

PA-ABS-976

The Cono Sur PRICOR II Project
Subagreement 87/11/3300 to
U.S.A.I.D. Coop. Agrmnt. DPE-5920-A-00-5056

PERU COUNTRY STUDY

Final Report

Volume 5

EPIDEMIOLOGICAL BULLETIN

CONO SUR -- 1988

The PRISM Group

Projects in Rural Industry, Agriculture, Science and Medicine, Inc.
10480 Little Patuxent Parkway
Suite 800, Columbia MD 21044
Telephone: (301) 730-4750
FAX: (301) 740-5603

The Cono Sur PRICOR II Project
Subagreement 87/11/3300 to
U.S.A.I.D. Coop. Agrmnt. DPE-5920-A-00-5056

PERU COUNTRY STUDY

Final Report

Volume 5

EPIDEMIOLOGICAL BULLETIN

CONO SUR -- 1988

The PRISM Group

Projects in Rural Industry, Agriculture, Science and Medicine, Inc.

10480 Little Patuxent Parkway

Suite 500, Columbia MD 21044

Telephone: (301) 730-4750

FAX: (301) 710-5603

PRISM NOTE

The *Boletín Epidemiológico y de Salud Pública* is a publication of the Peruvian Ministry of Health.

It is produced and edited by Dr. Wilfredo Gutierrez, who is a member of the PRISM PRICOR team, and also serves as the Epidemiologist for the Hospital Maria Auxiliadora, the primary MOH referral hospital in Lima's Cono Sur Health District.

The *Boletín Epidemiológico y de Salud Pública* is the best available source of epidemiological information and analysis for the Cono Sur. No comparable publication is available for other Peruvian health districts.

PRISM's contribution to the *Boletín* has been substantial. We have chosen, therefore, to include the *Boletín* as volume 5 of the Final Report of the Peru Country Study.

We are grateful to Dr. Gutierrez and his colleagues for the work they have done in preparing the *Boletín*.

**BOLETIN
EPIDEMIOLOGICO
Y
DE SALUD PUBLICA**

No. 4.

AÑO 1988

San Juan De Miraflores

Julio 1989

LIMA - PERU

CONTENIDO

1.	CONTENIDO	1
2.	EQUIPO DE TRABAJO	7
2.1.	COLABORADORES	7
2.2.	FUENTES DE INFORMACION	8
2.3.	EDITORES	8
3.	PRESENTACION	9
4.	INFORMACION BASICA DE LA ZONA	11
4.1.	UBICACIÓN	11
4.2.	GEOGRAFÍA	11
4.3.	POBLACIÓN	11
4.4.	SITUACIÓN SOCIAL	12
4.5.	RECURSOS DE SALUD	12
5.	PRINCIPALES INDICADORES USADOS	13
5.1.	TASA BRUTA DE NATALIDAD (TBN)	13
5.2.	NACIMIENTO VIVO	13
5.3.	NACIMIENTO MUERTO	13
5.4.	TASA DE FECUNDIDAD GENERAL (TFG)	14
5.5.	TASA DE FECUNDIDAD POR EDAD	14
5.6.	TASA DE CRECIMIENTO VEGETATIVO O TASA DE CRECIMIENTO NATURAL (TCV)	14
5.7.	TASA BRUTA DE MORTALIDAD (TBM)	15
5.8.	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI)	15
5.9.	MUERTE FETAL	16
5.10.	TASA DE MUERTE FETAL	16
5.11.	PERIODO PERINATAL	16
5.12.	TASA DE MORTALIDAD PRECOZ	16
5.13.	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDIA	16
5.14.	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	17
5.15.	PESO AL NACER	17
5.16.	MORTALIDAD MATERNA	17
5.16.1.	DEFUNCIÓN OBST.DIRECTA:	17
5.16.2.	DEFUNCIÓN OBSTÉTRICA INDIRECTA:	18
5.16.3.	DEFUNCIÓN NO OBSTÉTRICA:	18
5.17.	TASA DE MORTALIDAD MATERNA:	18
5.18.	TASA DE MORTALIDAD PRE-ESCOLAR:	18
5.19.	TASA DE MORTALIDAD PROPORCIONAL:	19
5.20.	TASA DE MORTALIDAD ESPECIFICA:	19
5.21.	TASA DE LETALIDAD:	19
5.22.	TASA DE INCIDENCIA	20
5.23.	TASA DE MORBILIDAD PROPORCIONAL	20
5.24.	INDICADORES HOSPITALARIOS.	21

5.24.1.PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES:	21
5.24.2.PROMEDIO DIARIO DE PACIENTES ININTERNADOS:	21
5.24.3.PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS (GRADO DE USO):	21
5.24.4.PROMEDIO DE ESTADÍA O PERMANENCIA:	22
5.24.5.COEFICIENTE DE RENOVACIÓN O GIRO DE CAMAS (RENDIMIENTO):	22
5.24.6.INTERVALO DE GIRO:	22
5.24.7.PROMEDIO DIARIO DE ALTAS:	23
5.24.8.TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA:	23
5.24.9.TASA DE LETERIDAD	24
5.24.10. TASA DE MORTALIDAD MATERNA INTRAHOSPITALARIA:	24
5.24.11. TASA DE MORTALIDAD POST.OPERATORIA:	24
5.24.12. TASA DE MORTALIDAD POR ANESTESIA:	25
5.24.13. TASA DE AUTOPSIA:	25
5.24.14. TASA DE CESÁREAS:	25

6. HECHOS VITALES.	26
6.1. NATALIDAD: AÑOS 85 - 86 - 87 - 88.	26
6.1.1. A NIVEL DE LOS 3 DISTRITOS DE NUESTRA JURISDICCIÓN	26
6.1.2. NATALIDAD POR DISTRITOS: AÑOS 85-86-87-88	27
6.1.3. CRECIMIENTO VEGETATIVO Y FECUNDIDAD GENERAL: AÑOS 85-88.	29
6.1.4. NACIMIENTOS POR DISTRITOS DE PROCEDENCIA: AÑOS 1987-1988:	30
6.1.5. NATALIDAD : COMENTARIOS	32
6.2. MORTALIDAD 1985-1988:	33
6.2.1. A NIVEL DE LOS 3 DISTRITOS	33
6.2.3. REGISTRO DE MORTALIDAD POR DISTRITOS DE PROCEDENCIA AÑOS 85-88.	37
6.2.4. DEFUNCIONES DE MENORES DE 5 AÑOS POR DISTRITOS Y PORCENTAJES QUE REPRESENTAN DEL TOTAL DE DEFUNCIONES.	38
6.2.5. MORTALIDAD : COMENTARIOS	39
6.3. MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSAS:	41
6.3.1. A NIVEL DE LOS 3 DISTRITOS	41
6.3.2. MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSAS A NIVEL DE DISTRITOS:	48
6.3.3. TASAS DE MORTALIDAD POR ALGUNAS ENFERMEDADES SELECCIONADAS.	61
6.3.4. MORTALIDAD MATERNA Y SUS PRINCIPALES CAUSAS	62
6.3.5. COMENTARIOS	62
7. MORBILIDAD	65
7.1. EEP 003 (DISTRITO S.J.M. Y V.M.T.)	65
7.2. EEP 004 (DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR)	67
7.3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.	69
7.3.2. MORBILIDAD GENERAL POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR DISTRITOS:	69

7.4.	EL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES.	71
7.4.2.	COBERTURAS ALCANZADAS POR EL PAI Y LAS 3 JORNADAS DE VACUNACION 1988.	71
7.5.	EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:	72
7.5.1.	INTRODUCCION:	72
7.5.2.	RESULTADOS:	74
7.5.2.	COMENTARIOS:	77
8.	EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	87
8.1.	BREVE HISTORIA	87
8.2.	PERSONAL:	88
8.3.	ALGUNOS INDICADORES HOSPITALARIOS:	89
8.4.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA:	93
8.4.1.	INTRODUCCION:	93
8.4.2.	MATERIALES Y METODOS:	93
8.4.3.	RESULTADOS:	94
8.4.4.	COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:	97
8.5.	DEPARTAMENTO DE GINECO-OSTETRICIA:	99
8.5.1.	PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER DE CUELLO UTERINO	99
8.5.2.	HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA ESTADISTICA BASICA DEL 1-1-88 al 31-12-88	104
9.	INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA Y DE SALUD PUBLICA:	105
9.1.	LOS PRINCIPALES ENFOQUES EN EL CAMPO DE LA SALUD	105
9.1.1.	EL ENFOQUE BIOMÉDICO O TECNOCRÁTICO:	105
9.1.2.	EL ENFOQUE ECOLOGICO FUNCIONALISTA	108
9.1.3.	EL ENFOQUE SOCIO-POLITICO.	112
9.1.4.	EL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD:	113
9.1.5.	ATENCION A LA SALUD:	114
9.1.6.	PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD:	116
9.1.7.	LIMITACIONES DEL ENFOQUE SOCIO-POLITICO:	117
9.2.	EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA	117
9.2.1.	INTRODUCCION:	117
9.2.2.	RESULTADOS:	119
9.2.3.	COMENTARIOS:	119
9.3.	HAMA: ANALISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA BASADO EN EL ENFOQUE DE RIESGO	120
9.3.1.	INTRODUCCION:	120
9.3.2.	MATERIALES Y METODOS:	122
9.3.2.	RESULTADOS:	122
9.3.3.	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:	124
9.4.	DESARROLLO DE UNA ESCALA DE RIESGO PARA DESNUTRICION Y MORTALIDAD INFANTIL	126
9.5.	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE LAS PAMPAS DE SAN JUAN DE MIRAFLORES	128
9.5.1.	INTRODUCCIÓN.	128
9.5.2.	MATERIAL Y MÉTODOS	128

9.5.3. RESULTADOS	129
9.5.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	130
10. CONCLUSIONES FINALES Y RECOMENDACIONES ..	131
11. AGRADECIMIENTO	134
12. BIBLIOGRAFIA	135
ANEXO No.1	137
ANEXO No.2	138
ANEXO No.3	139
ANEXO No.4	140

2. EQUIPO DE TRABAJO

Dr. César Carozzi Calvo	<i>Director General del Hospital de Apoyo María Auxiliadora</i>
Dr. Wilfredo Gutiérrez	<i>Jefe de la Unidad de Epidemiología del H.A.M.A.</i>
Dr. Luis Quispe Manco	Jefe del Programa de Control de Tuberculosis del H.A.M.A. y Periferie.
Sra. Julia Melgar del C.	Enfermera de la Unidad de Epidemiología del H.A.M.A.
Srta. Ana Pacheco López	Secretaria de la Unidad.
Sr. Jesús Rivero Sipán	Asistente de la Unidad.
Sra. Anatolia Paliza G.	Asistente de la Unidad.
Sra. Flor de María Macedo	Asistente de la Unidad.

2.1. COLABORADORES

Dra. Lucy López	Dr. Jorge Parra	Dr. Salvador Baldizón
Dra. Carmen Marín,	Obst. Sara Meza	Sra. Delia Ayasta
Sra. Sorelia Zegarra	Dr. Diego Fernández	Dr. Guillermo Guibovich
Dr. B. Carlos Bustios	Enf. Donna Stultz	Dr. William Spira
Sr. Miguel Borgues.	Sr. Paul Skillicorn	

2.2. FUENTES DE INFORMACION

Oficina de Registros Civiles de las Municipalidades de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, La Victoria, El Agustino, Comas, Miraflores, Pueblo Libre, Jesús María, Bellavista, San Martín de Porres, Surquillo y Breña.

- El Grupo PRISM
- Instituto Nacional del Niño (Hospital del Niño)
- Instituto Nacional Materno Infantil (Hosp.Maternidad de Lima)
- Instituto Nacional de Estadística y Demografía
- Unidad de Estadística del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.
- Unidad de Estadística de la EEP-UTES OO3
- Unidad de Estadística EEP-UTES OO4
- Unidad de Informática y Estadística - Ministerio de Salud
- Unidad de Personal HAMA.
- Unidad de Cómputo HAMA.

2.3. EDITORES

- Unidad de Epidemiología Hospital María Auxiliadora.

Coordinación: Dr. Wilfredo Gutiérrez.

Dirección : Av. Miguel Iglesias s/n. San Juan de Miraflores. LIMA - PERU

3. PRESENTACION

En estos difíciles momentos que nos ha tocado vivir, en que nuestro país atraviesa por una de las crisis más graves de su historia, producto de un deterioro económico, social, político y moral sin precedentes y que indudablemente está afectando de manera negativa la salud sobre todo de los estratos sociales más pobres de la sociedad; sale a luz por cuarto año consecutivo y no sin antes salvar múltiples obstáculos, el presente Boletín con la información epidemiológica básica en cuanto a morbi-mortalidad de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador, correspondientes al año 1988.

Cuatro años de seguimiento de la Natalidad y Morbi-mortalidad de la zona, nos permiten, dentro de las limitaciones de la metodología empleada, hacer comparaciones en la evolución de los respectivos indicadores y hacer un análisis más o menos exhaustivo de las tendencias futuras, y que estamos seguros serán de invaluable ayuda para evaluar nuestro Sistema de Prestación de servicios de Salud.

Es interesante remarcar cómo la metodología empleada por nosotros en el estudio de la Mortalidad, viene siendo utilizada por 2 años consecutivos, esta vez por el grupo PROASA de la U.P.C.H., para la evaluación de la mortalidad infantil y mortalidad específica por EDA en ciudades seleccionadas del país.

Aparte de la información epidemiológica sobre Natalidad, Morbi-mortalidad y evaluación de los programas de TBC. e Inmunizaciones; se incluyen en la sección de Investigación en Salud Pública, algunos indicadores de calidad de atención del Hospital María Auxiliadora, así como también trabajos de investigación de diferentes profesionales de la zona. A pedido de muchos de nuestros lectores, a partir de este número, empezamos a publicar en esta sección artículos de actualidad en cuanto a tendencias en Salud Pública y metodologías de investigación operativa.

A pesar de las múltiples dificultades que representa hacer una publicación especializada de este tipo en nuestro medio, utilizando de manera racional los magros recursos propios, nos vemos compensados con la honda satisfacción que nos da el comprobar que ésta es la única publicación periódica actualizada en su género y que está siendo de gran utilidad tanto a los administradores de salud pública, como a diferentes profesionales conductores de múltiples Organizaciones no Gubernamentales que operan en nuestro sector, en la planificación y reorientación de las acciones de salud.

El año pasado, lamentablemente se publicaron poquísimos ejemplares que sólo nos alcanzó para cubrir las necesidades de nuestra institución y Centros de Salud periféricos quedando una gran demanda insatisfecha, sobre todo por parte de los municipios, sectores organizados de la comunidad, estudiantes, universidades y varios organismos internacionales.

Esta vez, gracias al apoyo del Concytec, esperamos tener un mayor tiraje, y satisfacer con creces a todos nuestros lectores.

4. INFORMACION BASICA DE LA ZONA

Hasta 1986 administrativamente nuestro Hospital constituía el Hospital de Apoyo del Area de Salud No.31 con jurisdicción en los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador.

A partir de 1987, cambia la estructura administrativa conformándose 3 Entidades Ejecutivas Presupuestales (EEPS), hoy llamados Unidades Territoriales de Salud (UTES) con autonomía presupuestal y administrativa.

Estas UTES son: la del Hospital "María Auxiliadora" (UTES OO6), la de los establecimientos periféricos de Villa María del triunfo y San Juan de Miraflores (UTES OO3) y la de Villa El Salvador (UTES OO4). Juntamente con 5 UTES más de los distritos de Surco, Chorrillos, Pucusana, Balnearios del Sur y Cañete, dependemos de la Unidad Departamental Lima Sur.

4.1. UBICACIÓN

La zona está situada entre los Kms. 15 y 23 al Sur de Lima y comprende los Distritos Urbano-marginales de San Juan de miraflores, Villa maría del Triunfo y Villa El Salvador, con un área aproximada de 150 Kms.cuadrados y alrededor de 20 Asentamientos Humanos.

4.2. GEOGRAFÍA

En cuanto a su geografía, el suelo es arenoso con pendientes que no sobrepasan los 450 mts. sobre el nivel del mar. El clima es de tipo desértico tropical con precipitaciones anuales inferiores a 150 mm. y con una tasa de humedad del 98%.

4.3. POBLACIÓN

La población según el Censo de 1981 era de 165,765 habitantes para San Juan de Miraflores y de 313,902 para Villa María del Triunfo. Entonces no existía todavía el distrito de Villa El Salvador.

Las proyecciones según el INE para 1988 fueron de 234,875 habitantes para San Juan de Miraflores, de 289,577 para Villa María del Triunfo y de 235,535

para Villa El Salvador, haciendo un total de 759,987 (1). El distrito de V.E.S. se creó recién en 1984.

La densidad de la población es de alrededor de 4,500 habitantes por Km.cuadrado (222 metros cuadrados x habitante), con un crecimiento anual de alrededor de 6% (2.7% crecimiento vegetativo y 3.3 por migración). La estructura de la población por edad es de alrededor de 2.5% menores de un año, 10% de 1 a 4 años y 35% de 0-4 años. Las mujeres en edad fértil representan el 26% y las gestantes el 4.75% de la población general (ver anexo No. 3).

4.4. SITUACIÓN SOCIAL

En cuanto a situación socio-económica tenemos:

- **Vivienda:** Alrededor de 70% es de material noble, la mayoría no acabada; el resto son de esteras o cartón. Alrededor del 65% de viviendas poseen instalación domiciliar de agua y desague. Hay un promedio de 3.5 personas por habitación.
- **Empleo :** Alrededor del 15% de la PEA está desocupada y el 45% es sub-empleada. De éstas últimas un 25% trabaja en construcción civil. Un porcentaje creciente de madres de familia trabajan como empleadas del hogar y últimamente en el Programa de Apoyo al Ingreso Temporal (PAIT), creado por el gobierno actual en 1986.

4.5. RECURSOS DE SALUD

Actualmente la zona cuenta con 80 Puestos de Salud, de los cuales 71 están operativos; 4 Hospitales Materno Infantiles, de los cuales están en funcionamiento el Hospital Materno Infantil "Manuel Barreto", con capacidad para 12 camas, el Hospital M.I. de Villa María del Triunfo con capacidad para 22 camas. El H.M.I. "César López Silva" ubicado en Residencial Pachacamac y el H.M.I. "Juan Pablo II" - ubicado en el IV Sector de Villa El Salvador - atienden 12 horas y funcionan como Centros de Salud. El Hospital "María Auxiliadora", tiene capacidad para 400 camas de los cuales las 2/3 partes están en funcionamiento con la mayor parte de especialidades y subespecialidades.

5. PRINCIPALES INDICADORES USADOS

5.1. TASA BRUTA DE NATALIDAD (TBN)

Es el número de nacimientos en un año determinado por cada mil habitantes a mitad de dicho año. Este es un importante indicador relacionado con la salud, ya que las altas tasas de natalidad, unidas a intervalos promediales cortos entre nacimientos, están asociados con una mortalidad materna e infantil más elevadas.

Claro está que este indicador, como los otros que veremos más adelante, no pueden examinarse aislados del grado de desarrollo socio-económico, ya que en países o zonas geográficas con un buen grado de desarrollo social, una TBN alta no necesariamente representa un alto riesgo de mortalidad materno-infantil.

Esto último también es importante tomar en cuenta al evaluar el impacto de los programas de regulación de la fecundidad donde la reducción de la TBN y la tasa global de fecundidad, se debe en la gran mayoría de casos a variaciones en el grado de desarrollo económico social y cambios en los patrones culturales de la población, más que al programa mismo.

5.2. NACIMIENTO VIVO

Es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción fuera del cuerpo de la madre, que después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto se haya cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

5.3. NACIMIENTO MUERTO

Es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción fuera del cuerpo de la madre que, después de esa separación, no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto se haya cortado o no el cordón umbilical o esté desprendida o no la placenta.

5.4. TASA DE FECUNDIDAD GENERAL (TFG)

Es el número anual de nacimientos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15-44a. o 15-49a.).

La tasa bruta de natalidad puede expresarse también con la siguiente fórmula: $TBN = TFG \times F/P$, donde F es el número de mujeres en edad fértil y P la población total a mitad de un año determinado.

En la mayoría de países la población femenina de 15 a 44 a. de edad constituye entre el 20% - 25 % de la población total, de manera que la tasa de fecundidad general es por lo menos 4 o 5 veces mayor que la tasa de natalidad.

5.5. TASA DE FECUNDIDAD POR EDAD

Es la expresión de fecundidad por grupos específicos de edad. Ello permite hacer comparaciones en el transcurso del tiempo o ver las diferencias en la fecundidad efectiva a diferentes edades.

5.6. TASA DE CRECIMIENTO VEGETATIVO O TASA DE CRECIMIENTO NATURAL (TCV)

Es la tasa que mide el aumento o disminución de la población en un año determinado, debido a un excedente o déficit de los nacimientos sobre la defunción expresada como porcentaje de la población base. No incluye los efectos de la inmigración o la emigración. Se puede expresar con la siguiente fórmula:

$$TCV : \frac{NACIMIENTOS - DEFUNCIONES}{POBLACION TOTAL} \times 100$$

También puede calcularse a partir de las tasas de natalidad y mortalidad en un año determinado según la siguiente fórmula:

$$TCV = \frac{TBN - TBM}{10}$$

Esta tasa tiene mucho que ver con el número de mujeres en edad fértil y el promedio de hijos a tener mientras dure su periodo reproductivo. En poblaciones cerradas, es decir donde las Inmigraciones y Emigraciones se mantienen constantes, el aumento o disminución de la TCV, aunada a otros

indicadores de fecundidad, mide el impacto de la política poblacional puesta en marcha.

5.7. TASA BRUTA DE MORTALIDAD (TBM)

Es el número total de defunciones en un año determinado por cada mil habitantes. La Tasa de mortalidad General, como su nombre lo indica, es un indicador que mide a groso modo las tendencias de mortalidad global de diferentes grupos humanos. No es un indicador sensible, para fines de comparación del grado de desarrollo social, ya que hay variaciones grandes de acuerdo a la mayor o menor predominancia de los grupos etáreos muy jóvenes o muy viejos. En general la tasa de mortalidad aumenta conforme avanza la edad.

Para fines comparativos es necesario tomar en cuenta la tasa de mortalidad general ajustada por edad, de acuerdo a poblaciones standarizadas por la O.M.S.

En general podemos decir que en países con poblaciones predominantemente jóvenes, las tasas brutas de mortalidad son bajas; mientras que cuando es mayor la esperanza de vida y hay un mayor número de personas en edad avanzada, como en los países desarrollados, la TBM es alta.

5.8. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI)

Es el número de defunciones de menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un año determinado.

Esta tasa es un indicador útil del estado de salud, no sólo de los lactantes sino también de la población en su conjunto y de las condiciones socio-económicas en que esta vive. Además, la Tasa de mortalidad Infantil es un indicador sensible a la disponibilidad, utilización y eficacia de la asistencia sanitaria y en particular de la atención perinatal.

Se consideran tasas muy altas las que superan en 100/1000 N.V., altas las que oscilan entre 51 a 99/1,000 N.V., moderadas las que oscilan entre 25 a 50/1,000 N.V. y bajas, las inferiores a 25/1,000 N.V.

5.9. MUERTE FETAL

Muerte in útero de un feto de 500 grs. o más. Este peso corresponde aproximadamente a 22 semanas o más de gestación, es decir a la de un feto viable.

5.10. TASA DE MUERTE FETAL

Es el número de muertes fetales por 1,000 nacimientos (nacidos vivos o muertos en un año determinado).

5.11. PERIODO PERINATAL

Empieza cuando el feto ya es viable (a partir de las 22 semanas de gestación) hasta los 7 días después del nacimiento, independientemente de la edad gestacional al momento del parto.

5.12. TASA DE MORTALIDAD PRECOZ

Es el número de defunciones de neonatos de 0-7 días por cada 1,000 nacidos vivos en un año determinado. Esta tasa refleja con mayor especificidad la atención prestada a la madre y al niño durante el período prenatal y perinatal. El grueso de esta tasa está dada por las muertes ocurridas dentro de las primeras 48 horas de vida.

5.13. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDIA

Es el número de defunciones neonatales entre 8 y 28 días de vida por cada 1,000 nacidos vivos en un año determinado. Refleja con mayor detalle las muertes por complicaciones tardías de la atención perinatal (Higiene de la atención del parto, enf. de la madre que afectan al feto, alimentación inadecuada, complicaciones obstétricas). La suma de ambas tasas constituye la Mortalidad Neonatal.

5.14. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

Es el número de defunciones fetales más neonatales precoces por cada 1,000 nacidos vivos o muertos en un año determinado. Refleja en forma global la atención brindada a la madre y al feto durante el período prenatal y neonatal y la accesibilidad de la madre a los servicios de cuidados pre y post natales. En países subdesarrollados representa alrededor del 25% de la mortalidad infantil. Para fines de comparación internacional, sólo se toman los nacidos vivos y muertos con un peso de 1,000 gr. y más.

5.15. PESO AL NACER

Es la primera medición del peso de un recién nacido vivo o muerto en el término de las 24 horas del nacimiento. Dicho peso debe ser medido preferiblemente dentro de las primeras 24 horas de vida, antes de que haya ocurrido la pérdida postnatal significativa de peso.

Se considera bajo peso al nacer, al inferior a 2,500 gr., muy bajo peso al nacer al inferior a 1,500 gr. y peso extremadamente bajo al nacer al inferior a 1,000 gr.

5.16. MORTALIDAD MATERNA

Se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de las 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las defunciones maternas pueden sub-dividirse en 3 grupos:

5.16.1. DEFUNCIÓN OBST.DIRECTA:

La debida a complicaciones del embarazo parto y puerperio, incluida las intervenciones, omisiones y tratamiento incorrecto, o por una cadena de eventos resultante de cualesquiera de esas complicaciones.

5.16.2. DEFUNCIÓN OBSTÉTRICA INDIRECTA:

Son las causadas por enfermedades ya existentes o contraídas durante el embarazo, el parto o el puerperio que no fueron debidas a causas obstétrica directas.

5.16.3. DEFUNCIÓN NO OBSTÉTRICA:

Es la resultante de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio.

5.17. TASA DE MORTALIDAD MATERNA:

Es el número de Defunciones obstétricas (directas o indirectas) por 10,000 nacimientos (vivos y muertos) en un año determinado. Esta tasa refleja las condiciones socio-económicas generales de las familias, la nutrición y el saneamiento ambiental básico; así como también la asistencia sanitaria de la madre. Las tasas oscilan entre 30/1000 en los países subdesarrollados a menos de 0.1 por mil en los países desarrollados.

5.18. TASA DE MORTALIDAD PRE-ESCOLAR:

Llamada también tasa de mortalidad de niños de corta edad, es el número de defunciones de niños de 1-4 años ocurridas en un año determinado por 1000 niños de este grupo de edad en la mitad del año que se trata.

Refleja más que la tasa de mortalidad infantil, los principales factores ambientales que afectan la salud de un niño, tales como la nutrición, el saneamiento, las enfermedades transmisibles de la infancia y los accidentes que ocurren en el hogar y sus cercanías. Pone de manifiesto, más aún que la tasa de mortalidad de lactantes, el grado de pobreza y la cantidad de individuos afectados por ella, por lo que resulta un indicador sensible del desarrollo socio-económico de un país, región o comunidad.

Esta tasa alcanza un promedio de uno por mil en la mayoría de países desarrollados y a un promedio de 20 en muchos países subdesarrollados.

5.19. TASA DE MORTALIDAD PROPORCIONAL:

Es el número de defunciones de una determinada enfermedad en un año, sobre el número de defunciones totales por 100.

Según el orden que ocupan determinado grado de enfermedades nos da una idea de las variaciones en el componente ambiental del proceso salud-enfermedad y de las políticas de salud pública predominante en un país o región.

Generalmente en los países subdesarrollados, las enfermedades infecciosas y relacionadas con el saneamiento ambiental básico ocupan los primeros lugares. En cambio en los países desarrollados las enfermedades cardiovasculares, neoplasias y accidentes ocupan los primeros lugares.

Los análisis recientes de la mortalidad proporcional en las grandes ciudades de países subdesarrollados, muestra un comportamiento semejante a la de los países desarrollados (6,9).

5.20. TASA DE MORTALIDAD ESPECIFICA:

Es el número total de defunciones por una enfermedad en un año, por cada 100,000 habitantes a la mitad del año que se trata.

Es útil para evaluar el grado de severidad de determinada enfermedad año a año y la eficacia de las medidas de prevención puestas en marcha. Por ejemplo al evaluar la mortalidad específica de niños menores de 3 años por tuberculosis meningea y miliar nos indica la eficacia y el valor protector de la vacuna B.C.G. y es un indicador indirecto de la marcha del Programa de Control de la Tuberculosis.

5.21. TASA DE LETALIDAD:

Es el número de defunciones por una determinada enfermedad, sobre el número total de casos (enfermos) de dicha enfermedad en un lapso de tiempo determinado x 100.

Mide el grado de severidad de una determinada enfermedad y el grado de eficacia de medidas de prevención secundaria y terciaria.
Ejem.: Hasta antes del advenimiento de la penicilina y de la instauración de un tratamiento hospitalario intensivo y precoz, las tasas de letalidad por Meningitis Meningocócica superaban el 50%; actualmente la letalidad es menos del 10% en

países desarrollados y oscila entre 10 y 40% en países subdesarrollados, siendo mayor en zonas rurales que en urbanas.

5.22. TASA DE INCIDENCIA

Es el número de casos nuevos de una determinada enfermedad en un año determinado por cada 100,000 habitantes a mitad del mismo año. Según el mayor o menor componente social de ciertas enfermedades y según se disponga o no de intervenciones técnicas sanitarias simples, eficaces y de bajo costo para combatirlas; este indicador reflejará el mayor o menor impacto de medidas políticas de mejoramiento de las condiciones sociales, del impacto de los programas de educación sanitaria masiva, de medidas de saneamiento básico o del impacto de determinadas intervenciones de salud de tipo vertical u horizontal.

Por ejemplo, el impacto en la disminución de la tasa de incidencia de tuberculosis por medidas estrictamente sanitarias será mínimo si paralelamente no hay una mejora en las condiciones sociales. En cambio, el impacto de medidas sanitarias (Programa de Inmunizaciones) será mayor en disminuir la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación.

5.23. TASA DE MORBILIDAD PROPORCIONAL

Es el número de casos nuevos de una determinada enfermedad en un año determinado sobre el No. total de casos nuevos de otras enfermedades en el mismo año por 100.

Tienen más o menos la misma significación que la tasa de mortalidad proporcional.

En general podemos decir que el grado de precisión de estos indicadores no es tan importante como conocer el orden de magnitud de los mismos.

5.24. INDICADORES HOSPITALARIOS.

5.24.1. PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES:

Está dado por el No. promedio de camas que estuvieron disponibles diariamente.

$$\text{P.D. de C.D.} = \frac{\text{Suma de los días-cama, Sector x, período}}{\text{Total de días, sector x, período}}$$

5.24.2. PROMEDIO DIARIO DE PACIENTES ININTERNADOS:

Está dado por el número promedio de pacientes que estuvieron hospitalizados diariamente.

$$\text{P.D. de P.I.} = \frac{\text{Suma de pacientes-día x Sector x período}}{\text{Total de días x sector x período}}$$

5.24.3. PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS (GRADO DE USO):

Valora la ocupación promedio de las camas de un sector, expresando los resultados en porcentajes.

$$\text{P.O. de C.} = \frac{\text{Suma de los pacientes día, sector x período x 100}}{\text{Suma de días - cama, sector x período}}$$

Su nivel aceptable es de 70 a 80%.

5.24.4. PROMEDIO DE ESTADÍA O PERMANENCIA:

Es un indicador de la duración promedio de la internación de los pacientes en un sector.

$$\text{P. de E.} = \frac{\text{Suma de pacientes-día egresos} \\ \text{x sector x período}}{\text{Total de egresos, sector x} \\ \text{período}}$$

Su nivel aceptable es variable.

5.24.5. COEFICIENTE DE RENOVACIÓN O GIRO DE CAMAS (RENDIMIENTO):

Es una razón que indica el número de pacientes que son dados de alta por cada cama disponible en un sector y en un período dado.

$$\text{C. de R.} = \frac{\text{No.egresos x Sector x período}}{\text{No.de camas disponibles,sector} \\ \text{x período.}}$$

Su nivel aceptable es variable.

5.24.6. INTERVALO DE GIRO:

Es un indicador complementario del anterior, que relaciona el tiempo que la cama permanece desocupada entre cada alta y la admisión consecutiva.

$$\text{I. de G.} = \frac{\text{Suma de días cama disponibles} \\ \text{menos suma de pacientes-día,sector}}{\text{Total egresos, sector x período}}$$

5.24.7. PROMEDIO DIARIO DE ALTAS:

Da referencias sobre el No. de pacientes que en promedio egresan diariamente de los diferentes servicios del Hospital.

$$\text{P.D.de A.} = \frac{\text{Suma de egresos x sector x período}}{\text{Total de días del período}}$$

5.24.8. TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA:

Mide el riesgo de muerte de los pacientes que estuvieron hospitalizados.

$$\text{T. de M.} = \frac{\text{Total de altas x defunción x sector x período x 100}}{\text{Total de egresos, sector x período}}$$

Su nivel aceptable es de 4%.

Si se excluye las muertes con menos de 48 horas de estancia, ésta tasa se llama: Tasa neta de mortalidad intrahospitalaria su fórmula es:

$$\text{T. de M.N.} = \frac{\text{Total de altas x defunción con 48 hrs. y más de permanencia x sector x período x 100}}{\text{Total de egreso-Defunc. < 48 hrs.}}$$

Su nivel aceptable es de 2.5%.

La tasa de Mortalidad en general nos da una idea de la calidad de atención hospitalaria y la Tasa neta la expresa con mayor especificidad, ya que excluye los casos que fallecen antes de las 48 horas, y que generalmente llegan en estado muy grave y en los que la atención brindada en el hospital por más eficiente que sea, va a modificar muy poco el curso fatal de los mismos.

5.24.9. TASA DE LETERIDAD

Mide el riesgo de de muerte por cierto grupo de enfermedades. Relaciona el No. total de defunciones por ese grupo de enfermedades con respecto al No. total de egresos registrados por iguales diagnósticos.

$$T. \text{ de L.} = \frac{\text{Total de def. x causa} \\ \text{x sector, período} \times 100}{\text{Total de altas x causa} \\ \text{x sector x período}}$$

Los niveles aceptables varían de acuerdo a la severidad de cada enfermedad desde niveles muy altos cercanos al 100%, como las muertes producidas por Rabia y Fiebre Amarilla, hasta niveles intermedios y bajos de mortalidad como las producidas por enfermedades Meningocócicas, Accidentes cerebro-vasculares, neumonías, parotiditis, etc.

Las Tasas específicas de Letalidad, discriminan la variabilidad que puede haber en la letalidad de cada enfermedad por la edad, sexo, etc.

5.24.10. TASA DE MORTALIDAD MATERNA INTRAHOSPITALARIA:

Es el No. de defunciones Maternas, por causas obstétricas directas e indirectas sobre los egresos x 100. También puede expresarse en relación al No. de nacidos vivos en el Hospital en un período dado por 10,000.

$$M.M.I. = \frac{\text{Def.Mat. x causas obst.} \\ \text{directas e indirectas} \times 100}{\text{No. egresos de pacientes} \\ \text{obst. en el período}}$$

Su nivel aceptable es de 0.025 %

5.24.11. TASA DE MORTALIDAD POST.OPERATORIA:

$$T.M.P. = \frac{\text{Def. durante 10 primeros} \\ \text{días post-op. x período} \times \text{sector}}{\text{No. operaciones x Sector} \\ \text{x período}}$$

Su nivel aceptable es de 1%.

5.24.12. TASA DE MORTALIDAD POR ANESTESIA:

Expresa el número de defunciones atribuibles al uso de cualquier tipo de anestésico en una intervención quirúrgica. Su fórmula es:

$$T.M.A. = \frac{\text{No. de def.x anestesia}}{\text{No. de pacientes que recibieron anestesia}}$$

5.24.13. TASA DE AUTOPSIA:

Sirve para medir la calidad de la certificación Médica de defunción. En nuestro medio está muy influenciada por patrones culturales y religiosos. Lo ideal es que sea 100%, pero un 30% ya es aceptable.

$$T.A. = \frac{\text{No. de autopsias x período x 100}}{\text{No. total de defunción x período}}$$

La Tasa de autopsia neta. - Se obtiene restando al denominador las defunciones de los casos de intervención policial.

5.24.14. TASA DE CESÁREAS:

Es la relación de las cesáreas efectuadas en relación a los partos atendidos en un período dado. Sirve para medir el No. de cesáreas innecesarias y es un parámetro importante en la auditoría Médica. Está muy influenciada por patrones culturales, selección de casos por sistemas de referencia y Normas de procedimiento de acuerdo a patrones de formación o seguimiento de determinadas escuelas.

$$T. C. = \frac{\text{No.Cesáreas x período x 100}}{\text{No. partos x período}}$$

Su nivel aceptable es de 4,5% en hospitales generales.

6. HECHOS VITALES.

6.1. NATALIDAD: AÑOS 85 - 86 - 87 - 88.

6.1.1. A NIVEL DE LOS 3 DISTRITOS DE NUESTRA JURISDICCIÓN

CUADRO No.3

TOTAL DE NACIMIENTOS EN LOS 3 DISTRITOS ANOS: 1985 - 1986 - 1987 - 1988

CONDICION DE CIFRAS	1985	NACIMIENTOS VIVOS			PORCENTAJE DE CREC.		
		1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADOS	13121	13181	14804	16155	+ 0.46%	+ 9.2%	+ 9.12%
ESTIMADA	22067	22168	22261	22039	+ 0.48%	- 2.3%	- 0.99%
% OMISION	40.54	40.54	33.5	26.7	-	-	-

Crecimiento población según INE 85-86= 5.86%, 86-87 = 5.73%, 87-88 = 5.55%.

CUADRO No.4

TASAS DE NATALIDAD EN LOS 3 DISTRITOS ANOS: 1985 - 1986 - 1987 -1988

CONDICION DE CIFRAS	TASA BRUTA DE NATALIDAD				% CRECIMIENTO		TBN
	1985	1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADA	21.7	19.36	20.51	21.25	-10.78	+3.38	+6.25
ESTIMADA	36.5	32.56	30.99	29	-10.79	-7.64	-3.62
% OMISION	40.5	40.5	33.5	26.7	-	-	-

TBN PERU 1988: 32 .LIMA:28.5

6.1.2. NATALIDAD POR DISTRITOS: AÑOS 85-86-87-88

CUADRO No.5

DISTRITO : SAN JUAN DE MIRAFLORES
NACIMIENTOS : 85 - 86 - 87 - 88

CONDICION DE CIFRAS	NACIMIENTOS VIVOS				% DE CRECIMIENTO		
	1985	1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADOS	4517	4733	5521	5944	+4.71	+16.64	+7.6
ESTIMADOS	7597	7960	8302	8109	+4.71	+4.29	-2.32
% OMISION	40.54	40.54	33.5	26.7	-	-	-

Crecimiento de población S.J.M. 85-86 =4.2%; 86-87 = 4.2%, 87-88=

CUADRO No.6

DISTRITO : SAN JUAN DE MIRAFLORES
TASAS DE NATALIDAD: 1985-86-87-88.

CONDICION DE CIFRAS	NACIDOS VIVOS				% DE CRECIMIENTO		
	1985	1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADOS	21.13	21.89	24.46	25.3	+3.36	+11.74	+3.43
ESTIMADOS	35.54	36.73	36.78	34.5	+3.36	+0.13	-6.19
% OMISION	40.54	40.54	33.5	26.7	-	-	-

CUADRO No.7

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
NACIMIENTOS : 85-86-87-88.

CONDICION DE CIFRAS	NACIDOS VIVOS				% DE CRECIMIENTO		
	1985	1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADOS	4760	4585	4942	5581	-3.67	+7.78	+12.92
ESTIMADOS	8005	7709	7431	7614	-3.67	-3.60	+2.46
% OMISION	40.54	40.54	43.5	26.7	-	-	-

CUADRO No.8

DISTRITO : VILLA MARIA DEL TRIUNFO
TASA DE NATALIDAD 85-86-87-88.

CONDICION DE CIFRAS	TASA BRUTA DE NATALIDAD				% DE CRECIMIENTO		
	1985	1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADAS	20.3	17.7	18.06	19.27	-12.4	+1.6	+ 6.7
ESTIMADAS	34.1	29.8	27.15	26.3	-12.4	-9.10	- 3.16
% OMISION	40.5	40.5	33.5	26.7	-	-	-

CUADRO No.9

DISTRITO : VILLA EL SALVADOR
NACIMIENTOS: 1985-86-87-88.

CONDICION DE CIFRAS	NACIDOS VIVOS				% DE CRECIMIENTO		
	1985	1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADAS	3844	3863	4341	4630	+0.49	-7.9	+6.5
ESTIMADAS	6464	6496	6532	6316	+0.49	-17.7	-3.3
% OMISION	40.5	40.5	33.5	26.7	-	-	-

CUADRO No.10

DISTRITO : VILLA EL SALVADOR
TASA DE NATALIDAD: 85-86-87-88.

CONDICION DE CIFRAS	TASA BRUTA DE NATALIDAD				% DE CRECIMIENTO		
	1985	1986	1987	1988	85-86	86-87	87-88
REGISTRADAS	24.6	18.7	19.67	19.65	-23.8	+5.7	- 0.1
ESTIMADAS	41.3	31.5	29.6	26.8	-24.2	-6.04	- 9.3
% OMISION	40.5	40.5	33.5	26.7	-	-	-

6.1.3. CRECIMIENTO VEGETATIVO Y FECUNDIDAD GENERAL: AÑOS 85-88.

6.1.3.1. Tasa de Crecimiento Vegetativo y Tasa de Fecundidad General en los 3 distritos. Años: 85-88.

CUADRO No.11

AÑOS DE CIFRAS	1985		1986		1987		1988	
	TCV	TFG	CONDICION		TCV	TFG	TCV	TFG
REGISTRADA	1.91	82.91	1.7	73.7	1.8	79.5	1.8	62.4
ESTIMADA	3.2	134.4	2.8	123.9	2.5	119.8	2.35	133.6

6.1.3.2. Tasa de Crecimiento Vegetativo y Tasa de Fecundidad General por Distritos. Años: 85-88.

CUADRO No.12

SAN JUAN DE MIRAFLORES

AÑOS DE CIFRAS	1985		1986		1987		1988	
	TCV.	TFG.	CONDICION		TCV.	TFG.	TCV.	TFG.
REGISTRADA	1.8	80.7	1.8	83.2	2.4	106.6	2.1	97.7
ESTIMADA	2.8	135.8	2.8	139.9	3.9	160.3	2.9	133.3

CUADRO No.13

VILLA MARIA DEL TRIUNFO

AÑOS CONDICION DE CIFRAS	1985		1986		1987		1988	
	TCV.	TFG.	TCV.	TFG.	TCV.	TFG.	TCV.	TFG.
REGISTRADA	1.8	77.5	1.5	67.7	1.5	65.6	1.7	74.4
ESTIMADA	2.8	130.4	3.1	113.7	2.1	98.6	2.1	101.5

CUADRO No.14

VILLA EL SALVADOR

AÑOS CONDICION DE CIFRAS	1985		1986		1987		1988	
	TCV.	TFG.	TCV.	TFG.	TCV.	TFG.	TCV.	TFG.
REGISTRADA	2.2	93.9	1.6	71.3	1.3	62.4	1.7	75.9
ESTIMADA	3.4	157.9	2.6	119.9	1.9	93.8	2.5	103.6

6.1.4. NACIMIENTOS POR DISTRITOS DE PROCEDENCIA: AÑOS 1987-1988:

6.1.4.1.

CUADRO No. 15

REGISTRO DE NACIMIENTOS POR
DISTRITOS DE PROCEDENCIA
AÑO : 1987

DISTRITO	V. E. S.		V. M. T.		S. J. M.		TOTAL	
	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	4341	100	4942	100	5521	100	14804	100
V. E. S.	853	19.6	-	-	-	-	853	5.76
V. M. T.	312	7.2	1586	32.1	410	7.4	2308	15.59
S. J. M.	474	10.9	627	12.7	1338	24.3	2439	16.47
LIMA	1993	45.9	1607	32.5	2075	37.6	5675	38.33
JESUS MARIA	412	9.5	652	13.2	1043	18.9	2107	14.23
MIRAFLORES	161	3.8	344	7.1	502	9.1	1007	6.81
PUEBLO LIBRE	43	1	37	0.7	66	1.2	146	0.98
LA VICTORIA	31	0.7	22	0.4	18	0.3	71	0.49
BELLAVISTA	25	0.6	41	0.8	35	0.6	101	0.68
EL AGUSTINO	28	0.6	19	0.4	23	0.4	70	0.48
OTROS	9	0.2	7	0.1	11	0.2	27	0.18

Nacimientos registrados en Distritos del Area = 37.8%

Nacimientos registrados en Otros Distritos = 62.2%

QUADRO No. 16

REGISTRO DE NACIMIENTOS POR
DISTRITOS DE PROCEDENCIA
AÑO : 1988

DISTRITO	S. J. M.		V. M. T.		V. E. S.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
V. E. S.	-	-	1	0.017	1119	24.16	1120	6.9
V. M. T.	352	5.9	1952	35	381	8.2	2650	16.6
S. J. M.	2491	41.9	1236	22.1	907	19.6	4634	28.7
LIMA	1411	23.7	1117	20	1543	33.3	4071	25.2
JESUS MARIA	1143	19.2	805	14.4	424	9.15	2372	14.7
MIRAFLORES	413	6.9	340	6.09	133	2.8	886	5.5
P. LIBRE	54	0.9	62	1.1	26	0.5	142	0.9
BELLAVISTA	5	0.08	6	0.1	7	0.15	18	0.1
EL AGUSTINO	30	0.5	12	0.2	29	0.6	71	0.4
LA VICTORIA	36	0.6	42	0.7	54	1.16	132	0.8
OTROS	9	0.15	9	0.16	7	0.15	25	0.15
TOTALES	5944	100%	5581	100%	4630	100%	16120	100%

NOTA: Nacimientos Registrados en Distritos de nuestra Area= 52%
Nacimientos registrados en Otros Distritos = 48%

CUADRO No. 17

FECUNDIDAD POR GRUPO DE EDADES DE LA MADRE
AÑO : 1988

EDAD MADRE	No. NACIMIENTOS	%	TASA (*)
10 - 14	21	0.13	0.48
15 - 19	1893	12.22	47.98
20 - 24	4767	30.83	135.03
25 - 29	4140	26.7	133.5
30 - 34	2594	16.8	100.4
35 - 39	1545	10.0	71.9
40 - 44	470	3.0	27.0
45 - 49	47	0.3	3.28
50 - 54	6	0.04	0.48

(*) Las Tasas son por 1,000 mujeres de grupo etáreo correspondiente.

6.1.5. NATALIDAD : COMENTARIOS

6.1.5.1. El estimado de la Tasa Bruta de Natalidad, fijado en 29 para los 3 distritos en conjunto el año 1988, se hizo partiendo de la hipótesis de trabajo de que, de acuerdo a las condiciones sociales de la zona y el grado aceptable de accesibilidad a los servicios curativo-preventivos (que incluye planificación familiar), esta tasa debe ser inferior al promedio nacional para 1988, estimado por el INE en 34, pero algo superior al promedio de Lima proyectado en 28 (7).

Para el cálculo de las tasas de Natalidad por distritos, se ha tomado en cuenta el mismo porcentaje de omisión (26.7) que para los 3 distritos en conjunto.

6.1.5.2. Como observamos en los cuadros 15 y 16, el porcentaje de nacimientos registrados en distritos del sector, aumentó de 36.1% en el año 87, a 52% en el año 88. Este incremento se debe fundamentalmente a que las camas obstétricas disponibles hasta fines del 87 (que eran 65) aumentaron a 92 para el año 88 en los hospitales de la zona (55 del Hospital María Auxiliadora, 12 del HMI. M.Barreto y 25 del HMI. Villa María del Triunfo).

6.1.5.3. De acuerdo al Cuadro No.3, vemos que los nacimientos estimados ascendieron a 22,039. Con la actual disponibilidad de camas, con un 80% de utilización y un promedio de estancia de 2 días, se pueden atender alrededor de 13,500 partos, que representa el 61.2%. Si se logra habilitar que funcionen los Hospitales Materno-Infantiles César López Silva y Juan Pablo II de V.E.S., se agregarían 24 camas más, con lo que se lograría atender alrededor de 17,000 nacimientos, que representa el 77%, quedando sólo un 22% de partos que se atenderían a domicilio o en otras instituciones, lo que sería bastante aceptable.

6.1.5.4. A nivel de los 3 distritos en conjunto (cuadros No.3 y 4) vemos que entre el 85 y el 88 los nacimientos registrados se incrementaron en un 23% y las tasas decrecen en un 2%. La mayor parte del incremento de nacimientos probablemente se deba a un mejor registro, ya que desde el 85 al 88 el porcentaje de nacimientos registrados en distritos de la zona se incrementó de 28.9% a 52%, debido fundamentalmente a la apertura de atención obstétrica en su capacidad completa del Hospital María Auxiliadora y el HMI. Manuel Barreto. El aparente descenso de las tasas se debería a un exceso de población (que se usa en el denominador) proyectada por el INE. (1)

Al analizar las tasas de crecimiento vegetativo y fecundidad general (cuadros 11 al 14), entre el 85 y 88, vemos una reducción de 5.7% y de 24.7% respectivamente a expensas sobre todo de VMT.y V.E.S..Ello podría estar hablándonos de una tendencia a disminuir la natalidad en nuestra población

como consecuencia de la crisis o como resultado de la amplia cobertura de los Programas de Planificación Familiar que a lo largo de más de diez años se vienen implementando en nuestra zona tanto por parte de instituciones estatales como privadas. De todas maneras sería interesante hacer un estudio epidemiológico para corroborar esta hipótesis.

El incremento observado en SJM. podría deberse a mejor registro por razones ya mencionadas, ya que el HAMA y el HMI.M.Barreto se encuentran precisamente en este distrito.

6.2. MORTALIDAD 1985-1988:

6.2.1. A NIVEL DE LOS 3 DISTRITOS

CUADRO No. 18

INDICADORES DE MORTALIDAD AÑO 1985

INDICADOR	DEFUNCIONES			TASA		
	REG.	EST.	% OMIS.	REG.	EST.	% OMIS.
MORT. GENERAL	1562	3930	60.25	2.58	6.5	60.25
MORT. INFANTIL	348	1875	81.44	26.52	85.0	68.8
MORT. NEONAT. PRECOZ	46	248	81.44	3.5	11.2	68.8
MORT. NEONAT. TARDIA	40	215	81.44	3.05	9.77	68.8
MORT. NEONATAL	86	463	81.44	6.55	20.9	68.8
MORT. PRE-ESCOLAR	113	284	60.25	1.82	4.58	60.25
MORT. MATERNA	10	53	81.44	0.76	2.43	68.8

CUADRO No. 19

INDICADORES DE MORTALIDAD AÑO 1986

INDICADOR	DEFUNCIONES			TASA		
	REG.	EST.	% OMIS.	REG.	EST.	% OMIS.
MORT. GENERAL	1759	3988	55.9	2.58	5.85	55.9
MORT. INFANTIL	318	1438	77.9	24.12	65.0	62.9
MORT. NEONAT. PRECOZ	49	221	77.9	3.72	10.02	62.9
MORT. NEONAT. TARDIA	40	180	77.9	3.03	8.16	62.9
MORT. NEONATAL	89	402	77.9	6.75	18.19	62.9
MORT. PRE-ESCOLAR	112	253	55.9	1.73	3.92	55.9
MORT. MATERNA	7	31	77.9	0.53	1.42	62.9

CUADRO No. 20

INDICADORES DE MORTALIDAD
DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
AÑO: 1987

INDICADOR	DEFUNCIONES			TASA		
	REG.	EST.	% OMIS.	REG.	EST.	% OMIS.
MORT. GENERAL	1882	4828	54.3	2.61	5.5	54.3
MORT. INFANTIL	349	1293	73.13	24.23	60.0	59.6
MORT. NEONAT. PRECOZ	107	398	73.13	7.43	18.39	59.6
MORT. NEONAT. TARDIA	43	160	73.13	2.98	7.37	59.6
MORT. NEONAT.	150	558	73.13	10.4	25.7	59.6
MORT. PRE-ESCOLAR	108	236	54.3	1.54	3.36	54.3
MORT. MATERNA	13	48	73.13	0.9	2.22	59.6

CUADRO No. 21

INDICADORES DE MORTALIDAD
DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
AÑO : 1988

INDICADOR	DEFUNCIONES			TASA		
	REG. *	EST. *	%	REG.	EST.	%
MORT. GENERAL	1955	4186	53.3	2.57	5.5	53.3
MORT. INFANTIL	421	1212	65.3	26	55	52.7
MORT. NEONAT. PRECOZ	173	366	65.3	10.7	22.6	52.7
MORT. NEONAT. TARDIA	51	108	65.3	3.2	6.7	52.7
MORT. NEONATAL	225	473	65.3	13.9	29.3	52.7
MORT. POST NEONAT.	196	565	65.3	12.13	25.6	52.7
MORT. PERINATAL	282	596	52.7	17.3	36.5	52.7
MORT. PRE-ESCOLAR	81	171	53.3	1.05	2.25	53.3
MORT. MATERNA	14	40	65.3	8.6	18.18	52.7

* Para los Estimados, se han tomado los resultados de la encuesta ENCOV (2) que da una T.M.I. para Lima de 46.7 x 1,000 N.V. y para el Perú una Tasa de 72.8 en el año 1988.

CUADRO No.22INDICADORES DE MORTALIDAD POR DISTRITOS
AÑO : 1985

INDICADOR	SAN JUAN DE M.				VILLA MARIA T.				VILLA SALVADOR			
	No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS	
	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.
MORT. GEN.	608	1529	2.8	7.1	538	1353	2.3	5.8	416	1046	2.7	6.7
MORT. INFANT.	118	635	25.6	82.0	112	603	23.1	74.0	118	635	30.1	96.5
M. NEON. PREC.	16	86	3.5	11.2	13	70	2.7	8.7	17	91	4.4	14.2
M. NEON. TARD.	17	91	3.8	12.0	10	54	2.1	6.7	13	70	3.4	10.8
MORT. NEONAT.	33	177	7.3	23.4	23	124	4.8	15.5	30	161	7.8	25.0
M. PRE-ESCOL.	33	83	1.5	3.8	43	108	1.8	4.5	37	93	2.3	5.8
MORT. MATERN.	3	16	0.7	2.1	4	21	0.8	2.7	3	16	0.8	2.5

Nota: La mortalidad materna está expresada por 1,000 nacidos vivos.

CUADRO No.23INDICADORES DE MORTALIDAD POR DISTRITOS
AÑO : 1986

INDICADOR	SAN JUAN DE M.				VILLA MARIA T.				VILLA EL SALVADOR			
	No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS	
	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.
MORT. GENER.	715	1621	3.3	7.4	563	1262	2.2	5.0	481	1080	2.3	5.3
MORT. INFANT.	127	574	26.8	72.1	89	400	19.4	52.2	102	461	26.4	71.0
M. NEON. PREC.	12	54	2.5	6.8	20	90	4.4	11.7	17	76	4.4	11.8
M. NEON. TARD.	16	72	3.4	6.8	17	76	3.7	9.2	7	31	1.8	4.9
M. NEONATAL	28	126	5.9	15.9	37	167	8.1	21.7	24	108	6.2	16.7
M. PRE-ESCOL.	36	81	1.7	3.4	38	85	1.5	3.5	38	85	1.9	4.4
MORT. MATERN.	1	4	0.2	0.6	4	18	0.9	2.3	2	9	0.5	1.4

Nota: La mortalidad materna está expresada por 1,000 nacidos vivos.

CUADRO No.24

INDICADORES DE MORTALIDAD POR DISTRITOS
AÑO : 1987

INDICADOR	SAN JUAN DE M.				VILLA MARIA T.				VILLA EL SALVADOR			
	No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS	
	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.
MORT. GENER.	800	1801	3.4	7.4	580	1269	2.1	4.6	502	1098	2.2	4.9
M. INFANTIL	149	554	24.0	59.3	89	331	19.2	47.5	111	413	31.2	77.3
M. NEON. PREC.	54	201	8.7	21.5	28	104	6.0	14.9	25	93	7.0	17.4
M. NEON. TARD.	19	71	3.1	7.6	12	44	2.6	6.4	12	44	3.8	8.3
M. NEONATAL	73	271	11.7	29.1	40	149	8.6	21.4	37	138	10.4	25.7
M. PRE-ESCOL.	34	74	1.5	3.3	31	68	1.2	2.5	43	94	1.9	4.1
M. MATERNA	5	18	0.8	1.9	4	15	0.9	2.1	4	15	1.1	2.8

Nota: La mortalidad materna está expresada por 1,000 nacidos vivos

CUADRO No.25

INDICADORES DE MORTALIDAD POR DISTRITOS
AÑO : 1988

INDICADOR	SAN JUAN DE M.				VILLA MARIA T.				VILLA EL SALVADOR			
	No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS		No. DEFUNC.		TASAS	
	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.	REG.	EST.
MORT. GENER.	862	1292	3.7	5.5	624	1336	2.1	4.6	469	1004	1.9	4.2
MORT. INFANT.	220	415	37	50	98	282	17.5	36.9	103	297	22.2	64
M. NEON. PREC.	100	188	16.8	22.7	37	106	6.6	14	40	115	8	16.9
M. NEON. TARD.	29	54	4.9	6.6	10	29	1.8	3.8	12	34	2.6	5.5
M. NEONATAL	129	243	23.3	31.5	47	135	8.4	17.8	49	141	10.6	22.4
M. POST. NEON.	91	171	15.3	20.6	51	147	9.1	19.3	54	155	11.7	24.6
M. PRE-ESCOL.	37	55	1.6	2.4	24	51	0.9	1.8	20	57	0.9	1.9

6.2.3. REGISTRO DE MORTALIDAD POR DISTRITOS DE PROCEDENCIA AÑOS 85-88.

CUADRO No.26

AÑO : 1987

DISTRITO	V. E. S.		V. M. T.		S. J. M.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
V. SALVADOR	271	53.98	-	-	1	0.13	272	14.45
V. MARIA T.	2	0.41	288	49.23	-	-	290	15.44
S. J. M.	73	14.54	99	17.06	546	68.25	718	38.21
LIMA	66	13.41	65	11.21	73	9.12	204	10.86
JESUS MARIA	27	5.49	57	9.82	81	10.12	165	8.76
MIRAFLORES	9	1.83	15	2.56	36	4.67	60	3.19
BREÑA	24	4.78	21	3.59	27	3.12	70	3.73
PUEBLO LIBRE	4	0.82	2	0.34	1	0.13	7	6.37
SURQUILLO	-	-	1	0.17	-	-	1	0.05
BELLAVISTA	5	1.02	3	0.51	2	0.26	10	0.53
SAN MARTIN P	1	0.20	1	0.17	2	0.26	4	0.21
EL AGUSTINO	11	2.24	8	1.38	20	2.50	39	2.08

% De defunciones registradas en distritos del área : 68.0

% De defunciones registradas en otros distritos :32.0

CUADRO No.27

**REGISTRO DE DEFUNCIONES POR DISTRITO DE PROCEDENCIA
AÑO : 1988**

DISTRITO	V. E. S.		V. M. T.		S. J. M.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
V. E. S.	231	50	1	-	-	-	232	11.9
V. M. T.	2	0.43	335	53.3	-	-	337	17.2
S. J. M.	102	22.12	134	21.3	609	70.56	845	43.3
LIMA	35	7.5	42	6.7	38	4.4	115	5.9
JESUS MARIA	25	5.4	58	9.2	101	11.7	184	9.4
MIRAFLORES	6	1.3	8	1.3	30	3.5	44	2.3
LA VICTORIA	11	2.4	11	1.7	23	2.6	45	2.3
BREÑA	26	5.6	15	2.4	30	3.5	71	3.6
SURQUILLO	7	1.5	9	1.4	9	1	25	1.3
AGUSTINO	13	2.8	6	0.9	10	1.16	29	1.5
OTROS	3	0.6	9	1.4	13	1.5	25	1.3
TOTAL	461	100	628	100	863	100	1952	100

Porcentaje de defunción registrados en distritos de nuestra jurisdicción = 72.2% ; en otros distritos 27.8%.

6.2.4. DEFUNCIONES DE MENORES DE 5 AÑOS POR DISTRITOS Y PORCENTAJES QUE REPRESENTAN DEL TOTAL DE DEFUNCIONES.

CUADRO No.28

AÑO : 1985

DISTRITO	GRUPO ETAREO Y				PORCENTAJES			
	0-1 m.	%	0-11m.	%	0-4 a.	%	1-4 a.	%
V. SALVADOR	30	7.21	116	27.88	153	36.77	37	8.89
V. MARIA T.	23	4.27	110	20.40	153	28.43	43	7.99
SAN JUAN M.	43	7.07	116	19.07	149	24.50	33	5.42
TOTAL	96	6.14	342	21.90	455	29.12	113	7.23

CUADRO No.29

AÑO : 1986

DISTRITO	TOTAL	GRUPO ETAREO Y				PORCENTAJES			
		0-1m.	%	0-11m.	%	1-4a.	%	0-4a.	%
SAN JUAN M.	715	28	3.90	127	17.76	36	5.03	191	26.71
V. MARIA T.	563	37	6.57	89	15.80	38	6.74	164	29.12
V. EL SALV.	481	24	4.98	102	21.20	38	7.90	164	34.09
TOTAL	1759	89	5.05	318	18.07	112	6.36	519	29.50

CUADRO No.30

AÑO : 1987

DISTRITO	0 - 28 d.		0 - 11 m.		1 - 4 a.		0 - 4 a.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	150	7.97	349	18.54	108	5.73	457	24.28
S. J. M.	73	9.12	149	18.62	34	4.25	154	19.25
V. M. T.	40	6.79	89	15.34	31	5.34	120	20.68
V. E. S.	37	7.37	111	22.11	43	8.56	183	36.45

CUADRO No.31

AÑO : 1988

DISTRITOS	0 - 28 d.		9 - 11 m.		1 - 4 a.		0 - 4 a.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SAN JUAN	129	14.9	220	25.5	37	5.9	257	29.8
V. MARIA	47	7.5	98	15.7	24	3.8	122	19.5
V. SALVADOR	49	10.4	103	21.9	20	4.2	123	26.2
TOTAL	225	11.5	421	21.5	81	4.1	502	25.7

6.2.5. MORTALIDAD : COMENTARIOS

6.2.5.1. El estimado de la T.M.I.(55x1000 N.V.para nuestra Area), se ha hecho tomando en cuenta la Encuesta Nacional de Coberturas de Vacunación (ENCOV 88) (2) que da una T.M.I. para Lima de 46.7 x 1,000 N.V. y para el Perú de 72.8. Para ello se partió de la hipótesis de trabajo de que esta tasa debe ser inferior al promedio nacional pero algo superior a la de Lima. Esto tomando en cuenta las condiciones sociales de los pobladores de la zona y la accesibilidad a los servicios curativo-preventivos, que en general podríamos decir que es superior al resto del país, pero inferior al promedio de Lima. Para la T.M.G. se ha tomado la misma registrada por el INE para Lima (7) dado que aquí la variabilidad es menor.

6.2.5.2. Los altos porcentajes de omisión para la mortalidad general (53% para la Mortalidad general y 65 % para la infantil) se deben a que aproximadamente en un 35% de muertes registradas en los Municipios fuera de nuestra jurisdicción no figura procedencia. También puede estar influenciada por la existencia de algunos cementerios clandestinos en la zona, sobrestimado de la población usada como denominador por el INE y un pequeño porcentaje de occisos registrados en otros distritos que no hemos visitado.

6.2.5.3. Sin embargo, para estos 4 años de seguimiento de la mortalidad (85-88), podemos hacer algunas comparaciones con los indicadores de Mortalidad registrados, ya que se ha seguido una misma metodología de recolección de la información, incluso con las mismas personas y las condiciones de registro en los Municipios no han variado mayormente. Así vemos que a nivel de los 3 distritos entre el 85 y el 83, no han habido mayores variaciones en las tasas de mortalidad General, notándose una tendencia a caer de la T.M.I. hasta 1987, con un aumento (7%) en el año 88, debiéndose probablemente a un mejor registro.

Las tasas de Mortalidad Neonatal Precoz y Neonatal se han incrementado paulitanamente en un 206% y 112% respectivamente entre el 85 y el 88. Aunque parte de este incremento puede deberse a un mejor registro de estas muertes con la apertura del H.A.M.A. a partir del 86, de todas maneras hay un incremento real de la Mortalidad en estos grupos, que reflejan las deficiencias de atención prenatal y perinatal que se está brindando a las Madres tanto en Centros periféricos como en nuestro Hospital. Es imprescindible también revisar la calidad de atención que se está brindando a la gestante antes, durante y después del parto y también al neonato en las primeras 24 o 48 horas.

Con la separación hospital-periferie, lamentablemente se ha abandonado el intento de hacer un trabajo coordinado de atención por niveles basado en el enfoque de riesgo obstétrico y reproductivo, entre el hospital y la periferie, que como ya se ha demostrado en muchos sitios, tendría un gran impacto en reducir la Mortalidad perinatal y materna.

Reflejo también de esta misma situación son las altas tasas de Mortalidad Materna que se mantienen más o menos constantes en estos 4 años.

En contraste, la mortalidad pre-escolar muestra un descenso paulatino, llegando a una reducción del 57.7 % entre el 85 y el 88. Probablemente ello refleja en cierta medida el impacto favorable de los programas de Supervivencia Infantil como inmunizaciones, CED, Crecimiento y Desarrollo, que desde hace varios años se vienen llevando a cabo en nuestra zona y cuyas mejores coberturas se logran precisamente en estos grupos etéreos.

6.2.5.4. A nivel de distritos, llama la atención el brusco incremento de todos los indicadores registrados a nivel de San Juan de Miraflores, en este año en relación al año pasado y la disminución de las tasas en general para los distritos de Villa María del Triunfo y Villa El Salvador, a pesar de que en este último había una tendencia a aumentar hasta el año 1987. Si bien también podría deberse a un mejor registro en el distrito de San Juan de Miraflores, dado que el HAMA está situado en este distrito (ver cuadros 26 y 27) y la accesibilidad es mejor para estos pobladores, de todas maneras es un fenómeno que amerita estudiar mejor, dado que el enorme crecimiento de Asentamientos Humanos nuevos en este distrito en los últimos años y cuyos pobladores viven en condiciones muy precarias, podría explicar también este fenómeno. Otro factor puede ser que en V.M.T. y V.E.S. no hayamos captados a todos los occisos por no haberse registrado en los Municipios (incremento de entierros clandestinos ?) o se hayan registrado en distritos que no hemos visitado como el de Lurín, Pachacamac y Chorrillos

6.3. MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSAS:

6.3.1. A NIVEL DE LOS 3 DISTRITOS

CUADRO No.32

DISTRITOS: S.J.M.- V.M.T.- V.E.S.
MORTALIDAD GENERAL - 10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORD 1985	No. ORD 1988	No. COD. INTERN.	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA+ R	E
2	1	140-239	TUMORES (a)	256	13.09	33.7	72.1
1	2	480-487	NEUMONIA y BRN	241	12.32	31.71	69.7
-	3	390-459	ENF. CARDIOVASCUL. (b)	219	11.20	28.81	61.7
5	4	800-989	ACCID. y ENVENENAM. (c)	155	7.92	20.39	43.6
4	5	010-018	TUBERCULOSIS	123	6.29	16.18	34.6
-	6	760-779	ENF. PERIOD. PERINAT.	109	5.57	14.34	30.7
6	7	038	SEPTICEMIAS	101	5.17	13.28	28.4
7	8	009	ENF. DIARREICAS	82	4.19	10.78	23.1
-	9	530-579	ENF. APT0. DIGESTIVO	76	3.89	10.00	21.4
-	10	580-629	ENF. APT0. GENITO-URIN.	45	2.30	5.92	12.6
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	294	15.03	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	254	13.00	-	-

- a) Ca.estomago: 54 (21%), Ca.cérvix: 33 (13%), Linfoma Leucemia:26(10%) Ca. de mama: 16 (6%), Ca. de pulmon: 14 (5%).
- b) Enf. coronarias: 60 (27%), Enf.cardiovasculares:56 (25%),HTA:29(13%)
- c) Accid.de Transito: 84 (54%), Agresiones: 23 (15%).

CUADRO No.33

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.

MORTALIDAD PROPORCIONAL NEONATAL-10 PRIMERAS CAUSAS

No. ORD. 1985 1988	COD. INTERN.	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA x10,000h R E	
- 1	760-779exc771	ENF. PERIOD. PERINAT. *	109	48.44	66.85	192.65
3 2	038	SEPTICEMIA	24	10.67	14.85	42.79
4 3	740-759	ANOMALIAS CONGENIT.	20	8.89	12.38	35.67
2 4	480-487	BRN.	18	8.00	11.14	32.10
- 5	720	MENINGITIS BACT.	9	4.00	5.57	16.05
- 6	771.3	TETANOS NEONATAL	6	2.67	3.71	10.69
- 7	009	EDA	4	1.78	2.47	7.11
- 8	280-289	ENF. SANGREYORG. HEMAT.	2	0.89	1.23	3.54
- 9	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	1	0.44	1.0	1.40
-	239	TUMORES	1	0.44	1.0	1.40
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	14	6.22	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	19	8.45	-	-

* Prematuridad:45 (41.2%), Hipoxia Intrauterina y Asfixia al nacer:29 (26.5%), Sind. Dific.Resp.R.N.:16 (14.6%).

CUADRO No.33

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.

MORTALIDAD PROPORCIONAL NEONATAL-8 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC	%	TASA x10,000 N. V. R E	
- 1	760-779exc771	ENF. PERIOD. PERINAT. *	109	40.44	66.85	192.85
3 2	038	SEPTICEMIA	24	10.67	14.85	42.79
4 3	740-759	ANOMALIAS CONGENITAS	20	8.89	12.38	35.67
2 4	480-487	NEUMONIA	18	8.00	11.14	32.10
- 5	720	MENINGITIS BACT.	9	4.00	5.57	16.05
- 6	771.3	TETANOS NEONATAL	6	2.67	3.71	10.69
- 7	009	EDA	4	1.78	2.47	7.11
- 8	280-289	ENF. SANGREYORG. HEMAT.	2	0.89	1.23	3.54
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	14	6.22	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	19	8.45	-	-

* Prematuridad : 45 (41.2%), Hipoxia y asfixia al nacer : 29 (26.5%), S.D.R.N. :16 (14.6%)

CUADRO No.34

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
MORTALIDAD PROPORCIONAL INFANTIL-10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN		No. CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC		TASA x10,000 N. V.	
1985	1988			%	R.	E.	
-	1	760-779exc771	ENF. PERIOD. PERINAT. *	109	26.52	372.16	1072.5
1	2	480-487	NEUMONIA	84	20.43	219.91	633.7
2	3	009	EDA	43	10.46	101.49	292.5
3	4	038	SEPTICEMIA	42	10.21	45.11	130.0
-	5	740-759	ANOMALIAS GONGENIT.	23	5.59	45.11	130.0
-	6	720	MENINGITIS BACT.	16	3.89	28.19	81.2
-	7	580-629	ENF. APTO. GENIT. URIN.	9	2.18	16.91	48.7
-	8	270-279	ENF. NUTRIC. y METABOL.	8	1.94	11.27	32.5
-	9	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	6	1.45	3.7	10.5
-	10	140-239	TUMORES	2	0.48	1.2	3.4
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	40	9.73	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	29	7.05	-	-

* Prematuridad : 45 (41.2%), Hipoxia y asfisia al nacer: 29 (26.5%) S.D.R.N.: 16 (14.6%)

CUADRO No.35

DISTRITOS:S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
MORTALIDAD PROPORCIONAL PRE-ESCOLAR (1-4 a.)
6 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN		No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.		TASA x 100,000 h.	
1985	1988			%	R.	E.	
1	1	480-487	NEUMONIA	17	20.99	23.21	49.7
2	2	800-989	ACCID. y ENVENENAM. *	13	16.05	17.81	38.0
4	3	009	EDA	12	14.81	16.40	35.17
-	4	260-279	ENF. NUTRIC. y METABOLISM.	6	7.41	8.20	17.5
3	5	038	SEPTICEMIA	6	7.41	8.20	17.5
-	6	140-239	TUMORES	5	6.17	6.80	14.6
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	8	9.88	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	14	17.21	-	-

* Accid.de tránsito : 5 (41 %)

CUADRO No.36

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
MORTALIDAD PROPORCIONAL ESCOLAR (5-14 a.)
8 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA x 100,000 h.	
						R.	E.
1	1	800-989	ACCID. Y ENVENENAM. *	13	26.53	7.5	16.1
3	2	140-239	TUMORES	4	8.16	2.3	4.9
6	3	010-018	TBC	4	8.16	2.3	4.9
-	4	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	3	6.12	1.7	3.7
2	5	480-487	BRN	3	6.12	1.7	3.7
-	6	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINAR.	2	4.08	1.2	2.4
-	7	740-759	ANOMALIAS CONGENITAS	2	4.08	1.2	2.4
4	8	038	SEPTICEMIA	2	4.08	1.2	2.4
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	6	12.24	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	11	22.4	-	-

* Accidentes de tránsito: 11 (84.6%)

CUADRO No.37

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
MORTALIDAD EN EL ADULTO JOVEN (15-44 a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA * E.	
						R.	E.
2	1	800-989	TRAUMAT. ENVENENAM. (a)	79	22.38	21.21	45.4
1	2	010-018	TUBERCULOSIS	65	18.41	17.45	37.4
8	3	140-239	TUMORES (b)	38	10.76	10.20	21.8
3	4	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO (c)	31	8.78	8.32	17.8
-	5	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	21	5.95	5.63	12.0
4	6	480-487	NEUMONIA	17	4.82	4.56	9.7
6	7	038	SEPTICEMIA	15	4.25	4.02	8.6
-	8	320-389	ENF. ORG. SENT. Y S. N. C.	7	1.98	1.87	4.0
-	9	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	5	1.41	1.3	3.7
-	10	270-279	ENF. DE LA NUTRIC. Y METABOL.	4	1.13	1.1	3.1
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	35	9.92	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	36	10.19	-	-

* Las tasas son por 100,000 hab. del grupo etáreo correspondiente.

- a) Accidentes de Tránsito: 36 (43%), Agresiones : 21 (26.5%).
 b) Linfoma Leucemia: 7 (15.4%), Ca.útero: 4 (10.5%), Ca.estómago: 4 (10.5%)
 c) Coronarias: 14 (45%), ACV :9 (29%).

CUADRO No.38

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
MORTALIDAD EN EL ADULTO (45 - 64 a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN '985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
					R.	E.
- 1	140-239	TUMORES (a)	95	25.20	104.85	224.5
- 2	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO (b)	53	14.06	58.49	125.2
- 3	800-989	TRAUMAT. Y ENVENENAM.	28	7.43	30.90	66.2
- 4	010-018	TUBERCULOSIS	27	7.16	29.80	63.8
- 5	480-487	NEUMONIA	27	7.16	29.80	63.8
- 6	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	24	6.37	26.48	56.7
- 7	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	13	3.45	14.34	30.7
- 8	038	SEPTICEMIA	9	2.39	9.93	21.3
- 9	009	EDA	8	2.12	8.8	18.7
- 10	240-259	ENF. SIST. ENDOCRINO	8	2.12	8.8	18.7
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	55	14.58	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	30	7.95	-	-

- * Las tasas están expresadas por 100,000 hab.del grupo etéreo respectivo.
- a) Ca. de cervix: 18 (19%), Ca. de estómago: 18 (19%), Ca. de mama:9 (9.5%), Ca.de pulmón: 6 (6.3%).
- b) Coronarias: 14 (26.4%), A.C.V.:12 (22.6%), HTA: 8 (15%).

CUADRO No.39

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
MORTALIDAD EN LA EDAD GERIATRICA (65 y más años)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1986	No. DE CODIGO	GRUPO DE CUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
					R.	E.
- 1	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO (a)	129	19.54	383.5	821.2
- 2	140-239	TUMORES (b)	109	16.51	324.0	693.8
- 3	480-487	NEUMONIA	93	14.09	276.5	592.0
- 4	038	SEPTICEMIA	25	3.79	74.3	159.1
- 5	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	24	3.64	71.3	52.7
- 6	010-018	TUBERCULOSIS	24	3.64	71.3	52.7
- 7	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	16	2.42	47.5	101.8
- 8	009	EDA	15	2.27	44.6	95.5
- 9	800-989	ACCID. Y ENVENENAMIENTOS	15	2.27	44.6	95.5
- 10	270-279	ENF. NUTRICION Y METABOLICA	6	0.90	17.7	37.6
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	149	22.58	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	55	8.33	-	-

* La tasa es por 100,000 h.

a) Coronarias: 30 (24%), ACV: 35 (27.1%), HTA: 19 (14.7%)

b) Ca.de estómago: 32 (24.7%), Linfoma Leucemias:9 (7%), Ca. de útero: 8 (6.2%).

CUADRO No.40

DISTRITOS: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
MORTALIDAD PROPORCIONAL EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL (15-44 a.)
9 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
					R.	E.
1	1	010-018 TUBERCULOSIS	30	22.9	15.2	32.6
2	2	140-239 TUMORES (a)	22	16.8	11.2	23.9
3	3	390-459 ENF. APTO. CIRCULATORIO	14	10.7	7.1	15.2
5	4	800-989 ACCIDENTES, ENVENENAM.	13	9.9	6.6	14.1
7	5	480-487 NEUMONIA	8	6.1	4.0	8.7
-	6	530-579 ENF. APTO. DIGESTIVO	6	4.6	3.0	6.5
-	7	630-676 COMPLIC. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	4	3.0	2.0	4.3
-	8	320-389 ENF. ORG. SENT. Y S. N. C.	3	2.3	1.5	3.2
-	9	009 EDA	2	1.5	1.0	2.1
-	-	- LAS DEMAS CAUSAS	29	22.1	-	-

* Las tasas son por 100,000 mujeres en edad fértil.

- a) Acc. tránsito 36(43%), agresiones 21(26.5%)
b) Linf.-leucemias 7(18.4%), Ca.útero 4(10.5%), Ca. estómago 4(10.5%)

6.3.2. MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSAS A NIVEL DE DISTRITOS:CUADRO No.41

DISTRITO : VILLA EL SALVADOR
MORTALIDAD GENERAL - 10 PPRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA * R.	E.
1	1	480-487 NEUMONIA	61	13.1	25.9	55.4
2	2	140-239 TUMORES	55	11.8	23.3	50.0
6	3	390-459 ENF. APTO. CIRCULATORIO	50	10.7	21.2	45.4
3	4	800-989 TRAUMATISM - ENVENENAM.	45	9.7	19.1	40.9
4	5	010-018 TUBERCULOSIS	33	7.1	14.0	30.0
8	6	038 SEPTICEMIA	25	5.4	10.6	22.7
9	7	520-579 ENF. APTO. DIGESTIVO	22	4.7	9.3	20.0
-	8	760-779 ENF. PERIOD. PERINATAL	20	4.3	8.5	18.2
5	9	009 EDA	17	3.6	7.2	15.4
-	10	580-629 ENF. GENITO-URINARIO	16	3.4	6.8	14.5
-	-	780-799 MAL DEFINIDAS	52	11.2	-	-
-	-	- LAS DEMAS CAUSAS	69	14.8	-	-

CUADRO No.42

DISTRITO : VILLA EL SALVADOR
MORTALIDAD NEONATAL (0-28 d.)
8 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA* R.	E.
-	1	760-779 ENF. PERIODO PERINATAL exc. 771	20	40.8	43.2	124.4
-	2	740-759 ANOMALIAS CONGENITAS	6	12.2	12.9	37.3
2	3	038 SEPTICEMIA	5	10.2	10.8	31.1
1	4	480-487 NEUMONIA	4	8.1	8.6	24.8
-	5	720 MENINGITIS BACT.	3	6.1	6.4	18.6
-	6	771.3 TETANOS NEONATAL	3	6.1	6.4	18.6
-	7	580-629 ENF. GENITO-URINARIO	3	6.1	6.4	18.6
-	8	009 EDA	1	2.0	2.1	6.2
-	-	780-799 MAL DEFINIDAS	-	-	-	-
-	-	- LAS DEMAS CAUSAS	4	8.1	-	-

* La tasa es por 10,000 N.V.

CUADRO No.43

DISTRITO : VILLA EL SALVADOR
MORTALIDAD INFANTIL(0-11 m.)
10 PRIMERAS CAUSAS- AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	TASA*			
				%	R.	E.	
1	1	480-487	NEUMONIA	26	25.2	47.3	136.3
-	2	760-779	ENF. PERIOD. PERINATAL exc. 771	20	19.4	36.4	104.8
2	3	009	EDA	13	12.6	23.6	68.1
3	4	038	SEPTICEMIA	11	10.7	20.0	57.6
8	5	740-759	MALFORM. CONGENITAS	7	6.8	12.7	36.7
-	6	580-629	ENF. GENITO-URINAR.	5	4.8	9.9	26.2
-	7	720	MENINGITIS BACTERIANA	4	3.9	7.2	20.9
-	8	771.3	TETANOS NEONATAL	3	2.9	5.4	15.7
-	9	320-389	ENF. SNC y ORG. SENTIDOS	2	1.9	3.6	10.3
-	10	270-279	ENF. NUTRICION Y METAB.	1	0.9	1.8	5.1
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	4	3.9	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	7	9.7	-	-

CUADRO No.44

DISTRITO : VILLA EL SALVADOR
MORTALIDADPRE-ESCOLAR (1-4 a.)
6 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*		
					R.	E.	
1	1	480-487	NEUMONIA	6	30	26.5	56.7
-	2	140-239	TUMORES	3	15	13.2	28.3
3	3	800-989	TRAUMAT Y ENVENEN.	3	15	13.2	28.3
4	4	009	EDA	2	10	8.8	18.8
-	5	270-279	ENF. NUTRIC. y METAB.	2	10	8.8	18.8
-	6	320-389	ENF. ORG. SENT. y S. N. C.	1	5	4.4	9.4
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	3	15	-	-

* Las tasas están expresadas por 100000 niños de 1-4 a.

CUADRO No.45

DISTRITO : VILLA ELSALVADOR
MORTALIDAD ESCOLAR(5-14a.)
5 PRIMERAS CAUSAS- AÑO :1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA R.	* E.
1	1	800-999	ACCID. y ENVENENAMIENTOS	6	33.3	11.2	24.0
-	2	740-759	ANOMALIAS CONGENITAS	2	11.1	3.7	8.0
-	3	140-239	TUMORES	2	11.1	3.7	8.0
1	4	480-487	BRN	2	11.1	3.7	8.0
-	5	270-279	ENF. NUTRIC. y METABOLICA	1	5.5	1.8	4.0
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	5	27.7	-	-

* Las tasas están expresadas por 100000 niños de 5-14 a.

CUADRO No.46

DISTRITO : VILLA ELSALVADOR
MORTALIDAD DEL ADULTO JOVEN (15-44a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA R.	* E.
-	1	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	22	22.4	9.0	40.8
-	2	010-018	TUBERCULOSIS	17	17.3	14.7	31.5
-	3	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO	11	11.2	9.5	20.4
-	4	140-239	TUMORES	8	8.1	6.9	14.6
-	5	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	6	6.1	5.2	11.2
-	6	480-487	NEUMONIA	6	6.1	5.2	11.1
-	7	380	SEPTICEMIA	4	4.1	3.4	7.4
-	8	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	3	3.0	2.6	5.5
-	9	270-279	ENF. NUTRIC. Y METABOLIC.	2	2.0	1.7	3.6
-	10	630-676	COMPLIC. PARTO y PUERP.	2	2.0	1.7	3.6
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	8	8.1	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	11	11.2	-	-

* Las tasas son por 100000 h.del grupo etáreo correspondiente.

CUADRO No.47

DISTRITO : VILLA EL SALVADOR
MORTALIDAD DEL ADULTO (45-64 a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
					R.	E.
- 1	140-239	TUMORES	26	26.8	92.6	198.2
- 2	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	15	15.5	53.4	114.4
- 3	010-018	TUBERCULOSIS	9	9.3	32.0	68.6
- 4	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	7	7.2	24.9	53.3
- 5	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	5	5.1	17.8	38.1
- 6	270-279	ENF. NUTRIC. y METAB.	4	4.1	14.2	30.5
- 7	480-489	NEUMONIA	4	4.1	14.2	30.5
- 8	038	SEPTICEMIA	3	3.1	10.8	22.8
- 9	580-629	ENF. APTO. GENITO-URIN.	3	3.1	10.8	22.8
- 10	240-259	ENF. GLAND. ENDOC.	3	3.1	10.8	22.8
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	13	13.4	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	5	5.1	-	-

* Las tasas son 100000 h.del grupo etáreo correspondiente.

CUADRO No.48

DISTRITO: VILLA EL SALVADOR
MORTALIDAD EN EDAD GERIATRICA (65 a +)
9 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
					R.	E.
- 1	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	22	17.4	211.0	451.8
- 2	480-487	NEUMONIA	17	13.5	163.0	349.2
- 3	140-239	TUMORES	16	12.7	153.4	328.6
- 4	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	9	7.1	86.3	184.8
- 5	800-989	TRAUM. y ENVENEN.	7	5.5	67.1	143.8
- 6	038	SEPTICEMIA	7	5.5	67.1	143.8
- 7	010-018	TUBERCULOSIS	6	4.7	57.5	123.2
- 8	580-629	ENF. APTO. GENIT-URIN.	4	3.2	38.3	82.1
- 9	009	EDA	2	1.5	19.1	40.6
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	26	20.6	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	10	7.8	-	-

CUADRO No. 49

DISTRITO VILLA EL SALVADOR
MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL (15-44 a.)
8 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
						R.	E.
-	1	010-018	TUBERCULOSIS	9	23.1	14.7	31.6
-	2	140-239	TUMORES	8	20.5	13.1	28.0
-	3	800-989	TRAUM. y ENVENENAM.	7	17.9	11.5	24.5
-	4	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO	7	17.9	11.5	24.6
-	5	480-487	NEUMONIA	4	10.2	6.5	14.0
-	6	630-679	COMPLIC. EMB. PARTO y PUERPERIO	2	5.1	3.3	7.0
-	7	270-279	ENF. NUTRIC. Y METAB.	1	2.5	1.6	3.5
-	8	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	1	2.5	1.6	3.5
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	7	15.2	-	-

CUADRO No. 50

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD PROPORCIONAL GENERAL
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
						R.	E.
1	1	480-487	NEUMONIA	83	13.2	28.6	61.3
3	2	140-239	TUMORES	75	11.9	25.9	55.4
2	3	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	71	11.3	24.5	52.5
5	4	800-989	TRAUM. Y ENVENENAM.	53	8.4	18.3	39.2
4	5	010-018	TUBERCULOSIS	38	6.1	13.1	28.1
6	6	038	SEPTICEMIA	37	5.8	12.7	27.3
-	7	009	EDA	25	3.9	8.6	18.4
-	8	760-779 exc. 771	ENF. PERIOD. PERINATAL.	24	3.8	8.3	18.4
-	9	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	22	3.5	7.6	16.2
-	10	580-629	ENF. APTO. GENIT-URIN.	13	2.1	4.5	9.5
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	124	19.7	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	64	10.2	-	-

CUADRO No.51

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD INFANTIL (0 -11 m.29 d.)
8 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
					R.	E.
-	1	760-779 exc. 771	24	24.7	355.2	1023.6
1	2	480-487	23	23.7	340.4	980.9
4	3	038	11	11.3	162.8	469.1
2	4	009	10	10.3	148.0	426.5
6	5	740-759	4	4.1	59.2	170.6
-	6	771.3	2	2.1	29.6	85.3
-	7	800-989	1	1.0	14.8	42.7
-	8	140-239	1	1.0	14.8	42.7
-	-	780-799	12	12.4	-	-
-	-	-	9	9.3	-	-
-	-	LAS DEMAS CAUSAS				

CUADRO No.52

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD EN LA EDAD PRE-ESCOLAR (1-4a.)
6 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
					R.	E.
1	1	480-487	5	20	17.9	38.4
-	2	800-989	3	12	10.7	23.1
2	3	009	3	12	10.	23.1
-	4	038	3	12	10.7	23.1
-	5	140-239	2	8	7.2	15.4
-	6	055	1	4	3.6	7.7
-	-	780-799	5	20	-	-
-	-	-	3	12	-	-
-	-	LAS DEMAS CAUSAS				

CUADRO No.53

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD EN LA EDAD ESCOLAR (5 - 14 a.)
5 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
						R.	E.
-	1	800-989	TRAUM. Y ENVENENA.	3	18.7	4.5	9.7
-	2	771	TETANOS	1	6.3	1.5	3.2
-	3	055	SARAMPION	1	6.3	1.5	3.2
-	4	140-239	TUMORES	1	6.3	1.5	3.2
-	5	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	1	6.3	1.5	3.2
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	3	18.7	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	6	37.5	-	-

CUADRO No.54

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD EN EL ADULTO JOVEN (15 - 44 a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *	
						R.	E.
-	1	800-989	TRAUM. Y ENVENENAM.	32	25.8	22.5	48.2
-	2	010-018	TUBERCULOSIS	24	19.3	16.9	36.2
-	3	140-239	TUMORES	12	9.7	8.4	18.1
-	4	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	9	7.2	6.3	13.5
-	5	038	SEPTICEMIA	8	6.4	5.6	12.0
-	6	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	6	4.8	4.2	9.0
-	7	480-487	NEUMONIA	6	4.8	4.2	9.0
-	8	320-389	ENF. ORG. SENT. y S. N. C.	3	2.4	2.1	4.5
-	9	009	EDA	2	1.6	1.4	2.9
-	10	580-629	ENF. APTO. GENIT-URIN.	2	1.6	1.4	2.9
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	11	8.8	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	11	8.8	-	-

CUADRO No.55

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD EN EL ADULTO (54 - 64 a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA * R.	E.
- 1	140-239	TUMORES	27	19.6	78.2	167.5
- 2	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO	24	17.4	69.5	148.9
- 3	480-487	BRONCONEUMONIA	12	8.7	34.8	74.4
- 4	800-989	ACCID. y ENVENENAMIENTOS	10	7.2	28.9	62.0
- 5	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	8	5.8	23.2	49.6
- 6	010-018	TUBERCULOSIS	7	5.1	20.3	43.4
- 7	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINAR.	5	3.6	14.5	31.0
- 8	038	SEPTICEMIA	4	2.9	11.6	24.8
- 9	009	EDA	3	2.2	8.9	18.8
- 10	710-714	ENF. OSTEO MUSC. y T. C.	2	1.4	5.7	12.1
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	27	19.5	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	9	6.5	-	-

CUADRO No.56

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD EN LA EDAD GERIATRICA (65 a + años)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA * R.	E.
- 1	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO	37	16.6	288.6	618.1
- 2	480-487	BRONCONEUMONIA	36	16.1	280.8	601.4
- 3	140-239	TUMORES	32	14.3	249.6	534.6
- 4	010-018	TUBERCULOSIS	7	3.1	54.6	116.9
- 5	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	6	2.7	46.8	100.2
- 6	009	EDA	6	2.7	46.8	100.2
- 7	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINAR.	5	2.2	39.0	83.5
- 8	270-279	ENF. NUTRIC. y METABOL.	4	1.8	31.2	66.8
- 9	800-989	ACCID. y ENVENENAM. S	3	1.3	23.4	49.7
- 10	710-714	ENF. OSTEOMUSCULAR y T. C.	2	0.9	15.6	33.1
- -	780-799	MAL DEFINIDAS	66	9.6	-	-
- -	-	LAS DEMAS CAUSAS	19	8.5	-	-

CUADRO No.57

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL (15-44a.)

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*		
					R.	E.	
-	1	010-018	TUBERCULOSIS	9	30.0	12.0	25.7
-	2	140-239	TUMORES	6	20.0	8.0	17.1
-	3	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	4	13.3	5.3	11.4
-	4	480-487	BRN	3	10.0	4.0	8.6
-	5	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO	2	6.7	2.7	5.7
-	6	520-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	2	6.7	2.7	5.7
-	7	320-389	ENF. del S. N. C.	1	3.3	1.3	2.8
-	8	270-779	ENF. NUTRIC. y METABOL.	1	3.3	1.3	2.8
-	9	630-776	COMPLIC. EMBAR., PARTO y PUERPERIO	1	3.3	1.3	2.8
-	10	009	EDA	1	3.3	1.3	2.8

CUADRO No.58

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD PROPORCIONAL GENERAL - 10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *		
					R.	E.	
2	1	140-239	TUMORES	125	14.5	53.2	113.9
3	2	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	98	11.4	41.7	89.3
1	3	480-486	BRN	97	11.3	41.3	88.4
-	4	760-779 exc. 771	ENF. PERIODO PERINATAL	65	7.5	27.7	59.2
6	5	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	57	6.6	24.3	51.9
5	6	010-018	TUBERCULOSIS	52	6.0	22.1	47.4
7	7	009	EDA	40	4.6	17.0	36.4
4	8	038	SEPTICEMIA	39	4.5	16.6	35.5
-	9	530-570	ENF. APTO. DIGESTIVO	32	3.7	13.6	29.2
-	10	580-628	ENF. APTO. GENITO-URINAR.	16	1.9	6.8	14.6
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	118	13.7	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	122	14.1	-	-

CUADRO No.59

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD NEONATAAL (O-28 d.) - 8 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*	
						R.	E.
-	1	760-779	ENF. PERIODO PERINATAL	64	50.4	107.6	310.3
2	2	038	SEPTICEMIA	12	9.4	20.2	58.1
-	3	740	ANOMALIAS CONGENITAS	10	8.8	16.8	48.5
1	4	480-486	NEUMONIA	9	7.1	15.1	43.6
-	5	720	MENINGITIS BACTERIANA	5	3.9	8.4	24.2
-	6	580-629	ENF. APTO. GENITO-URIN.	4	3.1	6.7	19.4
-	7	009	ENF. DIARREICA	3	2.4	5.0	14.5
-	8	280-289	ENF. SANG. Y ORG. HEMAT.	2	1.5	3.3	9.7
-	-	-	MAL DEFINIDAS	11	8.6	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	7	5.5	-	-

CUADRO No.60

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD INFANTIL (O-11m.) - 10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*	
						R.	E.
-	1	760-779 exc. 771	ENF. PERIODO PERINAT.	65	29.9	1185.9	3417.6
1	2	480-486	BRN	35	16.1	638.5	1840.2
-	3	009	EDA	20	9.2	364.9	1051.5
2	4	038	SEPTICEMIA	20	9.2	364.9	1051.5
6	5	740-759	ANOMALIAS CONGENITAS	12	5.5	218.9	630.9
-	6	720	MENINGITIS BACTERIANA	8	3.7	145.9	420.6
-	7	740	ENF. NUTRIC. Y METAB.	6	2.8	109.4	315.4
-	8	800-989	ACCID. Y ENVENENAM.	5	2.3	91.2	260.5
-	9	580-629	ENF. APTO. GENIT-URINAR.	4	1.8	72.9	210.3
-	10	280-289	ENF. SANG. Y ORG. HEMAT.	2	0.9	101.0	-
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	24	11.1	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	16	7.4	-	-

CUADRO No.61

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD PRE-ESCOLAR (1-4a.) - 8 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*	
						R.	E.
3	1	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	7	18.9	30.9	66.3
-	2	009	EDA	7	18.9	30.9	66.3
2	3	480-486	BRN	6	16.2	26.5	56.8
-	4	038	SEPTICEMIA	3	8.1	13.3	28.4
-	5	270-279	ENF. NUTRIC. y METABOLICA	3	8.1	13.3	28.4
-	6	010-018	TUBERCULOSIS	2	5.4	8.8	18.9
-	7	140-239	TUMORES	1	2.7	4.4	9.4
-	8	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO	1	2.7	4.4	9.4
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	3	8.1	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	4	10.8	-	-

CUADRO No.62

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD ESCOLAR (5-14 a.) - 6 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. 1985	ORDEN 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*	
						R.	E.
-	1	800-989	ACCID. y ENVENENAM.	4	26.7	7.5	16
-	2	010-018	TUBERCULOSIS	3	20.0	5.6	12
-	3	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	2	13.3	3.7	8
-	4	140-239	TUMORES	1	6.7	1.9	4
-	5	038	SEPTICEMIA	1	6.7	1.9	4
-	6	460-519	OTRAS DEL APTO. RESPIRAT.	1	6.7	1.9	4
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	3	20.0	-	-

CUADRO No.63

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD EN EL ADULTO JOVEN
(15-44a.) - 8 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*		
					R.	E.	
-	1	800-979	ACCID. y EVENENAM.	25	19.0	21.7	46.5
-	2	010-018	TUBERCULOSIS	24	18.3	20.8	44.6
-	3	140-239	TUMORES	18	13.7	15.6	33.5
-	4	390-459	ENF. APTO. CIRCULATORIO	11	8.4	9.5	20.4
-	5	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	9	6.9	7.8	16.7
-	6	480-486	BRN	5	3.8	4.3	9.3
-	7	038	SEPTICEMIA	3	2.3	2.6	5.6
-	8	320-349	ENF. ORG. SENT. y S. N. C.	3	2.3	2.6	5.6
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	16	12.2	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	17	12.8	-	-

CUADRO No.64

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD EN EL ADULTO (45 - 64 a.) - 8 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA*		
					R.	E.	
-	1	140-239	TUMORES	42	29.6	150.0	321.2
-	2	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	14	9.9	50.0	107.1
-	3	010-018	TUBERCULOSIS	11	7.7	39.3	84.1
-	4	530-579	ENF. APTO. DIGESTIVO	11	7.7	39.3	84.1
-	5	580-629	ENF. APTO. GENIT-URIN.	5	3.5	17.8	38.1
-	6	240-259	ENF. GLAND. ENDOC.	5	3.5	17.8	38.2
-	7	009	EDA	5	3.5	17.8	38.2
-	8	038	SEPTICEMIA	2	1.4	7.1	15.3
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	15	10.6	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	32	25.3	-	-

CUADRO No.65

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD EN LA EDAD GERIATRICA (65 a más años)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *		
					R.	E.	
-	1	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	70	22.5	673.3	1441.8
-	2	140-239	TUMORES	61	19.6	586.7	1256.4
-	3	480-486	BRONCONEUMONIA	40	12.8	384.7	823.9
-	4	320-349	ENF. ORG. SENT. y S. N. C.	11	3.5	105.8	226.5
-	5	530-570	ENF. APTO. DIGESTIVO	9	2.9	86.5	185.4
-	6	038	SEPTICEMIA	9	2.9	86.5	185.4
-	7	580-629	ENF. APTO. GENIT-URIN.	7	2.2	67.3	144.2
-	8	009	EDA	7	2.2	67.3	144.2
-	9	240-259	ENF. GLAND. ENDOC.	5	1.6	48.1	102.3
-	10	800-989	TRAUM. y ENVENENAM.	5	1.6	48.1	102.3
-	-	780-799	MAL DEFINIDAS	57	18.3	-	-
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	30	9.6	-	-

CUADRO No.66

DISTRITO: SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORTALIDAD PROPORCIONAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL
(15 -44a.) 8 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN 1985 1988	No. DE CODIGO	GRUPO DE CAUSAS	No. DE DEFUNC.	%	TASA *		
					R.	E.	
-	1	010-018	TUBERCULOSIS	12	30.8	19.7	42.2
-	2	140-239	TUMORES	8	20.5	13.1	28.1
-	3	390-459	ENF. APTO. CIRCULAT.	5	12.8	8.2	17.6
-	4	530-570	ENF. APTO. DIGESTIVO	3	7.8	4.9	10.5
-	5	320-349	ENF. ORG. SENT. y S. N. C.	2	5.1	3.3	7.0
-	6	800-979	TRAUM. y ENVENENAM.	2	5.1	3.3	7.0
-	7	009	EDA	1	2.6	1.6	3.5
-	8	240-259	ENF. GLAND. ENDOC.	1	2.6	1.6	3.5
-	-	-	LAS DEMAS CAUSAS	5	12.8	-	-

6.3.3. TASAS DE MORTALIDAD POR ALGUNAS ENFERMEDADES SELECCIONADAS.CUADRO No.67A NIVEL DE LOS 3 DISTRITOS (S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.)
AÑOS 1985-1988

ENFERMEDAD	No. CAS.	1985		No. CAS.	1986		No. CAS.	1987		No. CAS.	1988	
		TASA R.	TASA E.		TASA R.	TASA E.		TASA R.	TASA E.			
SARAMPION	5	0.8	2.0	1	0.1	0.3	8	1.1	2.4	3	0.4	0.8
TOS FERINA	1	0.2	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
POLIO	1	0.2	0.4	1	0.1	0.3	-	-	-	-	-	-
TETAN. NEON.	6	1.0	2.5	2	0.3	0.6	1	0.1	0.3	6	0.8	1.7
DIFTERIA	-	-	-	1	0.1	0.3	-	-	-	-	-	-
TIFOIDEA	-	-	-	2	0.3	0.6	-	-	-	1	-	-
Ca. UTERO	28	4.6	9.2	25	3.7	8.3	30	4.2	9.1	33	4.3	9.3
Ca. de MAMA	14	2.3	5.8	6	0.9	2.0	11	1.5	3.3	16	2.1	4.5
Ca. ESTOMAGO	35	5.8	14.5	31	4.5	10.3	51	7.1	15.5	54	7.1	15.2
Ca. PULMON	15	2.2	5.5	13	1.9	4.3	17	2.3	5.2	14	1.8	3.9
ENF. MENING.	1	0.2	0.4	3	0.4	1.0	1	0.1	0.3	1	0.1	0.3
TBC GENRAL	119	19.7	49.5	132	19.4	43.9	124	17.2	37.7	123	16.2	34.6
TBC MENIG	-	-	-	10	1.5	3.3	-	-	-	4	0.5	1.1
TBC MILIAR	-	-	-	1	0.1	0.3	-	-	-	3	0.4	0.8
SIDA	-	-	-	-	-	-	2	0.3	0.6	2	0.3	0.5
CIRROSIS H.	-	-	-	-	-	-	27	3.7	7.7	20	2.6	5.6
HTA	-	-	-	-	-	-	36	5.0	10.5	29	3.8	8.1
HEPATITIS V.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0.4	0.8

6.3.4. MORTALIDAD MATERNA Y SUS PRINCIPALES CAUSASCUADRO No.68

DIST.: S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.
AÑOS 1980-1987

No. ORD.	No. COD. INTERN.	CAUSA DE MUERTE	AÑOS							TOT.	%	
			80	81	82	83	84	85	86			87
1	634-639	ABORTO SEPTICO	2	5	1	1	4	2	3	2	22	25.8
2	642.6	TOXEMIAS	1	1	3	2	1	4	1	5	18	21.2
3	641	HEMORRAGIAS	1	5	3	2	2	-	1	3	17	20.0
4	634-639	ABORTO INCOMPLETO	3	5	2	1	-	1	-	2	14	16.4
5	670	SEPSIS PUERPERAL	3	-	3	-	-	2	1	-	9	11.6
		OTRAS CAUSAS	1	-	-	-	1	1	1	1	5	5.9
TOTAL			11	16	12	8	8	10	7	13	85	100

Nota:

- El 73% de casos de Aborto Séptico fue en el grupo de 1ª-34 años y el resto en el grupo de 34 y más.
- El 59% de casos de Hemorragia del 3er.Trimestre ocurrió en el grupo de 22-34 años y el resto en el grupo de 35 y más.
- El 66% de casos de Toxemias ocurrió en el grupo de 35 y más años.

6.3.5. COMENTARIOS

6.3.5.1. Cualquier análisis de la Mortalidad está influenciada por las siguientes variables: La proporción de la población cubierta por los registros de defunción, la integridad y conservación de los mismos, la forma en que se acopian y sistematizan los datos, la precisión de la codificación, la integridad del certificado médico de la causa de defunción y la precisión del diagnóstico definitivo (6, 10). Es importante también la precisión de otro tipo de información registrada en el Certificado de Defunción como la edad, sexo, residencia habitual del occiso, así como también el porcentaje de muertes que se consignan sin certificado de defunción.

6.3.5.2. De acuerdo a nuestra experiencia en el análisis de certificados de defunción (4), no es posible hallar los certificados de defunción de todas las muertes registradas en los Municipios, encontrándose que entre un 10 a 15% se pierden a nivel de Lima y hasta un 50% en provincias. Aproximadamente un 75 de certificados tienen errores en los datos que se consignan o no hay información completa en cuanto a edad, sexo, procedencia y/o causa básica de

la muerte.

6.3.5.3. Ante este impase, hemos optado por tomar como causa de defunción las registradas en los libros de defunción, cotejándolas cuando era posible con los certificados de defunción. Ello puede explicar en parte los altos porcentajes de causas "Mal definidas" registradas sobre todo para los grupos etáreos encima de 45 años.

6.3.5.4. Como se puede apreciar, la agrupación de causas de defunción ha sido hecha tomando en cuenta patrones standard usados internacio -nalmente por la OMS/OPS (6,9) y ciñéndonos estrictamente a las denominaciones de la IX Revisión de Clasificación de Enfermedades de la OMS y cuya tasa de error oscila entre un 2% a un 5% (5).

6.3.5.5. Debido a las limitaciones mencionadas en los párrafos anteriores, no podemos sacar conclusiones definitivas sobre la estructura real de la Mortalidad en los 3 distritos urbano marginales estudiados, pero si podemos hacer un análisis comparativo de tendencias registradas en estos 4 años de observación, ya que se ha tenido el cuidado de mantener la misma estructura de clasificación y la misma metodología de recolección de información.

6.3.5.6. Así, obsservamos que en el 88 a nivel de Mortalidad General en los 3 distritos, los Tumores, que en los 3 años anteriores ocupaban el 2do. lugar, pasan a ocupar el 1er. lugar a expensas del distrito de San Juan de Miraflores. Entre éstos los de mayor prevalencia son el Ca. de estómago y el Ca. de cérvix (cuadro 32).

6.3.5.7. Una variación notoria en el 88 es que las Enfermedades del Periodo Perinatal que no figuraban entre las 10 primeras causas en años anteriores, pasan a ocupar el 6to. lugar a nivel general y el primer lugar en el grupo de Neonatos e Infantes, siendo la Prematuridad la primera causa, seguida luego por la Hipoxia y Asfixia al nacer y por el síndrome de dificultad respiratoria del Neonato) desplazando a las Neumonías. Indudablemente el mayor volumen de neonatos que atiende el Hospital (cuadro) explica en buena parte este fenómeno, ya que ello influye en que captemos estas muertes y se registren con mayor precisión la causa básica de muerte y procedencia del paciente, lo que no ocurre cuando los neonatos fallecen en otros hospitales como la Maternidad de Lima, donde no hay un buen registro de la procedencia del occiso. De todas maneras las altas tasas de mortalidad registradas (cuadro 33) nos deben poner alertas para diseñar estrategias de intervención para afrontar este problema tanto a nivel hospitalario como en los servicios periféricos.

6.3.5.8. Como ocurre en otras ciudades Latinoamericanas de gran población como México, D.F., Cali, Bogotá, Río de Janeiro (6), a nivel de Mortalidad General,

las enfermedades no infecciosas han pasado a ocupar en el año 88 el primer lugar como causa de muerte a costa de los Tumores, traumatismos envenenamientos y las enfermedades cardiovasculares, relegando a un segundo lugar a las enfermedades infecciosas. Dentro de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades coronarias, Enf.Cerebrovascular e Hipertensión Arterial ocupan los primeros lugares, y dentro de los Traumatismos Envenenamientos, los Accidentes de tránsito y agresiones de diverso tipo juegan un rol preponderante.

Lamentablemente a pesar de nuestras reiteradas recomendaciones (3) se está haciendo muy poco la prevención y control de las Enfermedades Cardiovasculares y los Accidentes de Tránsito. La prevención de los accidentes del hogar en el grupo pre-escolar (quemaduras, envenenamientos por sustancias cáusticas o kerosene) merece también especial atención, sobre todo ahora que ha aumentado el No. de madres que forzadas por la crisis económica, tienen que salir a trabajar dejando a sus pequeños solos en el hogar.

6.3.5.9. Las enfermedades respiratorias graves y las enfermedades diarreicas descienden al 2do. y 3er. lugar respectivamente en el grupo infantil y en el de 1-4 a., las IRA Grave se mantienen en el primer lugar.

Si comparamos tasas, vemos que en el 85 la tasa de mortalidad por IRA Grave para el grupo menor de 5 años fue de 189.06 y el 88 de 138.5 (-26.7%) y para EDA, el 85 fue de 78.8 y el 88 de 60.5 (-23.1%). Ello podría estar hablando en alguna medida del impacto favorable de los Programas CED y CIRA en disminuir la Mortalidad por estas 2 causas, lo que también se halló a nivel nacional para CED (4).

6.3.5.10. La Tuberculosis, se mantiene en el 5to.lugar como causa de muerte a nivel general, sube al 3er. lugar en el grupo de 5-14 años (el 85 ocupaba el 6to. lugar) conserva, su 2do. lugar en el grupo de 15-44 a. y en estos 4 años de seguimiento sigue siendo la primera causas de muerte en mujeres en edad fértil.

La tasa de Mortalidad General por esta enfermedad que era de 19.7 el 85, descendió ligeramente a 16.2 el 88 (-17.7%), ello a pesar de que la Morbilidad se incrementó ostensiblemente, como veremos más adelante.

6.3.5.11. Como se observa en el cuadro No. hay un descenso de la Mortalidad por enfermedades del PAI a excepción del Sarampión cuya tasa se mantiene estacionaria en relación al 85 y el Tétanos Neonatal, que se ha incrementado de 0.99 el 85 a 1.67 el 88 (+40.7).

La tasa de mortalidad por Enfermedades Meningocócicas, después de un

incremento el 86 de 175% se mantiene en los mismos niveles del 85, a pesar que la Morbilidad se ha incrementado.

La Mortalidad por SIDA, se mantiene en los mismos niveles que el año pasado y a juzgar por el incremento de la Morbilidad, indefectiblemente habrá un incremento significativo de la Mortalidad en los años siguientes.

6.3.5.12. En cuanto a Mortalidad Materna, siguen ocupando los primeros lugares los abortos y hemorragias. Lamentablemente se está haciendo muy poco por adoptar medidas preventivas que están a nuestro alcance y que recomendamos anteriormente (3). Ver también artículo de la sección 10.2.

7. MORBILIDAD

7.1. EEP 003 (DISTRITO S.J.M. Y V.M.T.)

CUADRO No.69

MORBILIDAD PROPORCIONAL GENERAL - EEP 003 10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORD.	No. COD. INTERNAC.	ENFERMEDADES	ATENDIDOS	ATENCION	%
1	46.-519	ENF. APTO. RESPIRATORIO	35163	50288	34.25
2	007-009	DISENTERIA Y GASTROENT.	10568	15544	10.30
3	680-709	ENF. PIEL y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	10060	13780	9.80
4	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	8996	13847	8.76
5	020-136	TADAS LAS DEMAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	5212	7824	5.08
6	530-579	ENF. OTRAS PARTES APTO. DIGESTIVO	5012	7029	4.88
7	780-799	SIGNOS, SINTOMAS y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	4672	6456	4.55
8	800-989	TRAUMATISMOS Y ENVENENAM.	4511	6265	4.39
9	780-799	ENF. SISTEMA NERVIOSO y DE LOS SENTIDOS	3201	4458	3.12
10	710-739	ENF. SIST. OSEO-MUSCULAR y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2951	4438	2.88
-	-	LAS DEMAS CAUSAS	12304	21252	11.99

Fuente: U.Estadística EEP 003.

CUADRO No.70

EPP OO3 : MORBILIDAD PROPORCIONAL INFANTIL
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORD.	No. COD. INTERNAC.	GRUPO DE CAUSAS	ATEND.	ATENC.	%
1	460-519	ENF. APTO. RESP.	9784	13494	52.76
2	007-009	DISENT. y GASTROENTERITIS	3437	4815	18.54
3	680-709	ENF. PIEL y TEJIDO SUBCUTANEO	2074	2744	11.18
4	530-579	ENF. OTRAS PARTES SIST. DIGESTIVO	791	943	4.26
5	020-136	TODAS LAS DEMAS ENF. INFECCIOSAS y PARASITARIAS	463	745	2.50
6	320-389	ENF. SIST. NERVIOSO y DE LOS SENT.	448	634	2.42
7	780-799	SIGNOS y SINTOMAS y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	370	490	1.99
8	580-629	ENF. APTO. GENITO-URNARIO	286	435	1.54
9	800-989	TRAUMATISMOS y ENVENENAM.	157	237	0.85
10	760-779	AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	155	175	0.84
-	-	LAS DEMAS CAUSAS	578	822	3.12

CUADRO No.71

EPP OO3 : MORBILIDAD PROPORCIONAL
EDAD PRE-ESCOLAR (1-4a) 10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORD.	No. COD. INTERNAC.	GRUPO DE CAUSAS	ATEND.	ATENC.	%
1	460-519	ENF. APTO. RESPIRATORIO	9496	13875	46.60
2	007-009	DISENTERIA y GASTROENTERITIS	3235	4681	15.89
3	680-709	ENF. PIEL y TEJIDO SUCUTANEO	2083	2866	10.22
4	021-136	TODAS LAS DEMAS ENF. INFECCIOSAS y PARASITARIAS	1252	1864	6.14
5	780-799	SIGNOS y SINTOMAS y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	618	801	3.03
6	530-579	ENF. OTRAS PARTES APTO. DIGESTIVO	555	761	2.72
7	800-989	TRAUMATISMOS y ENVENENAMIENTOS	549	761	2.69
8	120-129	HELMINTIASIS	530-	755	2.61
9	320-389	ENF. SIST. NERVIOSO y DE LOS SENT.	497	700	2.41
10	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	469	729	2.30
-	-	LAS DEMAS CAUSAS	1099	1687	5.39

Fuente: U.Estadística EPP OO3.

CUADRO No.72EEP OO3 : MORBILIDAD PROPORCIONAL EDAD ESCOLAR (5-14a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORD.	No. COD. INTERNAC.	GRUPO DE CAUSAS	ATEND.	ATENC.	%
1	463-4493	ENF. APTO. RESPIRATORIO	7177	10007	35.10
2	680-698	ENF. PIEL y TEJIDO SUBCUTANEO	2403	3211	11.76
3	021-123	TODAS LAS DEMAS ENF. INFECCIOSAS y PARASITARIAS	1841	2708	9.01
4	007-009	DISENT. y GASTROENTERITIS	1430	2176	6.99
5	800-980	TRAUMATISMOS y ENVENENAM.	1167	1542	5.71
6	780-799	SIGNOS y SINTOMAS y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	1123	1524	5.49
7	580-628	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	890	1337	4.35
8	127	HELMINTIASIS	813	1185	3.98
9	320-382	ENF. SIST. NERVIOSO y DE LOS SENTIDOS	761	1050	3.72
10	530-570	ENF. OTRAS PARTES APTO. DIGESTIVO	651	929	3.18
-	-	LAS DEMAS	2189	3595	10.71

Fuente: U.Estadística EEP OO3.

7.2. EEP OO4 (DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR)

CUADRO No.72EEP OO4: MORBILIDAD PROPORCIONAL INFANTIL
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORD.	No. CODIGO INTERNAC.	GRUPO DE CAUSAS	No.	%
1	460-519	ENF. APTO. RESPIRATORIO	3050	47.7
2	007-009	DISENT. y GASTROENTEROCOLITIS	1121	17.5
3	680-709	ENF. PIEL y TEJIDO SUBCUTANEO	664	10.4
4	530-579	ENF. OTRAS PARTES APTO. DIGESTIVO	325	5.1
5	021-136	TODAS LAS DEMAS ENF. INFECCIOSAS y PARASITARIAS	265	4.1
6	320-389	ENF. SIST. NERVIOSO y DE LOS SENT.	155	2.4
7	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	119	1.9
8	120-129	HELMINTIASIS	96	1.5
9	800-989	TRAUMATISMOS y ENVENENAMIENTOS	92	1.4
10	270-279	DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	82	1.3
-	780-799	MAL DEFINIDAS	118	1.8
-	-	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	314	4.9

Fuente: U.Estadística EEP OO4.

CUADRO No.73

EEP OO4: MORBILIDAD PROPORCIONAL PRE-ESCOLAR (1-4a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORD.	No. CODIGO INTERNAC.	GRUPO DE CAUSAS	No.	%
1	460-519	ENF. APTO. RESPIRATORIO	4095	44.1
2	007-009	DISENT. Y GASTROENTEROCOLITIS	1081	11.6
3	680-709	ENF. PIEL y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	846	9.1
4	120-129	HELMINTIASIS	681	7.3
5	021-136	LAS DEMAS ENF. INFECCIOSAS y PARASITARIAS	499	5.4
6	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	318	3.4
7	530-579	ENF. DEMAS PARTES APTO. DIGESTIVO	303	3.3
8	320-389	ENF. SIST. NERVIOSO y DE LOS SENT.	251	2.7
9	800-989	TRAUMATISMOS y ENVENENAM.	232	2.5
10	010-018	TUBERCULOSIS	112	1.2
-	780-799	MAL DEFINIDAS	292	3.1
-	-	LAS DEMAS CAUSAS	584	6.3

Fuente: U.Estadística EEP OO4.

CUADRO No.74

EEP OO4: MORBILIDAD PROPORCIONAL ESCOLAR (5-14a.)
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORD.	No. CODIGO INTERNAC.	GRUPO DE CAUSAS	No.	%
1	460-519	ENF. APTO. RESPIRATORIO	3147	32.8
2	120-129	HELMINTIASIS	1017	10.6
3	680-709	ENF. PIEL y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	946	9.8
4	020-136	TODAS LAS DEMAS ENF. INFECCIOSAS y PARASITARIAS	555	5.8
5	580-629	ENF. APTO. GENITO-URINARIO	525	5.5
6	800-989	TRAUMATISMOS y ENVENENAMIENTOS	495	5.2
7	007-009	DISENT. Y GASTROENTEROCOLITIS	485	5.0
8	530-579	ENF. OTRAS PARTES APTO. DIGESTIVO	333	3.5
9	320-389	ENF. SIST. NERVIOSO y DE LOS SENT.	315	3.3
10	010-018	TUBERCULOSIS	268	2.8
-	780-799	MAL DEFINIDAS	558	5.8
-	-	LAS DEMAS CAUSAS	952	9.9

Fuente: U.Estadística EEP OO4.

7.3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

CUADRO No.75

MORBILIDAD PROPORCIONAL POR TRANSMISIBLES
10 PRIMERAS CAUSAS - AÑO : 1988

No. ORDEN 1985	No. ORDEN 1988	No. COD. INTERNAC.	ENFERMEDAD	No. DE CASOS	TASA
1	1	461-466	OTRAS IRA	33246	4,374.54
2	2	007-009	GECA	14797	1,947.00
4	3	120-129	OTRAS HELMINTIASIS	4196	552.11
5	4	133	ESCABIOSIS	2609	243.29
6	5	010-018	TUBERCULOSIS	1882	247.63
3	6	460	RESFRIO COMUN	936	126.71
8	7	002	TIFOIDEA	719	94.60
7	8	052	VARICELA	592	77.89
9	9	072	PAROTIDITIS	245	32.23
-	10	070	HEPATITIS VIRAL	209	27.50

7.3.2. MORBILIDAD GENERAL POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR
DISTRITOS:

CUADRO No.76

DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES
MORBILIDAD PROPORCIONAL GENERAL-10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

No. ORDEN 1985	ORDEN 1988	No. CODIGO INTERNAC.	ENFERMEDAD	No. CASOS	TASA
1	1	461-466	OTRAS I. R. A.	8700	3,704.09
2	2	007-009	G. E. C. A.	4763	2,027.88
5	3	133	ESCABIOSIS	1021	434.69
4	4	120-129	OTRAS HELMINTIASIS	877	373.39
6	5	010-018	TUBERCULOSIS	601	255.88
-	6	002	TIFOIDEA	201	85.57
8	7	052	VARICELA	143	60.88
3	8	460	RESFRIO COMUN	124	52.79
-	9	070	HEPATITIS VIRAL	94	40.02
-	10	072	PAROTIDITIS	48	20.43

CUADRO No.77

DISTRITO: VILLA MARIA DEL TRIUNFO
MORBILIDAD PROPORCIONAL GENERAL - 10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

1985	No. 1988	ORDEN INTERNAC.	No. CODIGO INTERNAC.	ENFERMEDAD	CASOS	No. TASA
1	1		461-466	OTRAS I. R. A.	14126	4,878.14
3	2		007-009	G. E. C. A.	5891	2,034.34
4	3		120-129	OTRAS HELMINTIASIS	1181	407.83
-	4		133	ESCABIOSIS	858	296.29
8	5		010-018	TUBERCULOSIS	654	225.84
2	6		460	RESFRIO COMUN	591	204.09
7	7		052	VARICELA	241	83.22
5	8		002	TIFOIDEA	237	81.84
-	9		072	PAROTIDITIS	92	31.77
-	10		055	SARAMPION	69	23.82

CUADRO No.78

DISTRITO: VILLA EL SALVADOR
MORBILIDAD PROPORCIONAL GENERAL - 10 PRIMERAS CAUSAS
AÑO : 1988

1985	No. 1988	ORDEN INTERNAC.	No. CODIGO INTERNAC.	ENFERMEDAD	CASOS	No. TASA
4	1		461-466	OTAS I. R. A.	10420	4,423.97
1	2		007-009	G. E. C. A.	4143	1,758.97
2	3		120-129	OTRAS HELMINTIASIS	2137	907.29
5	4		133	ESCABIOSIS	730	309.93
7	5		010-018	TUBERCULOSIS	627	266.20
6	6		002	TIFOIDEA	281	119.30
3	7		460	RESFRIO COMUN	217	92.13
9	8		052	VARICELA	208	88.30
-	9		072	PAROTIDITIS	105	44.57
-	10		055	SARAMPION	77	32.69

7.4. EL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES.

CUADRO No.79

7.4.1.EVOLUCION COBERTURAS DE INMUNIZACION* DISTRITOS : S.J.M.-V.M.T.-V.E.S. 1979-1988

AÑOS	B. C. G.	ANTIPOLIO	D. P. T.	SARAMPION
1979	28.4 %	31.4 %	18.6 %	29.6 %
1980	36.6 %	17.7 %	17.6 %	15.9 %
1981	34.5 %	25.4 %	23.0 %	25.7 %
1982	29.6 %	31.2 %	29.9 %	29.0 %
1983	25.0 %	23.1 %	22.3 %	22.0 %
1984	28.8 %	24.0 %	24.0 %	24.0 %
1985	16.3 %	58.9 %	63.6 %	54.9 %
1986	45.4 %	49.7 %	49.22%	42.1 %
1987	44.6 %	50.6 %	48.6 %	43.0 %
1988	67.3 %	72.2 %	72.0 %	57.0 %

* Los porcentajes de coberturas para cada año, han sido calculados tomando en cuenta al 100% de la población menor de 1 año.

7.4.2. COBERTURAS ALCANZADAS POR EL PAI Y LAS 3 JORNADAS DE VACUNACION 1988.

CUADRO No.80

COBERTURA ALCANZADA POR EL PAI HASTA ANTES DE LA 1era.JORNADA DE VACUNACION 1988 (S.J.M.-V.M.T.-V.E.S.)

GRUPO ETAREO	POB. PROGRAM.	B. C. G. PROTEG.	%	ANTIPOLIO PROTEG.	%	D. P. T. PROTEG.	%	ANTISARAMP. PROTEG.	%
-1 a.	14,187	3,995	27	4,047	29	4,049	29	3,887	27
1-4a.	10.963	-	-	854	8	905	8	1,289	12

CUADRO No.80-a

COBERTURA ALCANZADA POR LAS 3 JORNADAS DE VAC. 1988

GRUPO ETAREO	POB. PROG.	B. C. G.		ANTIPOLIO		D. P. T.		ANTISARAMP.				
		PROT.	%	PROG.	PROT. %	PROG.	PROT. %	PROG.	PROT. %			
-1 a.	10192	1541	11	10140	2148	21	10138	2196	22	10300	2922	28
1-4a.	-	932		10109	1300	13	10058	1234	12	9674	2640	27

CUADRO No.81

COBERTURA ALCANZADA POR LAS 3 VAN + EL PAI HASTA DIC.88.

GRUPO ETAREO	POB. PROGRAM.	B. C. G.		ANTIPOLIO		D. P. T.		ANTISARAMP.	
		PROTEG.	%	PROTEG.	%	PROTEG.	%	PROTEG.	%
-1 a.	14187	11,935	79.2	12,796	90.2	12,733	90	10,112	71.3
1-4a.	10963	114		7,211	66	7,217	66	9,168	84

Nota: La población programada es el 85% en niños menores de 1 año y el 15 % en niños de 1-4 años.

**7.5. EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERDULOSIS:
Hospital María Auxiliadora y Centros Periféricos.:
Evaluación de la Cohorte 1987.**

Dr. Luis QUISPE MANCO*

7.5.1. INTRODUCCION:

La Tuberculosis, siendo una enfermedad cuya prevalencia está en relación directa con la situación socio-económica, sigue siendo en nuestro país un serio problema de salud pública. Por tal razón, a pesar de las muchas limitaciones que padece el Sector Salud, en estos últimos años se viene priorizando las acciones tendientes a mejorar el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y es así que por D.S.No.O17-87 de abril de 1987 el gobierno declara de Necesidad y utilidad pública y social el Prog.Nac.de C.de la Tuberculosis elaborando un nuevo Manual de Normas y Procedimientos, aprobado por R.M. No.319-87-SA/DM. el 21 de mayo de 1987, documento que en la actualidad está vigente a nivel nacional y no sólo en los establecimientos del Ministerio de Salud, sino también en los del IPSS y Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, con los cuales se viene realizando un trabajo de coordinación e integración permanente.

En Nov.de 1988, se llevó a cabo el VII Seminario Nac. de Tuberculosis, habiéndose contado para ello con la información de las 28 UDES del País, para evaluar las actividades del Prog. de 1987, llegándose a interesantes conclusiones, siendo las más significativas las siguientes:

7.5.1.1. Que los esquemas terapéuticos normados por el Programa, con drogas bactericidas y esterilizantes son los óptimos de acuerdo a nuestra realidad, que para el caso del esquema No.2, (Rmz. INH-Pza-SM) de 8 meses de duración y bajo el régimen supervisado usado en pacientes con TBC Pulmonar con confirmación bacteriológica, dan los siguientes resultados:

	NACIONAL	HOSP.MAUX
CURADOS	65.84 %	76.9 %
FRACASOS	3.46 %	5.9 %
FALLECIDOS	5.20 %	2.3 %
ABANDONOS	15.00 %	11.2 %
TRANSFERENCIAS S/CONFIRMAR	10.5 %	3.7 %

Cifras muy por encima de lo que se conseguía antes de 1987, en que por no contarse con uniformidad de criterios técnico operativos y por no contarse con las drogas necesarias y en cantidades suficientes, muchos pacientes abandonaban su tratamiento y otros eran abandonados por la propia institución incapaz por entonces del suministro adecuado de drogas antituberculosas para atención de la demanda. Como consecuencia de ello hoy estamos aún detectando gran número de pacientes crónicos, con polirresistencia secundaria.

7.5.1.2. Que los parámetros por módulo individual usados por el Programa, calculados previamente y usados promedialmente a nivel nacional de acuerdo al VII Seminario, deberán ser modificados:

		<u>Cálculo Previo</u>	<u>VII Seminario</u>
a)	<u>No.de Baciloscopías de Dx.</u> No.de BK (+)	= 21.0	12.0
b)	<u>No.de Sintomático resp.</u> No.de Baciloscopia de Dx	= 1.5	1.0
c)	<u>No.de S.Resp.examinados</u> No.de enfermos TBC BK(+)	= 15.0	8.0

Esto significa simplemente que nos encontramos en un período crítico, que estamos en una etapa de tuberculización, y si antes para encontrar un BK(+) se requerían examinar 21 muestras de esputo recolectadas de sintomáticos respiratorios (S.R.), ahora se requieren examinar sólo 12 muestras; si antes se requería examinar 1.5 muestras por cada S.R., ahora se requiere solo una muestra; y, si antes se necesitaba examinar bacteriológicamente a 15 S.R. para encontrar un (1) enfermo con BK(+), ahora solo se requiere examinar 8 S.R., cifras realmente preocupantes que tienden a preocupar más aún por la difícil situación económico y político que atravesamos cuya consecuencia es un elevado costo social, con sus secuelas de hacinamiento y desnutrición que son condiciones favorables para el incremento de la incidencia de la TBC.

7.5.2. RESULTADOS:

CUADRO No.1

INGRESOS NUEVOS AL PROGRAMA POR GRUPOS ETAREOS Y TIPO DE TUBERCULOSIS - AÑO :1987

	TOTAL		< 5 AÑOS		5-14 AÑOS		15-44 AÑOS		45 y + AÑOS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	1402	100	23	1.6	131	9.3	1062	75.7	196	13.9
TBC BK(+)	985	70.2	2	0.2	71	7.2	793	80.5	119	12.0
PULMONAR BK(-)	316	22.5	14	4.4	46	14.5	203	64.2	53	16.7
TBC EXTRA-PULM.	101	7.2	7	6.9	14	13.8	66	53.3	14	13.8

CUADRO No.2

REINGRESO AL PROGRAMA POR GRUPO DE CONDICIONES
AÑO : 1987

	TOTAL		FRACASO		RECAIDA		ABANDONO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	269	100	149	55.3	57	21.1	63	23.4

CUADRO No.3

TOTAL DE PACIENTES EN EL PROGRAMA
AÑO : 1987

	TOTAL		PAC. NUEVOS EN EL PROGRAMA		PAC. DE RE-INGRESO EN EL PROGRAMA	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	1671	100	1402	83.9	269	16.1

CUADRO No.4

TIEMPO DE CONVERSION BACTERIOLOGICA EN PACIENTES CON
TBC PULMONAR CON BK(+) QUE RECIBIERON EL ESQUEMA
No.2(8 MESES) SUPERVISADO

CONDICION DEL ENFERMO EN EL PROGRAMA	TOTAL		MESES 0-2		MESES 3-4		MESES 5to. y +		NO NEGATIV.		VOLVIER POSITIV	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	1000	100	653	65.3	210	21.0	78	7.8	41	4.1	18	1.8
ENFERMOS SIN NUEVOS TRAT. ANT.	761	76.1	530	69.6	152	19.9	56	7.3	16	2.1	7	0.9
EN EL CON PROGRAM. TRAT. ANT.	107	10.7	56	52.3	24	22.4	13	12.1	10	9.3	4	3.7
ENFERM. DE REING.	68	6.8	30	44.1	18	26.4	6	8.8	8	11.7	6	8.8
FRACASO	25	2.5	13	52.0	8	32.0	3	12.0	1	4.0	-	-
RECAIDA	39	3.9	24	61.5	8	20.5	-	-	6	15.3	1	2.5
ABANDONO												

CUADRO No.5

RESULTADO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TBC,
PULMONAR Y CON BK (+) QUE RECIBIERON
EL ESQUEMA No.2 SUPERVISADO

CONDICION DEL ENFERM. EN PROG.	TOTAL		CURADOS		FRACASOS		FALLECID.		ABAND.		TRANSF. S/CONF.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	1000	100	769	76.9	59	5.9	23	2.3	112	11.2	37	3.7
ENFERMOS NUEVOS	761	76.1	623	81.8	23	3.0	11	1.4	80	10.5	24	3.1
EN EL PROG.	107	10.7	67	62.6	14	13.0	5	4.6	16	14.9	5	4.6
ENFERM. DE REING.	68	6.8	43	63.3	12	17.6	2	2.9	8	11.8	3	4.4
FRACASO RECAIDA	25	2.5	17	68.0	1	4.0	4	16.0	2	8.0	1	4.0
ABANDONO	39	3.9	21	53.8	7	17.9	1	2.5	6	15.3	4	10.2

CUADRO No.6

RESULTADO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TBC
PULMONAR BK(-) Y TBC EXTRA-PULMONAR QUE RECIBIERON EL
ESQUEMA No.1(6 MESES) SUPERVISADO

	TOTAL		CURADOS		FRACASOS		FALLECID.		ABANDON.		TRANSF. N. CONFIR	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	303	100	263	86.7	6	1.9	4	1.3	26	8.5	4	1.3
TBC PULMONAR	235	77.5	204	86.8	4	1.7	3	1.2	20	8.5	4	1.7
TBC PLEURAL	29	9.5	26	89.6	1	3.4	-	-	2	6.8	-	-
EXTRAANGLIONAR	30	9.9	25	83.3	1	3.3	-	-	4	13.3	-	-
PULM. OTROS	9	2.9	8	88.8	-	-	1	11.2	-	-	-	-

7.5.2. COMENTARIOS:

En lo que respecta a morbilidad, la prevalencia de tuberculosis año a año va en aumento, habiendo un ligero descenso de las tasas de mortalidad, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

AÑO	MORBILIDAD		MORTALIDAD	
	No. ENFERM. TBC.	TASA x 100,000	No. DE DEFUNC. TBC.	TASA x 100,000
1984	1144	329.6	NO HAY REG.	NO HAY REG.
1985	1179	324.8	119	19.66
1986	1488	363.8	132	19.36
1987	1671	386.8	124	17.22
1988	1882	412.7	130	16.20
1989	1er. TRIM: 630 Proy. Anual: 2520	523.9	-	-

Como se ve, nuestros índices de morbilidad están por encima del promedio Nacional que es de 300 enfermos TBC por 100,000 habitantes y éste tal vez tenga su explicación en un mejor trabajo de captación y de notificación para el que se cuenta con una estrecha coordinación con las organizaciones no gubernamentales y con la Comunidad, especialmente en Villa El Salvador y en San Juan de Miraflores. Sin embargo es preocupante el desmesurado incremento en el 1er. trimestre del presente año, que proyectado anual se calcula obtener 523.9 casos por c/100,000 habitantes, cifras que hasta 1988 solo se obtenían en las zonas más críticas de nuestro país, lo que nos estaría indicando el tremendo costo social que está cobrando la actual política económica que enfrentamos desde Setiembre 88.

En el cuadro No.1, vemos el total de pacientes que por primera vez fueron captados e ingresaron al Programa de C. de la TBC. en ello se observa valores porcentuales muy similares a años anteriores en relación a concentración de enfermos por grupos etáreos, siendo mayor los comprendidos entre los 15 y 44 años. De igual modo es importante hacer notar que del total, el 70% fueron TBC pulmonar bacteriológicamente confirmados, es decir epidemiológicamente contagiantes.

En el cuadro No.2, se consigna a los pacientes que con anterioridad ya han estado notificados por el Programa de C.de TBC, pero que por haber fracasado en su tratamiento, o por haber abandonado el mismo, o haber recaído en la enfermedad, vuelven a pertenecer al Programa (Re-ingreso) para re-iniciar y/o continuar su tratamiento.

En los cuadros 4 y 5, se evalúa las bandades del esquema de tratamiento No.2, de 8 meses de duración, con 4 drogas (Rmp-INH-Pz-SM), bajo el régimen supervisado, con una primera fase de dosis diaria por 2 meses y una 2da. afase de 6 meses. 2 veces/semana con solo Rmp. e INH. De los 1000 pacientes con TBC pulmonar BK(+) evaluados, ene ell 94.1% se produjo su negativización bacteriológica, produciéndose este hecho especialmente entre el 1er. y 2do.mes de tratamiento (65.3%); el 4.1% fueron persistentemente BK+ a pesar de tratamientos regulares y el 1.8% después de haber negatiivizado, se volvieron a positivar (BK+), los que junto con el grupo anterior conformaron los fracasos de tratamiento, entre ellos el mayor porcentaje corresponde a aquellos pacientes que re-ingresaron al Programa por abandono de tratamiento anterior, siguiéndoles los que re-ingresaron por fracaso y finalmente los que por primera vez llegan al Programa, pero con antecedentes dde haber recibido tratamiento específico, en su mayoría en servicios privados y por ende auto-administrados, irregulares y muchos de ellos con prescripciones insuficientes.

Es interesante señalar que de los 761 pacientes con TBC pulmonar BK(+) y sin tratamiento anterior (vírgenes de tratamiento) evaluados, solo el 1.6% (16 pacientes) no negativizaron, es decir, serían casos de Resistencia Primaria.

Con respecto al resultado de tratamiento, en los mismos pacientes y con igual esquema vemos ene el cuadro No.5, que el 76.9% se han curado, cifra significativamente mayor que el índice a nivel nacional; en cambio, comparativamente el número de fracasos también es mayor 5.9%, que su explicación podría estar en la captación de buen número de pacientes con tratamientos insuficientes e irregulares y también de re-ingresos, que como ya se consignara en líneas anteriores forman el contingente mayor de fracasos terapéuticos. Otro logro importante es el bajo porentaje de abandonos y transferencias si: confirmar, sin embargo es pretenciónn del Programa llegar a cero en estos 2 últimos rubros, ell que solo se logrará con un efectivo trabajo operativo del Sector Salud en coordinación inter-institucional y con la comunidad.

En el cuadro 6, se evalúa el esquema No.1, de 6 meses de duración (Rmp.-INH-Pz), usados en ell Programa especialmente en TBC pulmonar sin confirmación bacteriológica, ganglionar y pleural, con el cual el 86.7% se curaron y sólo el 1.9% fracasaron.

Finalmente diremos que el Programa Nacional de C. de la Tuberculosis, desde 1987, cuenta con drogas en cantidad suficienete para atender los tratamientos de toda la prevalencia Nacional, con esquemas terapéuticos normales, que actualmente también fueron asumidos por el IPSS y en la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales. Desde hace un año también se cuenta con drogas alternativas, para el tratamiento de los "Fracasos terapéuticos", generalmente poliresistentes a quienes previo a uan evaluación especializada se

les asigna un esquema especial (esquema III) para Re-tratamiento y/o Re-retratamiento. A partir del año pasado la Dirección nacional del Programa, ha conformado un equipo de Neumo-tisiólogos asesores-consultores, cada uno de los cuales es responsable de 1 ó 2 Unidades Departamentales (Departamentos), no solo para absolver y dar soluciones a las interconsultas de los casos difíciles de diagnóstico y tratamiento de su correspondiente área de responsabilidad, sino también para realizar la supervisión del Programa. Para ello se cuenta también con una Enfermera Supervisora por cada UDES, quienes con regularidad se trasladan al terreno mismo de su jurisdicción para fines de supervisión.

Estas dos últimas actividades, aunadas a una participación multisectorial y de la Comunidad, han demostrado ser los pilares más importantes sobre los que se basa el éxito del Programa, sobre todo en la captación de los "sintomáticos respiratorios" en el que juega un rol preponderante el Sector Educación y los grupos organizados de la Comunidad.

No está demás insistir en la importancia de este trabajo de integración y en el que el Equipo Multidisciplinario del Programa de Control de la Tuberculosis de nuestra jurisdicción es uno de los pioneros y que ha merecido el reconocimiento de la Dirección Nacional del Programa.

POLIO: TASAS DE MORBILIDAD. AÑOS 80-88

DIST.: SJM, VMT, VES

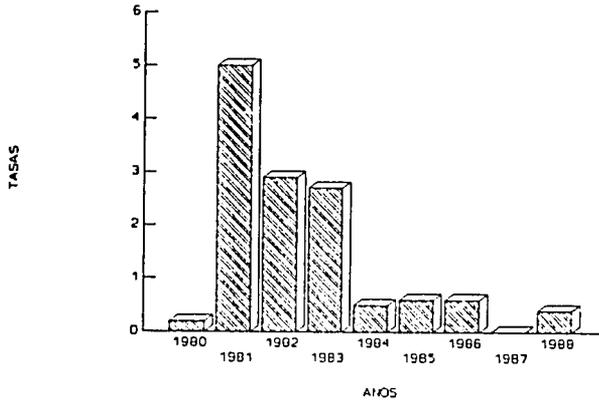


Grafico No. 1

DIFTERIA: TASAS DE MORBILIDAD. AÑOS 81-88

DIST.: SJM, VMT, VES

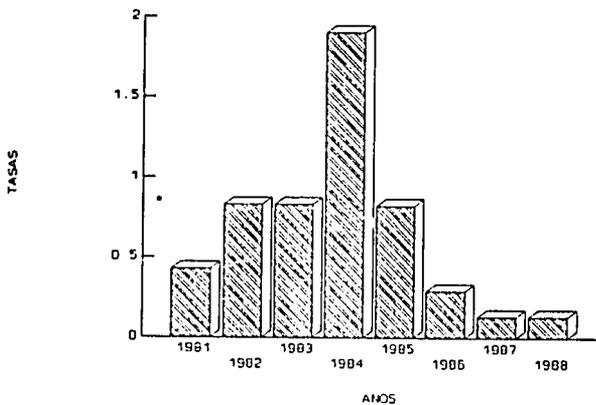


Grafico No. 2

TOS FERINA : TASAS DE MORBILIDAD

ANOS 80-88 . DIST. : SJM, VMT, VES

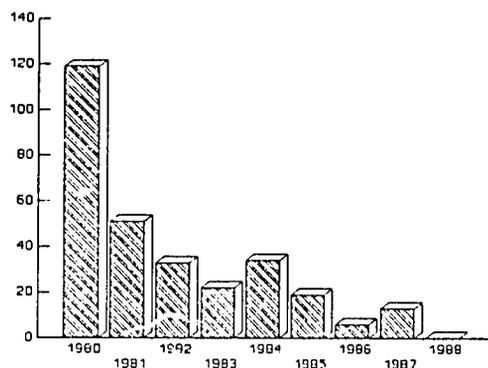


Grafico No. 3

SARAMPION: TASAS DE MORBILIDAD

ANOS : 80-88 . DIST. : SJM, VMT, VES

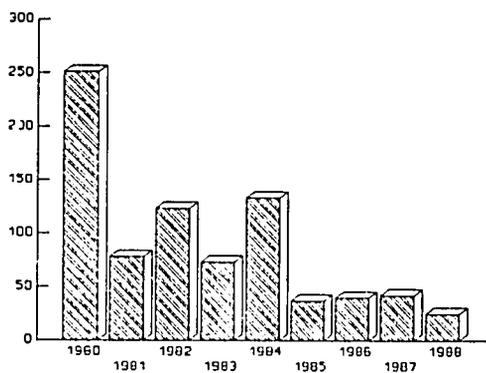


Grafico No. 4

TETANOS NEON.: TASAS DE MORBILIDAD

ANOS: 81-88. DIST.: SJM, VMT, VES

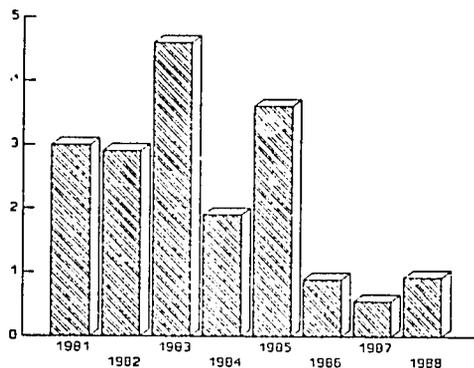


Grafico No. 5

MALARIA: TASAS DE MORBILIDAD

ANOS: 80-88. DIST.: SJM, VMT, VES

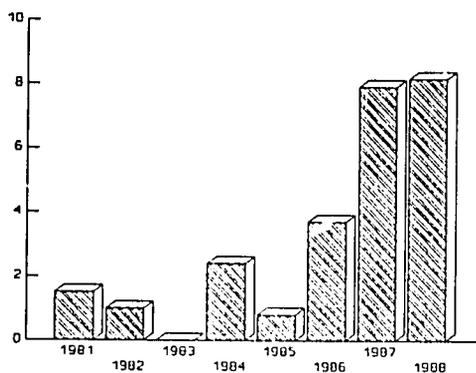


Grafico No. 6

TUBERCULOSIS TASAS DE MORBILIDAD

ANOS : 81-88. DIST. : SJM, VMT, VES

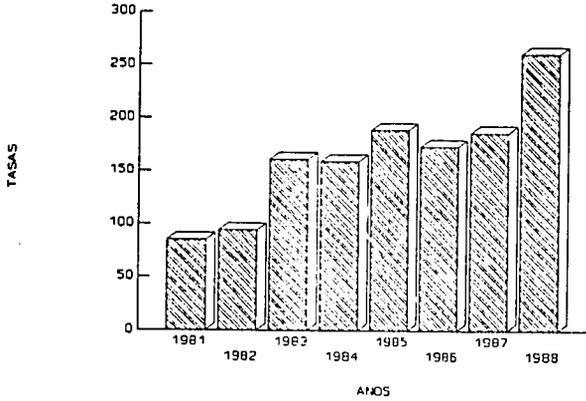


Grafico No. 7

MENING. MENING : TASAS DE MORBILIDAD

ANOS : 82-88. DIST. : SJM, VMT, VES

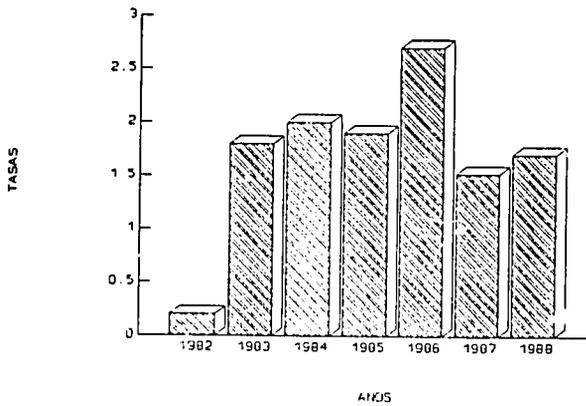


Grafico No. 8

I.R.A. : TASAS DE MORBILIDAD .ANOS 81-88

DIST. : SJM, VMT, VES

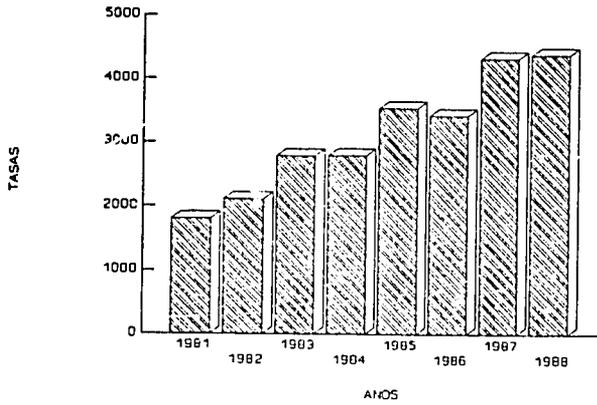


Grafico No. 9

E.D.A. : TASAS DE MORBILIDAD .ANOS 80-88

DIST. : SJM, VMT, VES

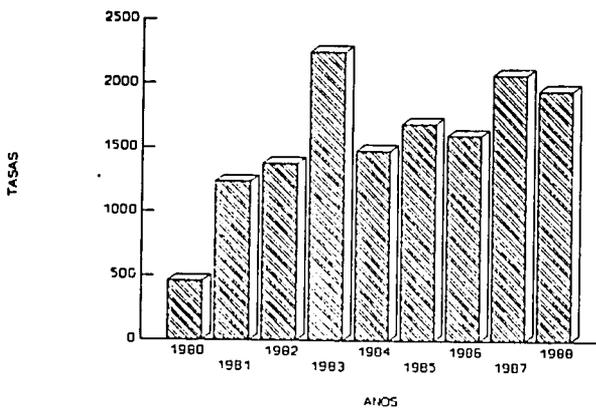


Grafico No. 10

TIFOIDEA TASAS DE MORBILIDAD

ANOS 80-88. DIST.: SJM, VMT, VES

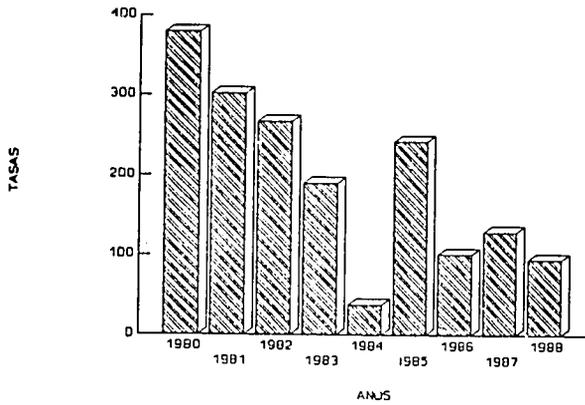


Grafico No. 11

HEPATITIS TASAS DE MORBILIDAD

ANOS 80-88. DIST.: SJM, VMT, VES

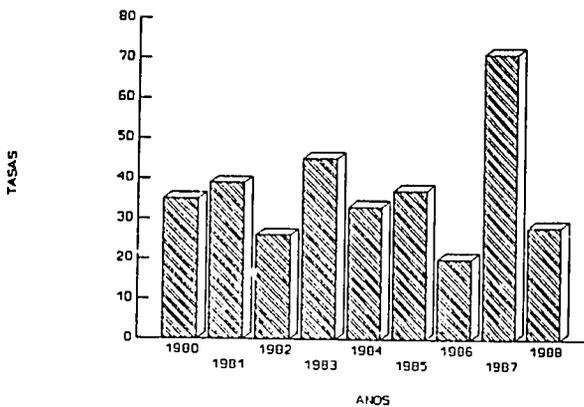


Grafico No. 12

GONORREA : TASAS DE MORBILIDAD

ANOS 80-88 . DIST. : SJM, VMT, VES

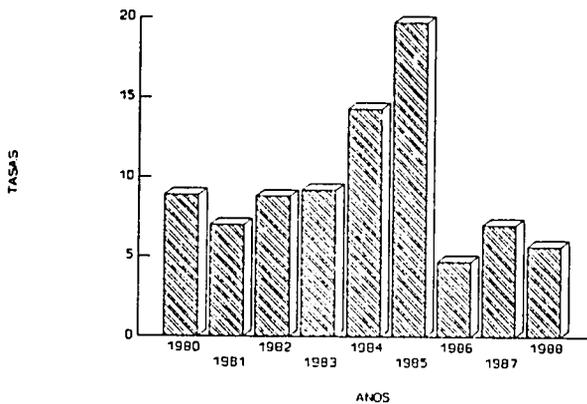


Grafico No. 13

SIFILIS : TASAS DE MORBILIDAD

ANOS 80-88 . DIST. : SJM, VMT, VES

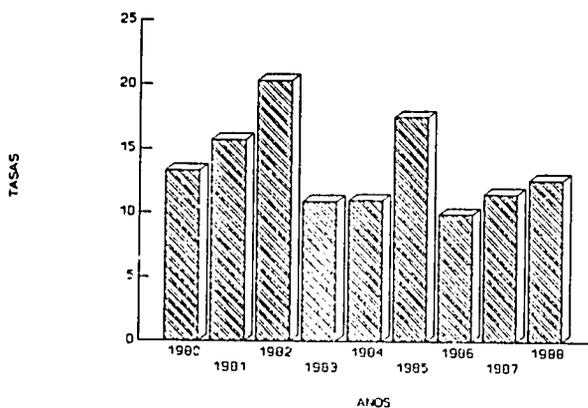


Grafico No. 14

8. EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

8.1. BREVE HISTORIA

En 1,971, durante el gobierno del General Juan Velasco Alvarado, se dan las bases para la creación de un Hospital Materno Infantil que atienda a la población urbano-marginal del Cono Sur de Lima, otorgándose para ello un terreno eriazo en el Km. 15 1/2.

En 1,972, se encomienda a la Junta de Asistencia Nacional (JAN) la elaboración de los planos respectivos y por R.M.OO282-73-SA/AS, del 23.12.73, se faculta el inicio de su construcción con el nombre del Hospital Materno Infantil "María Auxiliadora". En 1,979, la JAN, por falta de recursos, transfiere la construcción del Hospital a la Beneficiencia Pública de Lima, quien a través de un crédito de \$ 10,000,000 de dólares, otorgado por Hospitalaria Internacional GMBH de la República Federal Alemana y complementando con recursos del Tesoro Público, inició la construcción. Problemas en la estructura del suelo paralizaron la obra por espacio de 3 años, hasta que por D.L.21852 del 24.4.77, se le declara Hospital General y a partir de 1,978, por Licitación Pública, BRUCE S.A. Contratistas Generales, se hace cargo de la terminación de la obra. En 1,983 hay una asignación suplementaria de 4,160,000 dólares por parte del Tesoro Público para la terminación de Obras Civiles y parte del equipamiento.

El 29.12.83., durante el gobierno Constitucional del Arquitecto Fernando Belaunde Terry, y siendo Ministro de Salud el Dr. Juan Franco Ponce, se "inauguró" el Hospital con el funcionamiento de Consultorios Externos; nombrándose como primer Director al Dr. Rodolfo Rivoldi Nicolini. Se empezó con 20 médicos, atendándose en las 4 grandes especialidades: Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía, con el apoyo de análisis mínimos en Laboratorio. A partir de Agosto de ese mismo año entra como Director el Dr. Carlos Mendez Prieto, con quien a partir de Abril de 1985 se inaugura parcialmente el Servicio de Emergencias.

En Abril de 1985, por concurso entran a trabajar al Hospital 106 médicos especialistas quienes atienden en consultorios externos y emergencias, ya que todavía no se implementaba la parte de hospitalización.

A partir de Octubre de 1985 y ya con el actual régimen de Gobierno se nombra al Dr. Julio Espinoza Jiménez, como nuevo Director del Hospital en reemplazo del Dr. Manuel Bocanegra Carrasco.

En sucesivas visitas del entonces Ministro de salud, Dr. David Tejada, se insiste en que el "María Auxiliadora" debería ser un hospital de referencia del 3er. Nivel, es decir para atender casos que requieran atención especializada que vengan referidos de los establecimientos periféricos.

Para ello, antes de poner en funcionamiento hospitalizaciones, se debería mejorar la atención e infraestructura de la periferie. Es en esta etapa que un buen número de especialistas empezaron a rotar por establecimientos periféricos (los llamados Módulos de salud), adquiriendo una experiencia muy gratificante para muchos de ellos.

Ante la presión de la población y de los propios médicos del hospital, finalmente en Octubre de 1986, el actual Presidente de la República Dr. Alan García Pérez y el entonces Ministro de Salud Dr. David Tejada, inauguraron la parte de hospitalizaciones, sin antes haber concluido satisfactoriamente la implementación de los Centros periféricos.

Actualmente (Julio 8.) el hospital se encuentra bajo la dirección del Dr. César Carozzi y funciona con la mayoría de especialidades y subespecialidades a nivel de consulta externa, servicios de apoyo y hospitalización. De las 400 camas previstas se hallan en funcionamiento 300 con todos los servicios y Unidades de Apoyo.

Lamentablemente desde la separación administrativa del hospital y periferie desde fines del año 1986, se ha roto en buena medida la comunicación y el apoyo técnico entre los diferentes Programas que se desarrollan en el Cono Sur, lo que necesariamente redundará en la falta de una adecuada atención integral del paciente.

8.2. PERSONAL:

Hasta Diciembre del año 1988, el hospital contaba con 213 médicos, 151 enfermeras, 9 funcionarios, 4 químico-farmacéuticos, 1 médico veterinario, 8 psicólogos, 5 nutricionistas, 6 asistentes sociales, 41 tecnólogos médicos, 1 laboratorista clínico, 12 obstetras, 10 odontólogos, 156 personas de servicios y mantenimiento y 1222 personas administrativas. (Fuente: Unidad de Personal)

8.3. ALGUNOS INDICADORES HOSPITALARIOS:

CUADRO No.1

INDICADORES DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HAMA-1988

INDICADOR	MEDICINA	S E R V I C I O		
		CIRUGIA	GIN. OBST.	PEDIATRIA
Camas Hospital.	55	66	75	38
Médicos por cama	0.80	0.65	0.41	0.45
Enfermeras por cama	0.18	0.18	0.20	0.47
Aux. Enf. por cama	0.27	0.44	0.45	0.79

CUADRO No.2

INDICADORES DE APROVECHAMIENTO DE RECURSOS HAMA-1988

INDICADOR	REFERENC.	TOTAL	MEDIC.	S E R V I C I O S		
				CIRUG.	GIN-OBST.	PEDIATRIA
Grado de uso	%	77.8	79.1	77.7	84.2	70.7
Promedio permanencia	Días x Egreso	6.2	13.7	8.5	3.4	8.5
Indice de rotación	Egr. x cama	42.9	18.2	29.7	83.7	32.2
Rendimiento C. Médica	Cons. x hora	2.4	2.6	1.9	2.4	2.7

CUADRO No.3

INDICADORES DE CALIDAD DE SERVICIOS
HAMA-1988

INDICADOR	OBSERV.	C I F R A	
			ACEPTABLE
Mortalidad Bruta	3.7	hasta	4.0 x 100 egresos
Mortalidad Neta	2.3	hasta	2.5 x 100 egresos
Mortalidad Materna	21.1	hasta	4.0 x 10000 R. N.
Mortalidad Fetal Tardía	19.5	hasta	25 x 1000 R. N.
Mortalidad Neonatal	30.4		variable S/peso
Mort. Post Operatoria	7.4	hasta	10% operaciones
Indice de Autopsias	22.6		70 % y más

CUADRO No.4

INDICADORES DE CALIDAD DE SERVICIOS POR DEPARTAMENTO
HAMA-1988

INDICADOR	D E P A R T A M E N T O S			
	MEDICINA	CIRUGIA	GIN. OBST.	PEDIATRIA
Mortalidad Bruta	16.3 %	2.6 %	1.3 %	8.2 %
Mortalidad Neta	13.5 %	1.9 %	0.8 %	3.5 %
Letalidad por TBC. Pulmonar	23.9 %	-	-	-
Indice de Cesáreas	-	-	19.1 %	-
Mort. R. M. bajo peso	-	-	-	24.1 %

CUADRO No.5

MORTALIDAD PROPORCIONAL HOSPITALARIA
H.A.M.A. DPTO. PEDIATRIA. AÑO:1988

ORDEN	CODIGO	CAUSA	DEFUNC.	%
01	151	SEPTICEMIA	11	20.0
02	009	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	9	16.4
03	261	DESNUTRICION GRAVE	6	10.9
04	320	ENCEFALITIS, MIELITIS y ENCEFALOMIELITIS	4	7.3
05	-	LAS DEMAS	20	36.3
TOTAL			55	100.0

CUADRO No.6

MORTALIDAD PROPORCIONAL HOSPITALARIA
HAMA DPTO.DE GINECO-OBST.
AÑO : 1988

No. DE ORDEN	CLASIF. INTERNAC.	C A U S A	No. DE DEFUNC.	%
01	647	ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE COMPLICAN EN EL EMBARAZO	2	25.0
02	670	SEPSIS PUERPERAL	2	25.0
03	639	COMPLICACION CONSECUTIVA AL ABORTO	1	12.5
04	642	ECLAMPSIA DEL EMBARAZO	1	12.5
05	669	PARO RESPIRATORIO SUBSIGUIENTE A CESAREA	1	12.5
06	674	ACCID. CEREBRO VASC. POST. PARTO	1	12.5
TOTAL			8	100.0

CUADRO No.7

MORTALIDAD PROPORCIONAL HOSPITALARIA
HAMA DPTO. CIRUGIA
AÑO : 1988

No. DE ORDEN	CODIGO	C A U S A	DEFUNC.	%
01	151	CANCER GASTRICO	6	13.6
02	038	SEPTICEMIA	4	9.1
03	560	OBSTRUCCION INTESTINAL	4	9.1
04	567	PERITONITIS	4	9.1
05	804	TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO GRAVE	3	6.8
-	-	LAS DEMAS CAUSAS	23	52.3
TOTAL			44	100.0

CUADRO No.8

MORTALIDAD PROPORCIONAL HOSPITALARIA
HAMA DPTO.DE MEDICINA
AÑO : 1988

No. DE ORDEN	CODIGO	C A U S A	DEFUNC.	%
01	011	TUBERCULOSIS PULMONAR	27	16.6
02	571	CIRROSIS HEPATICA	9	5.5
03	038	SEPTICEMIA	7	4.3
04	250	DIABETES MELLITUS	6	3.7
05	429	ACCID. CARDIOVASCULAR	6	3.7
06	151	CANCER GASTRICO	5	3.1
07	518	NEUMOPATIA AGUDA	5	3.1
08	009	ENFERMEDADES DIARREICA AGUDA	4	2.4
-	-	LAS DEMAS CAUSAS	94	57.6
TOTAL			163	100.0

Nota: Todos estos Indicadores y Cuadros han sido elaborados por la Unidad de Estadística del HAMA

8.4. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA:

EVALUACION DE LA UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL DOCENTE DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Dr. Guillermo E. Guibovich.¹

8.4.1. INTRODUCCION:

En el mes de Junio de 1989, frente a diversos problemas encontrados en al Unidad e Rehidratación, decidimos realizar un diagnóstico de la situación en forma cuantificada con el fin de poder programar las acciones correctivas durante el segundo semestre del presente año.

Lo que a continuación vamos a presentar es un informe preliminar de la evaiuación del periodo de Enero a Junio del presente año. La segunda parte, en preparación, comprenderá un análisis más detallado de la efectividad de la URO, la causa de las hospitalizaciones y la mortalidad por EDA en el HAMA.

8.4.2. MATERIALES Y METODOS:

Se tomó como fuente básica de datos de Registro de Pacientes de la URO. Sin embargo una rápida revisión inicial permitió detectar que dicho registro carecía de defectos de omisión. Por este motivo se realizó además la revisión de los registros de pacientes atendidos en Emergencia, pacientes hospitalizados por diarrea, tento en el Servicio de hospitalización común como en la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, recetas emitidas bajo la denominación "Programa EDA", y los registros de Patología.

¹ Jefe de Pediatría

8.4.3 RESULTADOS:

CUADRO No.1

PACIENTES ATENDIDOS EN LA URO-DOCENTE
DEL HAMA DE ENERO A JUNIO 1989

MES	No.	EDAD (AÑOS)				TIPO TRATAMIENTO				RESULTADO				
		<1	1-4	>4	?	A	B	C	?	REC	RET	FALLE	HOSP	?
ENERO	114	77	33	2	2	6	81	11	16	86	2	2	20	4
		68%	29%	2%	2%	5%	71%	10%	14%	75%	2%	2%	18%	4%
FEBRE.	118	63	47	2	6	15	48	23	32	72	10	3	21	12
		53%	40%	2%	5%	13%	41%	19%	27%	61%	8%	3%	18%	10%
MARZO	81	45	34	1	1	2	47	20	12	47	5	2	13	14
		56%	42%	1%	1%	2%	58%	25%	15%	58%	6%	2%	16%	17%
ABRIL	79	48	27	0	4	3	47	20	9	42	5	1	19	12
		61%	34%	-	5%	4%	59%	25%	11%	53%	6%	1%	24%	15%
MAYO	113	64	42	1	6	3	71	28	11	75	3	2	14	19
		57%	37%	1%	5%	3%	63%	25%	10%	66%	3%	2%	12%	17%
JUNIO	99	58	39	2	0	12	65	16	6	78	8	0	11	2
		59%	39%	2%	-	12%	66%	16%	6%	79%	8%	-	11%	2%
TOTAL	604	355	222	8	19	41	359	118	86	400	33	10	98	63
		59%	37%	1%	3%	7%	59%	20%	14%	66%	5%	2%	16%	10%

CUADRO No.2

PLAN DE TRATAMIENTO VS. RESULTADO

	RECUP	RETIR	FALL	HOSP	?	TOTAL
PLAN A	35	2	0	0	4	41
	85%	5%	0%	0%	10%	100%
PLAN B	291	17	1	21	29	359
	81%	5%	0%	6%	8%	100%
PLAN C	40	4	3	56	15	118
	34%	3%	3%	47%	13%	100%
PLAN D	34	10	6	21	15	86
	40%	12%	7%	24%	17%	100%
TOTAL	400	33	10	98	63	604

CUADRO No.3

RESULTADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EDA

	TOTAL		EGRESOS VIVOS		MUERTOS < 24 H		MUERTOS > 24 H	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ENERO *	19	100%	13	68%	4	21%	2	11%
FEBRERO	21	100%	15	71%	2	10%	4	19%
MARZO	13	100%	6	46%	4	31%	3	23%
ABRIL *	18	100%	15	83%	0	0%	3	17%
MAYO	14	100%	12	86%	0	0%	2	14%
JUNIO **	10	100%	5	50%	1	10%	4	40%
TOTAL	95	100%	66	69%	11	12%	18	19%

* En Enero y Abril se transfirieron 2 pacientes para su hospitalización en otros hospitales.

** A la fecha todavía se encuentra hospitalizado 1 paciente.

Luego de identificar todos los casos de EDA que habían ingresando a la URO, se procedió a configurar el Cuadro 1. Como se observa, desde Enero a Junio del presente año la URO ha atendido a 604 pacientes con diarrea (Promedio = 100.7; S.D. = 15.2)

8.4.3.1. Distribución por edad: - El mayor número de caso correspondió al grupo etáreo de menor de 5 años (96%), y sobre todo a los menores de 1 año (59% del total). No se logró identificar diferencias de un mes a otro en ninguno de los grupos de edad. Sin embargo debemos anotar que ya aquí se aprecia el subregistro de información; en el 3% de los casos atendidos no se consignó la edad del paciente.

8.4.3.2. Tipo de Tratamiento Recibido: - La rehidratación de pacientes con EDA ha sido esquematizada en tres Planes de Tratamiento, a saber: Plan A para el paciente sin signos clínicos de deshidratación (EDA I), Plan B para el paciente que ya presenta signos de deshidratación (EDA II) y Plan C ó rehidratación EV para el paciente con deshidratación grave (EDA III). Como se puede apreciar en el Cuadro 1, al 7% de los casos se le administró el Plan A, al 59% el Plan B y a un 20% el Plan C. Sin embargo el problema de subregistro es peor aquí: el 145 de los casos no tienen consignado el tipo de tratamiento recibido.

8.4.3.3. Resultado del Tratamiento. - La última observación del Cuadro 1 nos permite afirmar que el 66% de los casos se recuperaron, 5% solicitaron retiro voluntario, 2% fallecieron en la URO, 16% se hospitalizaron, pero un 10% no tienen consignado el resultado. Sin embargo éstos últimos no fueron hospitalizados ni fallecieron, así es que deben estar distribuidos entre recuperados y retiros voluntarios. Dado el gran empeño en consignar los retiros voluntarios, es probable entonces que correspondan más a pacientes recuperados y dados de alta. Es importante anotar que el subregistro decayó notablemente en Junio (2%), mes en que como mencionamos anteriormente se estuvo más cerca de la URO.

Es significativo que sólo el 2% de los casos hayan llegado en tal mal estado que fallecieron en forma casi inmediata en la URO. Sin embargo éstos no son todos los fallecidos por EDA como después veremos. El 16% de los casos fueron hospitalizados, notándose un decremento los 2 últimos meses. Las razones principales (no cuantificadas) para decidir la hospitalización han sido sepsis y contraindicación de la TRO.

El cuadro 2 representa el cruce del Plan de Tratamiento recibido y el resultado de la atención. Los hechos más notables en este cuadro son que la gran mayoría (81%) de los pacientes que recibieron el Plan B se recuperaron y fueron dados de alta, y sólo un 8% de éstos fueron hospitalizados. Además el 34% de los pacientes que recibieron el Plan C (EDA con deshidratación grave) se recuperaron y fueron dados de alta. A esta última cifra habría todavía que agregar algunos de los Plan C cuyo resultado se desconoce, ya que sabemos con seguridad que no fallecieron, ni fueron hospitalizados.

No podemos dejar de reconocer que las cifras que corresponden a subregistro son significativamente altas, lo que podría variar los porcentajes previamente mencionados.

8.4.3.4. Resultado de la Hospitalización: - El Cuadro 3 resume el resultado de 95 pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría por EDA y alguna "complicación". No figuran 3 pacientes del total consignado en el Cuadro 1, dos porque fueron transferidos al Hospital San Bartolomé e Instituto Nacional del Niño, el tercero que todavía se encuentra hospitalizado. Como se puede observar el 69% de los casos egresó vivo. Ya mencionamos que de éstos 26% sólo con diagnóstico de EDA. Sin embargo hubieron 11 pacientes (12% de las hospitalizaciones) que fallecieron a poco de llegar a piso. Dieciocho pacientes adicionales (19%) fallecieron varios días después de haber sido hospitalizados. Estas muertes "inmediatas" se deben analizar en conjunto con las muertes ocurridas en la URO, las que hacen un total de 21 casos ó 3.4% de las atenciones en la URO. Esta última cifra nos habla de los casos que llegan en extrema gravedad, y a los que el sistema de atención por niveles no ha podido controlar.

8.4.4. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Este informe preliminar muestra que la URO-Docente del H^FMA realiza un número significativo de atenciones, 100 en promedio al mes, cantidad significativa ya que el Servicio aún no ha sido promocionado en los Establecimientos Periféricos, ni en la propia Comunidad. Un estudio pequeño realizado en el verano de 1987 mostró que muchos niños con EDA y deshidratación llegaban a hospitales y otros establecimientos fuera de nuestra jurisdicción (Emergencias de Grau, Instituto Nacional del Niño, Hospital San Bartolomé, etc.).

Otro factor a considerar es que desde Enero a Junio, salvo períodos esporádicos, no han sido registrados todos los casos de EDA sin deshidratación que ingresaban a la URO, debido a que eran ingresados para "tolerancia oral", y no les aperturaban Fichas Clínicas, por consiguiente el personal de Enfermería no lo consideraba "ingreso", si bien ocupaban un espacio y requerían atención.

En estos seis primeros meses del año se encontraron cifras de demanda bastante parejas. Se observa una pequeña caída (20%) en el número de casos en los meses de Marzo y Abril, pero no es significativa respecto al promedio.

La distribución por edad tiene para nosotros suma importancia para fines de programación de recursos de personal y material. Ya que como sabemos, el grupo de <1 año demanda más atención y recursos, especialmente pañales. No podemos olvidar sin embargo, que en lo que se refiere a la administración de la TRO en sí, es la madre o acompañante, sobre quien recae la tarea de suministrar el suero al paciente. Pero tampoco podemos dejar de reconocer que la mayoría de las madres llegan a la URO con un desconocimiento casi completo de la TRO por lo que la supervisión del personal capacitado es fundamental para el buen éxito del tratamiento.

Respecto al tipo de tratamiento que recibieron los pacientes, las cifras de Plan B son bastantes buenas, sin embargo podrían ser mayores a expensas de disminuir los casos atendidos con terapia EV.

Un estudio de las recetas emitidas bajo la denominación "Programa EDA", y por las cuales se hace entrega en farmacia de las soluciones EV para los pacientes con deshidratación grave arrojó que de Enero a Mayo de 1989 sólo 34 entre 505 casos (6.7%) de EDA recibieron soluciones relacionadas al Plan C para tratar EDA III. Otros 84 casos (16.6%) recibieron otro tipo de soluciones definitivamente no indicadas para tratar la deshidratación grave. La suma de ambos porcentajes da 23.3% cifra similar al 20% de casos que según el registro de la URO recibieron "Plan C". Podríamos especular en diversas razones para esta observación discrepante:

8.4.4.1. Los médicos pediatras están tratando los casos de EDA III con soluciones inadecuadas: con muy bajo sodio y glucosa muy alta. En contra de esta explicación está la observación realizada durante el mes de Junio, en que hemos vigilado cercarmente la URO, que la gran mayoría de casos de EDA III han recibido la solución apropiada (Solución Polielectrolítica), bajo el Plan C (16%) y sólo hubo un 6% de omisión en el registro.

8.4.4.2. Los familiares de los pacientes con EDA III están comprando las soluciones adecuadas, por lo que la cifra de 34 no reflejaría sino una parte de las EDA III reales. En contra de este argumento está lo expresado por el personal de enfermería de la URO, que aseguran que la gran mayoría de casos reciben sus soluciones del "Programa EDA".

8.4.4.3. Se está haciendo uso excesivo de la terapia EV en casos EDA II, lo que aunado a un mal registro bajo la denominación de Plan C, hace que se infle artificialmente esta última cifra. Nos inclinamos a creer más en esta posibilidad, ya que todavía no se logra el convencimiento que la TRO o Plan B da buen resultado en la mayoría de los casos de EDA II, usándose o no gastroclisis y aún en casos seleccionados de EDA III.

Merece un comentario favorable el hecho que 2/3 de los pacientes egresen recuperados de la URO, y que sólo un 3.4% fallece "agudamente". No está lejos de nuestra memoria un cifra exactamente igual, pero de una connotación opuesta, que mostraba un 2/3 de pacientes en una Unidad de Rehidratación que usaba exclusivamente terapia EV (antibióticos, heparina, etc.) pasaban a la mesa de autopsia.

Sin embargo nos parece que esa cifra podría ser más alta. Un resultado preliminar del estudio de los pacientes hospitalizados por EDA en este mismo período de tiempo muestra que en 25 de 95 pacientes (26%), el diagnóstico de egreso fue sólo EDA, lo que sugiere que hubo un error en la indicación de hospitalización. Otra observación del último mes, Junio, es que existe poca predisposición al uso de sonda nasogástrica (gastroclisis) para la rehidratación de las EDA II, usándose en su lugar terapia EV o diagnosticándose "falla de TRO".

Es asimismo reconfortante apreciar como el 81% de los casos en Plan B fueron dados de alta, no disponemos de cifras exactas de "reingresos", pero en un seguimiento de dos meses (Mayo y Junio) sólo se detectaron 4 casos de pacientes que habiendo egresados recuperados volvieron deshidratados dentro de un mismo episodio de enfermedad diarreica. También es de resaltar que 34% de casos que recibieron terapia EV egresaron recuperados, ya que en la mayoría de ellos, aquella se aplicó en periodo corto (Promedio 11 horas).

No podemos hacer mayores afirmaciones sobre el resultado de los pacientes hospitalizados ya que el análisis correspondiente lo vamos a desarrollar en una segunda parte del informe.

En conclusión, podemos afirmar que la URO-Docente del HAMA está funcionando con buenos niveles de efectividad aunque queda todavía mucho por hacer, especialmente en las áreas de registro, capacitación de personal para mejorar el manejo de los casos, implementación de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, promoción del servicio y en lo que nos parece fundamental, educación efectiva a las madres de los niños durante su permanencia en la Unidad.

8.5. DEPARTAMENTO DE GINECO-OSTETRICIA:

8.5.1. PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Dra. Lucy LOPEZ

Obst. Sara MEZA

8.5.1.1. Introducción:

Los lineamientos Generales de la política del Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino, de acuerdo al Manual de Normas y procedimientos que se ha venido desarrollando en nuestro ámbito son:

- a) Toma de muestra de P.A.P. anual a toda mujer desde un año después de iniciar relaciones sexuales.
- b) Transferencia al consultorio externo de Oncología Ginecológica del HAMA para el examen colposcópico y Biopsia dirigida en caso de:
 - Citología Anormal
 - Cérvix Patológico (enrojecido, erosionado, sangrante ó sospechoso de malignidad al examen clínico)
 - Seguimiento del caso que debe ser responsabilidad del Hospital y la red periférica de atención.

En el año 1985, se inició el Programa de Control de Cáncer de Cuello

Uterino en el H.A.M.A., con la toma de muestras P.A.P. en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia; centralizándose la lectura de las láminas de muestras de P.A.P. de Centros de Salud Periféricos y del Hospital desde 1986.

8.5.1.2. Resultados:

CUADRO No.1

LAMINAS DE PAP LEIDAS EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
AÑO : 1987

C. SALUD	RESULTADOS	NEG.	LEVE	DISP. MOD.	DISP. CARCINOM.	INSUF.	TOTAL
C. DE DIOS		154	-	-	-	8	162
HII. M. BARRETO		143	-	-	-	12	155
SAN JUAN DE M.		398	-	-	-	6	105
SAN LUIS		148	-	-	-	3	151
OLLANTAY		-	-	-	-	-	-
HMI. VILLA MARIA T.		289	-	-	-	5	294
JOSE C. MARIATEGUI		90	-	-	-	1	91
JOSE GALVEZ		59	-	-	-	13	72
NUEVA ESPERANZA		121	1	-	-	5	127
TABLADA DE LURIN		847	1	1	-	13	862
DANIEL A. CARRION		48	-	-	-	-	48
HMI. SAN JOSE		657	-	1	-	26	684
SAN MARTIN DE P.		952	3	4	1	9	969
HMI. JUAN PABLO II		495	1	1	-	25	522
HMI. CESAR LOPEZ S.		538	2	-	-	14	554
H. A. M. A.		1135	14	10	2	220	6,220

CUADRO No.2

LAMINAS DE PAP LEIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - AÑO : 1988

C. SALUD	RESULT.	NEG. CONDILOMA	DISP.			CARCINOM.	INSUF.	TOTAL
			LEVE	MOD.	SEV.			
C. DE DIOS	692	-	-	-	-	-	51	743
HMI. M. BAPRETO	936	-	2	-	1	-	54	993
SAN JUAN DE M.	359	-	-	-	-	-	18	377
SAN LUIS	105	-	-	-	-	-	1	106
OLLANTAY	69	-	-	-	-	-	-	69
HMI. VILLA MARIA	824	2	2	1	1	-	3	833
J. C. MARIATEGUI	658	2	3	-	-	-	141	804
JOSE GALVEZ	948	1	1	2	-	-	47	999
NUEVA ESPERANZA	437	-	-	-	-	-	15	452
TABLADA DE L.	1148	3	2	1	-	-	34	1188
D. A. CARRION	512	1	1	1	-	-	9	524
HMI. SAN JOSE	645	1	-	-	-	1	22	669
SAN MARTIN P.	1097	3	4	3	1	-	25	1133
HMI. J. PABLO II	2418	4	-	6	-	-	64	2492
HMI. C. LOPEZ S.	1679	2	6	3	2	-	14	1706
H. A. M. A.	1924	3	8	4	1	-	128	2068
TOTAL	14451	22	29	21	6	1	629	15156

CUADRO No.3

LAMINAS PAP LEIDAS EN EL H.A.M.A.
AÑO : 1987 - 1988

EXAMENES	1987	1988
CITOLOGICOS		
TOTAL	12,108	12,149
NEGATIVOS	11,791	11,938
DISPLASIA LEVE	29	17
DISPLASIA MODERADA	16	9
DISPLASIA SEVERA	-	7
CA. INVADOR	10	13
CONDILOMA	-	11
INSUFICIENTE	256	154

CUADRO No.4

**PACIENTES DE C.S. PERIFERICOS REFERIDOS
AL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

CITOLOGIA ANORMAL	PACIENTES REFERIDOS	TRATADOS
TOTAL	65	100 %
DISPLASIA LEVE	17	100 %
DISPLASIA MODERADA	13	100 %
DISPLASIA SEVERA	10	100 %
CARCINOMA INFILT.	17	Transf. INEN
CONDILOMA	8	100 %

CUADRO No.5

**RESULTADO DE PAP POR GRUPOS ETAREOS
HAMA. JULIO-DIC.88**

CITOLOGIA	TOTAL		GRUPO ETAREO					IGN.
	No.	%	15-19	20-24	45-64	65 y MÁS		
TOTAL	1,529	100	66	1,102	313	39	-	
NEGATIVO	1,506	98.5	66	1,086	309	36	9	
DISP. LEVE	2	0.13	-	2	-	-	-	
DISP. MOD.	4	0.26	-	-	3	1	-	
DISP. SEV.	3	0.20	-	2	1	-	-	
CONDILOMA	2	0.13	-	2	-	-	-	
INSUFIC.	12	0.78	-	10	-	-	-	

8.5.1.3. Comentarios:

Como observamos en los Cuadros 1 y 2, paulatinamente se han ido mejorando los registros de los informes de PAP y se ha observado un número creciente de láminas de PAP que han sido tomadas en nuestro ámbito de acción (Hospital y los Centros de salud Periféricos).

Desde Mayo 1988 se cuenta con el Consultorio Externo de Oncología Ginecológica que atiende la demanda de pacientes referidos por citología anormal ó Cérvix sospechoso para el examen colposcópico y biopsia dirigida, y como se aprecia en el cuadro No.3 todos fueron manejados adecuadamente en nuestro Hospital excepto una paciente de Carcinoma derivada al INEN.

En el mes de Julio del mismo año se abrió un Consultorio de Detección de Cáncer de Cuello Uterino para pacientes ambulatorios que concurren al Hospital por cualquier motivo. A todos se les toma una muestra para PAP sin necesidad de abrirles una Historia Clínica y la Lectura de las Láminas se realiza en el INEN y los resultados los vemos en el cuadro No.4.

La gran mayoría de toma de PAP se hace en mujeres en edad fértil. Teniendo en cuenta esto, vemos que en el 87, se captó entre el Hospital M.A. y los Centros de Salud Periféricos el 9.7% de mujeres en edad fértil y el año 88, aumentó la cobertura a 13.8 % debido probablemente a la reactivación del Programa en base a la conformación de un equipo Ad-hoc., mayores facilidades para la lectura, devolución de resultados rápidamente, material suficiente y una supervisión más estrecha.

Tomando en cuenta sólo el Cuadro No.4 vemos que de cada 10,000 láminas examinadas en el año 87, 8.3 resultaron positivas (Carcinoma) y si agregamos las Displasias Severas (lesiones pre-malignas) se incrementa a 13.2 por 10,000. El año 1988, 10.7 resultaron positivas (Carcinoma), que agregando las displasias severas aumenta a 16.5 por cada 10,000 láminas examinadas.

En la medida que aumente la cobertura de captación a todas las mujeres en actividad sexual, los casos indudablemente se incrementarán grandemente, poniéndose en evidencia la gravedad del problema y que nuestros actuales servicios de Salud no están probablemente en capacidad de afrontar.

8.5.1.4. Perspectivas Futuras:

8.5.1.4.1. En el Hospital se ha conformado el Equipo del Programa del Control del Ca.Uterino, constituido por:

- O3 Médicos Gineco-Obstetras Oncólogos : Dr. Ricardo MIER, Dra. Lucy LOPEZ, Dr. Juan NAVARRO.
- O1 Médico Anatomopatólogo: Dr. Enrique AVILA.
- O1 Obstetrix : Srta. Sara MEZA.
- O1 Enfermera : Sra. Brunilda BERNAL.
- O1 Técnica de Enfermería: Martha D. FAJARDO.
- O1 Asistente Social : (Por turno)
- O1 Educadora para la Salud: Srta. Consuelo Moreno.

8.5.1.4.2. Intensificar la Campaña de Toma de Muestras de PAP entre pacientes nuevos para ampliar la cobertura de detección y sobre todo al grupo de mujeres mayores de 35 años que representan el de mayor riesgo de enfermas y morir por Cancer de Cuello Uterino; tanto a nivel de Centros Periféricos, como del Hospital.

8.5.1.4.3. Mejorar los registros del PAP con la finalidad de tener no sólo los datos de Citología Anormal y el número total de láminas tomadas, sino el porcentaje de la población cubierta por grupos etáreos.

8.5.2. HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA ESTADISTICA BASICA DEL 1-1-88 al 31-12-88

Historias Ingresadas..	4558		
Nacidos Vivos >499gr..	4376	<2500g	363 8.4%
Nacid. Muertos >499gr..	104	<1500g	63 1.4%
Abortos.....	33	Nac. vivos > 999gr...	4358

M. Fet Int >499- <1000g	16	tasa	3.6 x mil nac. vivos+muertos >499gr
M. Fetal Tardía > 999gr	88	tasa	19.8 x mil nac. vivos+muertos >999gr
M. Neonat Precoz >499gr	48	tasa	11.0 x mil nac. vivos >499gr
>999gr	33	tasa	7.6 x mil nac. vivos >999gr
M. Neonat Tardía >499gr	11	tasa	2.5 x mil nac. vivos >499gr
>999gr	10	tasa	2.3 x mil nac. vivos >999gr
M. Neonatales >499gr	80	<2500 gr:	64 <1500 gr: 37
M. Perinatales >499gr	152	tasa	33.9 x mil nac. vivos+muertos >499gr
>999gr	126	tasa	28.3 x mil nac. vivos+muertos >999gr
Muertes Maternas	9	tasa	20.7 x mil 10,000 nac. vivos >999gr

MADRE

PARTO

Con alguna patología..	2375	52.1%	Ruptura membranas > 24h	249	5.5%
Embarazo Múltiple....	131	2.9%	Comienzo inducido.....	184	4.1%
Hipertensión Previa...	52	1.1%			
Preeclampsia.....	273	6.0%	Terminación: espontánea.	3547	78.4%
Eclampsia.....	27	0.6%	forceps.....	70	1.5%
Cardiopatía.....	10	0.2%	cesárea.....	807	17.8%
Diabetes.....	6	0.1%	otras.....	37	0.8%
Infección Urinaria....	267	5.9%	Apgar deprimidos leves.	224	5.1%
Otras Infecciones.....	59	1.3%	graves.	194	4.4%
Parasitosis.....	5	0.1%			
Amenaza parto premat..	100	2.2%			
Desproporción Feto-P..	128	2.8%	**NEONATO**		
Hemorragia 1er. trim..	22	0.5%	Con alguna patología...	644	14.7%
Hemorragia 2do. trim..	20	0.4%			
Hemorragia 3er. trim..	24	0.5%	Membrana Hialina.....	16	0.4%
Anemia Crónica.....	1042	22.9%	Síndrome aspirativo....	84	1.9%
Ruptura Prematura Memb	569	12.5%	Otros SDR.....	129	2.9%
Infección puerperal...	87	1.9%	Apneas.....	14	0.3%
Hemorragia puerperal..	22	0.5%	Hemorragia.....	5	0.1%
Otras patologías.....	580	12.7%	Hiperbilirrubinemia....	94	2.1%
No Vac. Antitetánica...	2855	62.6%	Infección.....	180	4.1%
Con control prenatal..	2665	58.5%	Neurológica.....	15	0.3%
1er. en 1er. trim..	393	8.6%	Anomalías congénitas...	36	0.8%
1er. en 2do. trim..	813	17.8%	Otras Patologías.....	319	7.3%
1er. en 3er. trim..	1023	22.4%	Con ases. contracepción.	4309	94.5%
Sin control prenatal..	1865	40.9%			
y con internación..	50	1.1%			
y sin internación...	2048	44.9%			

9. INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA Y DE SALUD PUBLICA:

9.1. LOS PRINCIPALES ENFOQUES EN EL CAMPO DE LA SALUD

Dr. Carlos BUSTIOS R.

La Medicina y la Salud Pública, son disciplinas científicas que tratan de la teoría y de la práctica de la satisfacción de una de las necesidades humanas: el cuidado de la salud individual y colectiva.

El sentido y significado de esos conceptos están fuertemente condicionados por las circunstancias histórico-sociales concretas en que se desarrollan los fenómenos a los que se hace referencia y el acto de su conocimiento a la perspectiva o enfoque en su estudio y definición.

En los últimos cincuenta años, tanto en Medicina como en Salud Pública, se vienen manejando diferentes tendencias en el desarrollo de su teoría y de su práctica. Cada una de ellas constituye una respuesta técnica y social, en determinadas circunstancias históricas, a los problemas que plantea el cuidado de la salud. Indudablemente que subyacente a estas "tendencias", están las diferentes corrientes de pensamiento social que han marcado la evolución histórica de nuestra sociedad: positivismo, funcionalismo, marxismo, etc. Las diferentes tendencias, las podemos agrupar en tres principales corrientes de pensamiento:

- El enfoque "*Biomédico*" o "*Tecnocrático*"
- El enfoque "*Ecológico funcionalista*"
- El enfoque *socio-político*.

9.1.1. EL ENFOQUE BIOMÉDICO O TECNOCRÁTICO:

9.1.1.1. Marco Teórico. - Tiene sus orígenes alrededor del siglo 17 y se basa en los aportes de las ciencias que estudian los fenómenos naturales, en especial físico y biológico, y en forma muy limitada en las ciencias sociales (positivismo). Sus principales planteamientos los podemos resumir en:

- La sociedad puede ser asimilada, epistemológicamente, a la naturaleza. La sociedad es un organismo y en su vida reina la armonía natural.

- La sociedad y el individuo están regidos por las leyes naturales, invariables e independiente de la voluntad y acciones humanas.

Artículo elaborado en base a un documento mimeografiado del autor, reestructurado y actualizado por el Dr. Wilfredo Gutiérrez.

Ex -director de la Esc.de Salud Pública. LIMA-PERU.

El hombre es un animal pensante, un organismo vivo con autoconciencia, constituido por un conjunto de partes orgánicas ensambladas en un medio interno, que se autorregula con su medio externo, en tanto no sufra un deterioro o desarreglo.

La causa de la enfermedad es el resultado de la agresión externa sobre un individuo normal por naturaleza y la curación es la eliminación del agente de agresión.

La salud y la enfermedad están determinadas biológicamente.

9.1.1.2. El Concepto Salud-Enfermedad: - El fenómeno "estado de Salud" se describe como ausencia de enfermedad, lo que expresa un trabajo óptimo perfectamente ordenado de las partes que constituyen el organismo humano. De manera contraria, el "estado de enfermedad" se describe como la ausencia de salud, lo que expresa un trabajo anormal, desarmónico o desordenado, del organismo o una parte de él.

El modelo explica la enfermedad como un problema natural que tiene una causa única y fundamental: Una anomalía biológica interna (de forma o de función) en el individuo o un agente natural procedente del medio externo inmediato.

Por lo general la causa única y suficiente que desencadena procesos biológicos anormales o patológicos en el individuo es la agresión de un microorganismo (parásito-bacteria, virus).

9.1.1.3. La Atención a la Salud: - Está orientada al "estudio clínico" del individuo con gran énfasis en lo "patológico". La práctica biomédica es esencialmente individualista, recuperativa y orientada al tratamiento de problemas de salud cada vez más específicos y complejos.

El cuidado de la salud colectiva se basa en un complicado sistema de atención médica asentada sobre una costosa infraestructura de diagnóstico y tratamiento en grandes hospitales e institutos de salud ("tendencia hospitalocéntrica") con una participación de personal profesional y técnico cada vez más calificado y especializado, y el uso intensivo de tecnologías complejas. En el campo de la salud pública, su objetivo principal es el control o "erradicación" de algunas enfermedades transmisibles, mediante programas de corte vertical: "campañas de salud" para erradicar la viruela, la malaria, la poliomielitis, etc.

9.1.1.4. Participación Comunitaria en Salud. - El cuidado de la salud es un problema técnico de exclusivo dominio de los profesionales de la salud. El "paciente" participa como receptor pasivo de los servicios de salud o de la ayuda médica suministrada. En ciertas acciones de salud como las famosas "campañas" la comunidad participa en algunas acciones puntuales diseñadas y controladas por los "expertos en salud".

9.1.1.5. Limitaciones de este Enfoque:

Carácter finalista o teleológico de su conceptualización de la salud. Individualmente es difícil aceptar la salud como una condición óptima; colectivamente no existe ninguna razón histórica y biológica para aceptarla.

La enfermedad aparece desconectada del todo social, con una dinámica propia e independiente. La ciencia médica es la que reconoce la presencia de procesos patológicos, aún cuando el paciente o su grupo social carece de evidencia de que esos procesos existan. La enfermedad es asumida cualitativamente invariable a lo largo de la historia y de las diferencias culturales.

Al desconocer los factores ecológicos y sociales en la génesis del proceso salud-enfermedad, tiene serias limitaciones para explicar la determinación de enfermedades del comportamiento, psicosomáticas, sistémicas, así como la distribución de las enfermedades y problemas colectivos. De allí las serias limitaciones de las "campañas de salud" para controlar o erradicar ciertas enfermedades.

Al estudiar al hombre por partes, aislado de su ecosistema y medio social en que vive, se pierde el concepto del individuo como un todo y se enfoca la atención en la parte y en la especialización médica.

El acceso al cuidado de la salud de las grandes mayorías de población, se ve seriamente limitado por:

- El elevado costo de la atención médica, como resultado de su tecnología compleja y especialización médica.
- El monopolio del conocimiento científico en " el arte de curar" y en la elaboración de medicamentos.
- La premisa oculta del enfoque es que la agresión del hombre por causas supuestamente naturales, exoneran de toda responsabilidad la organización social.
- La práctica médica es utilizada como un enorme instrumento de conciliación. El incremento del acceso de los trabajadores a una atención curativa e individual (Seguridad Social), ha sido frecuentemente puesta por delante por los grupos dominantes, como una forma de evitar profundas reformas sociales.

9.1.2. EL ENFOQUE ECOLOGICO FUNCIONALISTA

9.1.2.1. Marco Teorico. - Está constituido por aportes de la Ecología, del enfoque sociológico Funcionalista y de la Teoría General de Sistemas o "Enfoque Sistémico". Sus principales planteamientos los podemos resumir en:

- Los organismos vivos y su ambiente están interrelacionados de manera indisoluble e interactúan constituyendo un ecosistema. Cualquier cambio en los elementos de un ecosistema afectan las relaciones de todos los demás.
- El hombre es un sistema abierto que interactúa y se condiciona mutuamente con los elementos ambientales. La supervivencia y el desarrollo de un hombre depende de su capacidad para adaptarse creativamente a los cambios del ambiente.
- La sociedad es un conjunto de personas y grupos interdependientes o fuerzas interactuantes cuya existencia es relativamente estable. La integración social se logra a través de un consenso valorativo, orientaciones cognitivas compartidas que legitiman la estructura política, social y económica existente. Esta integración, aunque nunca perfecta, produce una tendencia al estado de equilibrio jugando los mecanismos de control social un papel central.
- En la Sociedad, la desviación y la tensión existen como elementos "disfuncionales" que tienden a ser institucionalizados o resueltos en tal forma que la integración es la tendencia dominante.

- El cambio social es adaptable y gradual. Los cambios provienen fundamentalmente de factores externos, a través de la diferenciación estructural y funcional, de innovaciones de individuos y grupos.
- La enfermedad no es simplemente un peligro "externo", sino una parte integral del equilibrio social mismo, en tanto constituye un modo de respuesta a las presiones sociales. "La enfermedad es el deterioro de la capacidad de funcionar de la sociedad" (Parsons).

La práctica del cuidado de la salud se orienta a controlar las desviaciones individuales mediante la educación y la aceptación de ciertos valores sociales.

- El análisis funcionalista utiliza ciertos tipos de determinación tales como "multicausalidad", "causalidad circular" y la "interdependencia" y trata de disminuir la causalidad única en la determinación de ciertos fenómenos.
- El poder está distribuido de manera difusa y amplia en toda la sociedad. Los grupos de interés y poder están en competencia mutua y en equilibrio dinámico. El Estado actúa como supervisor y "árbitro" de un juego libre de competencia y es la entidad encargada de garantizar la "no acumulación de poder".

9.1.2.2. El concepto Salud-Enfermedad. - El proceso salud-enfermedad es un fenómeno único de adaptación-desadaptación, constituido por niveles de "bienestar-malestar" y de "capacidad-incapacidad" humana para actuar con eficacia individual y colectiva en determinadas circunstancias ecológicas. Proceso lineal limitado por dos estados extremos: uno de óptimo bienestar y capacidad (equivalente a la definición de salud de la OMS) y otro de máximo malestar o incapacidad (cercano a la muerte).

La salud ó la enfermedad se definen como el proceso de equilibrio o desequilibrio existente entre el hombre, su medio ambiente y el "agente causal" o los múltiples factores ambientales a falta de un agente causal conocido.

Los diferentes estados de enfermedad se distinguen por su nivel de desviación del comportamiento esperado, medido por su alejamiento de parámetros estadísticos y sociales (valores culturales) que denotan la media o la normalidad. Es así, por ejemplo que los problemas de salud ocupacional son explicados como problemas de ambiente: exposición de los trabajadores a los agentes físicos, químicos y psicológicos. Igualmente, la "explosión demográfica" en países subdesarrollados, se concibe como un problema de desequilibrio ecológico entre el crecimiento de la población y el crecimiento de los recursos.

9.1.2.3. La Atención a la Salud. -

- Trata de responder de manera racional a un conjunto de problemas sanitarios sentidos por la comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles y el uso de una tecnología apropiada.
- Para la atención de la salud, utiliza los "servicios generales de salud", que deben ser los más descentralizados posibles, de baja complejidad, accesibles a la comunidad y deben brindar atención "global" (curativo-preventiva), permanente y continua. Estos deben encargarse de la "prevención" y "promoción de la salud" a nivel de la comunidad y deben resolver la mayor parte de problemas de salud. Estos servicios deben estar integrados a otros de atención de mayor complejidad para la solución de problemas de salud de diferente magnitud y complejidad.
- En el campo de la Salud Pública utiliza los llamados "programas neovericales" e integrados a nivel operativo a los servicios generales de salud, con el fin de "erradicar" o controlar un grupo muy reducido de enfermedades transmisibles o no con una "tecnología simplificada, científicamente válida y socialmente aceptada..." (control de diarrea, de enfermedades respiratorias agudas, planificación familiar, control de la TBC, inmunizaciones, etc). Como estrategia se postula la participación activa de la comunidad, la acción multidisciplinaria y multisectorial.
- Para la planificación, gestión y evaluación de los programas de salud se basa en la metodología propuesta por el "enfoque sistémico" y los aportes de la epidemiología "clásica" basada en el análisis del comportamiento de los factores constitutivos de la "tríada ecológica": Agente, ambiente y Huésped, "monitoreado" por un adecuado "Sistema de Vigilancia Epidemiológica", y los aportes de la epidemiología moderna con el llamado "enfoque de riesgo".

9.1.2.4. Participación Comunitaria en Salud. -

- El concepto de participación según este enfoque, va desde el esfuerzo de los individuos de una comunidad en la ejecución de planes e intervenciones de salud ya establecidos, con objetivos fijados verticalmente (extensión de coberturas curativo-preventivas), hasta la participación a la reflexión, planificación, decisión, ejecución y evaluación de planes y programas de desarrollo integral de la comunidad, del cual la salud forma parte.
- En la práctica se ejercen de diferentes maneras : Desde el trabajo con "Agentes de Salud Comunitarios" o "Promotores de Salud", previamente capacitados, hasta la conformación de "Comités de Salud y de Administración" en los servicios de salud y proyectos de desarrollo comunal integral.

- Se reconoce la necesidad de una transferencia progresiva del conocimiento médico a nivel comunitario e incluso familiar, promoviendo la "autoayuda" y el "autocuidado" de la salud; así como también se reconoce el "saber popular" en cuanto al cuidado de su salud y el valioso aporte de las llamadas "medicinas paralelas" (medicina tradicional, folklórica, etc).

9.1.2.5. Limitaciones del Enfoque Ecológico-Funcionalista. -

- Sconcepción del proceso salud-enfermedad como un continuum de parámetros cuantitativos, esconde los aspectos y dimensiones cualitativas de la contradicción entre salud y enfermedad.
- Al conceptualizar la realidad de salud como una serie de variables interrelacionadas, cuyo peso causal depende de su cercanía al "efecto biológico", hace desaparecer o minimiza la importancia del aspecto social.
- El enfoque, al obedecer a fundamentos empíricos y funcionalistas, aborda los principios de causalidad y distribución de los problemas de salud por el lado de sus efectos aparentes, sin buscar las verdaderas causas del problema.
- El método está extremadamente supereditado al análisis estadístico, en base a leyes funcionales y probabilísticas. Los aspectos cualitativos de carácter histórico-estructural son tocados de manera tangencial o fragmentaria.
- La sociedad no es cuestionada: los problemas de salud son problemas de comportamiento ecológico, son desviaciones individuales o grupales que deben ser canalizadas para evitar consecuencias más peligrosas.
- La atención a la salud "con participación comunitaria", obedece a un esquema tecnocrático más amplio definido por los grupos de poder técnico-médico, e impuesto por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que financian "proyectos de desarrollo comunal". La contradicción entre el esquema teórico de este enfoque y la realidad concreta, ha hecho que en su aplicación práctica en países sub-desarrollados, tenga serias limitaciones para solucionar de manera integral y a largo plazo los problemas de las grandes mayorías, salvo ciertos logros espectaculares a corto plazo de algunos "proyectos piloto de demostración": (disminución de la mortalidad por diarrea, disminución de la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, etc).
- El enfoque conceptúa a la comunidad como un conglomerado homogéneo de personas cooperantes y altruistas que priorizan los objetivos del ámbito comunal, sin considerar las contradicciones y grupos de poder existentes en su interior, como producto del condicionamiento socio-económico y político de la

sociedad de la cual forman parte.

Dentro de este enfoque podemos situar los planteamientos del llamado "enfoque comunitario" (ONJ-1956) del llamado "enfoque de Planificación Sanitaria", El Proyecto Kasongo en el Zaire y el enfoque de "La Atención Primaria de Salud" tal cual fue concebido en Alma Ata y su aplicación concreta en nuestro país a través del "Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud" de 1981 y "Los lineamientos de Política de Salud" de 1985, con el gobierno actual.

9.1.3. EL ENFOQUE SOCIO-POLITICO. -

9.1.3.1. Marco Teorico. - El proceso salud-enfermedad no puede entenderse al margen de la sociedad en la cual ocurre. Ello se fundamenta en evidencias incontrovertibles: el panorama de la salud-enfermedad se ha transformado a través de la historia, la patología prevalente es distinta de una sociedad a otra en un momento dado, y la problemática de salud difiere de un grupo o clase a otro grupo o clase dentro de una misma sociedad. Las desigualdades en la salud son interpretadas como una consecuencia de las desigualdades socio-económicas y la distribución del poder: "La salud de los hombres depende sobre todo de la política y de los grupos de presión, así como de la repartición de las tierras y de las riquezas, más que de un tratamiento curativo o preventivo de las enfermedades (David Werner). "La única manera de romper el subdesarrollo de la salud, en el mundo, es terminar con la enfermedad del subdesarrollo social (NAVARRO).

El cuerpo teórico e instrumental utilizado en este enfoque corresponde principalmente a las ciencias sociales (Marxismo y Funcionalismo, y a las ciencias naturales en su expresión supra-individual).

9.1.3.2. Aportes De La Corriente Marxista.

- La producción organiza la sociedad y es concreta expresión de las contradicciones sociales. El lugar que ocupa el hombre en el mundo productivo (su clase), determina el lugar que ocupa en el mundo de consumo, así como sus condiciones de salud.
- Las relaciones de producción, condicionadas por los resultados de la lucha de clases, constituyen la base de las condiciones de vida y de trabajo, y en consecuencia de la salud, de las clases que componen la sociedad.
- En el capitalismo, el consumo productivo de la fuerza de trabajo (en condiciones de explotación), es simultáneamente, el proceso de deterioro de la salud de los trabajadores.
- El Estado Capitalista, justifica, estabiliza y garantiza la reproducción

permanente y ampliada de estas relaciones de producción injustas.

- El bienestar colectivo, sólo será posible en base a una transformación revolucionaria de las actuales estructuras económicas y políticas (transformación de las relaciones de producción), como resultado de la lucha de clases y el consecuente triunfo de la clase trabajadora.

9.1.3.3. Aportes De La Corriente Funcionalista -

- Aporta la teoría y la metodología analítica del "control" y de la "desviación" social para explicar la enfermedad en términos de desorganización sistémica. La sociedad está compuesta de una serie de controles sociales, tales que cuando se deterioran, dejan libre una corriente de desviación que produce consecuencias negativas para la misma.
- La enfermedad es un tipo especial de "desviación", que en su forma colectiva tiene un significado socialmente asignado. Por tanto la enfermedad y en consecuencia la salud, son asuntos de definición social.
- Para las tendencias radicales (Ivan Ilich y J. Enrenreich), la naturaleza de nuestra sociedad y de la medicina, son el resultado de la manipulación ideológica de nuestra población por las burocracias profesionales.
- Las desigualdades sociales se explican sin aludir a las categorías de "clase social", ni mucho menos "lucha de clases" y plantea el cambio social como adaptable y gradual. Si hubiera un cambio rápido, este debe ser cultural, dejando intacta la estructura básica social.

9.1.4. EL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD:

Es un proceso orgánico colectivo determinado social, e históricamente por la correspondiente formación socio-económica, o dicho en otra forma ; "El proceso Salud-enfermedad, es un fenómeno biológico y social históricamente determinado" (Cristina LAURELL -Quiroz y Alarcón).

Este proceso se presenta de manera diferente en los distintos grupos o clases sociales que conforman una sociedad, con un perfil epidemiológico típico para las circunstancias de cada grupo o clase, en su particular tiempo y espacio histórico.

La historia biológica y social de cada grupo y clase y sus particulares circunstancias de existencia en una determinada forma de organización social, determina su trama particular empírica de riesgos y de enfermedad.

9.1.5. ATENCIÓN A LA SALUD:

9.1.5.1 Corriente Funcionalista:

- Dentro de la sociedad, el poder está concentrado en pocos "grupos de élite", que compiten por el control del estado y de la sociedad. En el cuidado de la salud, éstos están representados por los servicios de Salud Formal, la Universidad, las Asociaciones Médicas, la industria Farmacéutica y de Equipos Médicos, etc. que usan la concentración del conocimiento, las licenciaturas, las fundaciones y otras instituciones vinculadas al cuidado de la salud, para acumular este poder.
- El cuidado médico es un producto de la manipulación del conocimiento, de la práctica médica y de las instituciones de salud por la profesión médica, quien de esta manera legitima su poder y control sobre la población. La tecnología bio-médica controlada por la burocracia médica y tecnocrática, ha comenzado a ser una fuente de peligro y opresión antes que una fuente de alivio y liberación. (Ivan Illich).
- La solución a los problemas de salud, requiere de políticas de salud que forman parte de una adecuada política de desarrollo general de la sociedad capitalista. Para ello, son necesarios cambios que deben estar basados en la "transacción" y la cooperación concertada, antes que en la confrontación de los grupos que conforman la sociedad, donde no existen intereses irreconciliables ni contradictorios.
- La primera área de una estrategia para el cambio está en el campo de la cultura y los valores. En el cuidado de la Salud, los esfuerzos por el cambio se deben llevar al interior de las instituciones médicas y de las entidades que tienen que ver con el cuidado de la salud, infundiéndoles nuevos valores de servicio social.

9.1.5.2. Corriente Marxista:

- La atención a la salud, trasciende las acciones bio-médicas y comunitario-sanitarias, al poner énfasis en acciones de carácter socio-político, y que deben realizarse a través de estrategias de desarrollo sectorial y socio-económico. Estrategias políticas orientadas hacia el logro de la "Salud para todos" dentro de una sociedad justa, libre y culta, sin explotados ni explotadores.. donde la economía esté al servicio del hombre y no el hombre al servicio de la economía"... (Preámbulo de la Const.Polit.Perú 1979).
- No se niega la importancia de las medidas técnicas de carácter curativo-preventivo, realizadas por los profesionales de la salud y de la comunidad, sino

que considera que éstas son secundarias a las medidas políticas cuando se trata de enfrentar problemas colectivos, en especial las desigualdades de la salud-enfermedad.

- Las estrategias más apropiadas a aplicarse en determinadas circunstancias históricas, dependen fuertemente del marco teórico utilizado y de las posiciones ideológicas (reformistas o revolucionarias) de los actores sociales.
- Las acciones de salud, son concebidas como palanca para un desarrollo crítico de la conciencia de la población, hacia una transformación de las estructuras económicas, sociales y políticas de la sociedad.
- Los investigadores marxistas afirman que la solución final a los problemas de salud, requiere de la transformación de la sociedad capitalista en una sociedad socialista. No obstante, advierten, que de su análisis no se desprende que "nada pueden ser cambiado hasta que la revolución tenga lugar"; muy por el contrario, afirman que cambios importantes pueden ocurrir y de hecho, ocurren, bajo el capitalismo.
- Es importante desarrollar una estrategia política de transición hacia el socialismo, en una confrontación política de las fuerzas que participan en la lucha de clases. Aspecto importante de esta estrategia es la democratización de la sociedad y de la salud, con el fin de cambiar la relación de fuerzas de la producción del conocimiento, en la práctica médica y en el de las instituciones que participan en el cuidado de la salud.
- La transformación del capitalismo al socialismo, requiere de un cambio revolucionario, que puede ser apoyado por reformas bajo el capitalismo, pero no puede ser sustituido por éstas.

9.1.5.3. En El Campo de La Salud Pública

9.1.5.3.1. La corriente marxista. Plantea la necesidad de un nuevo enfoque epidemiológico, que trascienda la visión ecologista y de análisis meramente bioestadístico del proceso salud-enfermedad, para desarrollar un método idóneo que permita penetrar en los procesos estructurales colectivos. Lo importante es investigar con precisión los mecanismos por los cuales los elementos determinantes organizados en las estructuras sociales, producen y condicionan los riesgos en la salud que existen en el ambiente en que vive la población.

- Propone la categoría de "clase social" como básica para el análisis epidemiológico de la "producción y distribución" de la salud y enfermedad. Las distintas dimensiones, (natural, económica y política), deben ser tomadas en cuenta para la detección del perfil epidemiológico de las distintas clases sociales

(J.Breilh).

- Plantea también que los programas de salud y de desarrollo comunitario, no solamente deben satisfacer las necesidades específicas sanitarias y de bien común de una comunidad o región, sino que también deben promover "la participación creciente de los marginados en la estructura socio-política global y el cambio social " (F.Muller).

9.1.5.3.2. El enfoque funcionalista. - Básicamente ha aplicado proyectos de "desarrollo comunitario", de los cuales la salud forma parte. "La mayoría de estos proyectos han sido desarrollados por organismos de cooperación internacional, que no disponen de ninguna estrategia en la orientación de sus acciones y continúan a promover proyectos fragmentarios, generalmente sin relación alguna con los programas nacionales e inadecuados para producir un efecto durable" (R.Smith).

"La mayoría de ellos son esencialmente autoritarios, paternalistas, o son estructurados y realizados para favorecer una mayor dependencia, un servilismo y conformidad absoluta a las reglas de juego y desiciones exteriores. A la larga mutilan la dinámica de la comunidad." (D.Werner)

9.1.6. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD:

- La participación es concebida como el real y efectivo acceso de la población al ejercicio social del poder, y por ello, a la toma de desiciones sobre asuntos que la afectan en forma directa, en los campos económico, social y político y/o en los niveles local, regional o nacional.

- La participación en salud es la intervención consciente, activa y solidaria de la apoblación organizada, en el gobierno y gestión de los distintos organismos y niveles de atención del modelo de salud y en la ejecución de las acciones de salud y su utilización.

- La tendencia marxista, ha desarrollado una metodología participativa en salud, a partir de los aportes en "Educación Popular" dadas por Paulo Freire en la década del 60 en Brasil, que en lo esencial, aborda el problema de la humanización del hombre, en base a la superación de la contradicción opresores/oprimidos. La concientización de los oprimidos, en base a una metodología esencialmente dialógica-reflexiva, les hace descubrir su realidad (social, de salud,etc), comprenderla, identificar los desafíos que le plantea y ser capaces de manera crítica, de comprometerse en su transformación (Praxis revolucionaria= Reflexión-Acción).

El enfoque funcionalista encara el problema de la participación según lo ya analizado en el punto B.5.

9.1.7. LIMITACIONES DEL ENFOQUE SOCIO-POLITICO:

9.1.7.1. Limitaciones teórico-metodológicas. - Está en una etapa de cuestionamiento de los enfoques anteriores y de reconstrucción teórica; por lo mismo, no ha terminado aún de construir su sistema de conceptos, categorías y leyes; recién está desarrollando nuevas formas de articulación en la práctica.

9.1.7.2. Tiene limitaciones para su aplicación práctica, dentro de una sociedad capitalista, ya que implementar una práctica en el cuidado de la salud consecuenete con la causalidad social, cuestiona las bases mismas del sistema.

9.1.7.3. Existen limitaciones para la sistematización de las demandas reivindicativas de los trabajadores en el campo de la salud, las que la mayor parte de veces, se traducen sólo en demandas de servicios médicos y tecnología bio-médica.

Dentro del enfoque funcionalista, las limitaciones son las señaladas en B.5, agregando que las reformas propuestas en el campo de la salud, como intervenciones en el medio ambiente, la salud ocupacional, condiciones de vida y reformas sociales, no pudieron implementarse en tanto afectan los intereses del bloque dominante de la sociedad.

Dentro de este enfoque se inscriben los modelos de "Desarrollo Alternativo en Salud" (Another Development in Health), "Participación, Investigación-acción" (Participatory Action Research), el enfoque de Paulo Freire aplicado a la salud, los diferentes proyectos y corrientes de pensamiento en "Salud Popular" en América Latina y en nuestro medio.

9.2. **EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA: Campaña de reforzamiento Nov.88-Marzo 89.**

9.2.1. INTRODUCCION:

En Noviembre de 1988, la Dirección Nacional de PRONACED presidida por el Dr. Hipólito Cruz, y en concordancia con el Plan Trienal (D.L.24805) cuya meta es disminuir la Mortalidad infantil en 15 puntos para 1990, decide lanzar un Plan de Reforzamiento del mismo para los meses de Diciembre 88 a Marzo 1989, en base a la implementación masiva en 15 UDES del País de Unidades de

Rehidratación Oral (UROS) tanto a nivel institucional como comunales.

Con tal fin se nos convoca a trabajar directamente en el Plan para apoyar al Equipo Central del PRONACED en el diseño y elaboración del mismo, en acciones de capacitación para los responsables de las UROS en los diferentes niveles y también para fines de supervisión y elaboración de material didáctico para voluntarias responsables de UROS Comunales. La labor se realizó entre Noviembre de 1988 a Marzo de 1989.

La estrategia básica del Plan contempló la capacitación en "cascada" de un Médico y una Enfermera a nivel de Hospitales, para que a su vez éstos capaciten a un Auxiliar o Técnico del Centro y Puesto de Salud, y estos a su vez capaciten un mínimo de 3 miembros de la Comunidad por cada Esablecimiento de Salud. Paralelamente se montó una red de "Promotores en Comunicación Social", para reforzar la captación de voluntarios de la comunidad (que deberían salir de grupos organizados de mujeres) y realizar todo lo relativo a difusión a nivel local. Para cada nivel se elaboraron Manuales de capacitación ad-hoc.

Con fines de operatividad se conformaron equipos de trabajo distribuidos de la siguiente manera:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Dr. Alfredo Aliaga: ² | Se responsabilizó de las UDES de Piura, Lambayeque y La Libertad. |
| Dr. Jaime Cárdenas: ³ | Se responsabilizó de las UDES de Junín y Cajamarca. |
| Dra. Teresa Gaviria: ³ | Se responsabilizó de las UDES de Cuzco e Ica. |
| Dra. Olga Paz: ³ | Se responsabilizó de la UDES de Ancash |
| Dra. Mabel Sánchez: ³ | Se responsabilizó de la UDES de San Martín. |
| Dr. Wilfredo Gutiérrez: ³ | Coordinación del Equipo de 5 Médicos y UDES de Lima Ciudad, Cono sur, Lima Este, Lima Norte, Callao y Arequipa. |

Todo el equipo trabajó bajo la dirección y supervisión del Equipo Central del PRONACED y en estrecha coordinación con los responsables del PLAN

² Hospital Maria Auxiliadora

³ C.S. Tabla de Lurin - EEP 003

TRIENAL.

9.2.2. RESULTADOS:

Entre los meses de Noviembre 88 y Marzo del 89, se lograron instalar con personal idóneo adecuadamente capacitado y material e insumos mínimos, un total de 84 UROS a nivel Hospitalario, 2,100 UROS a nivel de Centros y Puestos de Salud y 3,800 UROS a nivel de Comunidad.

A nivel de UROS Institucionales se superó las metas previstas y a nivel de UROS Comunales se alcanzó el 62%. Ello a pesar de los múltiples contratiempos encontrados en la distribución del presupuesto y Material de capacitación, de los insumos, de problemas de accesibilidad geográfica e inclemencias climáticas, del Terrorismo y del Narco tráfico sobre todo en Dptos. como San Martín y Junín, así como también de la Huelga Médica y de personal para-médico que duró más de 45 días.

9.2.3. COMENTARIOS:

Es de suma importancia resaltar esta experiencia pionera del Programa Nacional de Control de Enfermedad diarreica que por primera vez pone en práctica a nivel Nacional la estrategia de Atención por niveles de complejidad partiendo desde el hogar y con la participación activa de grupos organizados de mujeres, que son las que darán continuidad a las UROS Comunales.

En tres meses de seguimiento, se observó un cambio dramático en los médicos de la mayoría de hospitales en el uso de la terapia de la rehidratación Oral, limitando al mínimo necesario la hidratación endovenosa.

El monitoreo por muestreo del desempeño tanto del personal auxiliar como de responsables de UROS de la Comunidad, considerando las limitaciones de una capacitación práctica mínima de servicio fue bastante aceptable tanto en el manejo del niño deshidratado como en los contenidos educativos de prevención de la E.D.A. y de la deshidratación.

Partiendo de esta experiencia en EDA, se sugirió que los UROS Comunales se conviertan en Centros Comunales de supervivencia infantil, donde previa capacitación, las Madres de Familia manejen en un primer nivel otros programas como Inmunizaciones, IRA, Crecimiento y Desarrollo, Planificación Familiar, etc.

De que este sistema tenga un Impacto en el corto y mediano plazo en la disminución de la mortalidad por EDA en niños de 0-4 años, depende de su continuidad, y ello está supeditado a una supervisión y capacitación periódicas.

Con la firme decisión política de cumplir con las metas del Plan Trienal y el apoyo financiero ya comprometido de las agencias internacionales, al parecer esto es posible de lograr a pesar de la grave crisis económica que atravieza nuestro país.

Finalmente es importante reconocer la valiosa experiencia que este trabajo nos ha brindado a todos los médicos que hemos participado en el mismo, al darnos una visión bastante amplia de la situación sanitaria del país y permitimos brindar un aporte creativo en condiciones muy diferentes al trabajo hospitalario o de un Centro de Salud dentro de la capital.

9.3. HAMA: ANALISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA BASADO EN EL ENFOQUE DE RIESGO. Enero 87 - Abril 89.

Dr. Wilfredo GUTIERREZ
Obst. Sara MEZA

9.3.1. INTRODUCCION:

Es conocido desde hace mucho tiempo que la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, de un accidente ó la muerte, pueden acrecentarse en una persona o grupo de personas con alguna característica especial (riesgo) en relación a otros grupos sin esta característica.

El Riesgo, es una medida de probabilidad estadística: La probabilidad del advenimiento de un evento ulterior generalmente indeseable.

Un Factor de riesgo, es toda característica o situación manifiesta de una persona o grupo de personas que se sabe están ligadas a un riesgo anormal de presentar o de afectar de manera particularmente nefasta un proceso de morbilidad.

Los factores de riesgo, son características de los individuos ó de su medio ambiente que presentan una significación estadística con un hecho determinado. La interacción de factores de riesgo biológicos con otros de origen social y ecológicos es sinérgico.

El Enfoque Basado en la Noción de Riesgo, es la utilización de este concepto en la prevención y promoción de la salud de una persona o de un grupo de personas. Permite hacer frente de manera eficaz a las desigualdades existentes en materia de salud, posibilitando la utilización de los recursos humanos y materiales con una mayor racionalidad.

El enfoque de riesgo aplicado al individuo no es un concepto nuevo, sin embargo su utilización como instrumento de gestión y de diseño de políticas de Salud es reciente.

Los indicadores de riesgo más usados son:

- El Riesgo Relativo, que mide la fuerza de asociación entre los factores de riesgo y un hecho determinado.
- El Riesgo Imputable, que mide el efecto previsible sobre un hecho global en la colectividad, resultante de la eliminación de un factor de riesgo. (12)
- Riesgo Reproductivo, es la probabilidad que tienen las parejas o grupos humanos de sufrir en el futuro alteraciones en la capacidad de reproducción.
- Riesgo Obstétrico, es la posibilidad de la aparición o incremento de complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio, que pueden ocasionar morbi-mortalidad materno-infantil o secuelas transitorias o permanentes en el feto, en la madre y/o recién nacido.

Desde 1986, con el inicio del funcionamiento del Hospital María Auxiliadora como Hospital de Apoyo del Cono Sur, se ensayó poner en marcha un Sistema de Atención Materna por niveles de complejidad de los servicios de salud, teniendo como base la amplia estructura de servicios periféricos entre Postas, Centros de Salud, Hospitales Materno Infantiles e incluso Centros Comunales de Atención. Para ello, se diseñó una cartilla simplificada de riesgo obstétrico y reproductivo (Ver anexo No.1) que resume los principales factores de riesgo universalmente reconocidos, de manera que pueda ser manejado por personal médico y paramédico no especializado e incluso miembros de la comunidad (promotores ó parteras tradicionales) entrenados.

Entre los grupos de riesgos se consideró la paridad, la edad de la madre, el intervalo intergésico, una mala historia obstétrica, algunos factores socio-económicos y patología o condiciones especiales de la madre. Lamentablemente la posterior separación entre Hospital y Periferie, dificultó el funcionamiento adecuado de este sistema.

Tomando en cuenta estos parámetros, para los fines de este estudio, se hizo una revisión de las historias clínicas y protocolos de autopsia, complementadas con algunas visitas domiciliarias de todas las muertes maternas ocurridas en el Hospital María Auxiliadora entre enero de 1987 y Abril de 1989.

Este, es un trabajo preliminar descriptivo cuyo objetivo es mostrar, cómo a pesar de la escasa información disponible, se pueden analizar algunos factores de riesgo, que nos permitan retroalimentar nuestro sistema de prestación de servicios maternos y mejorar su calidad, así como diseñar estrategias preventivas en función de los factores de riesgo más prevalentes encontrados.

9.3.2. MATERIALES Y METODOS:

- Análisis pormenorizado de las historias clínicas y protocolos de autopsia de todas las muertes Maternas ocurridas en el Hospital Maía Auxiliadora entre Enero de 1987 a abril de 1989.
- Visitas domiciliarias para complementar información, sobre todo relacionada a factores sociales. Lamentablemente no se pudo realizar la visita a los domicilios de todas las madres fallecidas en este lapso por falta de recursos.
- Para el análisis de la significación estadística de algunos riesgos se usó el paquete estadístico de la Historia Clínica Obstétrica simplificada del CLAP, (que desde mediados de 1987 se viene implementando en nuestro Hospital) y gracias a la colaboración del Centro de Cómputo.

9.3.2. RESULTADOS:

Los resultados se han agrupado teniendo como base la "cartilla de riesgo reproductivo y obstétrico (anexo No.1) y tomando de cada grupo de Factores de riesgo, sólo aquellos donde había una buena disponibilidad de datos.

FACTROR DE RIESGO:

1. EDAD	- 20a.	3 (11.5%)
	20-34a.	17 (65.5%)
	35 y más	6 (23%)
2. PARIDAD	Primer embarazo	5 (19.2%)
	Entre 2 y 3	10 (38.5%)
	4 y más	9 (34.6%)
	Ignorado	2 (7.7%)
3. MALA HISTORIA OBSTETRICA	<u>ANTEC. DE ABORTO :</u>	SI 8 (31%)
		NO 16 (61.5%)
		IGNORADO 2 (7.5%)
4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS		SI 14 (54%)
		NO 3 (11.5%)
		IGNORADO 9 (34.5%)
5. SOCIO ECONOMICOS	a) <u>Instrucción</u>	b) <u>E. Civil</u>
	PRIM. 6 (23%)	CASADA 10 (38.5%)
	SEC. 6 (23%)	CONVIV. 7 (27%)
IGN. 14 (54%)	SOLT. 5 (19%)	c) <u>Control Prenatal</u>
		SI 10 (38.5%)
		NO 7 (27%)
		IGN. 9 (34.5%)

Según la cartilla mencionada, se clasificó como alto riesgo la presencia de 2 ó más factores; de mediano riesgo, la presencia de un factor y bajo riesgo, la ausencia de los factores mencionados. De las 26 muertes registradas en el período de estudio 23 (88.5%) tuvieron algún factor de riesgo, 18(69%) caen dentro de la clasificación de alto riesgo, 5 (19%) de riesgo mediano y 3(12%) de bajo riesgo.

De las Muertes Maternas catalogadas como de alto riesgo, 9 (50%) tuvieron control Prenatal una o más veces en algún servicio de Salud, 5 (28%) No y 4 (22%) se ignora.

De todas las muertes, 10 (38.5%) ocurrieron antes de las 48 horas de ingreso al hospital.

Las principales causas de muerte fueron: Aborto Séptico: 5(19%), Eclampsia: 5 (19%), Tuberculosis: 4 (15%), Enfermedad Cerebrovascular: 3(11.5%), Sepsis Puerperal 2(7.5%), Hemorragia: 2(7.5%), otras causas: 5 (19%). Entre éstas últimas se tiene un caso de Tétanos y 1 de Hepatitis Viral. Hubieron 15 muertes (58%) catalogadas como causas obstétricas directas y 11 (42%) como causas obstétricas indirectas.

9.3.3. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:

A pesar de los escasos datos disponibles por el llenado incompleto de las historias clínicas, veamos cómo utilizando el enfoque de riesgo podemos sacar algunas conclusiones preliminares que nos permitan mejorar la calidad de atención en nuestros Servicios de Salud, tanto a nivel de Hospital como de Centros Periféricos.

9.3.3.1. A Nivel Hospitalario

- Estudios realizados , en el Hospital del Rímac han demostrado que si el factor de riesgo es detectado antes de que la gestante entre en trabajo de parto, la mortalidad materna se reduce casi en un 50%. Dicho de otra manera, si una gestante es catalogada como de alto riesgo recién a la admisión para dar a luz, sus probabilidades de morir son casi el doble que si se la hubiera detectado como tal durante el Control prenatal. El elevado No. de muertes Maternas de alto riesgo (lamentablemente catalogadas post-mortem) se hubiera podido reducir ostensiblemente con un adecuado control Prenatal.
- El elevado porcentaje de omisión de datos se puede solucionar en parte con la implementación de una historia clínica perinatal simplificada y auditoría Médica periódica.
- Las Muertes atribuibles a fallas en la atención, sobre todo de gestantes de alto riesgo, se pueden corregir mediante una Auditoría Médica permanente o la conformación de un Comité de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal.
- El pobre control perinatal, sobre todo en pacientes de alto riesgo, es consecuencia de la no existencia de un Sistema de Referencia y Contrareferencia entre Servicios Periféricos y hospital.
- La estimación del riesgo relativo en alrededor de 3,000 partos atendidos entre Julio del 88 a Feb. del 89, muestra una fuerte fuerza de asociación entre Muertes Maternas y antecedentes de alguna patología (RR=6.2), Eclampsia (RR=100.3), edad menor de 20 a. (RR=1.37) y amenaza de parto prematuro (RR=21.7). Es imprescindible readecuar las Normas y Procedimientos de manejo de estos casos.

- El elevado porcentaje de muertes antes de las 48 horas después de haber ingresado al hospital, nos puede estar hablando de problemas de accesibilidad.

9.3.3.2.A Nivel de Centros Periféricos

- El pobre control prenatal de estos pacientes de alto riesgo en la periferie, nos debe llevar a revisar la cobertura de captación de gestantes y coordinar con el Hospital, el establecimiento de un sistema de referencia y contrareferencia.
- El detectar muertes por TBC. y Tétanos nos habla de fallas en el programa de TBC. e inmunizaciones en gestantes. Toda mujer en edad fértil con Tuberculosis debe ser orientada en cuanto al uso de métodos eficaces de regulación de la fecundidad.
- El problema de aborto séptico como una de las 1ras. causas de muerte nos debe hacer revisar las coberturas del Programa de Planificación Familiar.
- La mayoría de muertes maternas ocurridas antes de las 48 horas de ingreso proceden de lugares distantes. Podría verse la posibilidad de implementar a nivel periférico atención de urgencias Maternas.
- Es de suma urgencia diseñar un Sistema de Atención por niveles, estandarizando normas y procedimientos de manejo de gestantes basados en el Enfoque de Riesgo para cada uno de los mismos.

9.4. DESARROLLO DE UNA ESCALA DE RIESGO PARA DESNUTRICION Y MORTALIDAD INFANTIL

Josephine B. Gilman, MPH - PRISMA

El impacto potencial de la estrategia de supervivencia infantil podría ser considerablemente incrementado si dicha estrategia se intensificara en las familias más necesitadas que, por lo general, no participan activamente en los programas existentes.

En su mayoría, las familias que menos utilizan los servicios de salud en forma activa, son las que están en mayor riesgo de tener niños con desnutrición, vacunaciones incompletas, prácticas inadecuadas de lactancia materna y, consecuentemente, mayores tasas de mortalidad. La experiencia de quienes proveen servicios a nivel de la comunidad y de quienes estudian el problema, muestra que estas madres, a menudo no se acercan al servicio de salud hasta que el niño está en un estado avanzado de desnutrición o enfermedad. Para un promotor de salud que no está preparado para ver el problema más allá de los aspectos médicos, éstas son las familias más difíciles de cubrir ya que tienen múltiples problemas, poca motivación y escasas posibilidades de cumplir con los consejos del promotor.

Se ha desarrollado una tabla de riesgo para la identificación de familias en riesgo de tener niños menores de 3 años muertos o que lleguen a sufrir de desnutrición (Ver cuadro adjunto No.1). La tabla está siendo aplicada por promotores de salud voluntarios en los Asentamientos Humanos de las Pampas de San Juan de Miraflores.

Los indicadores de riesgo individuales que funcionaron con mayor predicción son:

Peso al nacer menor de 2.7 kilos y Madres con una talla menor de 1.48 metros.

Otros indicadores que tuvieron predicción sólo al ser combinados entre sí, son: intervalo de nacimientos menor de 24 meses, paridad mayor de 3, menos de 7 años de educación de padres y madres, enfermedad seria durante el último embarazo, y menos de dos meses de lactancia materna.

Esta tabla de riesgo está siendo evaluada actualmente en una población de 35,000 habitantes, donde se encuentran trabajando 200 promotores de salud. La mitad utiliza la tabla y la otra mitad realiza el control, con el fin de medir los cambios en mortalidad y desnutrición, producidos por esta mejor estrategia de selección.

Nota del Editor: Este es un resumen de una exposición hecha por el Grupo PRISMA en la OPS, sobre un Proyecto de Investigación Operacional para Extender la Cobertura de Atención Materno Infantil a Familias de Alto Riesgo de Morbi-Mortalidad, que se viene llevando a cabo en los asentamientos Humanos de Pampas de San Juan desde mediados de 1986 en coordinación con Instituciones del MINSA y de la Comunidad.

CUADRO No.1

INDICADORES PARA IDENTIFICAR FAMILIAS DE ALTO RIESGO EN CUANTO A DESNUTRICION Y MORTALIDAD INFANTIL*

I INSTRUCCION:

Si alguno de los padres no ha estudiado o ha estudiado Primaria poner un 2 en el recuadro. Si los dos han estudiado Secundaria o superior poner un 0.

2. TALLA DE LA MADRE:

Si la talla de la madre es menor o igual a 1 metro con 48 centímetros, poner un 7 en el recuadro. Si es más alta poner un 0.

3. PARIDAD:

Si el total de hijos vivos más muertos de la madre es 3 o más ponga un 2 en el recuadro. Si es menos poner 0.

4. PESO AL NACER:

Si el peso al nacer del último niño es menor de 2 Kilos con 700 gramos poner un 7 en el recuadro. Si pesó más poner un 0.

5. PERIODO INTERGENESICO:

Si el tiempo entre los dos últimos partos es menor de 2 años, poner un 3 en el recuadro. Si es 2 años exactos o más, poner un 0.

6. LACTANCIA MATERNA

Si alguno de los niños menores de 2 años ha recibido pecho por menos de 2 meses poner un 2 en el recuadro. Si ha recibido más tiempo, poner un 0.

7. PROBLEMAS DEL EMBARAZO

Si en estos dos últimos años ha estado o está embarazada y ha tenido o tiene problemas graves que la han obligado a hospitalizarse o a quedarse en cama, poner un 3 en el recuadro. Si no ha tenido problemas, poner un 0.

PARA SABER SI ESTA FAMILIA PUEDE TENER PROBLEMAS DE SALUD CON SUS HIJOS CHICOS:

SUME: + + + + + + = PUNTOS
1 2 3 4 5 6 7 TOTAL

Si tiene 7 puntos o más es una familia que necesita mucha más atención que el resto de familias de la manzana.

VISITELA MAS SEGUIDO !

* Adaptado de la Ficha Familiar original de PRISMA por los editores.

9.5. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE LAS PAMPAS DE SAN JUAN DE MIRAFLORES

Dra. Carmen Marín⁴

9.5.1. INTRODUCCIÓN.

Nuestro país se caracteriza por tener un buen número de jóvenes en su población. Es importante conocer los problemas de salud de la población a diferentes edades.

El grupo en edad escolar es el que menos acude a consulta en los establecimientos de salud. Una forma de llegar a ellos es a través del programa escolar que lleva adelante el Ministerio de Salud. Los problemas de salud de la población escolar peruana han sido poco estudiados. Entre los problemas de mayor importancia por su magnitud y frecuencia tenemos: los trastornos nutricionales y de anomalías de agudeza visual. Este estudio tuvo por objetivo describir el estado nutricional, las alteraciones de la agudeza visual de los escolares de las Pampas de San Juan de Miraflores y contribuir a identificar la importancia de algunos factores relacionados.

9.5.2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó la determinación de peso, talla y agudeza visual de la población escolar de los C.E.7100, 7079 y 7099 de las Pampas de San Juan de Miraflores como parte del programa escolar que ejecutan los Puestos de Salud

⁴ Asociación Benéfica PRISMA

de Trece de Octubre, República Democrática Alemana y Paraíso. Se estudió un total de 1554 niños.

Se determinó el estado nutricional, calculando la adecuación en porcentaje de la mediana y en puntaje zeta. Los indicadores usados fueron peso/edad, talla/edad y peso/talla. La población usada como referencia es la del National Center of Health Statistics. Se usó la cartilla de Snell para explorar la agudeza visual.

En 400 de estos niños se evaluaron algunas características de las familias, como el grado de instrucción de las madres y el número de hijos vivos.

9.5.3. RESULTADOS

Del análisis efectuado se obtuvieron los siguientes resultados:

En el gráfico No.1 tenemos el diagnóstico nutricional según peso/edad en porcentaje de la mediana. Usando la clasificación de Gómez, tenemos que menos de la mitad de los escolares son normales según el indicador peso/edad. Un 42% son desnutridos de primer grado, un 12 % son desnutridos de segundo grado y un mínimo porcentaje (1%) son desnutridos de tercer grado.

El diagnóstico según puntaje zeta es muy útil al estudiar niños mayores entre los que existe amplia variabilidad normal.

En el gráfico No.2 tenemos similares resultados según el puntaje zeta, como podemos apreciar la mayoría de los niños son diagnosticados como normales, aunque se observa una tendencia a los niveles normales bajos (de 0 a -1) y muy bajos (de -1 a -2). Un 5.3% de niños presentan niveles bajos para peso/edad (puntaje zeta menor que -2).

El indicador peso/talla que nos da una idea del estado nutricional actual del individuo.

En el gráfico No.3 tenemos los resultados en porcentaje de la mediana, vemos que más de la mitad de los niños (52%) son normales según el indicador peso/talla. De los niños que no son normales, un 33% presentan sobrepeso (entre 110 y 120%) y un 13% presentan obesidad (más de 120%). Sólo el uno por ciento presenta adelgazamiento, es decir desnutrición aguda.

El gráfico No.4 muestra los hallazgos en peso/talla de acuerdo al puntaje zeta. Los resultados son similares. El 62% son normales. Menos de uno por ciento presenta adelgazamiento, mientras que 30% presenta sobrepeso y 7% obesidad.

El indicador talla/edad nos habla del pasado nutricional de un individuo. se conoce como enanismo a la deficiencia de talla para ala edad. En esta población encontramos un 78% de enanismo según porcentaje de la mediana (gráfico No.5)

En el gráfico No.6 vemos que casi ell 63 por ciento son normales, aunque predominando los valores normales bajos y muy bajos, mientras que un 37.5% presentan valores bajos y muy bajos para el indicador talla/edad.

Se encontró que un 10% de los niños presentaba algún grado de alteración de la agudeza visual.

En un grupo de 400 niños y sus respectivas madres se determinó el promedio de instrucción de las madres, el promedio de hijos vivos, el porcentaje de madres analfabetas, la proporción de madres que sólo ha tenido primaria. Tenemos un promedio de instrucción de las madres de 4.3 +/- 3.19 años, un alto porcentaje de madres sin instrucción (19.8%), un alto porcentaje de madres que sólo ha terminado primaria (76.2%). Sólo 4 de cada 100 madres tiene más de cinco años de instrucción.

9.5.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

9.5.4.1. El estado nutricional de la población escolar de las Pampas de San Juan de Miraflores es deficiente.

9.5.4.2. La desnutrición global afecta aproximadamente a la mitad de los niños en edad escolar en esta zona urbanomarginal.

9.5.4.3. La desnutrición aguda (deficiencia talla/edad) está presente en porcentajes muy bajos.

9.5.4.4. La desnutrición crónica (deficiencia talla/edad) es la encontrada más frecuentemente en éste grupo de edad.

9.5.4.5. El nivel educativo de las madres es bajo en esta población.

9.5.4.6. Un 10% de niños presenta algún grado de alteración de la agudeza visual.

9.5.4.7. A través del programa escolar se puede canalizar los esfuerzos de los servicios de salud para las actividades de promoción y educación en salud, en beneficio de la comunidad.

10. CONCLUSIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

10.1. Los datos de Natalidad y Mortalidad consignados en este Boletín, juntamente con la de los números anteriores son una base preliminar de trabajo, que aunque aparentemente muestran altos porcentajes de omisión, la observación de la variación de las cifras registradas a lo largo de los años, usando la misma metodología, nos permite hacer una evaluación preliminar del estado de Salud de nuestra población y del impacto de las diferentes intervenciones de Salud. Es necesario llevar a cabo otros estudios epidemiológicos para tener una aproximación más real de los valores de los indicadores.

10.2. De acuerdo a los resultados registrados en cuanto a Natalidad, Mortalidad y Morbilidad, ya comentados en las secciones 6.1.5, 6.2.5., 6.3.5. y 7.5. podemos dar las siguientes recomendaciones:

- Es de imperiosa urgencia retomar la necesaria coordinación que debe haber entre los Servicios periféricos y el Hospital de Apoyo María Auxiliadora diseñando un sistema de atención por niveles mediante la estandarización de Normas y Procedimientos para el amejo de los problemas más prevalentes y un adecuado sistema de referencia y contrareferencia.
- Reforzar el Programa regular de Inmunizaciones (PAI) mediante:
 - En cada Centro de Salud, establecer 4 ó 5 puestos de Vacunación permanente a nivel de Módulos o coordinando con O.N.Gs.
 - En áreas de baja cobertura y Asentamientos Humanos, nuevos propiciar Miniconcentraciones de Vacunación cada 15 ó 30 días hasta alcanzar niveles óptimos de coberturas.
 - Mantener un sistema de seguimiento permanente de los niños recién nacidos en coordinación con el Hospital (Referencia adecuada de R.N. a Centros Periféricos).
 - En coordinación con el Programa de Salud Materna y Planificación Familiar, mejorar la captación de gestantes para aumentar coberturas de inmunización contra el Tétanos.

- Debe unificarse la dirección del PAI a nivel de Hospital y periferie, y por su ubicación estratégica y contar con grupo electrógeno, los biológicos deben almacenarse en el Hospital. Actualmente se almacenan en Barranco, de difícil accesibilidad por la distancia.

10.3. Para contrarrestar las altas tasas crecientes de Mortalidad Materna y Perinatal es de suma urgencia:

- Retomar el sistema de Atención por niveles de las gestantes basados en el Enfoque de Riesgo, adecuando a las Normas y Procedimientos de manejo de la gestante de bajo y alto riesgo para cada nivel, desde el hogar, pasando por la capacitación de miembros de la Comunidad (Parteras tradicionales) hasta el nivel más complejo que es el Hospital.
- Reestructurar el Programa de Planificación Familiar mediante el Enfoque de Riesgo Reproductivo, siguiendo las mismas pautas mencionadas arriba.
- Las altas tasas de Mortalidad por Enf. del período perinatal, entre ellas la Prematuridad, pueden reducirse grandemente con la implementación del alojamiento conjunto madre-niño y el sistema "Madre Canguro", que lamentablemente en nuestro hospital todavía tiene resistencias para su aplicación a cabalidad.
- Conformar un Comité de Prevención de Mortalidad Materna y perinatal con un Equipo Multidisciplinario que enfoque el problema de manera integral, no solo a nivel del H.A.M.A., sino también de la Periferie.

10.4. Integrar las actividades de los Programas de Supervivencia Infantil (CED,IRA,Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones) a nivel de los Centros Periféricos y Hospital de Apoyo, de manera que no se crucen actividades y se utilice racionalmente los recursos tanto de personal como materiales. Aquí es importante que tomen conciencia los Directores Nacionales de estos Programas, así como también las agencias Internacionales que las financian, del perjuicio que ocasionan en otras actividades o Programas regulares de los Servicios de Salud Periféricos, cuando sistemáticamente proporcionan cursos de Capacitación y Campañas de manera vertical y sin consulta con las Bases. Esto es más importante tomarlo en cuenta cuando se convoca la participación masiva de la Comunidad.

10.5. El problema de la Tuberculosis, que como hemos podido observar se ha incrementado ostensiblemente el 88, tomando incluso grupos de edad pre-escolar e infantil, merece una atención especial a través del Programa de control de Tuberculosis, al menos para "disminuir el sufrimiento humano" como dice el gran salubrista de la OMS Dr. Pière Meercenier, ya que su impacto a largo plazo, si

es que no va aunado a mejoras en las condiciones sociales, es mínimo. El suministro regular de medicamentos, siempre será un problema álgido mientras dependa del exterior en cuanto a su financiamiento y suministro. Sin embargo, es importante apoyar iniciativas surgidas en los equipos polivalentes de los Centros de Salud y ONG de nuestra Área como: La Organización de los Tebecianos, Los Talleres de Producción y las Coordinaciones Distritales e Inter-distritales para afrontar de manera conjunta el problema.

10.6. Dentro de la priorización de estrategias de intervención en Salud, aparte de poner énfasis en las enfermedades infecciosas, por su impacto en al Mortalidad, es necesario tomar en cuenta también la prevención y control del Ca. de Cuello Uterino. Ca. de Estómago y la Hipertensión Arterial en el adulto y la prevención de Accidentes de Tránsito y del Hogar en el grupo menor de 14 años.

10.6. El actual camino que siguen los Certificados de Defunción, como lo señalamos en la sección (6.3.5.) hace que estos se extravíen y su procesamiento centralizado a nivel de Ministerio de Salud sea muy lento. Los últimos resultados de Mortalidad a nivel nacional datan de 1982.

Proponemos que estos sean recogidos directamente de los Municipios por personal de las EEPs y procesados por las Unidades de Epidemiología de cada una de ellas, de acuerdo a formatos de procesamiento estandarizados.

Es importante también que se optimice a nivel de Municipios la transcripción de la causa básica de muerte y datos adicionales como edad, sexo y procedencia del occiso para usarlos como referencia en caso necesario.

II. AGRADECIMIENTO

Los Editores expresan su más profundo agradecimiento a todas las personas e Instituciones que han contribuido en una u otra forma a que el 4to. número del presente BOLETIN EPIDEMIOLOGICO se haga una realidad.

De manera muy especial quisiéramos expresar nuestro reconocimiento a:

- Al Grupo PRISM, en su director el Dr. William Spira y Paul Skillicorr, que de manera desinteresada nos apoyó en la impresión de originales y arreglos de composición y diagramación en computadora.
- La Asociación Benéfica PRISMA, en la persona de su directora la Dra. Josephine Gilman, que año a año nos brinda aportes valiosos tanto en el contenido como en el apoyo logístico.
- Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC), en su director, que por primera vez este año nos ha financiado íntegramente la edición del presente número.

San Juan de Miraflores, Julio de 1989.

12. BIBLIOGRAFIA

1. INE-PERU: Proyecciones de Población por años calendarios según Departamentos, Provincias y Distritos. Período 1980-1990. Bol. Especial No.9. Lima, Julio 1985.
2. Ministerio de Salud: "Encuesta Nacional de Coberturas de Inmunización " (ENCOV 88). Lima, Julio 1988.
3. Hosp. María Auxiliadora: Boletín Epidemiológico y de Salud Pública No.3- Año 87. Lima, Julio 1988.
4. MIN.SALUD-UNICEF. Programa CED: "Evaluación de la Mortalidad Específica por EDA en 6 ciudades. Años 86-88". Fotocop. Lima, Mayo 88.
5. OMS/OPS. Clasificación Internacional de Enfermedades. IX Revisión Vol. 1 y 2. Pub. Científica No.353. Washington D.C.1978.
6. OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas 1981-1984. Vol.1 y 2. Pub.Científica No.500. Washington D.C. 1986.
7. INE-PERU: Indicadores Demográficos por Departamentos 1988. Dir. Gen. de Demografía. Lima, Enero 1989.
8. OMS/OPS: "Informe de la Reunión de Consulta sobre Definiciones y Normas Relativas a la Salud Materno Infantil y el Período Perinatal". Doc.Int. 3829C. Ginebra 1984.
9. Natali,S.E. "Sistema de Información de Natalidad y Mortalidad en Países de América Latina y el Caribe". Bol.Of.Sanit.Panam. 96 (1), 1984.
10. OPS.: "Aspectos Generales de la Mortalidad en las Américas". Bol.Epid.OPS. Vol.8 - No.5-6, 1987.
11. Hosp. María Auxiliadora: "Boletín del Cuerpo Médico No.2 y 3. Feb.-Marzo 1987.
12. Backett.E.M.,et col. "L'Approche fondée sur la Notion de Risque et les Soins de Santé. Cashier de Santé Publique. No. 76. Gêneve 1984.
13. Guerrero, G.M.: "Epidemiología". Fondo Educativo Interamericano Washington D.C. 1981.

14. Arthur H. Thomas T.: "Guía Rápida de Población". Population Reference Bureau. INC. Washington D.C. 1980.
15. Sonis A. y Col. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Tomos I y II. Lib. El Ateneo. Bs.Aires-Argentina, 1985.
16. Rice Puffer. R, Serrano V. "Características del peso al nacer" OPS/OMS.Pub.Cientif.No.504. Washington D.C. 1988.

ANEXO No. 1

CARTILLA DE RIESGO REPRODUCTIVO Y OBSTETRICO

EDAD	NUMERO DE EMBARAZOS	TIEMPO DESDE EL TERMINO DEL ULTIMO EMBARAZO	ANTECEDENTES OBSTETRICOS (MALA HISTORIA)	SOCIOECONOMIC
* 19 ó MENOS AÑOS	* PRIMER EMBARAZO	* MENOR DE 1 AÑO	* ABORTO	* ANALFABETA * NIÑO MENOR DE 2 AÑOS DESNUTRIDO
* 35 ó MAS AÑOS	* 4 ó MAS EMBARAZOS (incluyendo el actual)	* MAYOR DE 4 AÑOS	* PREMATURO * HIJO NACIDO MUERTO * TOXEMIA * HIJO MUERTO (MENOR 1 MES) * MUERTE NIÑO MENOR 2 AÑOS	* TUGURIO * MUERTE NIÑO (MENOR 2 AÑOS)

SUME EL No. TOTAL DE FACTORES (*) Y OBTENDRA EL RIESGO:

R I E S G O -> NINGUNA (*) = BAJO
 UNA (*) = MEDIANO
 DOS (*) ó MAS = ALTO

LA PRESENCIA DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES, CALIFICA A LA PACIENTE COMO ALTO RIESGO

- | | |
|--|---|
| * EDAD: 15 AÑOS O MENOS | * ENFERMEDAD VENEREA (BARTONELITIS) |
| * CESAREADA ANTERIOR | * ANEMIA SEVERA |
| * ESTRECHEZ PELVICA | * TUBERCULOSIS |
| * TOXEMIA | * INFECCIONES SISTEMICAS AGUDAS (URINARIA) |
| * HEMORRAGIA DEL I, II, y/o III T. | * ANTECEDENTES OPERACION PELVICA |
| * MAL PRESENTACION (podálica, transv.) | * INFERTILIDAD |
| * GESTACION MULTIPLE | * CANCER, DIABETES O ENF. CONGENITA |
| * RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (mayor de 6 h.) | * CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD SISTEMICA O LOCALIZADA, QUE TENGA RIESGO DE MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y/O PERINATAL. |
| * MADRE RH NEGATIVO | * TALLA MADRE MENOR DE 1.48mts. |
| * FALLA DE ANTICONCEPCION | |
| * DROGAS | |

ANEXO No. 2

RESULTADOS DEL CENSO DE POBLACION JUNIO 1988

DISTRITOS Y CENTROS DE SALUD	POBLAC. No.	TOTAL %	GRUPOS					ETAREOS	
			- 1 a.	1-4 a.	5-14 a.	15-45a.	46-64 a.	65 y +	
TOTAL	576892	100	12116	54007	151449	298679	49282	11359	
SAN JUAN DE MIRAF.	172378	100	3757	16329	43650	89141	15748	3753	
C. S. CIUDAD DE DIOS	31249	18	563	2579	6815	16446	3869	977	
C. S. MANUEL BARRETO	25916	15	563	2311	6164	13548	2604	726	
C. S. SAN JUAN DE M.	70358	41	1639	6430	17895	36570	5829	1495	
C. S. VILLA SAN LUIS	44855	26	992	4509	12776	22577	3446	555	
VILLA MARIA DEL T.	216681	100	4276	18535	54853	113711	20583	4723	
HMI. VILLA MARIA T.	33263	15	590	2375	7189	17776	4136	1197	
C. S. J. C. MARIATEGUI	73877	34	1398	6278	18775	39159	6969	1298	
C. S. JOSE GALVEZ	19061	9	390	1813	4624	9982	1809	443	
C. S. NUEVA ESPERANZA	32334	15	646	2718	3487	16720	2955	808	
C. S. TABLADA DE L.	30236	14	726	3151	8616	15044	2169	530	
C. S. DANIEL A. CARRION	27910	13	526	2200	7162	15030	2545	447	
VILLA EL SALVADOR	187833	100	4083	19143	52946	95827	12951	2883	
C. S. SAN JOSE	68622	36	1266	6107	19352	35794	5028	1075	
C. S. SAN MARTIN DE P.	57385	31	1019	4865	16390	29617	4519	975	
C. S. JUAN PABLO II	44366	24	1193	5651	12661	21746	2493	622	
C. S. CESAR LOPEZ S.	17460	9	605	2520	4543	8670	911	211	

ANEXO No. 3

EEP 003-004 POBLACION ESTIMADA POR DISTRITOS Y
ESTABLECIMIENTOS
SEGUN GRUPOS EN EDADES Y MUJERES EN EDAD FERTIL
AÑO : 1989

DISTRITOS Y ESTABLECIMIENTOS	POBLAC. TOTAL		GRUPOS ETAREOS						MUJERES	
	No.	%	-1 a. 2.25	1-4a. 9.45	5 a. 2.37	6-14a 20.13	15-64a. 45	65 + 4.48	E. FERT. 26.03	GESTANT. 4.74
T O T A L	550585		12558	52429	13110	111159	336800	24529	142872	26090
SAN JUAN DE MIRAF.	244329	100	5573	23266	5818	49328	149459	10885	63401	11578
CS. CIUDAD DE DIOS	36649	15	836	3490	873	7399	22418	1633	9510	1737
HMI. MANUEL BARRETO	43979	18	1003	4188	1047	8879	26903	1959	11412	2084
CS. SAN JUAN DE M.	102618	42	2341	9771	2443	20718	62773	4572	26629	4862
CS. SAN LUIS	29320	12	669	2792	699	5919	17935	1306	7608	1389
CS. OLLANTAY	31763	13	724	3025	756	6413	19430	1415	8242	1505
VILLA MARIA DEL T.	306255	100	6985	29163	7292	61831	187341	13644	79471	145112
HMI. VILLA MARIA T.	67376	22	1537	6416	1604	13603	41215	3001	17484	3193
CS. J. C. MARIATEGUI	79627	26	1816	7582	1896	16076	48709	3548	20662	3773
CS. JOSE GALVEZ	42876	14	978	4083	1021	8656	26228	1910	11126	2032
CS. NUEVA ESPERANZA	33688	11	768	3208	802	6802	20607	1501	8742	1596
CS. TABLADA DE L.	33688	11	768	3208	802	6801	20608	1501	8742	1596
CS. DANIEL A. CARRION	49001	16	1118	4666	1167	9893	29974	2183	12715	2322
VILLA EL SALVADOR	251099	100	5648	23720	5949	50528	153919	11245	65338	11896
CS. SAN JOSE	90363	36	2033	8539	2142	18190	55411	4048	23522	4283
CS. SAN MARTIN DE P.	77813	31	1751	7353	1844	15664	47715	3486	20255	3688
CS. JUAN PABLO II	60242	24	1356	5693	1428	12127	36940	2699	15681	2856
CS. CESAR LOPEZ S.	22591	9	508	2135	535	4547	13853	1012	5880	1071

1/24

ANEXO: No. 4

EEP 003-004: POBLACION ESTIMADA POR DISTRITOS Y
ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD SEGUN GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL
AÑO : 1990

DISTRITOS Y ESTABLECIMIENTOS	POBLAC. TOTAL		GRUPOS ETAREOS							MUJERES	
	No.	%	-1a. 2.25	1-4 a. 9.45	5a. 2.37	6-14a. 20.13	15-44a. 45	45-64a. 16.32	65 + 4.48	E. FERT.	GEST
TOTAL	844000	100	18958	79754	19982	169922	379803	137743	37838	219740	40063
SAN JUAN DE MIR.	253984	100	5701	24000	6010	51138	114294	41451	11390	66133	12064
C. S. CIUDAD DE D.	38098	15	855	3600	902	7671	17144	6218	1708	9920	1809
C. S. MANUEL BAR.	45717	18	1026	4320	1082	9205	20573	7461	2050	11904	2172
C. S. SAN JUAN M.	106673	42	2324	10080	2524	21478	48004	17409	4784	27776	5067
C. S. SAN LUIS	30478	12	685	2880	721	6136	13715	4974	1367	7936	1448
C. S. OLLANTAY	33018	13	741	3120	781	6648	14858	5389	1481	8597	1568
VILLA MARIA D. T.	322977	100	7249	30519	7643	65029	145341	52711	14485	84098	15341
HMI. V. MARIA T.	71055	22	1596	6714	1681	14306	31975	11596	3187	18501	3375
C. S. J. C. MARIATE.	83974	26	1884	7935	1987	16908	37789	13705	3766	21865	3988
C. S. JOSE GALVEZ	45217	14	1015	4273	1070	9104	20347	1380	2028	11774	2148
C. S. N. ESPERANZA	35528	11	797	3357	841	7154	15988	5798	1593	9251	1688
C. S. TAB. LURIN	35527	11	797	3357	841	7153	15988	5798	1593	9251	1688
C. S. D. A. CARRION	51676	16	1160	4883	1223	10404	23254	8434	2318	13456	2455
VILLA SALVADOR	267039	100	6008	25235	6329	53755	120168	43581	11963	69509	12658
C. S. SAN JOSE	96134	36	2163	9085	2278	19352	43261	15689	4307	25023	4557
C. S. SAN MARTIN	82782	31	1862	7823	1962	16664	37252	13510	3708	21548	3924
C. S. JUAN P. II.	64089	24	1442	6056	1519	1201	28840	10460	2871	16682	3038
C. S. C. LOPEZ S.	24034	9	541	2271	570	4838	10815	3922	1077	6257	1139

14/11