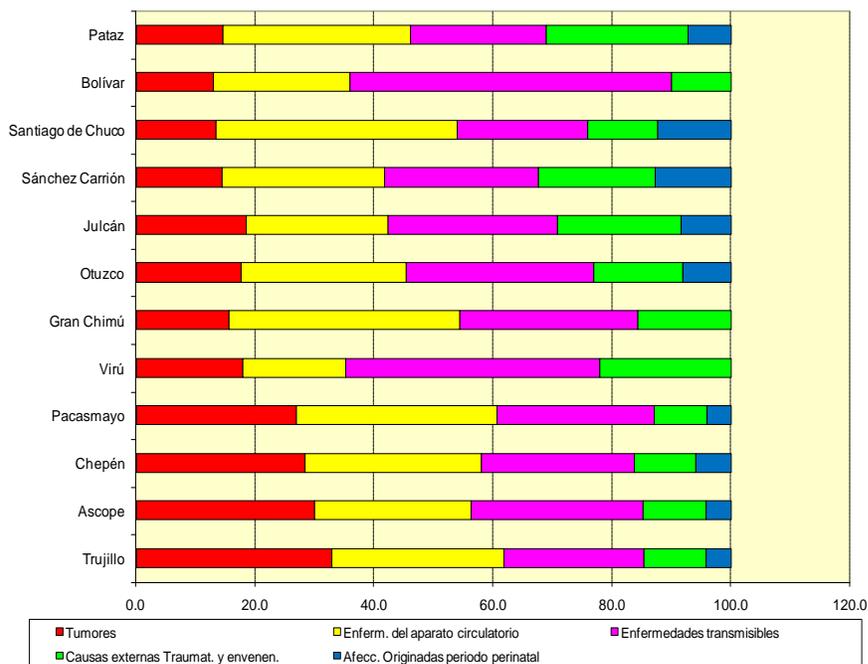
Tabla No. 4
Causas de muerte por grandes causas según estratos de pobreza. La Libertad 2006

Ord.	Menos Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre Extremo	Total
1	Tumores	Tumores	Enf. transmisibles	Enf. del Aparato Circulatorio	Enf. del Aparato Circulatorio
2	Enf. del Aparato Circulatorio	Enf. del Aparato Circulatorio	Enf. del Aparato Circulatorio	Enf. transmisibles	Tumores
3	Enf. transmisibles	Enf. transmisibles	Tumores	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Enf. transmisibles
4	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos	Tumores	Causas ext. de traumatismos y envenenamientos
5	Afecc. orig. en el periodo perinatal				

Fuente: EPI-DIRES/LL

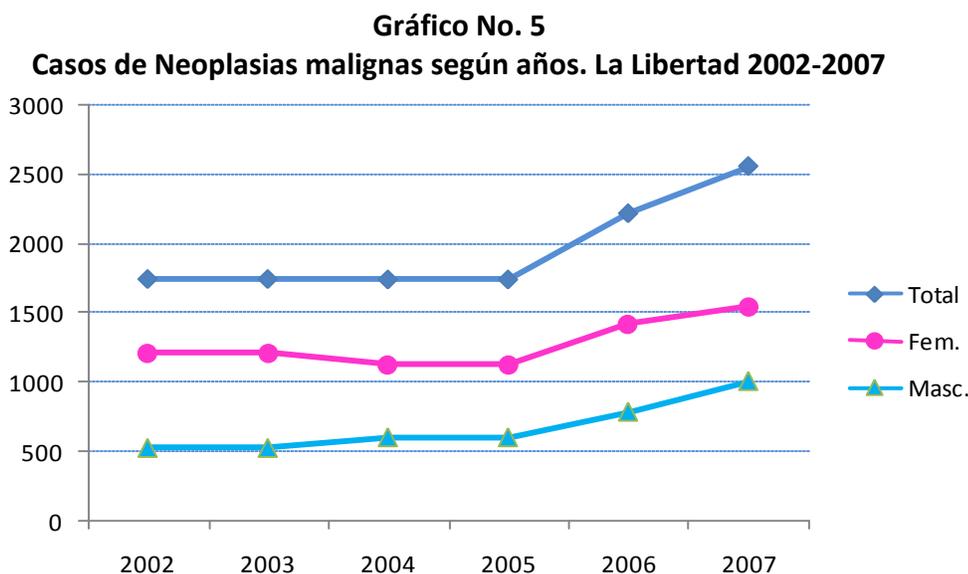
Si analizamos la información por provincias podemos ver que en todas las provincias el perfil epidemiológico actual pone de manifiesto a los tumores o neoplasias en porcentajes significativos y con tendencia al incremento año a año, lo que hace imperiosa la necesidad de abordar estos problemas de salud principalmente desde el enfoque de prevención o cuidado integral de la salud (ver gráfico No. 4).

Gráfico No. 4
Causas de muerte por grandes causas según estratos de pobreza. La Libertad 2006



Fuente: EPI-DIRES/LL

Esta tendencia al incremento sostenido de los tumores en general, se observa todos los años, principalmente en los 3 últimos años en la región, pero mucho mayor es el incremento de las neoplasias malignas (ver gráfico No. 5).



Fuente: EPI-DIRES/LL

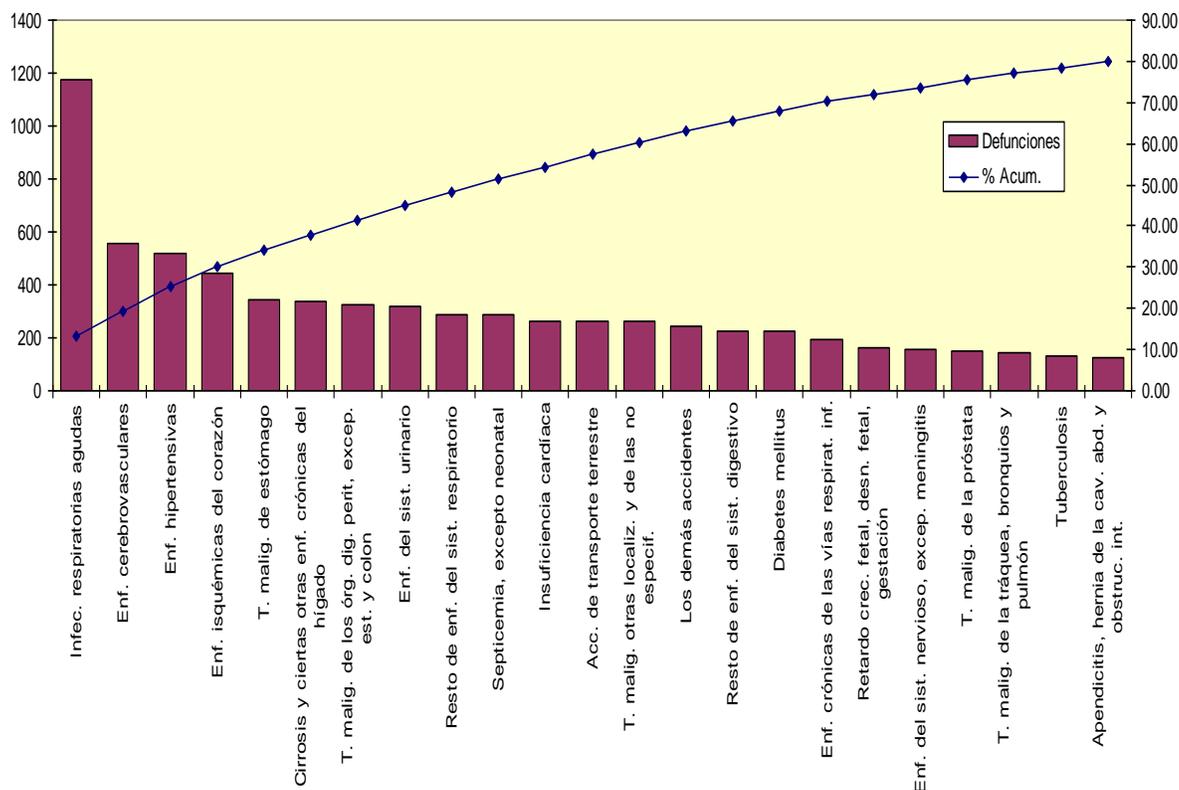
El cáncer muestra una gran variabilidad según los países; los cánceres que más abundan en los países de ingreso alto son pulmón, colon y recto, mama y próstata, y se han vinculado con factores tales como la inicio temprano de tabaquismo, exposición temprana a sustancias cancerígenas, la alimentación y el modo de vida.

En cambio, las neoplasias malignas que son más frecuentes en países de bajos ingresos son de cuello uterino, de hígado y de estómago y guardan relación con infecciones crónicas por virus del papiloma humano, el virus de la hepatitis B y la bacteria *Helicobacter pylori*. El cáncer representa una carga de morbilidad que es grande y aumenta cada vez más en el mundo entero, pero sus características epidemiológicas y, por ende, las intervenciones orientadas a combatirlo, difieren mucho en países de ingreso bajo y mediano y en países de ingreso alto.

En las últimas décadas, las enfermedades crónicas empiezan a ocupar lugares importantes en la morbilidad y la mortalidad de nuestro país. En el último decenio tanto en nuestro país como en nuestra región el perfil de la mortalidad toma el rostro de las enfermedades crónicas y los tumores malignos están ocupando los primeros lugares como causa de muerte, junto a otros daños no transmisibles, principalmente las neoplasias malignas de estómago, pulmón, cuello de útero y próstata

(ver gráfico No. 6), comportamiento similar al que describen otros países de bajos ingresos.

Gráfico N° 6
Causas de muerte según Grupos Específicos. Lista 6/67 OPS. La Libertad 2006



Fuente: OEI-DIRES/LL

Las intervenciones se clasifican en varias categorías. La prevención primaria elimina la exposición a los agentes que producen cáncer; la prevención secundaria consiste en detectar y tratar lesiones precancerosas; el tratamiento puede consistir en la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia; y la atención paliativa se encamina a proteger la comodidad física y psíquica del paciente desde el momento del diagnóstico hasta la muerte.

La experiencia de los países desarrollados nos enseña que podemos y debemos llevar a cabo intervenciones priorizadas en la población y obtener buenos resultados, si se ejecutan a largo plazo, son aplicadas con calidad y exista colaboración entre el sector salud, otras dependencias gubernamentales, las escuelas, los centros de trabajo y el voluntariado, y exista una participación de la comunidad movilizada por

estas fuerzas. Solo así podremos en algunos años ver un incremento de los hábitos saludables en la población y una disminución de la incidencia de los distintos tipos de cáncer que afectan a nuestra población

IX. EJES DE TRABAJO DE LA POLITICA REGIONAL DE SALUD

1. **Eje de acción 1:** Movilización de la respuesta territorial para el cuidado integral de la salud.
2. **Eje de acción 2:** Fortalecimiento de la capacidad resolutive en los sistemas locales de salud..
3. **Eje de acción 3:** Fortalecimiento del trabajo extramuro para la acción preventivo y promocional.
4. **Eje de acción 4:** Dotación de agua potable y servicios de saneamiento básico.
5. **Eje de acción 5:** Arreglos financieros para abordar las prioridades.

X. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

“Queremos construir una región que movilice todas sus capacidades, y..... un Estado que esté al servicio de las personas”

MG.SP. Henry Rebaza Yparraguírre

1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES INSTITUCIONALES

OEG.1. Reducir la morbi-mortalidad ocasionada por los daños más frecuentes, aplicando el modelo de cuidado integral de salud.

OEG.2. Fortalecer la gestión sanitaria para asegurar la entrega de bienes y servicios de salud con calidad.

OEG.3. Promover la acción transectorial regional mediante la aplicación de esquemas de gestión territorial distrital que permita la promoción de estilos de vida y entornos saludables.

2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS INSTITUCIONALES

- OEG.1.** **OEE.1.1. Vigilar y controlar los riesgos de la salud individual y colectiva de las prioridades sanitarias en el contexto regional.**
- OEE.1.2 Extender la cobertura del aseguramiento universal a la población pobre y extremadamente pobre.**
- OEG.2.1 Desarrollar mecanismos de control y vigilancia que propicie el expendio seguro y oportuno de medicamentos, insumos y drogas.**
- OEG.2.** **OEG.2.2 Fortalecer la función de modulación y control de la Autoridad sanitaria sobre establecimientos de salud públicos y no públicos.**
- OEE.2.3. Promover la aplicación de prácticas de gestión de la calidad en los establecimientos de salud públicos.**
- OEE.2.4 Mejorar las competencias del talento humano que labora en el sistema público en salud**
- OEG.3.** **OEE.3.1. Promover esquemas de acción transectorial para el desarrollo sanitario a través de la participación ciudadana.**