

HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO

ANÁLISIS DE
SITUACIÓN DE SALUD
(ASIS) 2013 Hospital
San José

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD AMBIENTAL

2013

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE

N° 068-2014-GRC-DE-HSJ



Resolución Directoral

Callao, 26 de ABRIL del 2014

VISTO: El Memo N° 059-2014-GRC/UEPISA-HSJ, de fecha 8 de abril de 2014, de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante el documento de visto, la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental presenta el "Análisis de la Situación de Salud del Hospital San José - 2013", para su aprobación a través de acto resolutivo;

Que, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental, para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la misma es de interés público; y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla, así como promoverla, y que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley, siendo el derecho a dicha protección irrenunciable;



Que, el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del Hospital San José, en su onceava edición, es el resultado del trabajo de recopilación, procesamiento y análisis de información obtenida de diversas fuentes, orientadas a caracterizar, medir y explicar la realidad sanitaria, sus determinantes, como resultado de la interacción de las condiciones de vida y los procesos de salud/enfermedad en la población que acude al Hospital San José, siendo su objetivo el logro de resultados óptimos, con el uso eficiente de los escasos recursos, enfatizando en las poblaciones más vulnerables y en los problemas priorizados, con intervenciones intra y extramurales, con acciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación engarzadas en el Plan Operativo Institucional y donde los aspecto de evaluación y monitoreo son parte importante e ineludible;



Que, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) elaborado por la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, requieren ser validadas por esta Dirección Ejecutiva y el Equipo de Gestión para de este modo supervisar su aplicación y adecuado cumplimiento, tanto en los servicios de consulta externa como en los servicios de hospitalización de este nosocomio;



Que, en este sentido corresponde aprobar el documento técnico Análisis de Situación de Salud en el Hospital San José de conformidad con los acápite 1.1, 1.2. Numeral 1, del art. IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, referente al Principio de Legalidad y la Ley N° 26842 - Ley General de Salud;



Que, estando a lo propuesto por la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, con las visaciones de la Sub Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Entidad; y,





En uso de las facultades conferidas al Hospital San José mediante Ordenanza Regional N° 000008 y Resolución Ejecutiva Regional del Callao N°s. 057-2010 y 0114-2013;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el documento técnico "Análisis de la Situación de Salud 2013 en el Hospital San José", que consta de un total de ciento treinta y seis (136) páginas que forman parte integrante de la presente resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO.- Notifíquese el presente acto resolutivo a los estamentos correspondientes, para su conocimiento y fines pertinentes, así como su publicación en la página Web de la institución.



Regístrese, comuníquese y publíquese.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - HOSPITAL SAN JOSÉ
Dra. JENIE DEXTRE UBALDO
Directora Ejecutiva
C.M.P. 1443R

ZJCDU/GMN/mapa-

DISTRIBUCION:	
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO	()
MINISTERIO DE SALLUD	()
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO	()
DIRECCION EJECUTIVA	()
SUB DIRECCION EJECUTIVA	()
OFICINA DE ADMINISTRACION	()
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	()
OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	()
OFICINA DE APOYO A LOS COMITES ESPECIALES	()
ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	()
UNIDAD DE LOGISTICA	()
UNIDADDE ECONOMIA	()
UNIDAD DE PERSONAL	()
AREA DE INFORMATICA (PUB. PAG. WEB)	()
AREA DE LEGAJO	()
INTERESADO	()
OTRO	()



26 ABR 2014

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - HOSPITAL SAN JOSÉ
UN. DE LOGISTICA E INFORMATICA
30 ABR 2014
RECEBIDO
Hora: 12:07

DOCUMENTO ELABORADO POR:

*Hugo Manrique Chicoma, MC MGS
Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental*

*Téc. Estadística María Esther Ochoa Tecsi
Integrante de la Unidad de Epidemiología y Salud
Ambiental.*

ESTE DOCUMENTO SE ELABORÓ CON LA ASESORÍA Y EL AUSPICIO DE:

*Dra. Zoraida Jenie Carola Dextre Ubaldo
Directora Ejecutiva – Hospital San José*

*Dr. Daniel Ramón Antonio Ávalos Moreno
Sub Director Ejecutivo – Hospital San José*

Y CON LA COLABORACIÓN DE LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE LA INSTITUCIÓN:

*Lic. Magnolia Nolasco Corrales
Responsable de Vigilancia Epidemiológica*

*Lic. Estad. Jorge Antonio Huamaní Infantes
Jefe de la Unidad de Estadística, Informática y Comunicación*

*Lic. Gabriela Ibáñez Palomino
Responsable de la Estrategia de Prevención y Control de
Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA*

*Abog. Rodolfo Gerardo González Gaspar
Jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos*

*Lic. Lucía del Pilar López Zamudio
Responsable de la Estrategia de Enfermedades No
transmisibles*

*Lic. Patricia Mallma Lomas
Jefa de la Oficina de Imagen Institucional*

*Econ. William Pariona Gutiérrez
Director de la Oficina de Planificación Estratégica*

*Lic. Luz Maribel Burgos Ugaz
Responsable de la Estrategia de Prevención y Control de la
Tuberculosis*

*Dra. Ruth Marocho Pomar
Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía
Patológica*

*Lic. Eleodoro Pinto Laura
Jefe de la Unidad de Economía*

*Lic. Estad. Carmen Oscorima Vilchez
Miembro del equipo técnico de la Oficina de Estadística*

PRESENTACION

El esfuerzo por efectuar un Análisis de la Situación de Salud desde la perspectiva de un hospital de nivel II de complejidad, no solo implica la necesidad de sistematizar toda la información obtenida de sus actividades asistenciales, preventivas y promocionales, sino también de mostrar un esfuerzo valetero relacionado a una organización que cumple con sus objetivos, en medio de políticas financieras y de inversión muy limitadas para las actividades del sector salud en el país.

La dinámica con la que se movilizan los diferentes riesgos y daños a la salud en la comunidad, podría definir el surgimiento de nuevos escenarios de transición entre las enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles con relación a las entidades degenerativas o no transmisibles, como reflejo de los procesos sociales y económicos que ha experimentado el país en los últimos años.

Tales variaciones en los procesos de salud-enfermedad, obligan al sistema nacional de salud a replantear su visión del futuro y sus mecanismos para la concepción de una adecuada oferta frente a una demanda, cada vez más compleja y diversa, que podría estar constituida, en su mayor parte, por enfermedades de curso crónico.

El hospital San José, responde por cercanía geográfica a la potencial demanda de las poblaciones más cercanas, como el distrito de Carmen de La Legua y Reynoso; sin embargo, habida cuenta de su buena imagen institucional, recibe con mucha frecuencia, la demanda de personas venidas de todo el país.

Las diferentes direcciones, departamentos, oficinas, unidades y servicios, incluyendo a sus directivos, funcionarios, profesionales médicos y no médicos, y a todos sus trabajadores asistenciales y administrativos, han visualizado la necesidad de brindar una oferta más compleja, máxime con la posibilidad de edificar un hospital en un nuevo espacio físico que nos permitirá crecer hasta donde nuestros esfuerzos merecen llegar, y que de alguna forma se verán reflejados en este documento.

HUGO MANRIQUE CHICOMA, MC MGS

*Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
Hospital San José Callao*

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Hospital San José -Callao, en su onceava edición, es el resultado del trabajo de recopilación, procesamiento y análisis de información obtenida de diversas fuentes, orientado a caracterizar, medir y explicar la realidad sanitaria en la que nos desenvolvemos, sus determinantes, como resultado de la interacción de las condiciones de vida y los procesos de salud / enfermedad en la población que acude a nuestro Hospital.

Con este enfoque dinámico, apuntamos al logro de resultados óptimos, con el uso eficiente de nuestros escasos recursos, enfatizando en las poblaciones más vulnerables y en los problemas priorizados, con intervenciones intra y extramurales, con acciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación engarzadas en el Plan Operativo Institucional y donde los aspectos de evaluación y monitoreo, son parte importante e ineludible.

Esta información y análisis, de acuerdo al Marco Normativo, se maneja teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- 1. Análisis de los Determinantes de la Salud.*
- 2. Análisis del Proceso de Salud – Enfermedad.*
- 3. Análisis de la Respuesta a los Problemas de Salud.*
- 4. Análisis Integrado.*
- 5. Priorización de Problemas Sanitarios.*

Con la integración de estos componentes, buscamos generar información relevante sobre la salud de las poblaciones que atendemos, que por cierto no siempre es fácil de definir por constituir una demanda que proviene de diferentes lugares de Lima, Callao y del resto del país, al acceso de todos los sectores y que pueda servir como un instrumento para la toma de decisiones; ejerciendo, a la vez, el liderazgo que nos compete como Institución de Salud de la Región Callao, que reconoce el esfuerzo, dedicación y compromiso de sus autoridades y trabajadores.

I. INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN HISTÓRICA DEL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA

*El 20 de Agosto de 1826, fue creado el Distrito del Callao por el General Don José de Santa Cruz. Por su importancia como Puerto Nacional le otorgó el título de “Provincia Constitucional” con rango de Departamento, creándose por anexión y/o fraccionamiento los distritos de: Callao, Bellavista, **Carmen de la Legua**, La Perla, La Punta y Ventanilla.*

El Distrito de Carmen de la Legua – Reynoso, formaba parte de los frondosos matorrales que existían a lo largo de la senda que servía de camino entre Lima Antigua y el Callao Antiguo, este camino corría casi paralelamente al curso del río Rímac.

En su totalidad consistían en tierras de cultivo; hacia la misma orilla del río se encontraba lo que conocemos como la zona de Reynoso.

El poblamiento del distrito de Carmen de la Legua – Reynoso se hizo más intenso a partir de 1940 cuando se inician las oleadas de migrantes del interior del país, quienes se refugiaron en los descampados de la ciudad, en lugares cercanos a los ríos.

En la segunda mitad del siglo pasado este distrito toma la forma de centro urbano, poblado por numerosos provincianos; entre los que se afincaron en el distrito figuran las familias de refugiados que vinieron de la provincia de Tarapacá en el conflicto de Perú con Chile, mediante Ley a los Tarapaqueños se les otorgó un lote de terreno en Carmen de la Legua.

A inicios de la década del 50, Carmen de la Legua – Reynoso era una zona extractiva de materiales de construcción, de hormigón, arena, piedra, etc. de aquella rústica y polvorienta zona hoy se ha convertido en un distrito próspero que ha dado cabida a miles de inmigrantes provincianos.

En 1950 la concesión para la extracción y comercialización del material primario para la construcción la tenía la Confederación de Areneros del Perú. Los primeros habitantes, se ubicaron en la zona Oeste, en el Sector denominado “Callejón de Reynoso” que dio origen a Nuevo Reynoso. Por el Este se ubicaron propietarios de la zona tugurizada de La Victoria cuyo territorio en un primer momento se llamó “Nuevo Callao”, ubicado entre el Jirón Jorge Chávez y la Avenida Nicolás Dueñas.

Fueron estas dos vertientes migratorias las que establecen la respectiva lotización de su zona, por sus propios pobladores. Es a raíz de las necesidades objetivas de los servicios primarios que surgen las llamadas asociaciones de pobladores. Al Este se crea la Asociación de Propietarios de Reynoso, presididos por el Sr. José López Pazos y el Sr. Justo Alarcón Rubina.

El Sr. López Pazos y su gente fundaron la ladrillera Reynoso instalando sus casas que les permitieran pernoctar para recoger arena y fabricar ladrillos, este es el origen del nombre de la ciudad: Reynoso por ladrillera y Carmen de la Legua por estar ubicada dentro de los límites de la Iglesia que lleva el mismo nombre a la altura de la Legua junto a la comisaría del Distrito.

Una vez ubicada la zona e iniciado el proceso de reemplazo de los materiales iniciales de las viviendas, el testamentario espantoso propietario de Chacra Puente, fundó Colindantes. En este contexto se inicia el lento proceso de dotación de servicios de la zona. En 1956 las viviendas eran en su mayoría de ladrillos y se contaba con dos pozos particulares y seis motores para el alumbrado eléctrico, igualmente se había construido un local comunal, dos iglesias, cinco colegios y una posta médica.

Todo lo acontecido iba delineando la configuración política del distrito de Carmen de la Legua – Reynoso. Es así que a pedido de diversos sectores populares de la zona, el diputado por el Callao, Juan Razetto presentó en 1964 un proyecto en la Cámara de Diputados para la Constitución del Distrito.

El Distrito de Carmen de la Legua fue creado el 04 de Diciembre de 1,964, con Ley N° 15247: “Crease el Distrito Carmen de la Legua - Reynoso en la Provincia Constitucional del Callao, que tendrá por Capital el radio urbano de las urbanizaciones populares Carmen de la Legua y Reynoso”.

Y SOBRE LA ZONA DE REYNOSO

La familia Espantoso en 1939, perdió la propiedad de las tierras, ya que el Presidente de ese entonces, Gral. Oscar Benavides, al construir un muro de contención en la margen izquierda del Río Rímac, dispuso por ley que los propietarios colindantes paguen parte de la obra, pago que no cumplió la familia Espantoso, perdiendo por derecho la propiedad.

El 27 de Septiembre de 1952 se funda la Asociación Pro Vivienda Propia de Pobladores de Reynoso, siendo su primer presidente el señor Germán del Río.

El 22 de Agosto de 1961, se obtiene la resolución No. 227 que resuelve declarar como barrio marginal al agrupamiento de viviendas de Reynoso ubicada en la margen izquierda del río Rímac.

El nombre de REYNOSO tiene su origen en el apellido del propietario de una chancadora de piedra y una ladrillera.

22 HECTAREAS (CONQUISTADORES)

El 20 de Octubre de 1961 durante el régimen militar, las familias pertenecientes a San Judas Tadeo, San Juan Bosco, Puerto Nuevo, Ciudadela Chalaca, La Perla y Bellavista ocupan los terrenos situados entre la avenida Elmer Faucett, Reynoso y la Línea Férrea, al cual denominaron "22 Hectáreas".

Gracias a la intervención del señor Ricardo Pérez Godoy, Presidente de la junta Militar Revolucionaria, las 6600 familias procedieron a construir sus viviendas el 27 de noviembre de 1961.

Posteriormente los pobladores de esta zona se dividieron en tres sectores : Los Conquistadores, 22 de Octubre y Nuevo Reynoso. El 4 de Diciembre de 1968 se aprueba la inscripción en los Registros de propiedad del Inmueble del Callao, definiéndose el plano perimétrico del terreno ocupado por los 3 barrios marginales, con un área de veintidós hectáreas y cuarenta y siete metros cuadrados.

El 26 de Octubre de 1961 se funda la Asociación de Pobladores de Conquistadores siendo elegido como su primer presidente y fundador el señor Vladimir La Madrid Pagan.

CHACRA PUENTE

Los pobladores de Chacra puente fundaron sus asociaciones y posteriormente consiguieron sus títulos otorgados por la Junta de la Vivienda. Ya organizados los moradores iniciaron las gestiones y los pagos para las obras de saneamiento, agua, luz, etc.

El 27 de agosto de 1961 se funda la Asociación de pobladores de Chacra puente, siendo inscrita en el registro de personas Jurídicas del callao, el 14 de Febrero de 1962, siendo su primer presidente el señor Juan de Dios Aguilar.

LA MERCED

La Asociación de Pobladores de la Urbanización La merced se funda el 27 de Julio de 1962. Numerosas personas se agruparon y adquirieron el terreno del señor Claudio Montalvo, quien al final resulta no ser el dueño, por lo que la Corporación Nacional de la Vivienda decidió empadronar a los adquirentes de los lotes, considerándolos en la Ley 13517, siendo el presidente el señor Antenor Reynoso Sotomayor.

SAN RAFAEL

Esta zona es ocupada por los pobladores excedentes de 22 de octubre, Reynoso y Carmen de la Legua. En nombre de San Rafael se da debido a que la ocupación de estos terrenos se realizó el 24 de Octubre, día del santo en mención. En 1962 se funda la Asociación, siendo

elegido presidente el señor Alcántara pero luego de varios desacuerdos se realizan nuevas elecciones y resulta elegido Santiago Carhuapoma acordándose que los socios deberían pagar los servicios de agua, luz, etc. siendo el dinero depositado en la Cooperativa ASINCOOP.

VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS

El 29 de Septiembre de 1972, cerca de 250 pobladores de 22 de Octubre, Av. Argentina, Carmen de la Legua, etc. tomaron posesión de la zona que por Ley había sido reivindicada al estado y que hoy constituye Villa Señor de los Milagros. Los vecinos formaron la comisión del sector, siendo empadronados, cuando ocurría esto SINAMOS exige que se desalojen los excedentes.

La Municipalidad del Callao en representación del estado estuvo a cargo de la expropiación de los terrenos de Villa Señor de los Milagros.

Remontándonos a los albores del siglo XVII, se tiene la noticia de la presencia de una ermita dedicada a la Virgen del Carmen, en la que se detenían los viajeros que circulaban por esa vía.

El 7 de Octubre de 1951, el cardenal Juan Gualberto Guevara, Arzobispo de Lima, por delegación del Papa Pío XII corona a la Virgen de Carmen de la Legua.

El 30 de Enero del 2001 una majestuosa imagen de la Santísima Virgen del Carmen, cargando al niño en sus brazos, se inauguró entre la intersección de las Avenidas Elmer Faucett y Morales Duárez, en el Distrito de Carmen de la Legua. La monumental escultura de 21 metros de alto y 17 toneladas de peso, es vista diariamente por 300 mil transeúntes, fue tallada por Judith Ayala.

El 7 de Octubre del 2001, en una celebración presidida por el Obispo Monseñor Miguel Irizar Campos, se celebró el 50° aniversario de la coronación pontificia de la patrona.

El primer alcalde del Distrito, fue Mariano Peláez y el actual es el CPC Daniel Lecca Rubio.

ATRATIVOS TURÍSTICOS Y ZONAS DE RECREACIÓN DEL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO

ASPECTO TURÍSTICO Y CULTURAL.

Siendo el Callao, el Primer Puerto Pesquero del Mundo, Carmen de la Legua-Reynoso ofrece a los visitantes atractivos de interés cultural.

Mayor atractivo cultural:

- *Templo: Santuario de la Legua, todo un símbolo para el pueblo chalaco y peruano.*



BREVE RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ

EL hospital San José del Callao, fue creado en Junio de 1970, como hospital de campaña a causa del terremoto del 31 de Mayo de ese año, gracias al apoyo de la Fundación Inglesa “St. Joseph’s Hospice Association Liverpool”. Se encuentra ubicado en el Jr. Las Magnolias 475, en la cuarta cuadra de la Av. Elmer Faucett, entre el río Rímac y la Av. Argentina, en el distrito de Carmen de la Legua – Reynoso.

En el año 1973, fue transferido al Ministerio de de Salud, siendo administrado por el Complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión; funcionando inicialmente como Hospital Materno Infantil, priorizando su atención en las madres, además de servir como reposo de adultos mayores. Contaba con personal profesional de origen inglés, obstetricas y técnicas peruanas, alguna de las cuales aún se encuentran trabajando en nuestra institución.

Gradualmente el Hospital fue mejorando su cobertura de atención, ya en 1983 se contaba con 87 médicos y se inició la atención de Emergencia las 24 horas del día. En el año 1984 contaba con sólo cuatro (4) Licenciadas en Enfermería, las cuales hacían denodados esfuerzos, dignos de resaltar, para atender pacientes de Emergencia, Hospitalización, Programas de Salud, etc. Este lento crecimiento en servicios mejora en gran medida a partir del año 1996, en que logramos ser Unidad Ejecutora y con el apoyo del Ministerio de la Presidencia logramos Equipamiento Médico, ampliación de los Servicios y Programas Preventivo Promocionales, mejora de los Sistemas y Unidades Administrativas, Comunicación é Informática, que a la se constituyeron en soportes importantes en la atención de la creciente demanda.

En agosto de 1997 es reconocido como Hospital Amigo de la Madre, en 1998 se le otorga el “Tumi de Oro” por la Voz del Callao; en Junio de 1999 tiene el reconocimiento como Hospital que cumple los “Diez pasos para un Parto Seguro” por el Programa de Salud Materno Perinatal del Ministerio de Salud, también en este año logramos ser considerados dentro del Plan Piloto del sistema de información de costos e Ingresos – SICI, realizado por la Dirección General de Planificación del MINSa y el Proyecto 2000. En Diciembre del 2001 se inició el reto impuesto por el MINSa en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 768-2001 y en mérito a ello es uno de los cinco hospitales suscriptores del Pacto de la Calidad.

En marzo del 2003 se firma el Convenio de Administración por Resultados con la Dirección Nacional de Presupuesto Público, en este año también se firmó el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y el Hospital San José inaugurándose en este último la Unidad de Displasias, se inaugura así mismo, el Centro Coordinador del Conocimiento del Callao.

En enero del 2004 es reconocido por lograr que sus instalaciones sean ambientes libres de humo de tabaco. En el mes de Abril se firmó por segunda vez el Convenio de Administración por Resultados, entre el Hospital San José, Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas; en el mes de Noviembre del mismo año, obtiene el Segundo lugar en la Categoría Institutos Especializados y Hospitales en el "I° Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento de la Calidad en Salud".

En el año 2,005 y por segundo año consecutivo, el Hospital San José Callao, recibió el Premio a la Calidad en el Concurso organizado por el Ministerio de Salud, obteniendo el Tercer Puesto en la convocatoria hecha por la Dirección de Calidad entre 1,500 trabajos presentados a nivel nacional, con el tema "Fortalecimiento del Sistema de Quejas en el Hospital San José".

Asimismo, en el 2006, se obtuvo el Tercer Lugar en el III Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento de la Calidad en Salud con el trabajo "Sistematización de los procesos Previos a Consulta Externa" presentado por la Unidad de Estadística, Informática. En el año 2007 y por cuarto año consecutivo el Hospital San José se hace acreedor al Tercer Puesto en la convocatoria hecha por la Dirección de Calidad del Ministerio de Salud, siendo ganador el trabajo presentado por el Servicio de Farmacia con el tema "Mejorando la adherencia de los pacientes en tratamiento con antirretrovirales".

Entre Enero 2008 – Octubre 2009, bajo la dirección del Dr. Ricardo Aldo Lama Morales, se ejecutó el Proyecto "Reubicación, Ampliación y Equipamiento del Servicio de Hospitalización y Procedimientos del Hospital San José- Callao". P.I.P. Nº 25553, orientado a brindar atención de calidad, mejorar las coberturas ante una demanda creciente. En dicho período no funcionaron los Servicios de Hospitalización, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico, ofertándose atención en Consulta Externa y Emergencia. La consulta externa brinda turnos de mañana y tarde, en las especialidades de Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Radiología, Endocrinología, Dermatología, Reumatología, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Psiquiatría, Patología Clínica y Anatomía Patológica, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Psicología Cirugía General y Laparoscópica, Oftalmología, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología, Medicina Física y Rehabilitación, Odontostomatología. La atención en el Servicio de Emergencia es las 24 horas del día, contándose con un equipo básico de guardia.

Las obras fueron inauguradas en Octubre 2009, contándose con la visita del Presidente de la República, Dr. Alan García Pérez y del Presidente del Gobierno Regional

del Callao, Dr. Alex Kouri Boumachar. A partir de Octubre 2009, ha ido regularizándose la atención en las nuevas instalaciones, tanto en Consulta Externa como en Hospitalización.

En el año 2011, se culminaron los Proyectos de Inversión Pública N° 30796 referidos a la "Reubicación, ampliación y equipamiento del Servicio de Cocina, Nutrición y Ambientes Administrativos del Hospital San José".

Y en el año 2012 se continuó el PIP N° 130661 "Equipamiento Biomédico de Consulta Especializada Emergencia y Medicina Física del Hospital San José".

Y es también en el año 2012 que se culminan los trabajos relacionados al PIP CODIGO 195400 "Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del Servicio de Emergencia del Hospital San José del Callao Gobierno Regional del Callao".

Durante el año 2013, y con sus propios recursos, el hospital logró construir un módulo integral destinado a la Estrategia de Prevención, Promoción y Control de la Tuberculosis. Y por otra parte, el hospital obtuvo el III lugar de su categoría en la Reunión Anual de Proyectos de Mejora, con el trabajo titulado: Campañas por un ambiente saludable y seguro para nuestro hospital".

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL SAN JOSE - CALLAO

El hospital San José – Callao, se encuentra ubicado en el Jr. Las Magnolias 475, en la cuarta cuadra de la Av. Elmer Faucett, entre el río Rímac y la Av. Argentina, en el Distrito de Carmen de la Legua – Reynoso, Provincia Constitucional del Callao, Región Callao.

La ubicación estratégica del hospital San José –Callao, junto a una vía troncal, de gran tránsito y rápido acceso, tanto a zonas de la Región Callao como de Lima, se constituye en una oportunidad a resaltar, por ser el establecimiento más cercano y de mayor capacidad resolutiva de esta zona para la atención de emergencias, acoger a usuarios de la más diversa procedencia, con una demanda cada vez mayor, sustentada en sus nuevas instalaciones y equipamiento, mayor número de personal profesional y técnico en las diversas especialidades y áreas, personal comprometido en una atención de calidad y que desarrolla una gran empatía, así como con un Equipo de Gestión dinámico, capacitado e involucrado en el importante rol que le compete como tal.

Características Estructurales - Planta Física:

El hospital San José – Callao, está construido, en las nuevas instalaciones, con materiales desmontables o materiales recuperables, con tabiquería en placas de Drywall

(placas de yeso cemento), columnas y vigas en perfiles de acero estructura; los pisos de los ambientes, en sus dos niveles, son de material cerámico y vinílico; en las nuevas construcciones se está utilizando vidrios templados por seguridad, y sus estructuras cuentan con material noble de la mejor calidad, acorde a las normas de construcción sanitaria vigentes.

MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSE

MISIÓN:

"Somos un Hospital del Sector Salud que brinda atenciones preventivo - promocionales, recuperativas y de rehabilitación a las personas, la familia y la población en un ambiente saludable, contribuyendo al desarrollo sostenido del país."

VISIÓN:

"Ser una Organización del Sector Salud exitosa y competitiva en los próximos 5 años que contribuya a tener una población sana con fácil acceso al establecimiento, con servicios eficientes y equitativos, con personal comprometido en una cultura organizacional de excelencia y calidad."

II. ANALISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

2.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DEL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA

Ubicación y Superficie

El distrito de Carmen de la Legua tiene la categoría de Ciudad, creada por Ley N° 15247 del 04 de Diciembre de 1964, cuenta con una superficie territorial de 2.12 Km². Se localiza en la parte Nor Este de la Provincia Constitucional del Callao, en Lima Perú, limita por el Norte con una línea imaginaria que sigue el límite provincial, a partir del hito Calle Rímac Surco hasta el hito Rímac Sur, de ese punto continúa la línea hacia el Oeste por la Av. Elmer Faucett, con el Distrito de San Martín de Porres; por el Este, siguiendo el límite provincial, a partir del hito Argentina Norte, hasta hito Calle Rímac, avenida Argentina Kilómetro 5.5 hasta el hito calle Rímac con el Cercado de Lima; por el Sur continua la línea del cruce de las avenidas Argentina y Faucett, Kilómetro 4.6 con el Distrito de Bellavista, y por el Oeste con el Distrito del Callao. La altura del territorio es de 54 m.s.n.m. Densidad poblacional de 21,948.11 Habitantes por Km².

Clima

El Clima, principalmente es frío y seco; de Diciembre a Marzo es la época de lluvias, con precipitaciones abundantes y temperatura estable y tibia, con un promedio de 18 °C.

Gráfico N° 1:
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO



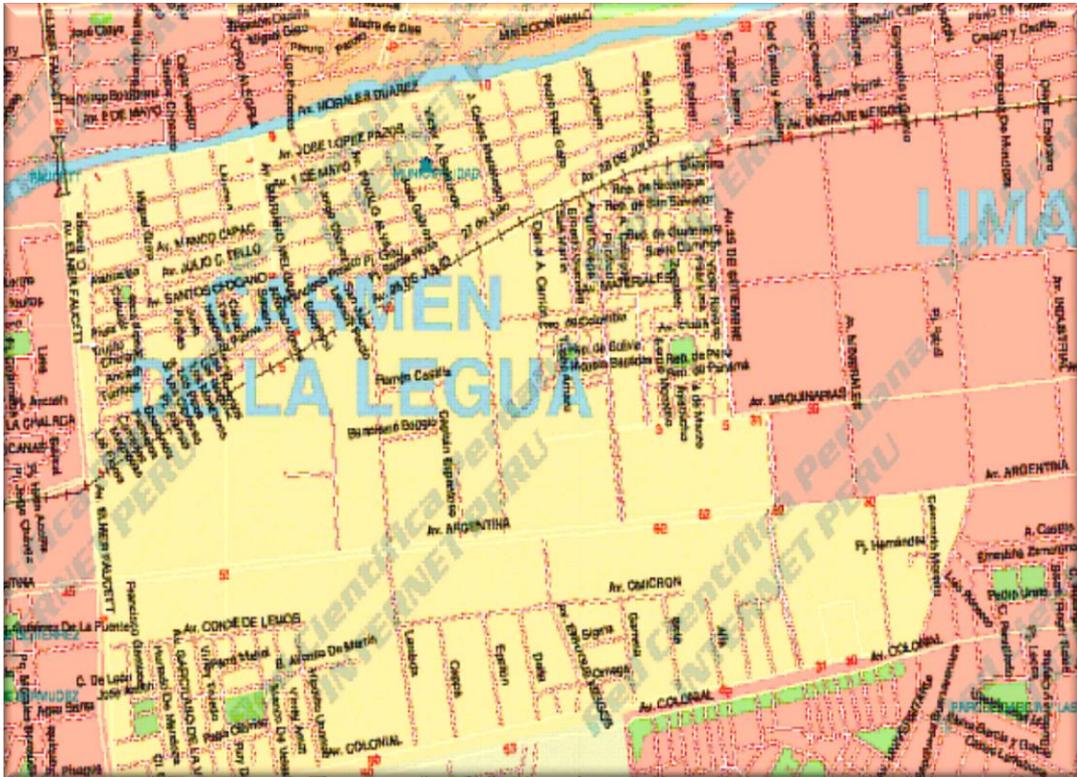
Gráfico N° 2:
MAPA DE LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO



El actual distrito de **Carmen de la Legua-Reynoso** (Gráfico 3), formaba parte del antiguo camino de frondosos matorrales que existían entre Lima y Callao antiguos. Inicia su poblamiento acelerado a partir de 1940 por inmigrantes del interior del país y en la década de 1950 era una zona de extracción de materiales de construcción. Fue creado como distrito por Ley N° 15247 del 4 de diciembre de 1964 y tiene una superficie de 2,12 kilómetros cuadrados. Su nombre se debe a que, durante los tiempos de la Colonia, en esta localidad se erigió una ermita a San Juan de Dios en la cual se establecieron los religiosos Hospitalarios, esta equidistaba una legua tanto de la

ciudad de Lima como del puerto de El Callao. En la actualidad, en el sitio donde se ubicaba esa ermita, se encuentra el Santuario de la Virgen del Carmen de la Legua.

**Gráfico Nº 3:
MAPA DEL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO**



2.2 ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

a) Tiempo de viaje al Hospital San José del Callao

Tabla 1: ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA SEGÚN DISTRITOS

Zona	Distancia	Vía	Tiempo
Callao	0 a 2 Km.	Carretera asfaltada	5 minutos
Bellavista	2 Km.	Carretera asfaltada	5 minutos
San Miguel	5 Km.	Carretera asfaltada	10 minutos
San Martín de Porres	2 Km	Carretera asfaltada	10 minutos
Ventanilla	21 Km.	Camino asfaltada	45 minutos
Los Olivos	18 Km.	Carretera asfaltada	45 minutos
Cercado Lima	14 Km.	Carretera asfaltada	15 minutos

Fuente: UEI-HSJ

La población del distrito de Ventanilla, constituye para el Hospital San José una zona de alto riesgo no solo por la accesibilidad, sino también por el nivel de pobreza, el déficit de establecimientos de salud y de centros educativos, que tenderá a disminuir en los siguientes años en relación directa con la mejor capacidad resolutiva del nuevo Hospital en la jurisdicción.

b) Vías de Acceso

Se cuenta con variedad de vías de comunicación para acceder al Hospital (ver Gráfico N°4).

2.3 ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS DE VIVIENDA

Según Censo 2007

- Según Censo 2007 las viviendas del distrito de La Punta, Bellavista y Carmen de la Legua se abastecen de agua por red pública al 100%, las de La Perla al 99% y el distrito Callao al 90%.
- En lo referente a la disponibilidad de servicio higiénico (desagüe) con red pública, se ha incrementado en 14 años (Censo 1993 – Censo 2007) en todos los distritos de la Provincia.
- El porcentaje de la población de la Región Callao sin electricidad es del 7%, con distritos que cuentan con este servicio al 100% como La Punta, La Perla, Carmen de la Legua, Bellavista; siendo el menos favorecido el distrito de Ventanilla, donde el 16% de sus pobladores no cuentan con este servicio.

Gráfico N° 4: MAPA DE LAS PRINCIPALES VIAS DE COMUNICACION

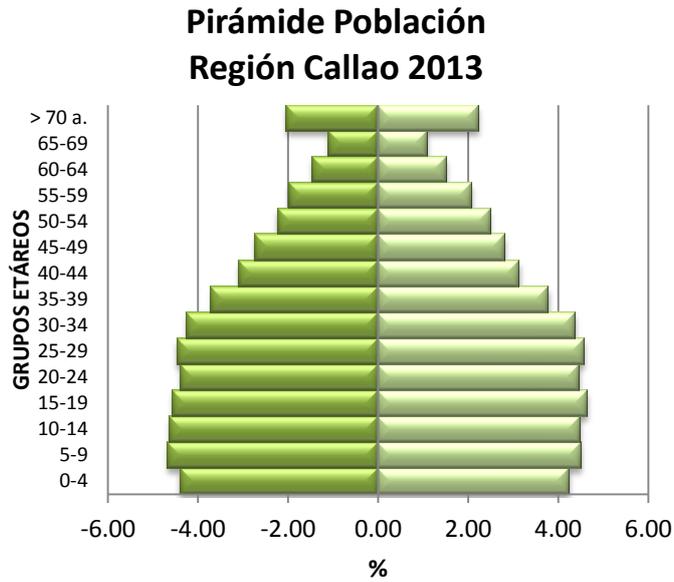
Fuente: Gobierno Regional del Callao

2.2 DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

La población de la Región Callao estimada para el 2013, es de 982,800 habitantes (Gráfico 5), con una densidad poblacional estimada en 7,598.

La pirámide poblacional de la Región Callao es de tipo expansiva, típica de los países en desarrollo, de base ancha, a predominio de la población joven, que a partir de los 34 años va estrechándose paulatinamente.

Gráfico N° 5: DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS

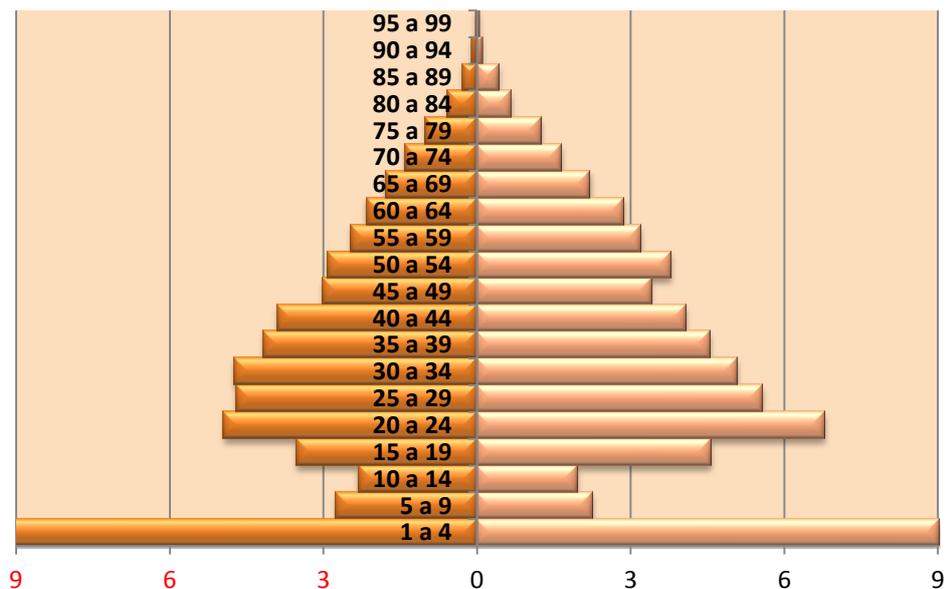


Fuente: Estadística
Elaborado por: DEPIDE Población Total: 982,800

SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CONSULTANTE EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ:

Durante el año 2013 (Gráfico 6) el hospital San José, la población atendida mostró una pirámide poblacional de tipo expansiva, con una base inicialmente angosta conformada por los niños de 0-4 años para luego expandirse entre los 5 y 14 años y continuar tal tendencia.

Gráfico 6: POBLACION ATENDIDA POR GRUPO ETAREO Y GENERO



Fuente: UEI-HSJ

Sin embargo la pirámide se estrecha una vez más a partir de los 40 a 44 años de edad, terminando en punta en los grupos de mayor edad, que sin embargo al tomarlos de manera conjunta, se notaría una ligera expansión.

DENSIDAD POBLACIONAL:

La población proyectada para la Región Callao en el año 2013 es **982 800**, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI), remitida a la Dirección de Estadística e Informática del MINSA y enviados a la Diresa Callao.

La densidad poblacional de la provincia es de 7,598 habitantes/km² destacándose en particular el distrito de La Perla con 21 895 habitantes/km².

En relación a Perú la densidad poblacional es de 22.7 habitantes/km², siendo el indicador más alto es de la Región Callao (7,598 habitantes/km²) y el más bajo es de Madre de Dios (1.4 habitantes/km²).

Tabla 2: POBLACION, SUPERFICIE Y DENSIDAD POBLACIONAL POR DISTRITOS- PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO- AÑO 2013			
PROVINCIA/DISTRITOS	POB. TOTAL	SUPERFICIE (KM)	DENSIDAD
Provincia	982,800	129.35	7,598
Callao	414,249	45.65	9,074
Bellavista	73,489	4.56	16,116
Carmen de La Legua	41,756	2.12	19,696
La Perla	60,211	2.75	21,895
La Punta	3,655	0.75	4,873
Ventanilla	389,440	73.52	5,297
Fuente: INEI/Estadística			

NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ

En el hospital San José del distrito de Carmen de la Legua Reynoso, se registraron 2,652 nacidos (Tabla 3), cifra inferior a lo registrado en el año 2012 (3,036), delineándose una decrecimiento de la demanda en los últimos tres años, situación que podría atribuirse a la mejor capacidad de atención del binomio madre-niño en la red de establecimientos periféricos de la jurisdicción.

Tabla 3: NACIDOS VIVOS : 2004 - 2013													
AÑO / MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL ANUAL
2013	231	231	211	231	231	228	227	237	206	211	199	209	2,652
2012	264	273	257	265	264	247	247	256	245	233	236	249	3,036
2011	294	252	304	249	308	242	267	255	286	233	280	259	3,229
2010	161	174	147	187	180	185	196	170	211	203	204	259	2,277
2009	17	14	22	17	22	10	9	8	17	14	39	132	321
2008	33	21	31	23	13	15	22	11	22	10	11	14	226
2007	234	213	238	220	247	220	209	209	226	241	220	187	2,664
2006	278	224	255	264	248	238	264	262	259	262	216	255	3,025
2005	278	268	275	245	272	269	241	253	264	223	219	225	3,032
2004	215	214	244	205	254	206	243	214	250	253	248	247	2,793

Fuente: UEI-HSJ

CRECIMIENTO POBLACIONAL

El crecimiento poblacional de la provincia es dependiente del crecimiento nacional a expensas de las zonas urbanas, registrándose para el periodo 2000-2005 una tasa de 13.63, que disminuiría discretamente para el siguiente quinquenio 2006-2010 en 11.57, esperándose una proyección de 11.18 para el periodo 2011-2015.

Tabla 3a: INDICADORES DEMOGRÁFICOS, ESTIMADOS POR QUINQUENIOS, 2005-2015

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Nacimientos anuales:			
B (en miles)	621	612	589
Tasa bruta de natalidad:			
b (por mil)	23.08	21.36	19.43
Tasa global de fecundidad	2.80	2.60	2.38
Tasa bruta de reproducción	1.37	1.27	1.16
Tasa neta de reproducción	1.29	1.21	1.12
Muertes anuales:			
D (en miles)	149	155	167
Tasa bruta de mortalidad:			
d (por mil)	5.55	5.42	5.52
Esperanza de vida al nacer:			
Ambos sexos	71.60	73.12	74.13
Hombres	69.00	70.50	71.54
Mujeres	74.32	75.87	76.84

Fuente: INEI

Tabla 3b: INDICADORES DEMOGRÁFICOS, ESTIMADOS POR QUINQUENIOS, 2005-2015

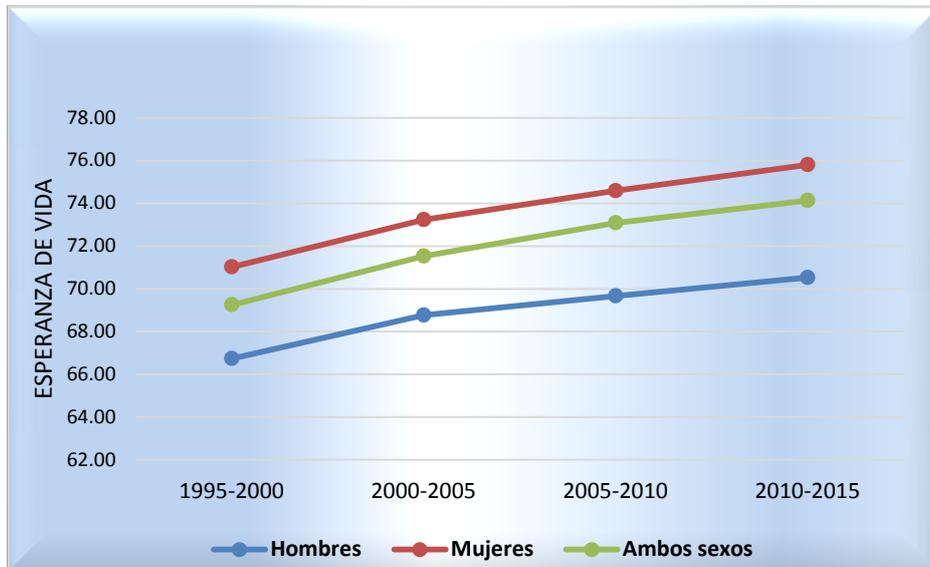
INDICADORES DEMOGRÁFICOS	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Tasa de mortalidad infantil:			
(por mil nacidos vivos)	27.40	21.00	18.60
Crecimiento Natural			
Crecimiento anual:			
B-D (en miles)	472	457	422
Tasa de crecimiento natural:			
b-d (por mil)	17.53	15.94	13.91
Migración Internacional*/			
Migración neta anual:			
M (en miles)	-105	-125	-83
Tasa de migración neta:			
m (por mil)	-3.9	-4.37	-2.73
Crecimiento Total			
Crecimiento anual:			
B-D+(-)M (en miles)	367	332/	339
Tasa de crecimiento total:			
b-d+(-)m (por mil)	13.63	11.57	11.18

Fuente: INEI

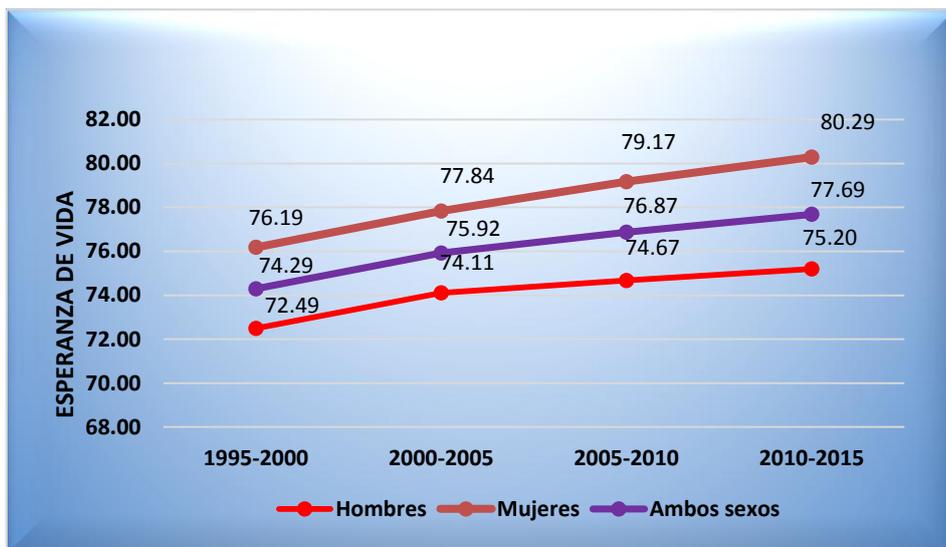
ESPERANZA DE VIDA AL NACER

En el periodo (2005-2010), la esperanza de vida al nacer en promedio, para la Región Callao es 76.9 años (74.7 años para hombres y 79.2 años para mujeres).

El promedio nacional es 73.1 años (70.5 años para hombres y 75.9 años para mujeres – Gráfico 7a), ocupando el Callao el primer lugar con el mejor promedio de este indicador y Huancavelica el último lugar con el promedio de 68.6 años para hombres y 70.8 años para mujeres. Se espera un incremento aritmético para el periodo 2010-2015 calculado en 77.69 años para ambos sexos (Gráfico 7b).

Gráfico 7a: ESPERANZA DE VIDA AL NACER 2005 – 2015 NIVEL NACIONAL

Fuente: INEI

Gráfico 7b: ESPERANZA DE VIDA AL NACER 2005 – 2015 NIVEL REGIONAL

Fuente: INEI

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (al año 2012)

Para calcular el IDH se utiliza la esperanza de vida, la tasa de alfabetismo mediante la matrícula en el sistema educativo regular y el ingreso per cápita o PBI per cápita. El resultado va de 0 a 1, donde valores más próximos a 1 nos indican mayor desarrollo humano.

El IDH de la provincia del Callao es 0.5863 superior al nacional (0.5058), ocupando el primer lugar en el ranking nacional.

Los distritos de **Carmen de Legua (0.5979)** y **Ventanilla (0.5315)**, presentan los IDH más bajos de la provincia, siendo inclusive más bajos que los registrados en el año 2009.

Tabla 5: ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) 2012

ZONA GEOGRÁFICA	Población		Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de vida al nacer		Alfabetismo		Escolaridad		Logro Educativo		Ingreso familiar per cápita	
	habitantes	ranking	IDH	ranking	años	ranking	%	ranking	%	ranking	%	ranking	N.S. mes	ranking
PERÚ a/	30,135,875		0.5058		74.31		67.87		9.00		696.9		30,135,875	
Provincia del Callao	969,170	2	0.5863	9	9.16	14	81.01	6	10.35	9	822.6	13	969,170	2
Distrito del Callao	415 888	5	0.6801	32	6.29	12	98.45	42	89.08	510	95.32	65	514.3	36
Bellavista	74,287	77	0.6832	24	79.82	86	86.15	58	12.38	19	1109.4	44	74,287	77
Carmen de la Legua Reynoso	42,065	133	0.5979	72	79.45	127	79.99	150	10.64	89	857.6	107	42,065	133
La Perla	60,886	96	0.6959	23	79.32	142	87.20	44	12.55	17	1164.7	33	60,886	96
La Punta	3,793	1017	0.7636	6	79.19	153	87.27	42	13.23	11	1484.9	8	3,793	1017
Ventanilla	370,517	9	0.5315	171	78.53	242	73.32	258	10.47	103	655.1	286	370,517	9

Fuente: Informe PNUD 2012

NIVEL EDUCATIVO REGIÓN CALLAO**- Educación básica regular (EBR)**

De acuerdo a los datos del padrón 2010, la Región Callao tiene 211,470 estudiantes matriculados en la educación básica regular. El 62.8% (132,785) lo hizo en instituciones públicas y el 37.2 % (78,685) en instituciones privadas; el 19% (40,154) se matriculó en el nivel inicial, el 46.4% (98,208) en el nivel primario y el 34.6%(73,108) en el secundario.

En cuanto al número de instituciones educativas para atender esta población, al 2011 existen 1386 en la Región Callao (1058 privadas frente a 328 públicas)

De igual manera, en la Región existen 12,785 docentes en la EBR. El 45.6%(5,835) trabajaba en instituciones públicas y el 54.4% (6,950) en instituciones privadas. El 18.7% (2,394) se desempeñaba en el nivel inicial, el 45.9% (5,864) en el primario y el 35.4% (4,527) en el nivel secundario.

De acuerdo a los datos presentados, es importante destacar que si bien la mayor parte de los estudiantes acuden a IIEE públicas (62.8 %), sin embargo, existen muchas más IIEE privadas que públicas (1058 privadas frente a 328 públicas). Este hecho contrasta notoriamente con el promedio nacional en el que el 76.4% de las instituciones son estatales.

Asimismo, a pesar que aún la mayor parte de estudiantes acuden a IIEE públicas, no obstante, si observamos la evolución de la matrícula en el último quinquenio, podemos observar una clara tendencia hacia la disminución de la matrícula pública, mientras que la matrícula general, se mantiene relativamente constante.

- **Educación básica alternativa**

De acuerdo a los datos del padrón 2010, la Región Callao tiene 3382 estudiantes matriculados en la educación básica alternativa. De éstos, el 98 % (3320) lo está en instituciones públicas y el 2% (62) en instituciones privadas. Se cuenta, además, con 177 docentes, de los cuales 173 se desempeñan en instituciones públicas y 4 en instituciones privadas.

- **Educación básica especial**

De acuerdo a los datos del padrón 2010, la Región Callao tiene 1081 estudiantes matriculados en educación básica especial, de los cuales 1018 (94%) lo está en instituciones públicas. El número de docentes asciende a 181, de los cuales 163 (90%) se desempeña en instituciones públicas y el 10% (18) en instituciones privadas.

En cuanto a las instituciones educativas, a 2011, la Región tiene en el distrito del Callao en Educación Básica Especial, 01 Instituciones Educativa pública, 02 en Bellavista, 01 en Carmen de la Legua, 01 en La Perla, 0 en La Punta y 04 en Ventanilla, haciendo un total de 09 CEBE. A nivel privado, el distrito del Callao cuenta con 02 Instituciones Educativas y ninguna en los otros distritos de la Región.

- **Educación técnico-productiva**

De acuerdo a los datos del padrón 2010, la Región Callao tiene 6954 estudiantes matriculados. El 64.4% (4475) lo está en instituciones privadas y el 35.6%(2475) en instituciones públicas. El número de docentes asciende a 174, de los cuales el 14.4% (25) presta servicios en instituciones públicas y el 85.6 % (149) en las privadas.

En cuanto a centros o instituciones, en el año 2011, la Región tiene en el distrito del Callao en Educación Técnico-Productiva 03 CETPROs públicos y 03 por convenio, 01 en Bellavista, 0 en Carmen de la Legua, 01 en La Perla por convenio, 0 en La Punta y 01 público y 02 por convenio en Ventanilla , con un un total de 11. A nivel privado, el distrito del Callao cuenta con 09 CETPROs, 02 en Bellavista, 0 en Carmen de la Legua, 01 en La Perla, 0 en la Punta y 03 en Ventanilla, con un total de 15.

Cabe destacar la significativa disminución que en la Región Callao se ha experimentado los últimos años, tanto en el número como en la proporción de estudiantes que acuden a instituciones públicas de educación técnico – productiva.

Así, en el año 2007, el 44.8% (3,128) estudiaba en instituciones públicas, mientras que el 2010 lo hace solo el 35.6 % (2475) Educación no universitaria. De acuerdo a los datos del padrón 2010, la Región Callao tiene 2,002 estudiantes matriculados, de los cuales el 63.8 % (1,277) lo hace en instituciones públicas y el 36.2% (725) en las privadas. El 22% (241) se

matriculó en un instituto superior pedagógico y el 88% (1,761) en un instituto superior tecnológico.

En ese mismo año, se registraron 237 docentes. El 49% (116) se desempeñaba en instituciones públicas y el 51% (121) trabajaba en instituciones privadas. El 17.3%(41) prestaba servicios en institutos superiores pedagógicos y el 82.7% (196) en institutos superiores tecnológicos.

En el año 2011, la Región tiene en el distrito del Callao en Educación Técnico-Productiva, 03 CETPROs públicos y 03 por convenio, 01 en Bellavista, 0 en Carmen de la Legua , 01 en La Perla por convenio , 0 en La Punta y 01 público y 02 por convenio en Ventanilla , con un total de 11. A nivel privado, el distrito del Callao cuenta con 09 CETPROs, 02 en Bellavista, 0 en Carmen de la Legua, 01 en La Perla, 0 en la Punta y 03 en Ventanilla, con un total de 15.

En el año 2011, en la Región, en el distrito del Callao existe el Instituto Superior Público Pedagógico “María Madre” y los Institutos Superiores privados pedagógico “Paulo VI” y tecnológico “Christian Barnard”.

- **Los indicadores a nivel primario son superiores al de secundaria**

En nivel primario 2010: Aprobado 87.36%-pasan a Recuperación 7.68%-Desaprobados 2.56% y Retirados 2.40%. En el nivel secundario 2010: Aprobados (87%), Pasa a recuperación 9.20%, desaprobados (2.30%) y retirados 1.50%. Los indicadores del nivel primario y secundario han evolucionado favorablemente en los últimos años

- **Indicador: Repetidos 2009 (MINISTERIO DE EDUCACION)**

En el nivel primario es de 3.1% y secundario 3.6% mejorando en relación al año anterior y ambos son menores que el promedio nacional 6.7% y 5% respectivamente, ocupando el 5to lugar en primario y 4to lugar en secundaria en el ranking nacional de las mejores instituciones. Esto se asocia a las tasas de conclusión:

- **Tasa de Conclusión de Primaria y Secundaria año 2009..**

Estos indicadores han mejorado en el nivel primario de 12-14 años y 15-19 años y secundario de 17-19 años en relación al mismo periodo del año anterior en la Región Callao y a nivel nacional en todos los grupos de edades.

- **Tasa de conclusión primaria:**

12 a 14 años (85.2%), 15 a 19 años (98.2%), siendo superiores al nacional y ocupando el octavo y quinto lugar en el ranking nacional.

- **Tasa de conclusión secundaria:**

17 a 19 años (79.1%), 20 a 24 años (90.6%) siendo superiores la nacional y ocupado el primer y quinto lugar respectivamente en el ranking nacional.

- **Alumnos con atraso escolar**

6.1% en el nivel primario y 9.3% en el nivel secundario, siendo inferiores al nacional y ocupando el quinto y cuarto lugar respectivamente en el ranking de los mejores indicadores a nivel nacional.

TASA DE ANALFABETISMO: SEGÚN EL CENSO 2007

La tasa de analfabetismo de la Región Callao es la mejor del país 1.6%, el promedio nacional es 10.40%, la más alta es la Región Apurímac 26.60%.

En América Latina el promedio es 8.9%(2007) teniendo la cifra más baja Cuba con 0.2% la superior Guatemala (26.8%).

En el Área Andina la cifra más baja es de Venezuela con 4.8%, la más alta Ecuador con 15.8%.

En el Cono Sur la cifra más alta es de Paraguay 5.4% y la más baja de Uruguay 2.1% y Argentina 2.4%.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN EL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA:

El Distrito de Carmen de la Legua Reynoso, cuenta con doce (12) Instituciones Educativas Estatales (I.E.E.), distribuidas de la siguiente manera:

NIVEL INICIAL:

- I.E.E. Inicial N° 85, en Jr. Abel Callirgos N° 336 Villa Señorde los Milagros.
- I.E.E. Inicial N° 56, en Jr. Jorge Chávez N° 336 - 22 de Octubre

PRIMARIA DE MENORES

- I.E.E. N° 4015, en A. Quispe N° 350 y Materiales-Carmen de la Legua
- I.E.E. N° 5030, en Av. López Pazos N° 203- Reynoso; que inició sus labores en 1953, en la asociación Pro Vivienda Pobladores de Reynoso, donde estudiaban niños de Reynoso, Carmen de la Legua, Mirones, Hacienda Santa Rosa, Hacienda San Agustín, Callejón Bata y otros lugares, por lo que el terreno quedaba chico para tantos escolares. Entre 1978 -1979 el señor Nuéz, propietario del lote de la esquina ubicada entre la Av. López Pazos y el Jr. Miguel Grau, entrega en propiedad dicho terreno para el Centro Educativo. La unificación del 507 y el 504, se denomina actualmente I.E.E. N° 5030 "Teniente Coronel Leopoldo Pérez Salmón".

- I.E.E.N° 5035, en Jr. Santos Chocano N° 788 - P.J. San Rafael
- I.E.E.N° 5041, en Jr. Loreto - Reynoso
- I.E.E.N° 5043, en Jr. Lima N° 350 - Conquistadores
- I.E.E.N° 5044, en Av. López Pazos N° 803- Carmen de la Legua

PRIMARIA DEL ADULTO

- I.E.E.N° 5044 “Bandera de la Paz”, en Av. López Pazos N° 803 Carmen de la Legua

SECUNDARIA DE MENORES

- Colegio Nacional N° 4015 “Augusto Salazar Bondy”, en A. Quispe N° 350 y Materiales–Villa Señor de los Milagros.
- Colegio Nacional “Raúl Porras Barrenechea”, en Esq. Piura y Lima- Reynoso.

EDUCACIÓN ESPECIAL

- Institución Educativa Especial “Virgen del Carmen”, en Av. López Pazos N° 851- Carmen de la Legua

Asimismo, el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso, cuenta con un gran número de Instituciones Educativas Particulares (I.E.P.), entre ellas:

- I.E.P. “B. Group”(Primaria y Secundaria), en la Cuadra 2 de la Calle Manco Cápac – Reynoso.
- I.E.P. “Christian Barnard”, en Av. Manco Cápac N° 959- Carmen de La Legua.
- I.E.P. “Santa Angela de Merici”, en Jr. Víctor A. Belaúnde S/N. Carmen de La Legua.
- I.E.P. “TúpacAmaru”, en Av.López Pazos.
- I.E.P. “Regina Pacis” (Primaria), em la Esquina de la Av. López Pazos con Jr. Independência; Secundaria y Educación de Adultos, en la Cdra. 4 de laAv.1º de Mayo.
- I.E.P. “Bárbara D’Achille”, en la Esquina de la Av. López Pazos con Jr. Libertad – Reynoso.
- I.E.P. “Martín Lutero”, en la Esquina de la Av. López Pazos con Jr. Independencia- Reynoso.

- I.E.I.P. “Jesús El Buen Pastor”, en Jr. Jorge Chávez Nº 312- Carmen de La Legua.
- I.E.I.P. “Santísimo Nombre de Jesús”, en Av. Manco Cápac Nº 585- Carmen de La Legua.
- I.E.I.P. “El Nuevo Mundo”, en Av. 1º de Mayo Nº 642- Carmen de La Legua.
- I.E.P. “Ricardo Palma”, en Jr. República de Santo Domingo Nº 180- Carmen de La Legua.
- I.E.P. “María de los Angeles”, en Jr. 29 de Setiembre Nº 260- Carmen de La Legua.
- I.E.P. “Nuevo Milenio”, en Jr. Daniel A. Carrión Nº 250- Carmen de La Legua.

ACTIVIDAD ECONÓMICA

De acuerdo a la información del Observatorio Socio Económico Laboral, la población en edad de trabajar (PET) en el Callao asciende a 694,536 personas. De ellas, el 36% corresponde a población joven con menos de 30 años. En todos los rangos de edad, exceptuando el de 65 años a más, puede observarse que la población se encuentra mayoritariamente ocupada y con un promedio de desocupación de aproximadamente 5.8 %. No obstante, como se precisará más adelante, la mayor parte de las actividades ocupacionales corresponden al sector terciario.

Ingreso promedio por sexo según nivel educativo

En la región Callao, de acuerdo a la Encuesta de Hogares Especializada en Niveles de Empleo, 2009, se observa que, en promedio, las mujeres perciben menores ingresos que los hombres, aún contando con el mismo nivel educativo. Así, el ingreso promedio en el Callao de una mujer que cuenta con educación superior es de S/ 1217, mientras que el de un hombre es de S/ 1980. Esta inequidad, desfavorable para las mujeres, se observa en todos los niveles educativos alcanzados, como lo muestra el siguiente cuadro.

Distribución de la PEA por sexo según niveles de empleo

En la Región Callao, de acuerdo con la información disponible para el 2007, entre las mujeres se observa mayor desempleo y subempleo que entre los varones, con 61% y 37.4%, respectivamente, siendo destacable el hecho de que los varones no solo presenten un mejor nivel de empleo adecuado (62.6% frente al 39% de las mujeres) sino que además han tenido una mejora de más de siete puntos porcentuales respecto a los niveles registrados en el 2005 y el 2006. Las mujeres también acceden más que antes a empleo adecuado pero la tendencia es ligeramente creciente y mucho menor en comparación a la que se aprecia entre los hombres.

Categoría ocupacional de los trabajadores

De acuerdo a la información recogida por el Observatorio Socioeconómico Laboral del Callao (OSEL), las actividades que concentran la mayor cantidad de trabajadores son las de servicio y comercio, representando ambas el 73,7 % de los trabajadores. Como se destaca en el diagnóstico socioeconómico laboral de la región Callao, estas actividades corresponden al sector terciario, caracterizado por utilizar una mano de obra que genera poco valor agregado.

III. ANALISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

3.1. SISTEMA DE SALUD

El hospital San José tiene la misión de proteger la dignidad de la persona, promoviendo la salud para construir una cultura de salud y de solidaridad, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes.

Nivel de Servicios:

El Nivel de Complejidad del Hospital San José- Callao es II – 2, que lo cataloga como un Hospital de mediana complejidad.

A continuación la cartera de servicios que presta el Hospital.

CONSULTA EXTERNA:

Horario de Atención:

Mañanas : 8.00 a.m. – 1.00 p.m.

Tardes : 2.00 p.m. – 8.00 p.m.

MEDICINA:

- *Medicina Interna.*
- *Cardiología.*
- *Endocrinología.*
- *Gastroenterología.*
- *Neumología.*
- *Neurología.*
- *Reumatología.*
- *Dermatología.*
- *Infectología.*
- *Psiquiatría.*
- *Geriatría.*
- *Medicina Física y Rehabilitación.*
- *Medicina alternativa.*
- *Medicina General*

CIRUGIA:

- *Cirugía Laparoscopia.*
- *Cirugía General.*
- *Traumatología.*
- *Oftalmología.*
- *Urología.*
- *Otorrinolaringología.*
- *Tópico de Cirugía.*

PEDIATRIA:

- *Pediatría.*
- *Neonatología.*
- *Programa de Asma.*

GINECO – OBSTETRICIA:

- *Ginecología.*
- *Obstetricia.*
- *Unidad de Displasia.*
- *Unidad de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.*
- *Bienestar Fetal.*
- *Unidad de Climaterio.*
- *Consejería Pre y Post Natal.*
- *Consejería en Adolescente.*
- *Talleres de Psicoprofilaxis de Pre y Post Natal (Estimulación Pre Natal).*
- *Prevención de la Violencia Basada en Género.*
- *Transmisión Vertical.*

SALUD MENTAL:

- *Psiquiatría.*
- *Psicología.*

SERVICIO SOCIAL:

- *Consulta Ambulatoria (Mañana y Tarde).*

ODONTOLOGIA, FARMACIA, NUTRICION:

Atención en los siguientes grupos:

- *Niños.*
- *Adolescentes.*
- *Adultos.*
- *Gestantes.*
- *Lactantes.*
- *Adulto Mayor.*

EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL.

ESTRATEGIAS SANITARIAS NACIONALES:

- *Inmunizaciones.*
- *Prevención y Control de TBC.*
- *Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA.*
- *Prevención y Control de Malaria y OTV.*
- *Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles.*
- *Prevención y Control de Zoonosis.*
- *Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED).*
- *Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Agudas e Infecciones Diarreicas Agudas.*
- *Etapas de Vida Adolescente (EVA).*

EXAMENES DE APOYO AL DIAGNOSTICO:

- *Laboratorio Clínico.*
- *Anatomía Patológica.*
- *Banco de Sangre.*

- Radiología.
- Mamografías.
- Ecografías.
- Eco – Doppler.
- Fluoroscopía.
- Prueba de Esfuerzo.
- Audiometría

SALA DE PROCEDIMIENTOS:

- Endoscopia Digestiva y Toma de Biopsia.
- Proctosigmoidoscopia.
- Fibrobroncoscopia.
- Espirometría.

OTROS SERVICIOS:

- Examen Psicosomático para Brevetes.
- Expedición de Certificado de Invalidez (ONP – Pensión): Miércoles 8.00 am – 1.00 p.m.
- Expedición de Certificado de Discapacidad (CONADIS): Lunes – Sábado. 8.00 a.m. – 1 p.m. (EXCEPTO LOS DIAS MIERCOLES).
- Expedición de Certificado para Portar Armas – DISCAMEC.

SERVICIO DE EMERGENCIA:

Atención las 24 horas del día en las principales especialidades:

- Medicina.
- Unidad Crítica de Emergencia.
- Pediatría.
- Cirugía.
- Gineco – Obstetricia.
- Eco – Doppler de Emergencia.
- Laboratorio de Emergencia.

- Rayos X de Emergencia.
- Unidad de Rehidratación Oral y Nebulizaciones.
- Servicio Social de Emergencia.
- Servicio de Ambulancia.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LAS PRINCIPALES ESPECIALIDADES:

- ✓ Medicina
- ✓ Pediatría.
- ✓ Neonatología.
- ✓ Pediatría.
- ✓ Gineco - Obstetricia.

Tabla 6a: NUMERO DE CAMAS POR SERVICIOS:

SERVICIO	DISTRIBUCION	Nº CAMAS	TOTALES POR ÁREAS
MEDICINA	VARONES	8	16
	DAMAS	8	
PEDIATRIA	SALA DE LACTANCIA	2	8
	SALA PRE-ESCOLAR	4	
	SALA ESCOLAR	2	
CIRUGIA	VARONES	7	12
	DAMAS	5	
NEONATOLOGIA	SALA 1	3	10
	SALA 2	4	
	SALA 3	3	
GINECO- OBSTETRICIA	PUERPERIO	9	27
	OBSTETRICIA PATOLÓGICA	11	
	GINECOLOGÍA	7	
TOTAL		73	73

Fuente: OPE- UEI-HSJ.

Tabla 6b: NUMERO DE CAMAS POR TÓPICOS EN EMERGENCIA:

SERVICIO	DISTRIBUCION	Nº CAMAS	TOTALES POR ÁREAS
MEDICINA	SALA DE OBSERVACIÓN DE ADULTOS	8	10
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2	
PEDIATRIA	SALA DE OBSERVACIÓN DE NIÑOS	2	2
GINECO- OBSTETRICIA	CENTRO OBSTÉTRICO	9	27
	CENTRO OBSTÉTRICO FETAL	11	
TOTAL		20	20

Fuente: OPE- UEI-HSJ.

3.2. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS

El hospital San José a diciembre del 2013 cuenta con 771 trabajadores: 373 son nombrados, 40 destacados y 358 trabajadores con Contrato CAS, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 7a: Nº de personal asistencial y administrativo:

GRUPO OCUPACIONAL	NOMBRADO	DESTACADO	CAS	TOTAL
FUNCIONARIOS	2			2
PROFESIONALES DE LA SALUD MEDICOS	88	15	40	143
PROFESIONALES DE NO MEDICOS	84	8	99	191
PROFESIONALES ASISTENCIALES	11	1	11	23
TECNICOS ASISTENCIALES	95	3	75	173
AUXILIARES ASISTENCIALES	31	7	45	83
PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	37	5	63	105
TECNICOS ADMINISTRATIVOS	25	1	25	51
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS				0
TOTAL	373	40	358	771

Fuente: Unidad de Personal- HSJ al 31 de diciembre del 2013

Asimismo, a pesar de encontrarse en el nivel II de complejidad hospitalaria, la institución cuenta con el concurso de una variada gama de especialidades clínicas, quirúrgicas y de soporte diagnóstico (Tabla 7b).

Tabla7b: Personal médico según especialidad:

ESPECIALIDAD MEDICA	CONDICION LABORAL			TOTAL
	NOMBRADO		CONTRATADO	
	NOMBRADO	DESTACADO	CAS	
ANESTESIOLOGO	1			1
CARDIOLOGIA	5		3	8
CIRUG.ORTOP Y TRAUMATOLOGIA	2		3	5
CIRUGIA GENERAL	5	1	9	15
DERMATOLOGO		1	1	2
ENDOCRINOLOGO	4	1	1	6
GERIATRA		1	2	3
GINECOBSTETRA	3			3
ENF. INFECCI Y TROPICALES/INFECTOLOGIA			1	1
INMUNOLOGIA Y REUMATOLOGIA	13	2	3	18
MEDICO DE FAMILIA	1			1
NEUMOLOGO	1			1
MEDICINA ALTERNATIVA	2		1	3
MEDICINA INTERNA	10	7	6	23
MEDICINA INTENSIVA	1		1	2
NEUROLOGO	4		3	7
PEDIATRA	2			2
OFTALMOLOGO	1		2	3
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	3		1	4
GASTROENTEROLOGO	2			2
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	3			3
OTORRINOLARINGOLOGO	1			1
PSIQUIATRA	12	1	3	16
RADIOLOGO	5		1	6
UROLOGO	3		1	4

Fuente: Unidad de Personal- HSJ al 30 de diciembre del 2013

3.3. DETERMINANTES POLÍTICOS

Durante el año 2013, se diseñaron dos proyectos de inversión pública cuya aprobación presupuestal se espera ejecutar para el año 2014 (Tabla 8).

Tabla 8: Obras de Infraestructura- inversión (comparativo 2012-2013)

PROYECTOS DE INVERSION PUBLICA	AÑO 2012		AÑO 2013	
	Código	Inversión	Código	Inversión
PIP "Reubicación, ampliación y equipamiento de hospitalización y procedimientos del Hospital San José" OBRA: modulo de grupo electrógeno	25553	Contrato S/. 100,852.16 nuevos soles		
PIP "Reubicación, ampliación y equipamiento de cocina, nutrición y ambientes administrativos del Hospital San José" OBRA: construcción de puente metálico del Hospital San José del Callao	30796	Contrato S/. 88,400.00 nuevos soles		
PIP " Mejoramiento de la capacidad resolutive del servicio de emergencia del Hospital San José Gobierno Regional del Callao" OBRA: mejoramiento de la capacidad resolutive del servicio de emergencia del Hospital San José	195400	Contrato S/. 483,908.66 nuevos soles		
PIP "Ampliación de la cobertura en la atención de pacientes intervenidos quirúrgicamente para su recuperación en el Hospital San José de la Región Callao"			209316	En fase de viabilidad
PIP "Ampliación y Mejoramiento de la oferta de servicios de mediana complejidad hospitalaria en el Callao con énfasis en la capacidad resolutive del Hospital San José Callao de la Dirección Regional de Salud del Callao"			52532	Autorizado para salto a estudio de factibilidad

Y por otra parte, la Dirección Ejecutiva del Hospital San José, emprendió con recursos propios, la construcción de los nuevos ambientes destinados a la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis, así como se accedió a la donación de una ambulancia con equipamiento de última generación para la atención de emergencias de alta complejidad.

INAUGURACION DE LAS OBRAS DE REMODELACION Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL SAN JOSE- AÑO 2013





ENTREGA DE LA AMBULANCIA DONADA A TRAVÉS DE LA EMBAJADA DE JAPÓN - 2013





3.3.1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.

Al I trimestre del año 2013, en una publicación de la RENIEC (Tabla 9), se evidencian que de los 6 distritos, de Bellavista es el que muestra la mayor Tasa de Mortalidad General (TMG), con 1.9 defunciones por cada mil habitantes (136 defunciones). Los distritos de Carmen de La Legua, La Punta y el Callao, muestran una TMG homóloga de 1,2. Sin duda alguna, tales indicadores se encuentran por debajo del promedio nacional que se sitúa en 5.1 estimado para el año 2013.

Tabla 9: TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR DISTRITOS. REGION CALLAO, AÑO 2013 (I trimestre)

DISTRITOS	Nº DEFUNCIONES	POBLACIÓN	TASAS X 1000
TOTAL PROVINCIAL	962	982,800	1.0
CALLAO	490	409,570	1.2
BELLAVISTA	136	73,489	1.9
CARMEN DE LA LEGUA	49	41,756	1.2
LA PERLA	81	60,211	1.3
LA PUNTA	10	8,334	1.2
VENTANILLA	196	389,440	0.5

Fuente : Certificado de Defunción / RENIEC

Mortalidad en el Distrito de Carmen de la Legua:

En el distrito de Carmen de la Legua al I semestre del año 2013 (Gráfico 8), fallecieron 49 personas, donde resalta la Neumonía con 6 casos (12.2%) como primera causa de muerte, seguida de la Septicemia no especificada con 5 casos (10.2%). La alta frecuencia de muertes "por otras causas" (51%) no permite un análisis más objetivo y certero del perfil de mortalidad prevalente en la jurisdicción.

Gráfico N° 8:

Ord.	Cod. CIE X	Causas	Sexo	Total	Grupos de Edad								
					< 1 año-	1-4' A	5-9' A	10-14' A	15-19 A	20-49 A	50-59 A	60 + años	
Total				T	49	2	0	0	0	1	5	4	37
				M	26	1	0	0	0	1	4	3	17
				F	23	1	0	0	0	0	1	1	20
1	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	T	6	0	0	0	0	0	1	0	5	
			M	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
			F	5	0	0	0	0	0	1	0	4	
2	A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	T	4	0	0	0	0	0	0	0	4	
			M	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			F	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
3	L89	ULCERA DE DECUBITO	T	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			F	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
4	J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES	T	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			M	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
			F	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
5	J690	NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION D	T	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			M	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS	T	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			M	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
			F	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
7	C80	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPE	T	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			M	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
			F	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SI	T	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			M	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
			F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	K746	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS	T	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
			M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			F	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
10	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	T	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
			M	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
			F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Las demás causas				T	25	2	0	0	0	1	4	4	14
				M	15	1	0	0	0	1	4	3	6
				F	10	1	0	0	0	0	0	1	8

Fuente: Diresa Callao 2013

En cuanto a las defunciones reportadas por el Hospital San José (Tabla 10), en el año 2013 se obtuvo un total de 40, con un leve predominio de procesos respiratorios.

Tabla 10: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE EL AÑO 2013

N°	MORTALIDAD	CASOS
1	Insuficiencia Respiratoria	15
2	Neumonía	5
3	Sepsis Foco Respiratorio	5
4	Sepsis Foco Urinario	3
5	Shock Séptico	2
6	Cirrosis Hepática	1
7	Infarto Agudo Al Miocardio	1
8	Encefalopatía	1
9	Axfixia Neonatal	1
10	Prematuridad	1
11	Otros	5
TOTAL		40

Fuente: Oficina de Estadística -HSJ

3.3.2. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

Efectuando un recorrido a través de las etapas de vida, la Tabla 11 nos resume la morbilidad atendida en los servicios de pediatría temprana y neonatología, se evidencia un ligero predominio de las causas respiratorias, lo que implica la necesidad de disminuir los riesgos antes de las temporadas invernales. Se observa, asimismo, una disminución de los casos relacionados a la ictericia neonatal, hecho que puede obedecer a múltiples factores.

Luego, al examinar la etapa completa del niño, se percibe las mismas tendencias de los años anteriores, en cuando las enfermedades respiratorias continúan como la principal causa de demanda a los servicios de atención ambulatoria. El análisis puede verse limitado una vez más por el grupo de misceláneas no especificadas (Tabla 12) que alcanza hasta el 46.52%.

Tabla 11: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD				
CONSULTA EXTERNA - SERVICIO DE PEDIATRÍA TEMPRANA Y NEONATOLOGÍA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	3224	16.69%	16.69%
J02	FARINGITIS AGUDA	3054	15.81%	32.50%
J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	1573	8.14%	40.64%
J45	ASMA	1289	6.67%	47.31%
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	968	5.01%	52.32%
J30	RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA	717	3.71%	56.04%
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MUL	677	3.50%	59.54%
P28	OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO, ORIGINADOS EN EL PERI	587	3.04%	62.58%
P59	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LAS NO ESPECIFICADAS	518	2.68%	65.26%
J20	BRONQUITIS AGUDA	516	2.67%	67.93%
	OTROS	6195	32.07%	100.0%
	TOTAL CASOS	19318		

FUENTE : Hojas HIS

Tabla 12: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD				
CONSULTA EXTERNA - ETAPA NIÑO				
AÑO 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	3232	13.10%	13.10%
J02	FARINGITIS AGUDA	2963	12.01%	25.12%
J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	1604	6.50%	31.62%
J45	ASMA	1201	4.87%	36.49%
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	941	3.82%	40.30%
J30	RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA	926	3.75%	44.06%
H52	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	683	2.77%	46.83%
P28	OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO, ORIGINADOS EN EL PERI	586	2.38%	49.20%
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MUL	538	2.18%	51.38%
P59	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LAS NO ESPECIFICADAS	517	2.10%	53.48%
	OTROS	11474	46.52%	100.0%
	TOTAL CASOS	24665		

FUENTE : Hojas HIS

Pero al pasar a etapa del adolescente (Tabla 13) las etiologías se diversifican, pudiendo apreciarse que los trastornos de la acomodación, enfermedades respiratorias, acné, obesidad y otros daños que suelen presentarse en esta fase de la vida. Lamentablemente, la inmensa cantidad de "OTROS" sin especificar (71.22%) sesgará en definitiva todo intento de análisis más objetivo

Tabla 13: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD				
CONSULTA EXTERNA - ETAPA ADOLESCENTE				
AÑO 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
H52	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	955	7.17%	7.17%
J45	ASMA	402	3.02%	10.19%
L70	ACNÉ	387	2.91%	13.09%
J30	RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA	378	2.84%	15.93%
J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	335	2.52%	18.45%
K02	CARIES DENTAL	303	2.27%	20.72%
J02	FARINGITIS AGUDA	299	2.24%	22.97%
K30	DISPEPSIA	268	2.01%	24.98%
F32	EPISODIO DEPRESIVO	265	1.99%	26.97%
K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	241	1.81%	28.78%
	OTROS	9486	71.22%	100.0%
	TOTAL CASOS	13319		

FUENTE : Hojas HIS

Y al continuar con la siguiente fase: el adulto (Tabla 14a), las etiologías parecieran diversificarse aún más, con una mayor relevancia del denominado grupo de Enfermedades No Transmisibles, como también de entidades referidas a las mujeres en edad reproductiva (Tabla 14b). Si bien es cierto que existe una miscelánea no especificada muy importante (85.95%), también es cierto que la diversidad de nosologías no transmisibles en esta fase no permite una mejor sistematización para determinar las prioridades sanitarias correspondientes.

Tabla 14a: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD				
CONSULTA EXTERNA - ETAPA ADULTO				
AÑO 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
M54	DORSALGIA	706	2.56%	2.56%
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	412	1.49%	4.05%
E66	OBESIDAD	406	1.47%	5.52%
E78	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	406	1.47%	7.00%
R10	DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO	355	1.29%	8.28%
M79	OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	351	1.27%	9.55%
J02	FARINGITIS AGUDA	346	1.25%	10.81%
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	313	1.13%	11.94%
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	291	1.05%	13.00%
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	289	1.05%	14.05%
	OTROS	23713	85.95%	100.0%
	TOTAL CASOS	27588		

FUENTE : Hojas HIS

Un perfil de morbilidad muy similar presenta el grupo de las mujeres en edad reproductiva, con claro predominio de las nosologías No transmisibles, persistiendo también una alta tasa de diagnósticos no especificados (86.15%) volviendo a limitar la posibilidad de un análisis más concienzudo.

Tabla 14b: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD				
CONSULTA EXTERNA - ETAPA MUJERES EN EDAD FÉRTIL				
AÑO 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
M54	DORSALGIA	266	2.28%	2.28%
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	185	1.59%	3.86%
R10	DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO	169	1.45%	5.31%
E66	OBESIDAD	164	1.41%	6.72%
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	163	1.40%	8.12%
M79	OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	151	1.29%	9.41%
E78	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	139	1.19%	10.60%
J02	FARINGITIS AGUDA	132	1.13%	11.73%
J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	129	1.11%	12.84%
J30	RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA	118	1.01%	13.85%
	OTROS	10053	86.15%	100.0%
	TOTAL CASOS	39660		

FUENTE : Hojas HIS

Y qué duda cabe cuando llegamos a la etapa del adulto mayor (Tabla 15) donde las enfermedades no transmisibles, especialmente de curso crónico y degenerativo son las más representativas en esta etapa de la vida. Al igual que en el grupo anterior, existe una importante miscelánea no especificada (65.98%), que probablemente compilan entidades también degenerativas que, por su escasa representatividad no es fácil de visualizarlas en un cuadro informativo.

Tabla 15: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD				
CONSULTA EXTERNA - ETAPA ADULTO MAYOR				
AÑO 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1900	8.01%	8.01%
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	1146	4.83%	12.84%
M54	DORSALGIA	1122	4.73%	17.56%
M17	GONARTROSIS [ARTROSIS DE LA RODILLA]	707	2.98%	20.54%
E78	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	638	2.69%	23.23%
H25	CATARATA SENIL	614	2.59%	25.82%
H52	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	557	2.35%	28.17%
M75	LESIONES DEL HOMBRO	524	2.21%	30.38%
K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	435	1.83%	32.21%
N40	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	431	1.82%	34.02%
	OTROS	15656	65.98%	100.0%
	TOTAL CASOS	23730		

FUENTE : Hojas HIS

Morbilidad en Hospitalización

A diferencia de lo ocurrido en el periodo 2008-2009, cuando nuestro Hospital no contaba con Servicios de Hospitalización, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico, debido a la Ejecución del P.I.P. N° 25553: "Reubicación, Ampliación y Equipamiento del Servicio de Hospitalización y Procedimientos del Hospital San José- Callao"; el año 2010 significó un retomar paulatino de la labor asistencial en dichos Servicios (Tabla 16), con un total de 6300 Egresos, cifra que continuó incrementándose durante el año 2011 hasta llegar a 7,510 egresos hospitalarios, lo que traduce una mayor y mejor oferta de servicios a una demanda con crecimiento aritmético y sostenido y colocándose muy cerca de los niveles obtenidos en el año 2006. Sin embargo, en el 2012, se registra un descenso hasta 7,079 que podría atribuirse a ciertos procesos producidos como la renovación del servicio de emergencia (principal puerta de entrada a los espacios de hospitalización), como también el desarrollo de una importante huelga médica cuya duración bordeó los 30 días consecutivos. Esta tendencia a un descenso aritmético se continúa en el año 2013 con 7,037 casos atendidos. Es necesario considerar la mejor resolución operativa de la red de servicios periféricos en el Callao.

Tabla 16: EGRESOS HOSPITALARIOS HSJ POR AÑOS													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL SERVICIO
2013	586	580	597	617	592	573	588	568	584	579	557	616	7,037
2012	611	593	606	611	633	572	586	594	582	537	586	568	7,079
2011	641	591	702	614	654	596	622	594	643	569	637	647	7,510
2010	467	503	473	497	541	510	518	513	525	559	572	622	6,300
2009											90	422	512
2008													-
2007	605	566	602	590	637	619	582	569	603	597	604	512	7,086
2006	662	612	677	615	645	598	640	666	659	637	616	620	7,647
2005	602	584	622	571	632	588	559	605	598	581	589	595	7,126
2004	535	509	560	493	576	492	577	551	600	619	590	593	6,695
2003	501	475	509	489	485	531	528	492	509	512	476	529	6,036
2002	512	422	499	432	457	448	431	493	457	444	400	470	5,465

Fuente: UEI-HSJ.

Y al visualizar la demanda hospitalaria por servicios (Tabla 17), las áreas de ginecología y obstetricia constituyeron más del 50% de los egresos registrados, seguidos del área de cirugía. La mayor demanda por estos servicios también se ventila en otros centros hospitalarios, y responde a un mayor acceso al sistema de salud por parte de las mujeres en edad sexual reproductiva.

Tabla 17: EGRESOS HOSPITALARIOS por servicios: AÑO 2013													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL SERVICIO
MEDICINA	65	69	74	87	65	64	78	89	86	77	74	80	908
CIRUGIA	108	103	105	110	95	97	98	86	107	122	113	108	1,252
PEDIATRIA	43	40	49	54	48	40	49	34	45	36	42	43	523
NEONATOLOGIA	41	41	37	40	34	24	38	31	34	26	24	34	404
OBSTETRICIA	311	308	306	292	319	310	304	315	293	293	274	324	3,649
GINECOLOGIA	18	19	26	34	31	38	21	13	19	25	30	27	301
TOTAL MES	586	580	597	617	592	573	588	568	584	579	557	616	7,037

Fuente: UEI-HSJ.

Morbilidad en hospitalización por servicios

Hospitalización de Medicina

La demanda se divide en una diversidad de etiologías (Tabla 18), que tienen en común su mayor complejidad en su manejo, como pueden ser las pancreatitis agudas, seguidas de procesos metabólicos, también de gran riesgo, como las diabetes descompensadas y las neumonías, de curso muy agudo y con alta tasa de letalidad, seguidas de insuficiencias cardíacas y envenenamientos, constituyendo este último grupo un problema creciente de salud pública por su mayor evidencia en los servicios.

Tabla 18: MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION DE MEDICINA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
K85	Pancreatitis aguda	89	9.82%	9.82%
E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente	57	6.29%	16.11%
J18	Neumonía, organismo no especificado	57	6.29%	22.41%
N39	Otros trastornos del sistema urinario	41	4.53%	26.93%
L03	Celulitis	40	4.42%	31.35%
T60	Efecto tóxico de plaguicidas [pesticidas]	28	3.09%	34.44%
N12	Nefritis tubulointersticial, no especificada como aguda o crónica	27	2.98%	37.42%
I10	Hipertensión esencial (primaria)	26	2.87%	40.29%
I67	Otras enfermedades cerebrovasculares	26	2.87%	43.16%
J96	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte	22	2.43%	45.58%
T42	Envenenamiento por antiepilépticos, hipnóticos-sedantes y drogas antiparkinsonianas	21	2.32%	47.90%
F32	Episodio depresivo	20	2.21%	50.11%
A41	Otras septicemias	17	1.88%	51.99%
N10	Nefritis tubulointersticial aguda	16	1.77%	53.75%
G40	Epilepsia	15	1.66%	55.41%
I50	Insuficiencia cardíaca	14	1.55%	56.95%
J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	14	1.55%	58.50%
J84	Otras enfermedades pulmonares intersticiales	12	1.32%	59.82%
I20	Angina de pecho	10	1.10%	60.93%
J45	Asma	10	1.10%	62.03%
	OTROS	344	37.97%	100.0%
	TOTAL CASOS	906		
FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios				

Mientras tanto, el Servicio de Cirugía predominaron las patologías abdominales, especialmente las apendicitis y colecistitis en población económicamente activa (38% y 60% respectivamente), expresando tendencias muy similares a lo encontrado en otros centros hospitalarios de referencia a nivel nacional e internacional (Tabla 18). Sin duda alguna, las colecistitis incrementan su frecuencia de una manera geométrica, siendo un proceso mórbido que se puede observar en el plano nacional, y que podría estar en mejor relación con estilos de vida más riesgosos en población con perfil de mayor vulnerabilidad biológica.

Tabla 18: MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION DE CIRUGÍA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
K35	Apendicitis aguda	473	37.81%	37.81%
K81	Colecistitis	274	21.90%	59.71%
K40	Hernia inguinal	89	7.11%	66.83%
K80	Colelitiasis	58	4.64%	71.46%
K42	Hernia umbilical	47	3.76%	75.22%
N40	Hiperplasia de la próstata	36	2.88%	78.10%
K82	Otras enfermedades de la vesícula biliar	30	2.40%	80.50%
K43	Hernia ventral	23	1.84%	82.33%
K60	Fisura y fístula de las regiones anal y rectal	17	1.36%	83.69%
I84	Hemorroides	16	1.28%	84.97%
J34	Otros trastornos de la nariz y de los senos paranasales	14	1.12%	86.09%
K56	Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	13	1.04%	87.13%
S83	Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla	12	0.96%	88.09%
N43	Hidrocele y espermatocoele	7	0.56%	88.65%
S82	Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	7	0.56%	89.21%
I86	Várices de otros sitios	6	0.48%	89.69%
M23	Trastorno interno de la rodilla	6	0.48%	90.17%
S52	Fractura del antebrazo	6	0.48%	90.65%
K46	Hernia no especificada de la cavidad abdominal	5	0.40%	91.05%
K62	Otras enfermedades del ano y del recto	5	0.40%	91.45%
	OTROS	107	8.55%	100.0%
	TOTAL CASOS	1251		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

En tanto que la demanda registrada para el servicio de hospitalización de ginecología (Tabla 19), predominaron los procesos usuales, inflamatorios y no inflamatorios, que comprometen los órganos reproductivos de la mujer, en tanto que los procesos proliferativos como el cáncer de cuello uterino y de mama solo constituyeron entre menos del 10% de la morbilidad atendida. Cabe preguntarse si las campañas efectuadas en torno al despistaje de cáncer en la mujer pudieran haber reducido la demanda hospitalaria representada por las fases más tardías de estas enfermedades. Por otra parte resulta sorprendente la presencia creciente del leiomioma uterino (18.39%) que debe relacionarse con el grupo etario que, con más frecuencia, presenta esta patología.

Tabla 19: MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION DE GINECOLOGIA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
N83	Trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho	63	21.07%	21.07%
N81	Prolapso genital femenino	59	19.73%	40.80%
D25	Leiomioma del útero	55	18.39%	59.20%
N85	Otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello	19	6.35%	65.55%
N97	Infertilidad femenina	16	5.35%	70.90%
N73	Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas	15	5.02%	75.92%
D24	Tumor benigno de la mama	14	4.68%	80.60%
N93	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales	13	4.35%	84.95%
N87	Displasia del cuello uterino	8	2.68%	87.63%
N84	Pólipo del tracto genital femenino	6	2.01%	89.63%
	OTROS	31	10.37%	100.0%
	TOTAL CASOS	299		
FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios				

Y en el área de obstetricia específicamente (Tabla 20), la demanda mayoritaria, por su obvia naturaleza, resultaron ser los partos eutócicos, cesáreas y abortos, dejando un porcentaje muy reducido a las patologías asociadas al embarazo, como la retención de placenta, hemorragia uterina y embarazo ectópico entre otros problemas. Debe considerarse que el incremento y la calidad del control prenatal pudieran haber impactado en la disminución de la morbilidad en este campo.

Tabla 20: MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION DE OBSTETRICIA

Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
O80	Parto único espontáneo	1599	43.81%	43.81%
O82	Parto único por cesárea	1055	28.90%	72.71%
O06	Aborto no especificado	576	15.78%	88.49%
O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	111	3.04%	91.53%
O21	Vómitos excesivos en el embarazo	59	1.62%	93.15%
O00	Embarazo ectópico	35	0.96%	94.11%
O47	Falso trabajo de parto	34	0.93%	95.04%
O20	Hemorragia precoz del embarazo	33	0.90%	95.95%
O02	Otros productos anormales de la concepción	26	0.71%	96.66%
O73	Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	25	0.68%	97.34%
	OTROS	97	2.66%	100.0%
	TOTAL CASOS		3650	

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios
 Los partos institucionales (487) no se consideran como patologías

Pasando ahora al área de pediatría (Tabla 21a), la patología más frecuente es parecida a la registrada en la demanda ya examinada en consultorios externos, toda vez que las enfermedades respiratorias constituyeron más del 60% de los egresos notificados durante el año 2013. La prevalencia de estos daños en función de la estacionalidad climática de la zona es un hecho indudable, pero es necesario intervenir más decididamente en los inicios de tales procesos a fin de disminuir las complicaciones o las fases de descompensación que obligan a la hospitalización en estos procesos.

En tanto que para Neonatología (Tabla 21b), la patología se dividió entre diversas entidades muy propias de esta etapa tan temprana de la vida, manteniéndose en primer lugar las sepsis bacterianas superando, una vez más, a otros trastornos como dificultad respiratoria del recién nacido, ictericia neonatal y otros trastornos también frecuentes en diversos centros hospitalarios. Esta situación, evidenciada desde el año 2011 deberá vigilarse con mayor énfasis para el siguiente año, a fin de incrementar las medidas de bioseguridad en torno a potenciales infecciones intrahospitalarias.

Tabla 21a: MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA

Año 2013

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULADAS
J18	Neumonía, organismo no especificado	124	23.71%	23.71%
J45	Asma	84	16.06%	39.77%
J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	60	11.47%	51.24%
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	59	11.28%	62.52%
J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	38	7.27%	69.79%
N39	Otros trastornos del sistema urinario	30	5.74%	75.53%
L03	Celulitis	23	4.40%	79.92%
J98	Otros trastornos respiratorios	16	3.06%	82.98%
A08	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados	13	2.49%	85.47%
J21	Bronquiolitis aguda	11	2.10%	87.57%
	OTROS	65	12.43%	100.0%
	TOTAL CASOS	523		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

Tabla 21b: MORBILIDAD EN HOSPITALIZACION DE NEONATOLOGIA

Año 2013

CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	62	15.35%	15.35%
P59	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	52	12.87%	28.22%
P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	30	7.43%	35.64%
P92	Problemas de la ingestión de alimentos del recién nacido	30	7.43%	43.07%
P78	Otros trastornos perinatales del sistema digestivo	27	6.68%	49.75%
P39	Otras infecciones específicas del período perinatal	22	5.45%	55.20%
P21	Asfixia del nacimiento	21	5.20%	60.40%
P74	Otras alteraciones metabólicas y electrolíticas neonatales transitorias	20	4.95%	65.35%
P23	Neumonía congénita	18	4.46%	69.80%
P55	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	17	4.21%	74.01%
	OTROS	105	25.99%	100.0%
	TOTAL CASOS	404		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

Y en las diferentes áreas del Servicio de Emergencia, se encuentra una mayor frecuencia de atenciones de tipo ginecológico y obstétrico, sobre las patologías abdominales y traumatológicas, muy parecido al perfil evidenciado en otros hospitales de mayor envergadura (Tabla 22a). A diferencia del año 2012, la cantidad de diagnósticos no precisados volvió a incrementarse (62.53%), por lo que se recalca la necesidad de continuar instruyendo al personal médico y asistente sobre cómo mejorar el llenado de los formatos correspondientes y de los códigos relacionados a las patologías que puedan ser atendidas en situaciones de emergencia.

Tabla 22a: MORBILIDAD EN LOS DIFERENTES TÓPICOS DE EMERGENCIA

Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
O479	FALSO TRABAJO DE PARTO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3592	5.95%	5.95%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3081	5.10%	11.05%
J068	FARINGO AMIGDALITIS AGUDA	2933	4.86%	15.91%
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2606	4.32%	20.23%
K529	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	2591	4.29%	24.52%
J459	ASMA NO ESPECIFICADO. ASMA DE APARICION TARDIA. BRONQUITIS	2273	3.77%	28.29%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1456	2.41%	30.70%
A09X1	ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACION	1426	2.36%	33.06%
S018	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	1379	2.28%	35.35%
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA	1283	2.13%	37.47%
	OTROS	37743	62.53%	100.0%
	TOTAL CASOS	60363		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

Y a continuación, seleccionando la información, en relación al Tópico de Medicina (Tabla 22b) son las patologías de origen urinario y respiratorio las que expresan la mayor frecuencia, seguidas de cardiovasculares y problemas dependientes de enfermedades degenerativas. Y al igual que en el consolidado de casos, también se evidencia un incremento importante de casos no precisados (55.11%).

Tabla 22b: MORBILIDAD EN EL TÓPICO DE MEDICINA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2501	9.45%	9.45%
J068	FARINGO AMIGDALITIS AGUDA	1619	6.12%	15.56%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1427	5.39%	20.96%
K529	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	1233	4.66%	25.61%
A09X1	ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACION	1093	4.13%	29.74%
J459	ASMA NO ESPECIFICADO. ASMA DE APARICION TARDIA. BRONQUITIS	1047	3.96%	33.70%
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON	908	3.43%	37.13%
K291	OTRAS GASTRITIS AGUDAS	770	2.91%	40.04%
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	681	2.57%	42.61%
A09X2	ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA CON DESHIDRATACION	605	2.29%	44.89%
	OTROS	14587	55.11%	100.0%
	TOTAL CASOS	26471		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

En tanto que en el tópicó de cirugía (Tabla 22c), predominaron los procesos traumáticos topográficamente ubicados en diferentes en diversas partes de la economía corporal, especialmente en cabeza y partes distales en miembros superiores, lo que puede implicar un incremento de la discapacidad funcional en población económicamente activa.

Tabla 22c: MORBILIDAD EN EL TÓPICO DE CIRUGÍA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
S018	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	1345	14.50%	14.50%
S610	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	770	8.30%	22.80%
S619	HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, PARTE NO ESPECIFICADA	493	5.31%	28.12%
T009	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	474	5.11%	33.23%
W549	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	379	4.09%	37.31%
S010	HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	365	3.93%	41.25%
S009	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	329	3.55%	44.79%
S011	HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCLAR	288	3.10%	47.90%
S913	HERIDA DE OTRAS PARTES DEL PIE	258	2.78%	50.68%
S819	HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA	256	2.76%	53.44%
	OTROS	4319	46.56%	100.0%
	TOTAL CASOS	9276		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

En tanto que en el tópicó de ginecología (Tabla 22d), predominaron las hemorragias uterinas de diversa naturaleza, descartes de embarazos, trastornos del sistema urinario, sobre los procesos estrictamente neoplásicos e infecciosos.

Tabla 22d: MORBILIDAD EN EL TÓPICO DE GINECOLOGÍA

Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	244	27.85%	27.85%
Z320	EMBARAZO AUN NO CONFIRMADO	92	10.50%	38.36%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	70	7.99%	46.35%
R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	47	5.37%	51.71%
N61X	TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	43	4.91%	56.62%
O479	FALSO TRABAJO DE PARTO, SIN OTRA ESPECIFICACION	39	4.45%	61.07%
N739	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA	33	3.77%	64.84%
D259	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	28	3.20%	68.04%
N832	OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	28	3.20%	71.23%
O064	ABORTO NO ESPECIFICADO, INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	28	3.20%	74.43%
	OTROS	224	25.57%	100.0%
	TOTAL CASOS	876		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

En cuando al tópicos de obstetricia (Tabla 22e) sorprende la evidente frecuencia (44.08%) de atenciones relacionadas al falso parto (que implicará investigar sobre el nivel de información que tienen consigo las gestantes en el último trimestre de la gestación), situación que se repite desde el año 2011, relegando al segundo a la atención de partos únicos espontáneos, dejando relegadas otras patologías diversas.

Tabla 22e: MORBILIDAD EN EL TÓPICO DE OBSTETRICIA

Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
O479	FALSO TRABAJO DE PARTO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3527	44.08%	44.08%
O809	PARTO UNICO ESPONTANEO SIN OTRA ESPECIFICACION	1133	14.16%	58.24%
O234	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	838	10.47%	68.71%
O064	ABORTO NO ESPECIFICADO, INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	544	6.80%	75.51%
O200	AMENAZA DE ABORTO	259	3.24%	78.74%
O429	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, SIN ESPECIFICACION	197	2.46%	81.20%
O021	ABORTO RETENIDO	188	2.35%	83.55%
O342	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	169	2.11%	85.67%
O996	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO	105	1.31%	86.98%
O998	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS Y AFECCIONES QUE COMPLICAN EL EMBARAZO	81	1.01%	87.99%
	OTROS	961	12.01%	100.0%
	TOTAL CASOS	8002		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

Y en relación a lo atendido en el tópicos de pediatría (Tabla 22f) predominaron las enfermedades respiratorias y atópicas. Y al igual que en los otros tópicos, se vuelve a incrementar la cantidad de casos con diagnóstico no precisado (33.26%).

Tabla 22f: MORBILIDAD EN EL TÓPICO DE PEDIATRÍA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2117	13.66%	13.66%
K529	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	1341	8.65%	22.31%
J068	FARINGO AMIGDALITIS AGUDA	1296	8.36%	30.67%
J459	ASMA NO ESPECIFICADO. ASMA DE APARICION TARDIA. BRONQUITIS ASMATICA/SOB SIBILANCIA, HIPERACTIVIDAD	1220	7.87%	38.54%
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA	1151	7.42%	45.96%
J4591	SOB/SIBILANCIA HIPERACTIVIDAD BRONQUIAL	956	6.17%	52.13%
R11X	NAUSEA Y VOMITO	671	4.33%	56.46%
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	610	3.93%	60.39%
L509	URTICARIA, NO ESPECIFICADA	504	3.25%	63.64%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	480	3.10%	66.74%
	OTROS	5156	33.26%	100.0%
	TOTAL CASOS	15502		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

Y por último en las atenciones de emergencias efectuadas en el tópic de emergencia de neonatología, predominaron los procesos respiratorios del recién nacidos (23.50%), seguido por las consultas relativas al control del niño sano (11.97%).

Tabla 22f: MORBILIDAD EN EL TÓPICO DE NEONATOLOGÍA				
Año 2013				
CATEGORIA	DESCRIPCION	CASOS	RELATIVAS	ACUMULAD
P288	OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS DEL RECIEN NACIDO	55	23.50%	23.50%
Z0011	CONTROL DEL RN SANO	28	11.97%	35.47%
P369	SEPSIS BACTERIANA DEL RN, NO ESPECIFICADA	27	11.54%	47.01%
P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	15	6.41%	53.42%
P589	ICTERICIA NEONATAL DEBIDA A HEMOLISIS EXCESIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	14	5.98%	59.40%
P783	DIARREA NEONATAL NO INFECCIOSA	13	5.56%	64.96%
P788	OTROS TRASTORNOS PERINATALES ESPECIFICOS DEL SISTEMA DIGESTIVO	11	4.70%	69.66%
P38X	ONFALITIS DEL RN CON O SIN HEMORRAGIA LEVE	9	3.85%	73.50%
K529	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	6	2.56%	76.07%
P819	ALTERACION NO ESPECIFICADA DE LA REGULACION DE LA TEMPERATURA EN EL RECIEN NACIDO	6	2.56%	78.63%
	OTROS	50	21.37%	100.0%
	TOTAL CASOS	234		

FUENTE: Módulo de Registro de Egresos Hospitalarios

IV. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

4.1. CONDUCCIÓN ESTRATÉGICA:

La Dirección Ejecutiva del Hospital San José desde Enero de 1997 hasta el 2010, ha sido conducida por el Dr. Aldo Lama Morales. En la actualidad, la líder institucional es la Dra. Zoraida Jenie DEXTRE UBALDO, quien cuenta con un Comité de Gestión Hospitalaria (Tabla 23), que dirige, supervisa y monitoriza las diversas actividades hospitalarias.

Tabla 23

EQUIPO DE GESTION- JEFATURAS DE DEPARTAMENTOS Y UNIDADES- Año 2009	Representante
Dirección Ejecutiva	Dra. Zoraida Jenie C. DEXTRE UBALDO
Sub Dirección Ejecutiva	Dr. Daniel Ramón AVALOS MORENO
Dirección de Administración	Dra. Rosalina SALINAS SÁENZ
Asesoría de la Dirección Ejecutiva	Lic. Frida BASURCO BURGOS
Asesoría de la Dirección Administrativa	Dr. Jorge GUTIÉRREZ ARENAS
Oficina de Planeamiento Estratégico	Sr. William PARIONA GUTIÉRREZ
Oficina de Asesoría Jurídica	Dr. Guillermo MACEDO ANCHANTE
Unidad de Gestión de la Calidad	Dra. Pilar TORRES LÉVANO
Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental	Dr. Hugo Alejandro MANRIQUE CHICOMA
Unidad de Estadística, Informática y Comunicación	Lic. Jorge HUAMANÍ INFANTES
Oficina de Imagen Institucional y Comunicaciones	Lic. Patricia MALLMA LOMAS
Departamento de Medicina	Dr. Juan GRADOS CASTILLO
Departamento de Pediatría	Dra. Mirtha del Rosario NEYRA JIMÉNEZ
Departamento de Gineco Obstetricia	Dra. Gloria CHÁVEZ PONCE
Departamento Cirugía	Dr. César Eugenio RAMIREZ ROMERO
Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Dra. Carmen HUAMÁN VALDERRAMA
Departamento de Apoyo al Tratamiento	Lic. Ps. Gladys TORANZO PEREZ
Departamento de Enfermería	Lic. Enf. Edilicia CURI GAVILANO
Dpto. de P. Clínica y Anatomía Patológica	Dr. Ruth MAROCHO POMAR
Jefatura de Emergencia y Cuidados Críticos	Dr. Iván ESPEJO ARCE
Jefatura de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Dra. Anny HEREDIA CALVERA
Jefe de la Unidad de Economía	Sr. Eleodoro PINTO LAURA
Jefe de la Unidad de Personal	Abog Rodolfo GONZÁLEZ GASPAR
Jefa de la Unidad de Logística	Lic. Soledad CAMARGO GARCÍA

Fuente: UP-HSJ

4.2. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA INSTITUCIONAL.

4.2.1. DEL MINISTERIO DE SALUD 2002 – 2012:

- *Promoción de la salud y prevención de enfermedades.*
- *Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud- SIS, ESSALUD y otros).*
- *Política de suministro y de uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos.*
- *Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.*
- *Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.*
- *Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud.*
- *Promover el desarrollo de un Sistema de Inteligencia Sanitaria.*
- *Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial.*
- *Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.*
- *Democratización de la Salud.*

4.2.2. DEL HOSPITAL SAN JOSÉ- CALLAO:

- *Brindar atención integral especializada con calidez, equidad y solidaridad.*
- *Ampliar la cobertura de atención en la consulta externa, en horarios accesibles a la demanda.*
- *Ofertar servicios de salud con tarifas diferenciadas.*
- *Fortalecer los servicios de inversión (Farmacia, Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes).*
- *Gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.*
- *Uso racional de medicamentos, insumos y materiales médicos.*
- *Política de ahorro en los servicios (luz, agua, teléfono, insumos, materiales y otros).*

4.3. ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ- CALLAO.

Gráfico 9: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL – HOSPITAL SAN JOSE- CALLAO



Fuente: OPE- UEI-HSJ.

4.4. MISIÓN DEL SAN JOSÉ DEL CALLAO.

"Somos un Hospital Nivel II-2 del Gobierno Regional del Callao, que brinda atenciones integrales estandarizadas, preventivo promocionales, recuperativas y de rehabilitación a las personas, la familia y la población usuaria en un ambiente saludable, contribuyendo al desarrollo sostenible del país".

4.5. VISIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO.

"Ser al año 2016, un Hospital Nivel II-2, del Gobierno Regional del Callao, moderno, con Certificación ISO 9001, con equipamiento de última generación, con personal altamente especializado comprometido en una cultura organizacional fuerte, que brinda servicios equitativos, eficientes y de calidad, contribuyendo a satisfacer las necesidades de toda la población usuaria".

Valores:

Para el adecuado cumplimiento de la Misión, debemos practicar los siguientes valores morales:

- *Respeto.*
- *Responsabilidad.*
- *Honestidad.*
- *Equidad.*
- *Solidaridad.*
- *Puntualidad.*
- *Empatía.*
- *Lealtad.*
- *Cooperación.*
- *Espíritu de superación.*
- *Reconocimiento a los méritos y esfuerzos destacables.*
- *Identificación y respeto a la diversidad cultural de los pacientes.*

4.6. OBJETIVOS:**4.6.1. Objetivo General:**

Brindar atención de salud especializada al usuario del ámbito regional con calidad.

4.6.2. Objetivos Específicos:**4.6.2.1. Objetivos de Gestión:**

- 4.6.2.1.1. *Mejorar la imagen del Hospital San José del Callao.*
- 4.6.2.1.2. *Mejorar el uso racional de medicamentos materiales e insumos médicos.*
- 4.6.2.1.3. *Establecer orden administrativo en los procesos de gestión y cumplir el principio de autoridad.*
- 4.6.2.1.4. *Mejorar y modernizar el sistema de acopio de información estadística.*
- 4.6.2.1.5. *Lograr el saneamiento legal y mejorar la infraestructura del Hospital San José Callao.*

4.6.2.2. Objetivos de la Oferta:

- 4.6.2.2.1. *Contribuir a la disminución de las infecciones intrahospitalarias.*
- 4.6.2.2.2. *Regular el grado de uso de las camas en los servicios de maternidad y neonatología.*
- 4.6.2.2.3. *Garantizar un stock sostenible del Banco de Sangre.*

4.6.2.3. Objetivos de la Demanda:

4.6.2.3.1. *Promover la atención integral de salud con calidad según prioridades sanitarias por ciclos de vida (niño, adolescente, adulto y adulto mayor).*

4.7. ESTRUCTURA DE SOPORTE:**4.7.1. Infraestructura:**

El material de construcción de nuestro Hospital, fue predominantemente prefabricado con acondicionamiento en casi todos los ambientes para hacer operativa la atención cinco años atrás, cuando se impulsan los sucesivos proyectos de inversión pública que, sumados, a los esfuerzos emprendidos con recursos propios, permitió mejorar y consolidar la infraestructura existente.

En esa perspectiva, se han presentado 03 Proyectos de Inversión Pública, orientados a mejorar la atención a nuestros usuarios: el PIP N° 25553 titulado “Reubicación, Ampliación y Equipamiento del Servicio de Hospitalización y Procedimientos del Hospital San José- Callao”, ejecutado entre Enero 2008 – Octubre 2009, bajo la dirección del Dr. Ricardo Aldo Lama Morales; y para el año 2010, se ejecutó el P.I.P. N° 30796 titulado “Reubicación, ampliación y equipamiento del Servicio de Cocina, Nutrición y Ambientes Administrativos del Hospital San José”. Posteriormente se ejecutaron en el año 2012 parte del PIP N° 130661 denominado “Equipamiento Biomédico de Consulta Especializada Emergencia y Medicina Física del Hospital San José”. Y fue en ese año, 2012, que se culminaron los trabajos de modernización de los servicios de emergencia. Para el año 2014 se terminarán los trabajos destinados a la ampliación de los ambientes de Medicina Física y Rehabilitación. Por otra parte, se logró emprender con recursos propios la construcción de ambientes con los estándares adecuados de bioseguridad destinados a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, y que se inauguraron durante el año 2013.

4.8 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS***Por la procedencia***

Como era de esperarse la mayor confluencia procedió de las zonas más cercanas y/o accesibles geográficamente al hospital San José (Tabla 27), principalmente del distrito del Callao, situación muy singular, toda vez que se trata de población más cercana a la jurisdicción del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

Tabla 27. PROCEDENCIA DE CONSULTANTES AL HSJ

PROCEDENCIA	ATENDIDOS			
	F	M	Total	%
CALLAO	28329	25013	53342	54.3%
SAN MARTIN DE PORRES	6726	5789	12515	12.7%
CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	5335	4868	10203	10.4%
VENTANILLA	2798	2774	5572	5.7%
LIMA	2133	3022	5155	5.2%
LOS OLIVOS	1107	1123	2230	2.3%
BELLAVISTA	874	1126	2000	2.0%
SAN MIGUEL	654	707	1361	1.4%
COMAS	400	513	913	0.9%
SAN JUAN DE LURIGANCHO	267	494	761	0.8%
LA PERLA	369	331	700	0.7%
RIMAC	163	287	450	0.5%
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	107	195	302	0.3%
INDEPENDENCIA	103	170	273	0.3%
CARABAYLLO	130	180	310	0.3%
ATE	82	129	211	0.2%
LA PUNTA	59	90	149	0.2%
PUENTE PIEDRA	62	96	158	0.2%
BREÑA	89	97	186	0.2%
SAN JUAN DE MIRAFLORES	51	111	162	0.2%
LA VICTORIA	52	83	135	0.1%
JESUS MARIA	72	84	156	0.2%
MAGDALENA DEL MAR	58	73	131	0.1%
LA MOLINA	48	87	135	0.1%
SANTA ANITA	38	59	97	0.1%
CHORRILLOS	32	84	116	0.1%
SURQUILLO	34	57	91	0.1%
EL AGUSTINO	20	37	57	0.1%
MAGDALENA VIEJA	28	13	41	0.0%
VILLA EL SALVADOR	15	35	50	0.1%
SANTIAGO DE SURCO	16	23	39	0.0%
SURCO - LIMA	12	15	27	0.0%
SAN LUIS	18	14	32	0.0%
ANCON	11	20	31	0.0%
SAN ISIDRO	8	22	30	0.0%
MIRAFLORES - LIMA	9	10	19	0.0%
OTROS	42	48	90	0.1%

Fuente: Hojas HIS

La razón atendidos versus atenciones

En la Tabla 28, se visualiza el total de atendidos y atenciones, mostrando una concentración de 1.82 atenciones por paciente, disminuyendo lo evidenciado en el 2012, donde se alcanzó una relación de 2.3. Probablemente la mejor capacidad resolutive de la red periférica de servicios pudiera explicar esta disminución.

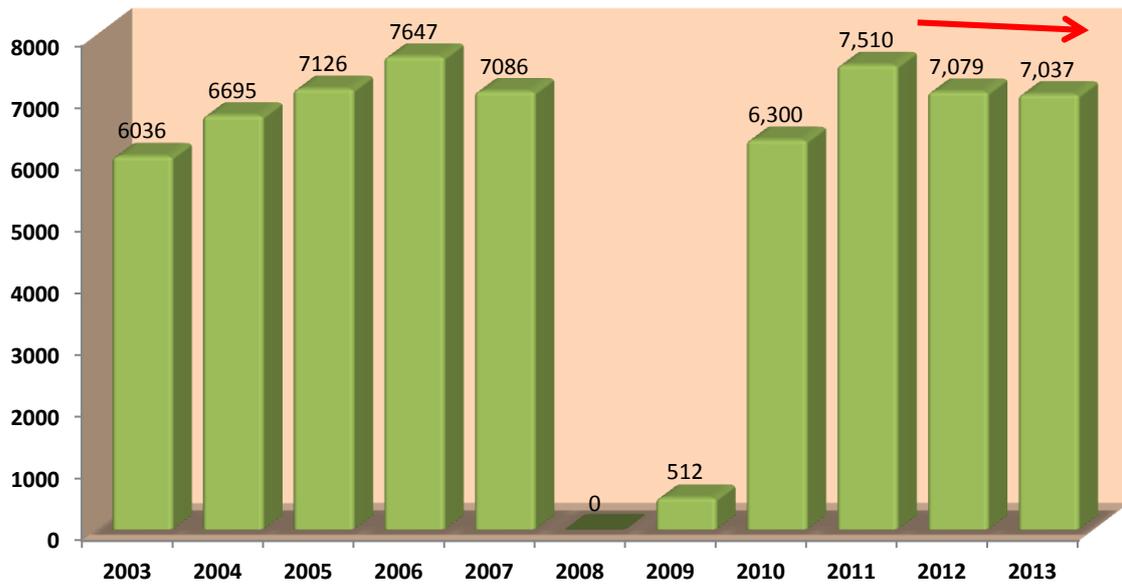
**Tabla 28 ATENCIONES Y ATENDIDOS AL ESTABLECIMIENTO POR SERVICIO
AÑO 2013**

TOTAL		CONCENTRACIÓN 1.82
ATENDIDOS	152719	
ATENCIONES	277906	

FUENTE : HOJAS HIS

Por los egresos hospitalarios

Sufrieron una marcada disminución en el período 2008 y 2009, tiempo durante el cual se desarrollaron las obras de infraestructura y remodelación del hospital San José (Gráfico 12). La recuperación de su capacidad hospitalaria resultó notoria con los egresos establecidos en el año 2010, haciéndose más evidente durante el año 2011, hasta llegar al 2012, donde se registra un ligero descenso, probablemente atribuible a la construcción de los nuevos ambientes de emergencia y a la huelga médica de ese año. En el 2013, la curva decreciente disminuye, lográndose la atención de 7,037 egresos. Se espera que, con la mejor capacidad física instalada los egresos se incrementen en los siguientes años.

Gráfico 12: EGRESOS HOSPITALARIOS: COMPARATIVO 2003– 2013

Fuente: UEI-HSJ

Y examinando los egresos registrados por meses y servicios (Tabla 29), se establecen dos elementos concluyentes: que la demanda por atención hospitalaria obstétrica es la más importante, compilando los partos eutócicos, con patología asociada y cesáreas, seguida de los egresos por causas quirúrgicas, también frecuentes en el perfil epidemiológico de la población atendida, como se vio en capítulos anteriores. No se evidencian variaciones estacionales significativas.

Tabla 29: EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS Y POR MESES 2013

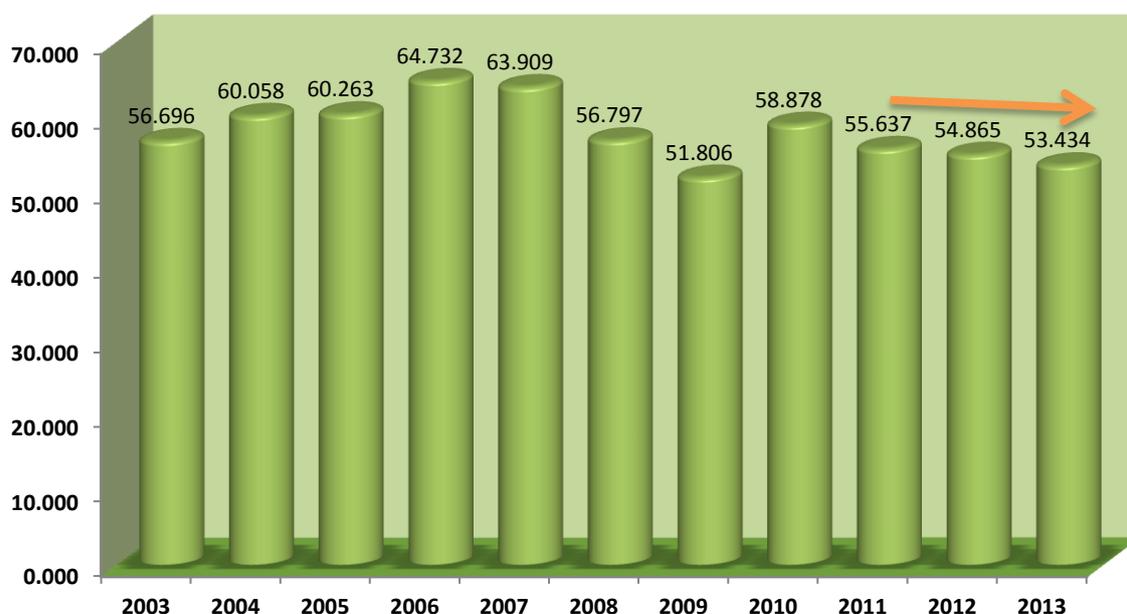
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL SERVICIO
MEDICINA	65	69	74	87	65	64	78	89	86	77	74	80	908
CIRUGIA	108	103	105	110	95	97	98	86	107	122	113	108	1,252
PEDIATRIA	43	40	49	54	48	40	49	34	45	36	42	43	523
NEONATOLOGIA	41	41	37	40	34	24	38	31	34	26	24	34	404
OBSTETRICIA	311	308	306	292	319	310	304	315	293	293	274	324	3,649
GINECOLOGIA	18	19	26	34	31	38	21	13	19	25	30	27	301
TOTAL MES	586	580	597	617	592	573	588	568	584	579	557	616	7,037

Fuente: UEI-HSJ

Por las atenciones en los servicios de Emergencia

Exceptuando el periodo comprendido entre los años 2008 y 2009 (Gráfico 13), cuando disminuyó la demanda hacia las áreas de Emergencia, probablemente como parte del impacto indirecto de las obras de remodelación, y por la disminución de la capacidad resolutive para enfrentar casos de mayor complejidad debido a no contar con salas de hospitalización y disminuirse, la oferta quirúrgica, se tiene un nuevo incremento en el año 2010, que pareciera disminuir durante el año 2011, sin correlacionándose con lo examinado en las consultas externas y los egresos hospitalarios. Y en los años 2012 y 2013, se continúa con una disminución leve, atribuible también a la remodelación de emergencia y el desarrollo de la huelga médica, entre otros procesos.

Gráfico 13: ATENCIONES POR EMERGENCIA: COMPARATIVO 2003– 2013



Fuente: UEI-HSJ

Y al examinar la demanda por servicios y meses (Tabla 30), una vez más el área de medicina registra la mayor cobertura, como ocurrió con las consultas externas y los egresos hospitalarios, seguida del área de cirugía. La evolución aguda de determinados daños, transmisibles o no transmisibles, constituyen causa de demanda por atención de emergencia a nivel mundial, panorama que también se establece para nuestro hospital.

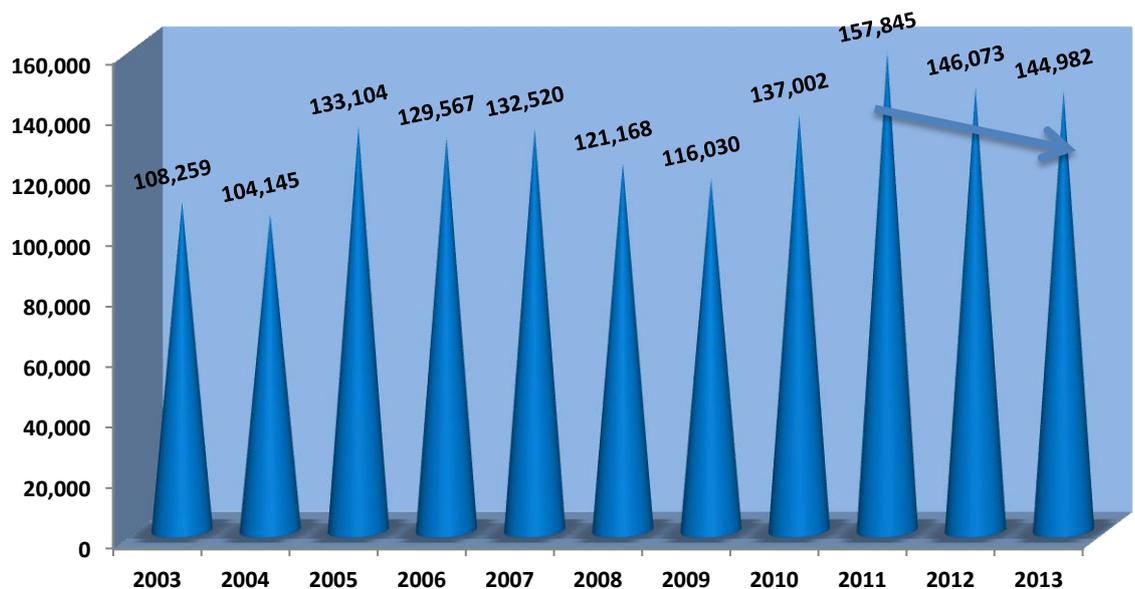
Tabla 30: ATENCIONES EN TOPICO DE EMERGENCIA - AÑO 2013

SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
MEDICINA	2180	1954	2156	1837	1829	1773	2125	2151	1895	1858	1788	2063	23609
CIRUGIA	743	798	787	760	616	656	561	577	542	673	651	770	8134
TRAUMATOLOGÍA	10	9	30	19	0	32	35	46	59	55	44	56	395
PEDIATRIA	1087	909	1181	1061	1020	1171	1255	1112	1009	1073	1055	1095	13028
NEONATOLOGIA	7	11	21	15	14	16	11	66	15	7	17	12	212
OBSTETRICIA	623	611	610	584	592	619	660	600	556	569	547	622	7193
GINECOLOGIA	58	71	84	79	69	66	61	80	52	77	75	91	863
TOTAL	4708	4363	4869	4355	4140	4333	4708	4632	4128	4312	4177	4709	53434

FUENTE : Fichas de Emergencia

En las consultas ambulatorias

En el Año 2013, se tuvieron 144,982 consultas médicas (Gráfico 14), que significó una disminución aproximada del 2.1% a lo registrado en el año anterior, relacionando este decrecimiento a la huelga médica que afectó diferentes actividades del hospital. Se espera un mayor incremento en los siguientes años, considerando la mayor capacidad física y operativa instalada.

Gráfico 14: CONSULTA MEDICA BÁSICA : COMPARATIVO 2003 - 2013

Fuente: UEI-HSJ

Asimismo, cuando se observa la producción por Consulta Eterna Especializada (Tabla 31), la demanda resulta muy diversificada, con un predominio relativo de las consultas a pediatría y de medicina general. Hasta aquí el análisis solo será válida cuando se midan las tendencias anuales en los siguientes años, mientras no existan procesos que limiten la operatividad hospitalaria, toda vez que algunas áreas recién se encuentran en plena recuperación de su cobertura, a partir del mes de octubre del 2010, como es el caso de las especialidades quirúrgicas, para su total puesta en marcha durante el año 2012.

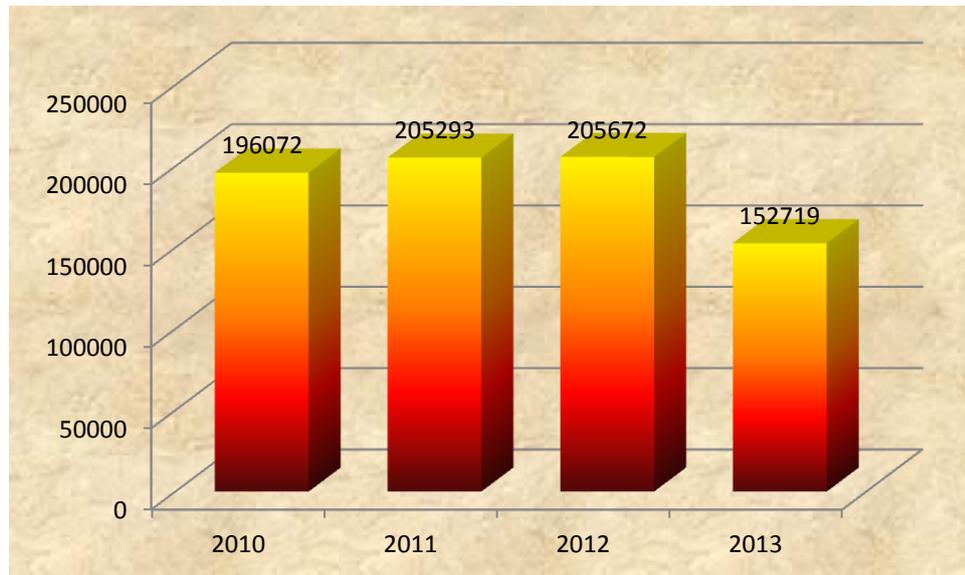
Tabla 31: CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA : AÑO 2013												
SERVICIO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Medicina General	2165	1890	1848	2094	2129	1959	2153	1764	1881	1707	1893	1397
Medicina Interna	1212	800	663	795	814	750	582	706	794	878	850	871
Infectología	564	411	551	443	506	465	435	454	561	517	463	488
Medicina Alternativa	626	322	535	643	608	543	250	310	565	581	625	575
Neurología	1165	1203	995	1197	1094	1078	931	878	897	982	1163	831
Endocrinología	1598	1446	1309	1370	1544	1300	861	1076	1531	1478	1489	1204
Cardiología	769	766	539	768	766	660	313	546	717	597	495	672
Neumología	887	709	1050	1077	1152	1097	921	966	1035	1081	1015	953
Gastroenterología	1073	1076	991	1200	1193	983	636	639	1152	1106	984	916
Reumatología	366	349	375	379	382	380	199	256	433	416	389	198
Dermatología	769	783	721	784	712	585	359	505	689	784	692	743
Rehabilitación	793	759	738	869	725	755	476	350	720	491	610	524
Psiquiatría	1013	689	888	1093	975	1006	832	818	1117	1126	1210	1268
Pediatría	396	249	132	74	103	155	97	77	38	156	227	237
Neonatología	1608	1480	1372	1641	1720	1451	1167	959	1625	1754	1612	1494
Ginecología	311	332	279	304	326	271	227	197	291	259	305	230
Obstetricia Alto Riesgo	967	990	967	1244	1083	1053	745	651	1207	1144	1168	968
Cirugía General	812	790	764	972	791	713	651	670	778	778	817	898
Otorrinolaringología	491	606	409	504	521	436	311	353	366	480	535	385
Traumatología	896	1107	904	1016	1055	979	561	662	1028	996	1054	906
Urología	377	531	512	751	704	700	567	670	813	921	658	871
Oftalmología	585	624	585	640	633	602	435	478	673	456	482	516
Anestesiología	1015	1191	994	1216	1233	1055	709	733	946	1328	1152	996
TOTAL	194	164	155	169	145	132	84	80	165	136	160	133

Fuente: UEI-HSJ

Y en cuando al total de atendidos (Gráfico 15), la concentración obtenida a partir del total de atenciones alcanza el 3.27, que resulta mayor a lo observado en años anteriores. Debe asumirse como posibilidad que la mayor calidad percibida en la prestación de algunos servicios, como también el carácter crónico de las algunas entidades

no transmisibles, cada más frecuentes en el perfil epidemiológico, podría explicar esta mayor concentración. Por las mismas razones se evidencia un ligero incremento en el total de atendidos (Gráfico 15). Esta causalidad tendrá que vigilarse en el siguiente año y establecer una tendencia.

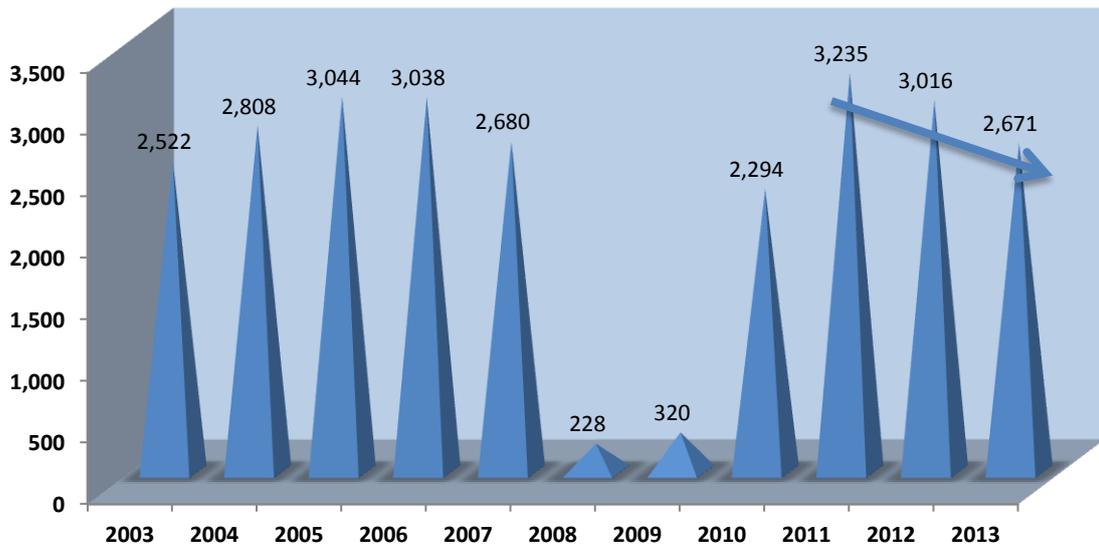
Gráfico 15: ATENDIDOS : COMPARATIVO 2010 - 2013



Fuente: UEI-HSJ

Atención de partos

El año 2013 evidencia, al igual que otras actividades, una nueva disminución de su oferta, estimada en 11.4% (Gráfico 16), por causas análogas a otros indicadores y que ya fueron consignadas. Definitivamente se espera una progresión aritmética en los siguientes periodos, dada la capacidad operativa incrementada, especialmente en sus recursos humanos.

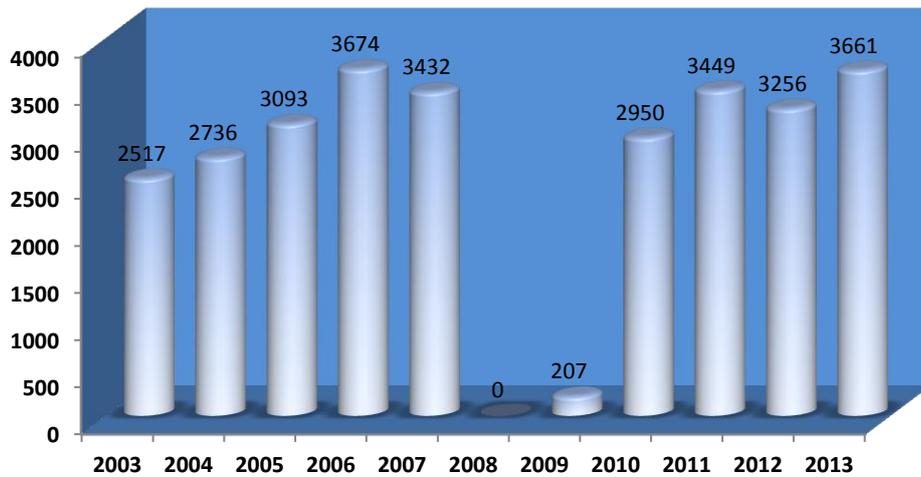
Gráfico 16: ATENCION DEL PARTO: COMPARATIVO 2003 - 2013

Fuente: UEI-HSJ

Intervenciones quirúrgicas

Sin duda alguna, también las áreas quirúrgicas (Gráfico 17) también experimentaron el impacto de la remodelación durante el periodo 2008 y 2009, y resulta interesante su rápida recuperación a partir del año 2010, con 1,610 intervenciones efectuadas, continuando un incremento sostenido durante el año 2011 hasta llegar a una cifra muy cercana a sus mejores indicadores de la década: 3349 intervenciones efectuadas. Y al igual que otras actividades se registra un decrecimiento aproximado del 5% en el año 2012, atendiendo a los mismos procesos ya señalados en párrafos anteriores. Sin embargo, en el año 2013, y a diferencia de otros procesos analizados, las intervenciones quirúrgicas se incrementan en 12.4%, convirtiéndose en el servicio como mejor crecimiento de sus actividades durante el periodo analizado.

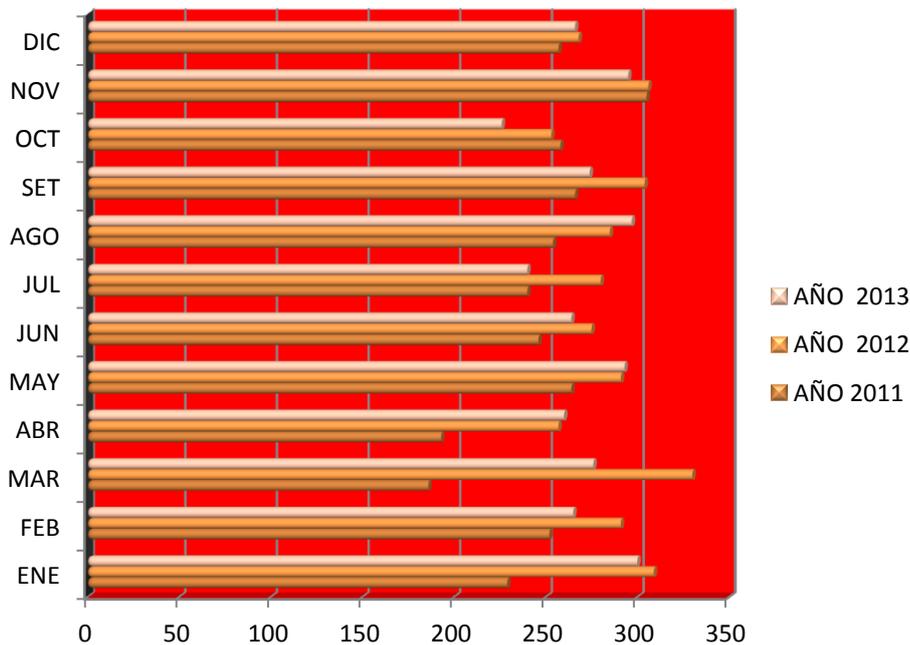
Gráfico 17: INTERVENCIONES QUIRURGICAS: COMPARATIVO 2003 – 2013



Fuente: UEI-HSJ

Asimismo, no se evidencian variaciones estacionales en el análisis comparativo de los últimos tres años para este rubro de procedimientos (Gráfico 18).

Gráfico 18: INTERVENCIONES QUIRURGICAS: COMPARATIVO MENSUAL 2011 – 2013



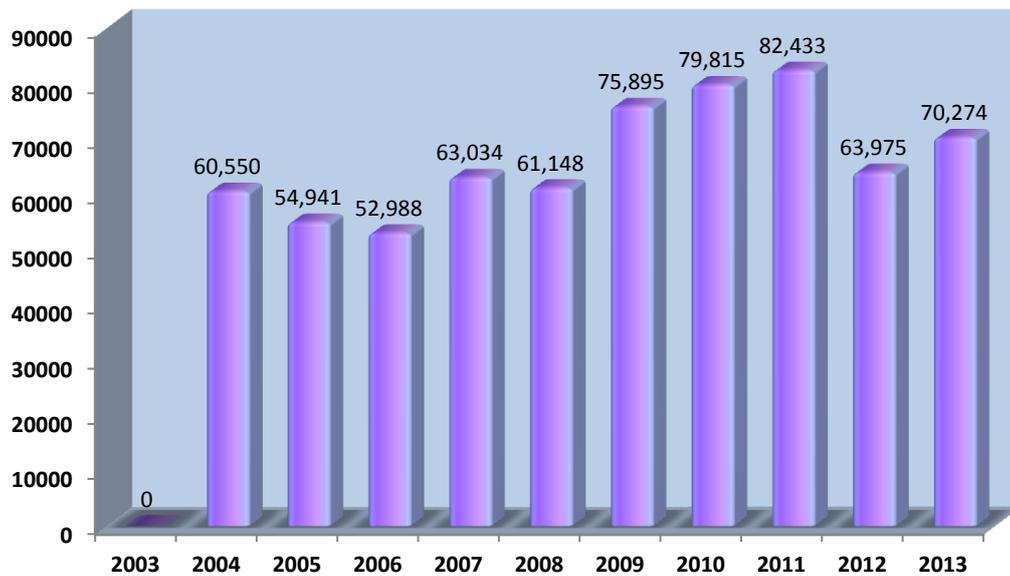
Fuente: UEI-HSJ

Procedimientos médicos:

Los Procedimientos Médicos (Gráfico 19), constituyen un rubro muy importante en la labor prestacional para nuestro Hospital, donde resalta el trabajo de las especialidades. Se observa que entre los años 2008 – 2009, se produjo una ligera disminución en el

número de procedimientos realizados en Cirugía, probablemente como repercusión también del cierre temporal del Centro Quirúrgico; para luego recuperar paulatinamente su cobertura en el año 2010, y consolidarse durante el año 2011 donde se alcanzaron los 70,815 procedimientos. En el año 2012, al igual que otros grupos de actividades se registra una disminución cercana al 12.4% de la producción con 63,975 actividades desarrolladas. Pero, al igual que el número de intervenciones quirúrgicas, se observa también, en este rubro, un incremento significativo durante el año 2013 (10.54%).

Gráfico 19: PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, COMPARATIVO 2003-2013



Fuente: UEI-HSJ

Soporte al diagnóstico: Laboratorio e Imágenes

En lo referente a los exámenes de Papanicolaou (Tabla 32), La disminución registrada a partir del año 2008, pareciera continuar hasta el año 2010, para luego mostrar un leve incremento en la toma y procesamiento de muestras durante el 2011. Sin embargo, los indicadores vuelven a descender durante el 2012, para luego, en el 2013, incrementarse en todos sus indicadores, lo que puede traducir el trabajo organizado y ordenado que realiza la Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva, poniendo énfasis en el cumplimiento estricto de los flujogramas de atención en todos los casos, más aún en los casos positivos, donde el seguimiento es trascendental.

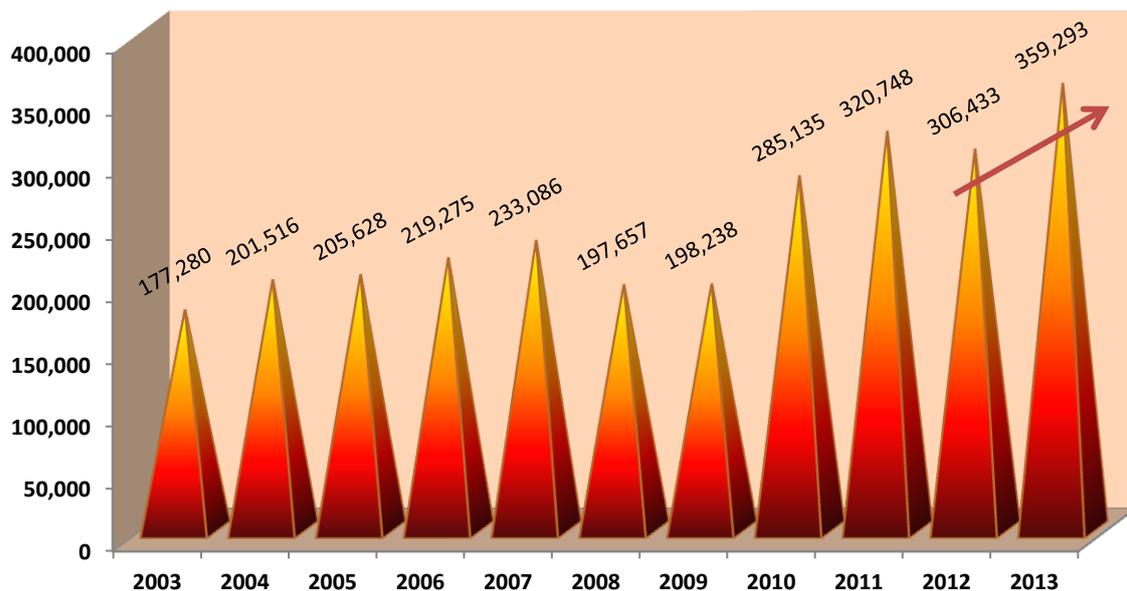
**Tabla 32: TAMIZAJES PAP REALIZADOS – AÑOS 2008 – 2013
HOSPITAL SAN JOSÉ**

CITOLOGIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOMA DE MUESTRA	5325	4222	3535	3663	2968	3624
MUESTRA PROCESADA	5045	4210	3573	3580	2859	3285
RESULTADO INFORMADO	4256	3538	3148	3018	2475	3032

Fuente: ESSSY-HSJ

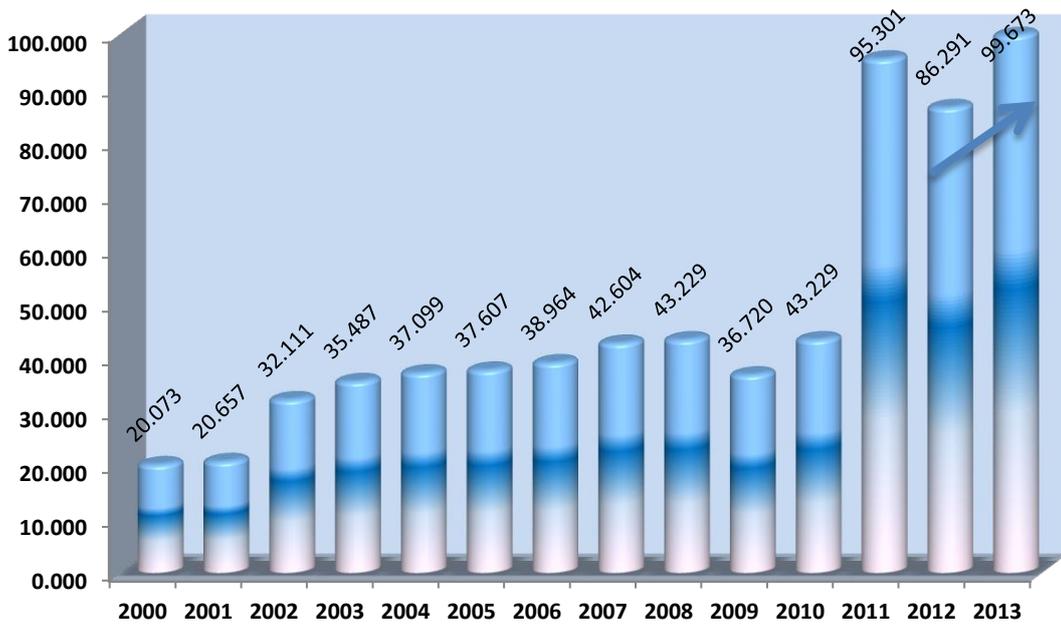
Y al examinar la producción en las áreas de soporte al diagnóstico como laboratorio (Gráfico 20) y diagnóstico por imágenes (Gráficos 21 y 22), se observa que, después de una ligera disminución de su oferta durante el periodo de la remodelación hospitalaria (2008 y 2009), se experimenta una recuperación paulatina de su cobertura, hasta el año 2011, para experimentar (al igual que otras áreas) una disminución promedio menor al 5% durante el año 2012 en exámenes de laboratorio y ecografías, no ocurriendo lo mismo con las placas radiológicas que muestran un ligero crecimiento del 2%, probablemente secundario a la demanda externa desde servicios externos. Y al examinar tales procesos en el 2013, se evidencia un incremento significativo de su cobertura en todos los rubros (17.2% en pruebas de laboratorio, 15.5% en placas radiológicas y de 28.8% en ecografías), convirtiéndose en los mejores indicadores obtenidos en este lapso.

Gráfico 20: PRODUCCION DEL SERVICIO DE LABORATORIO: COMPARATIVO 2003– 2013



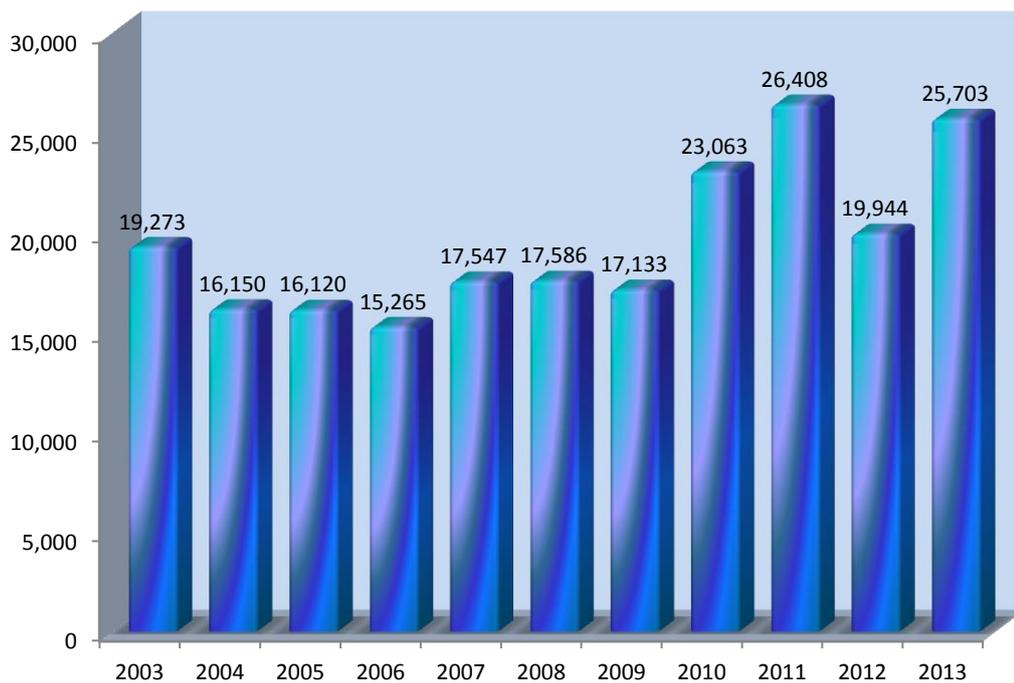
Fuente: UEI-HSJ

Gráfico 21: PLACAS RADIOGRAFICAS TOMADAS: COMPARATIVO 2000 - 2013



Fuente: HOJAS HIS

Gráfico 22: ECOGRAFIAS: COMPARATIVO 2003 - 2013

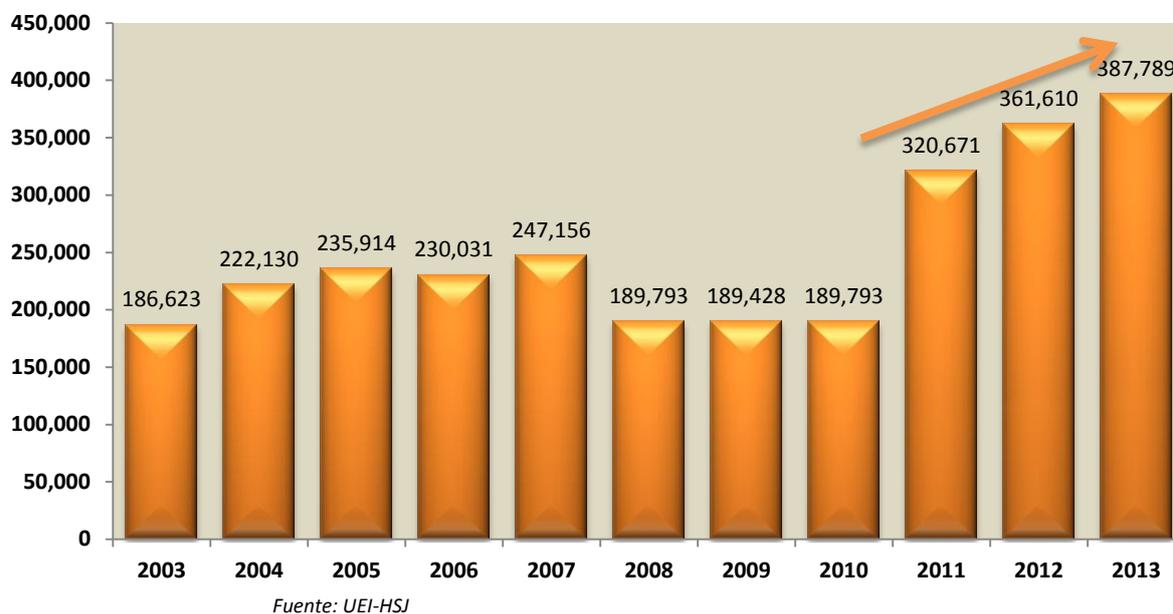


Fuente: UEI-HSJ

Por otra parte, la atención de recetas médicas (Gráfico 23), luego de una disminución en el periodo 2008 y 2009, en medio del escenario de la remodelación,

experimenta una recuperación positiva en el año 2010, y continuar sin problemas durante los años 2012 y 2013.

Gráfico 23: TOTAL DE RECETAS DESPACHADAS: COMPARATIVO 2005– 2013



4.9 ESTRATEGIAS SANITARIAS

4.9.1 ESNPC TUBERCULOSIS

En el último quinquenio, se evidencia la baja captación de sintomáticos respiratorios en nuestro Hospital, con valores menores al 1 %, muy distante del 5 % estipulado por las normas; entre los factores relacionados a esta situación, resalta la escasa colaboración de las instancias asistenciales para esta búsqueda y captación de SR, la cual prácticamente se limita a la Estrategia y a Neumología. Si bien es cierto que este sombrío panorama también está directamente relacionado a la performance programática de la Estrategia Sanitaria a nivel nacional, se han implementaron diversas estrategias en el nivel local tales como: supervisión del llenado obligatorio en las historias clínicas, del formato (sello) de búsqueda de SR; visitas de seguimiento de la aplicación de las definiciones de caso para la búsqueda y captación de SR en consultorios externos, charlas de sensibilización a usuarios externos e internos sobre vigilancia, prevención y control de TBC; chequeos anuales al personal de salud, con énfasis en el descarte de TBC.

Luego de una caída entre los años 2008 – 2010 (Tabla 33), se evidencia el alza del porcentaje de S.R. identificados durante el año 2011 (1.1%) iniciando una tendencia creciente que se evidenció durante el 2012 (1.5%) y se continuó en el 2013 (2.6%). Sin duda alguna, el esfuerzo del equipo multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria de

Prevención y Control de TBC, con el soporte de la Gestión Hospitalaria, permitió mejorar este importante indicador.

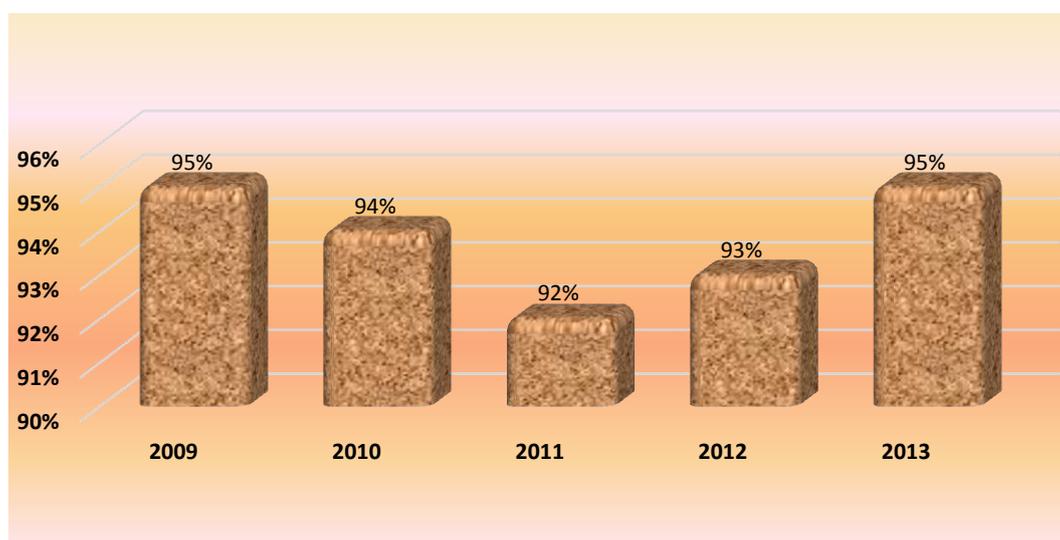
Tabla 33.INDICADOR TRAZADOR de ESNPCTBC

AÑO	ATENCIÓNES > DE 15 AÑOS	S.R. IDENTIFICADO	INDICADOR TRAZADOR
2005	307880	2993	0.9%
2006	314580	3882	1.2%
2007	359960	4819	1.3%
2008	321713	1966	0.7%
2009	302720	2748	0.9%
2010	341029	2675	0.8%
2011	380740	4461	1.1%
2012	387529	5665	1.5%
2013	300314	7952	2.6%

Fuente: ESPCTBC-HSJ

Por otra parte, resalta el gran número de pacientes que se derivan a los establecimientos de sus respectivas jurisdicciones (Gráfico 24), como parte de la dinámica establecida para el control y manejo de los casos dentro de la Estrategia, incrementándose su rendimiento durante el año 2012.

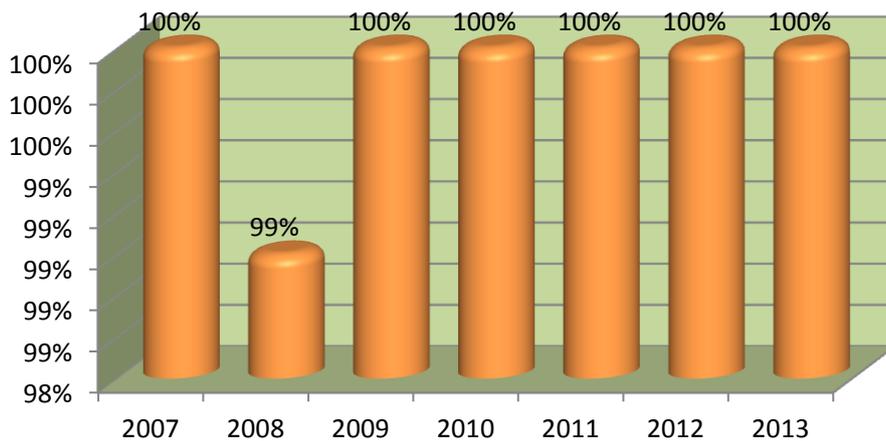
Gráfico 24: DERIVACIONES 2009 – 2013



Fuente: ESPCTBC-HSJ

Asimismo, y a pesar del debilitamiento de la respuesta institucional de la Estrategia Sanitaria en sus diversos niveles, la captación de contactos (Gráfico 25) pareciera haberse cumplido a cabalidad, gracias al esfuerzo tesonero de los programas hospitalarios.

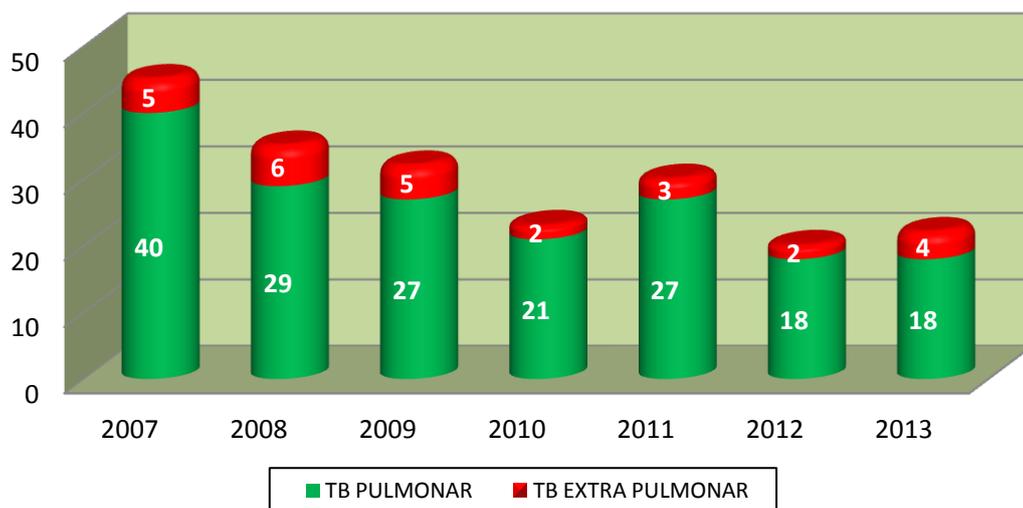
Gráfico 25: CONTACTOS EXAMINADOS ENTRE CONTACTOS CENSADOS (2007 – 2013)



Fuente: ESPCTBC-HSJ

Por otra parte, si bien se observa que entre los tipos de TBC, predomina la TBC pulmonar, en el 2013 se muestra un ligero incremento de las formas extrapulmonares (TBC EP), sin que tal situación signifique una correlación con las formas multidroresistentes. (Gráfico 26).

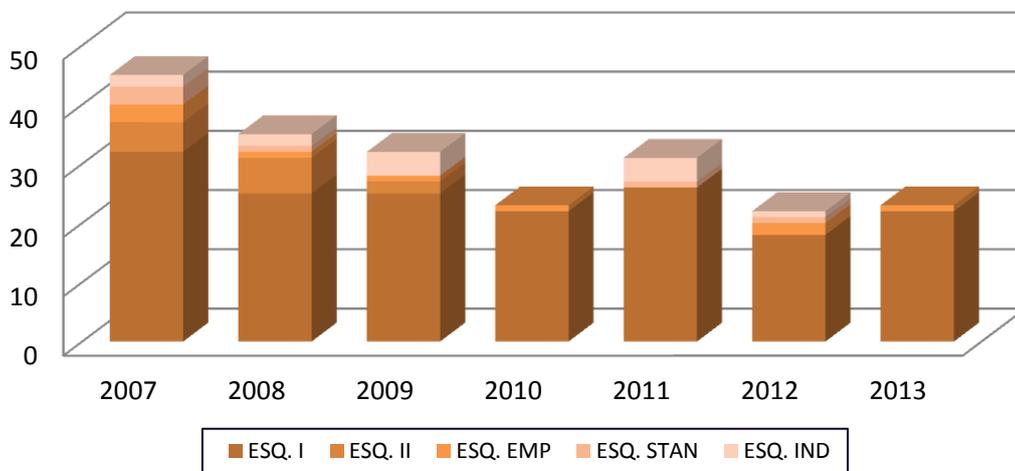
Gráfico 26: FORMAS CLÍNICAS DE TUBERCULOSIS (2007 – 2013)



Fuente: ESPCTBC-HSJ

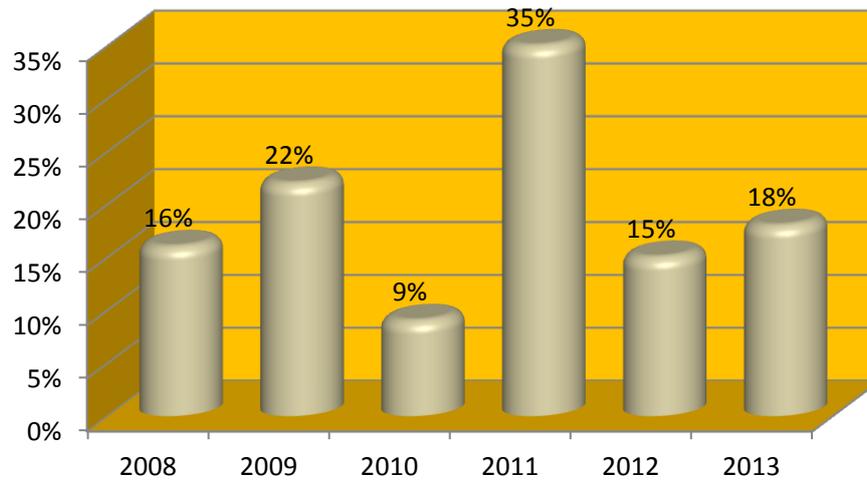
En relación a los Esquemas de Tratamiento aplicados a pacientes que se atienden en el Hospital San José – Callao (Gráfico 27a), se observa que desde el año 2007, un predominio del Esquema I, pero con una presencia cada vez mas notoria de los esquemas modificados y destinados a los casos MDR. La aplicación de los Esquemas Empírico, Estandarizado e Individualizado, se da en función de estar considerados como Centro de Referencia Regional.

Gráfico 27a: CASOS DE TB SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO (2007 – 2013)



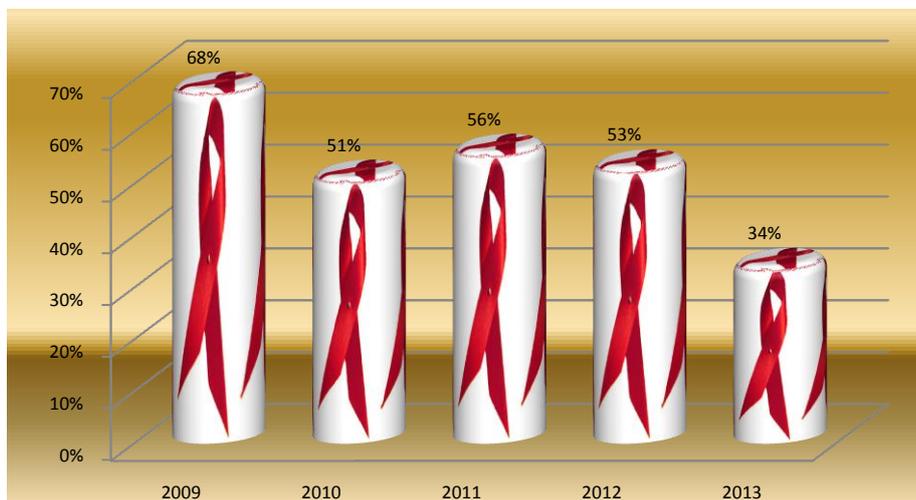
Fuente: ESPCTBC-HSJ

Se observa también que en los años 2008 y 2011, se incrementó de manera sostenida el acceso a esquemas de protección entre los contactos menores de 19 años de edad (Gráfico 27b). Sin embargo, debido a los procesos de derivación, tanto del paciente como de su entorno familiar, estos procesos se ejecutan en los centros más cercanos a su lugar de procedencia, lo que ha significado una disminución ostensible de tales actividades en el ámbito del hospital.

Gráfico 27b: PROFILAXIS A CONTACTOS MENORES DE 19 AÑOS (2008 – 2013)

Fuente: ESPCTBC-HSJ

Y en relación a las personas viviendo con el VIH/SIDA, durante el año 2012 se evidenció un mejor acceso al esquema de protección con isoniazida por encima del 50%, resultados que reflejan una adecuada coordinación entre las estrategias de TBC y VIH/SIDA, sin embargo, esta relación disminuye durante el año 2013, por razones que deberán investigarse operativamente (Gráfico 28).

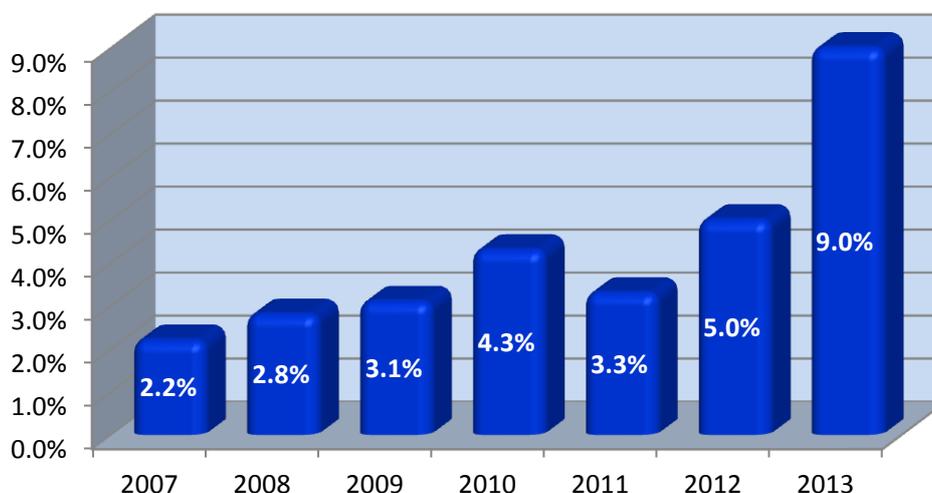
Gráfico 28: PROFILAXIS A PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH/SIDA (2009 – 2013)

Fuente: ESPCTBC-HSJ

En cuanto a los abandonos al tratamiento TBC (Gráfico 29), implican una serie de factores condicionantes, entre los que resalta el alcoholismo y la drogadicción, entre otros factores ligados a la marginalidad social, que dificulta su adherencia a los tratamientos. Muchos pacientes en este grupo podrían constituir en nuevos “bolsones epidemiológicos”

para las formas MDR. Sin embargo, y a pesar de los factores identificados, el mejor desempeño de la Estrategia Sanitaria hospitalaria ha permitido disminuir los abandonos desde el 4.3% (en el año 2010) hasta el 3.3% durante el año 2011. Sin embargo, y a diferencia de otros indicadores operativos, el porcentaje de abandonos vuelve a incrementarse al 5% en el 2012, situación que se agudiza durante el 2013, alcanzando hasta el 9% de abandonos, lo que obliga a una reformulación de las capacidades operativas para la búsqueda de pacientes por parte de la institución

Gráfico 29: ABANDONOS DE TRATAMIENTO DE TBC (2007 – 2013)



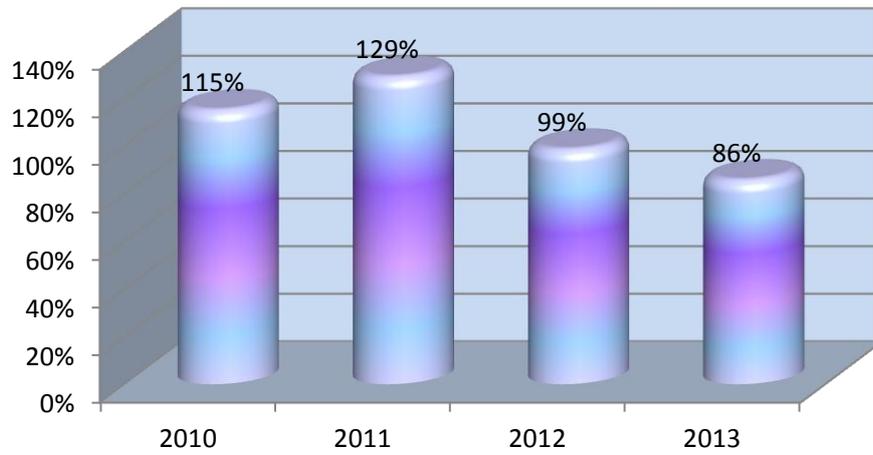
Fuente: ESPCTBC-HSJ

4.9.2 ESN INMUNIZACIONES: (ESI)

En relación a la Estrategia Sanitaria Inmunizaciones, resaltan las elevadas coberturas de protección con vacuna Pentavalente y SPR, obtenidas entre los años 2009 al 2011, que superan las metas programadas, donde la condición de centro referencial de nuestro hospital, lo que posibilita la atención de niños de la más diversa procedencia.

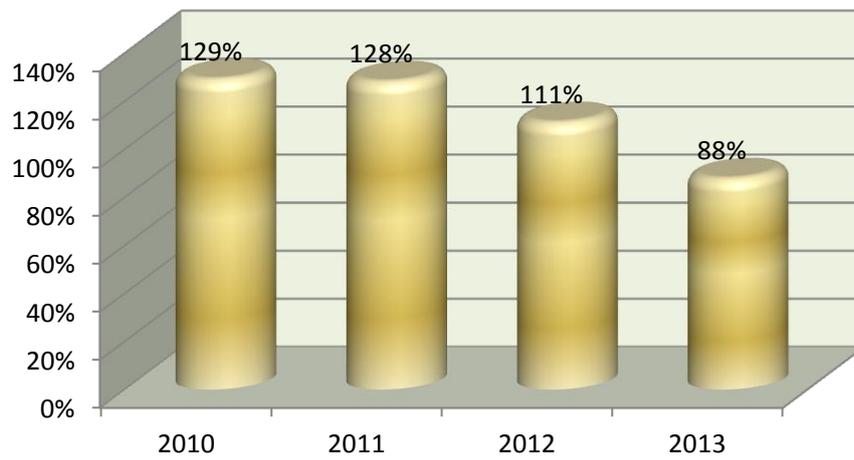
Desde el año 2010, y a pesar de las nuevas directrices ampliando la cobertura para nuevos biológicos, se registran continuos desabastecimientos desde los niveles nacional y regional, provocando una disminución muy seria desde el año 2011, en especial para las nuevas vacunas como el rotavirus (gráficos 30a, 30b y 30d). Se debe alertar sobre esta situación al sistema administrativo del plano nacional, si se quiere disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles en nuestra población de niños, más aún cuando se vuelve a registrar un descenso en los diferentes esquemas en el año 2013, posterior al incremento sostenido hasta el año 2012 (gráficos 30c, 30e, 30f y 30g).

Gráfico 30a: NIÑOS MENORES DE UN AÑO PROTEGIDOS CON VACUNA PENTAVALENTE 2012 – 2013



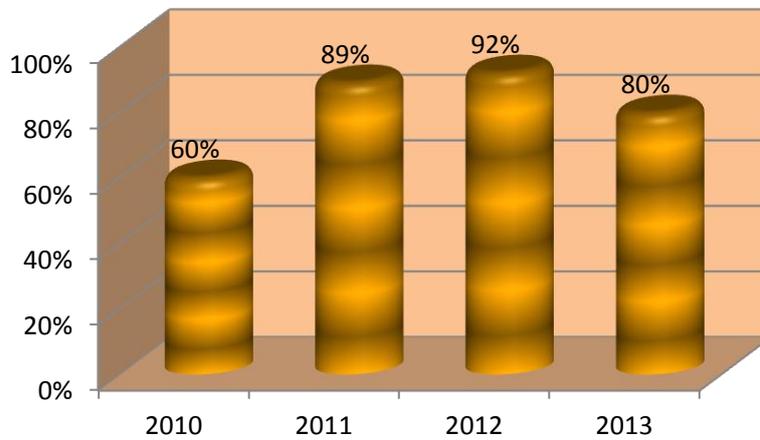
Fuente: ESI-HSJ

Gráfico 30b: NIÑOS MENORES DE UN AÑO PROTEGIDOS CON VACUNA ROTAVIRUS 2012 – 2013



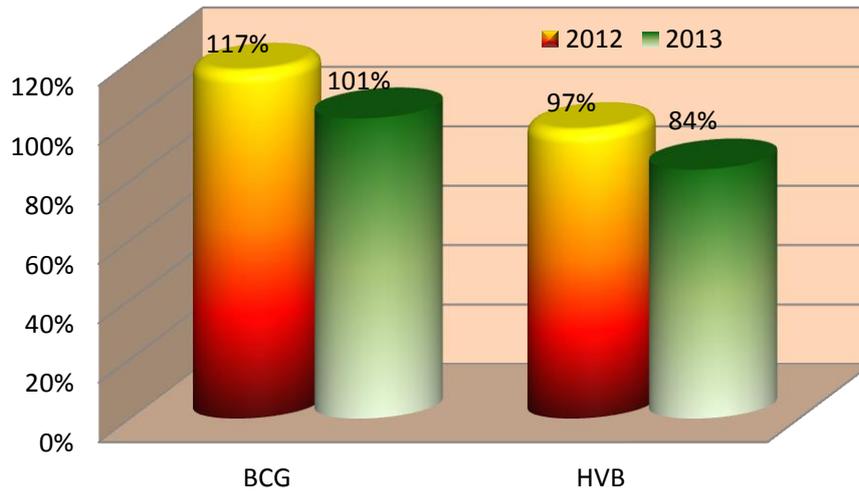
Fuente: ESI-HSJ

Gráfico 30c: NIÑOS MENORES DE UN AÑO PROTEGIDOS CON VACUNA NEUMOCOCO 2012 – 2013



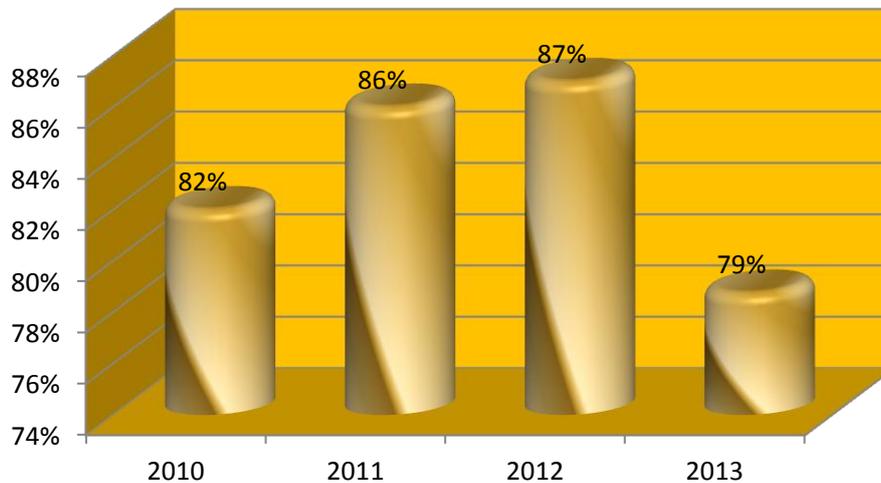
Fuente: ESI-HSJ

Gráfico 30d: RECIEN NACIDO PROTEGIDO CON BCG-HVB 2012 – 2013

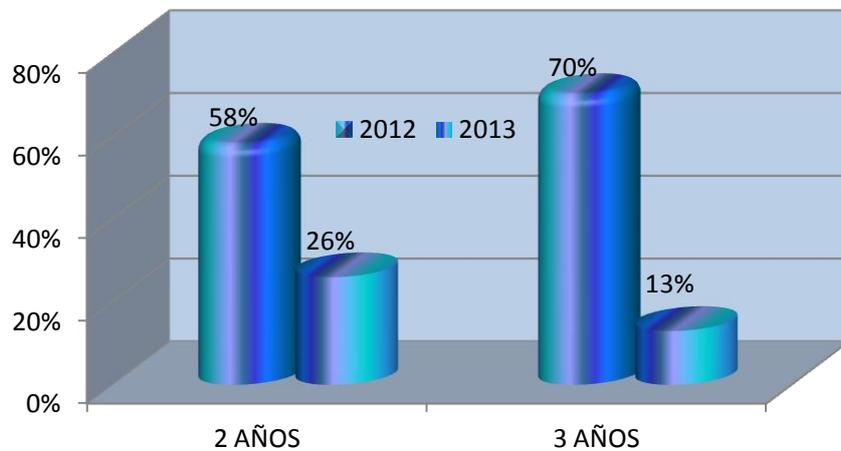


Fuente: ESI-HSJ

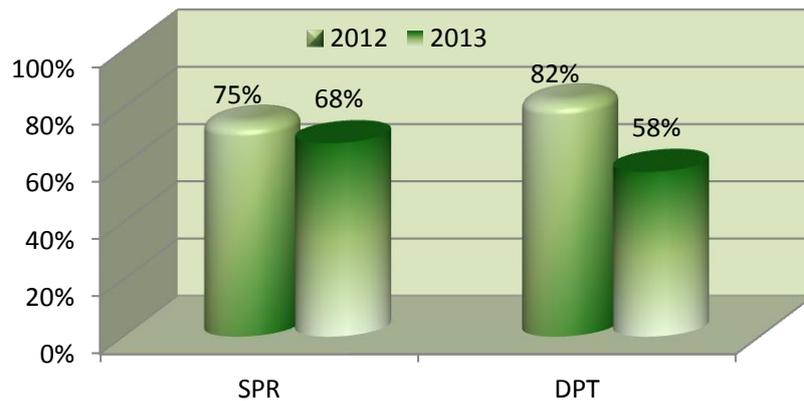
Gráfico 30e: NIÑO DE UN AÑO PROTEGIDO CON VACUNA SPR 2012 – 2013



Fuente: ESI-HSJ

Gráfico 30f: NIÑO DE 2 Y 3 AÑOS PROTEGIDO CON NEUMOCOCO 2012 – 2013

Fuente: ESI-HSJ

Gráfico 30g: NIÑO DE 4 AÑOS PROTEGIDO 2012 – 2013

Fuente: ESI-HSJ

4.9.3 ESN CRECIMIENTO Y DESARROLLO. (ESNCRED)

Los indicadores de la ESPC Crecimiento y Desarrollo (Tabla 34), para los años 2010, 2011 y 2012 obtuvieron coberturas inicialmente bajas en niños menores de 1 año, con un evidente descenso hasta del 16% en el 2011, para mejorar ostensiblemente al completar el control a los 36 meses (94%). Tales indicadores mejoraron indudablemente durante el año 2012, hasta alcanzar coberturas del 99% en niños menores de 36 meses y del 102% en menores de 1 año. Sin embargo, tales indicadores caen durante el año 2013 (entre el 75 y 88%), no pudiendo precisarse si tal decrecimiento corresponde a la constante rotación de personal capacitado o a otras causas que dificultan la accesibilidad de la población, o por defecto, a la mejor cobertura de la red periférica de servicios.

Tabla 34: PRINCIPALES INDICADORES OPERACIONALES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, PERIODO 2010 – 2013

INDICADOR	FORMULA	2010	2011	2012	2013
Cobertura de niños controlados < 1 año	$\frac{\text{niños < 1 año controlados}}{\text{Población programado < de 1 año}} \times 100$	431x100 = 108%	35x100 = 16%	306x100 = 102%	224x100= 75%
	Población programado < de 1 año	400	200	300	300
Cobertura de niños controlados < de 36 meses	$\frac{\text{niños < 36 meses controlados}}{\text{Población programado < 36 meses}} \times 100$	431x100 = 108%	563x100 = 94%	596x100 = 99%	527x100=88%
	Población programado < 36 meses	400	600	600	600

Fuente: ESCRED-HSJ

Por otra parte se evidencia (durante el año 2013) un incremento importante en mejorar la alimentación para los menores de 36 meses de edad (desde el 4% en el año 2012, hasta el 70% en el 2013). Situación análoga, aunque menos evidente, se tiene en el indicador de “reducir la incidencia de bajo peso al nacer” (desde 48% en el 2012 hasta el 52% en el 2013). Una potencial explicación tendría que ver con el perfil de la población atendida, que condujo a la red de servicios a su derivación hacia las áreas hospitalarias, por su mayor complejidad.

Tabla 35: PRINCIPALES INDICADORES OPERACIONALES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, PERIODO 2010 – 2013

INDICADOR	FORMULA	2010	2011	2012	2013
Reducir La Incidencia De Bajo Peso Al Nacer	$\frac{\text{niños < de 36 meses con CRED completo}}{\text{Total niños que ingresan a CRED}} \times 100$	431x100 = 46%	563x100 = 51%	596x100 = 48%	527x100=52%
	Total niños que ingresan a CRED	951	1124	1245	1018
Mejorar La Alimentación Del Menor De 36 Meses	$\frac{\text{niños controlados < de 36 meses con RN}}{\text{niños controlados en HSJ < 36 meses}} \times 100$	66x100 = 15%	82x100 = 15%	24x100 = 4%	370x100=70%
	niños controlados en HSJ < 36 meses	431	563	596	527

Fuente: ESCRED-HSJ

4.9.4 ESNPREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA (ESNPCITSS).

En el año 2013, se reportaron 56 casos de infección por VIH y 34 en fase SIDA, lo que implica un incremento de casos en estadio sintomático (en 11 casos), mientras que la curva ascendente de casos en fase inicial o asintomática desde el año 2010 muestra una disminución hacia el año 2013 (en 15 casos con relación al 2012). El incremento aritmético de nuevos casos en fase SIDA, corresponde a la tendencia regional y nacional, y a las estimaciones efectuadas a nivel internacional en cuando a un porcentaje estimado de

personas infectadas que evolucionarán hacia las fases sintomáticas. Por otra parte, el decrecimiento de nuevos casos en fase inicial, podría traducir una disminución en el impacto de diversas estrategias de búsqueda activa, como los tamizajes gratuitos que se ofertan durante todo el año en nuestros hospitales.

Asimismo, entre los indicadores de la Estrategia que se trabajan a nivel de la DIRESA Callao (Tabla 36), resalta la baja prevalencia de la coinfección TB – VIH (0.8%) que muestra una interesante curva descendente que también se correlaciona con el elevado número de pacientes que reciben quimioprofilaxis contra la tuberculosis, constituyendo uno de los mayores impactos de intervención sanitaria en esta problemática.

Por otra parte, el llamado “manejo sindrómico de las Infecciones de transmisión sexual” no se estaría aplicando en términos reales, toda vez que se carece de los medicamentos necesarios desde hace más de dos años. En ediciones anteriores, las responsables de la Estrategia Sanitaria, consideraron como sindrómicos a los diagnósticos de tipo etiológico. Existe un porcentaje elevado de personas a las que se les brinda un esquema de tratamiento, sin la evidencia suficiente que permita diferenciar un enfoque sindrómico de uno etiológico. Y lo que es más preocupante, no se contaría con una estimación más certera sobre el porcentaje de personas atendidas que decidieron asumir el costo de su tratamiento.

Y en cuando a la atención y acceso a los tratamientos antirretrovirales destinados a las personas viviendo con el VIH/SIDA, destaca el mantenimiento de la alta cobertura de PVVS con criterios de inicio para el tratamiento antirretroviral (94%) que podría correlacionarse a la mejor capacidad resolutive y operacional del equipo multidisciplinario que trabaja en la Estrategia y el servicio de Infectología.

Por otra parte, la efectividad del TARGA queda demostrada, una vez más, al alcanzar un 90.2% de sobrevida anual entre los tributarios de estos esquemas. Y por último, se logró someter a consejería pre test a todas las personas que debieron ser sometidas a las pruebas diagnósticas relacionadas al VIH/SIDA.

Tabla 36: Principales indicadores operacionales de prevención y control de ITS Y VIH /SIDA, periodo 2011 – 2013

INDICADOR	FORMULA	2011	2012	2013
Cobertura de PVVS que tiene criterios de inclusión para recibir Tto. (TARGA).	$\frac{\text{Nº de PVVS que reciben TARGA}}{\text{Nº de PVVS con criterio de inclusión}} \times 100$	$\frac{84}{195} \times 100 = 43\%$	$\frac{141}{150} \times 100 = 94\%$	$\frac{121}{129} \times 100 = 94\%$
Sobrevida de Adultos PVVS al Tto. (TARGA)	$\frac{\text{Nº de adultos PVVS que siguen con vida 12 meses después de iniciar TARGA}}{\text{Total de PVVS que iniciaron el TARGA hace > 12 meses}} \times 100$	$\frac{488}{530} \times 100 = 92\%$	$\frac{535}{579} \times 100 = 92\%$	$\frac{808}{895} \times 100 = 90.2\%$
Prevalencia de coinfección TB-VIH en PVVS	$\frac{\text{Nº de adultos PVVS que tienen coinfección TB-VIH}}{\text{Total de PVVS}} \times 100$	$\frac{37}{936} \times 100 = 4\%$	$\frac{25}{1096} \times 100 = 2.2\%$	$\frac{7}{895} \times 100 = 0.8\%$
Cobertura de Tto. de las ITS curables mediante manejo sintromico	$\frac{\text{Nº de casos de ITS curables que completaron Tto. mediante manejo sintromico}}{\text{Nº Total de ITS curables diagnosticados}} \times 100$	$\frac{2473}{2473} \times 100 = 100\%$	$\frac{2241}{2241} \times 100 = 100\%$	$\frac{2282}{2282} \times 100 = 100\%$
Consejerías Pre- test realizadas de acuerdo a Norma Técnica y Leyes Nº 26626 y 28243	$\frac{\text{Nº de consejería pre-test realizadas}}{\text{Nº Total de pruebas para VIH realizadas en el Hospital.}} \times 100$	$\frac{2254}{2378} \times 100 = 95\%$	$\frac{7298}{7260} \times 100 = 100\%$	$\frac{7557}{3247} \times 100 = 233\%$

Fuente: ESPCITSS-HSJ

4.9.5 ESN. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZONOSIS:

Se observa que en el año 2013 (Gráfico 31), se registraron 222 casos de accidentes por mordedura de animales, lo que significa 101 casos menos en relación al año anterior, con una mayor frecuencia en los meses de verano. Debe recordarse la mejor capacidad resolutoria de la red periférica de servicios en la atención de mordeduras por animales como perros y gatos, disminuyendo la cobertura potencial hacia los hospitales de la jurisdicción.

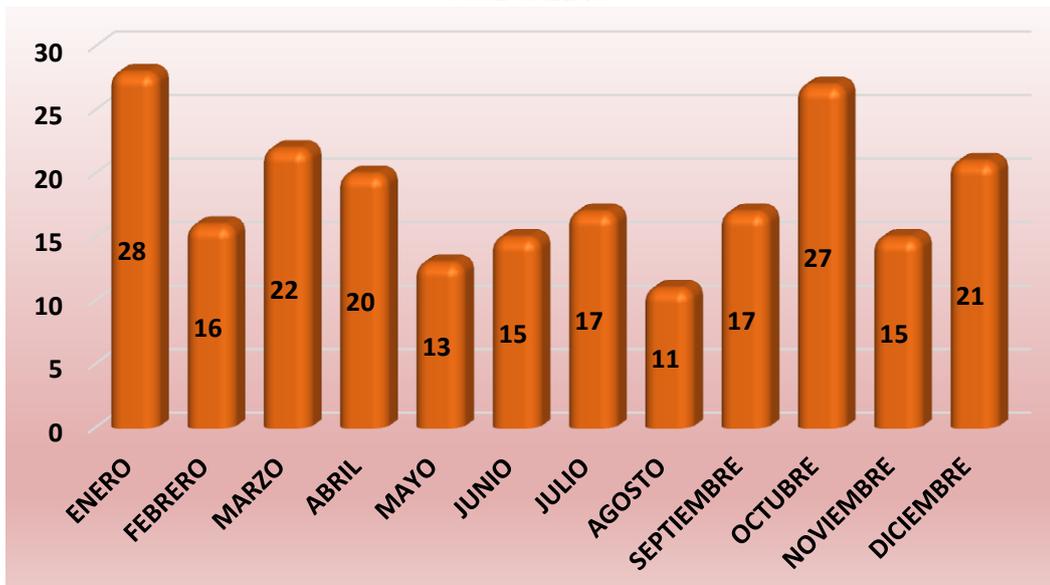
Al igual que años anteriores (y como parte de la tendencia mundial) se evidencia una predominancia de los perros o gatos conocidos como animales agresores (Gráfico 32).

La mayor parte de accidentes se situaron en las extremidades inferiores para el año 2013 (Gráfico 33).

En este contexto, el número de abandonos al esquema de tratamiento antirrábico específico (esquema de vacunación antirrábico humano, ha disminuido hasta 14 en el año 2011 (Gráfico 34), que configura una curva descendente si consideramos el registro de 32 en el Año 2008, 35 en el Año 2009 y 27 en el año 2010; problemática que ha disminuido, probablemente debido a estrategias implementadas para mejorar la comunicación con los pacientes. Tal tendencia se reafirma en el año 2012 al registrarse tan solo 9 abandonos,

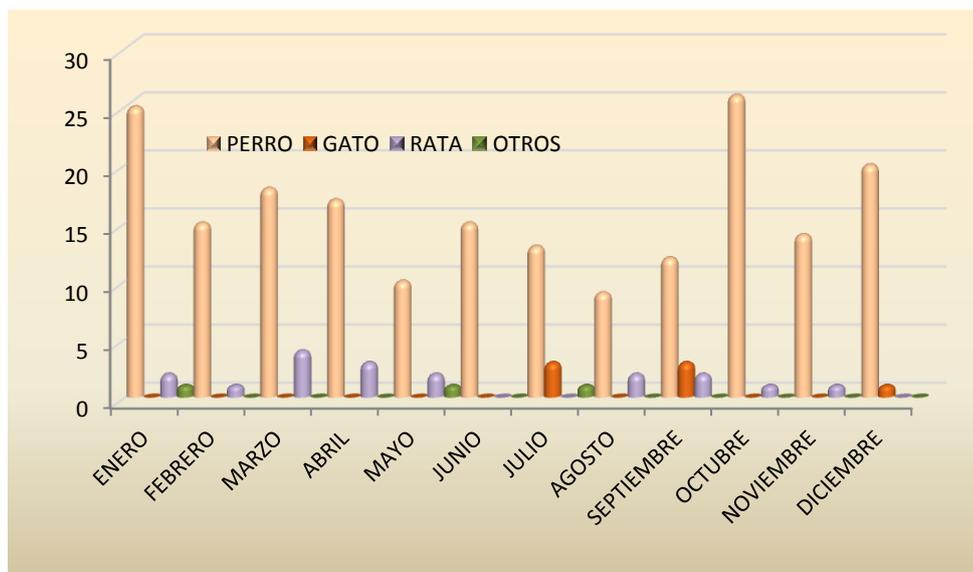
para incrementarse hasta 23 abandonos durante el 2013. Esta última situación, bien podría explicarse por la poca accesibilidad para completar el esquema por parte de los afectados, como también a la comunicación deficiente con el sistema periférico donde probablemente continuaron sus atenciones.

Gráfico 31 Nº DE CASOS DE ANIMALES MORDEDORES POR MESES AÑO 2013 - HOSPITAL SAN JOSÉ CALLAO



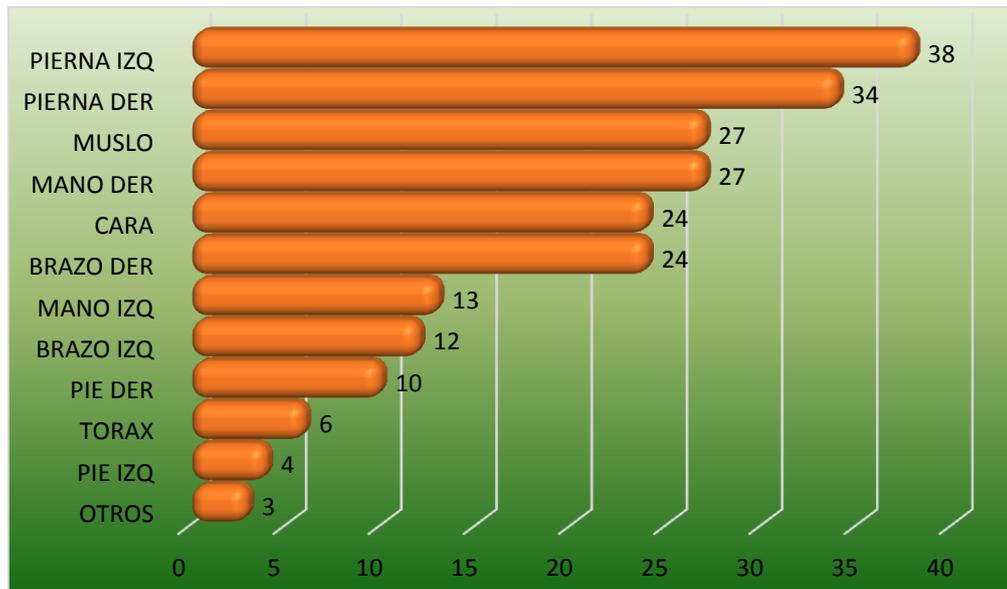
Fuente: ESPCZONOSIS-HSJ

Gráfico 32: ACCIDENTES DE MORDEDURA SEGUN TIPO DE ANIMAL POR MESES AÑO 2013 - HOSPITAL SAN JOSÉ CALLAO



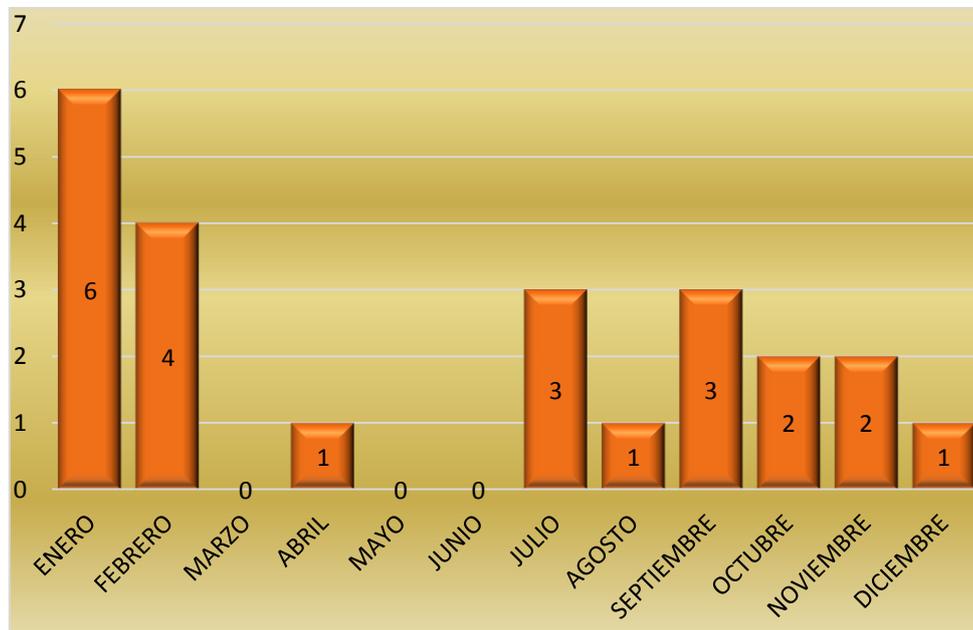
Fuente: ESPCZONOSIS-HSJ

Gráfico 33: NIVEL DE EXPOSICIÓN AÑO 2013 - HOSPITAL SAN JOSÉ CALLAO



Fuente: ESPCZOONOSIS-HSJ

Gráfico 34: Nº CASOS DE ABANDONOS AL ESQUEMA DE VACUNACION ANTIRRABICA AÑO 2013 - HOSPITAL SAN JOSÉ CALLAO



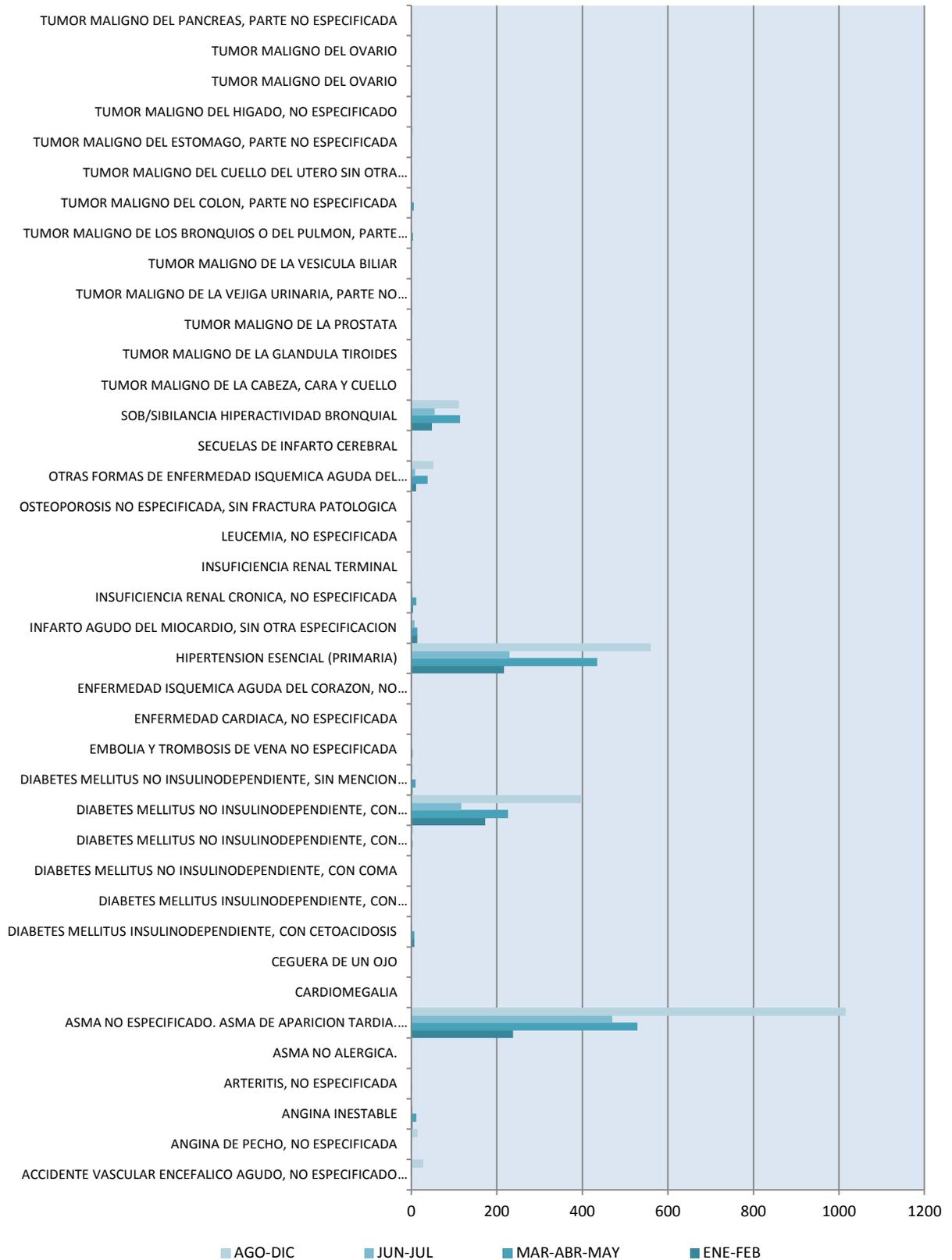
Fuente: ESPCZOONOSIS-HSJ

4.9.6 ESNPC ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ESNPCENT)

Como se observa en los Gráficos 35, 36 y 37, las Enfermedades No Transmisibles, son causas importantes de egresos, de atenciones en la consulta externa y en la emergencia del Hospital San José- Callao, siendo las principales causas las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes; definiendo el panorama de las enfermedades no transmisibles como importantes causas de morbilidad en los últimos años en el Callao, de allí la prioridad que se le ha prestado a este grupo de nosologías.

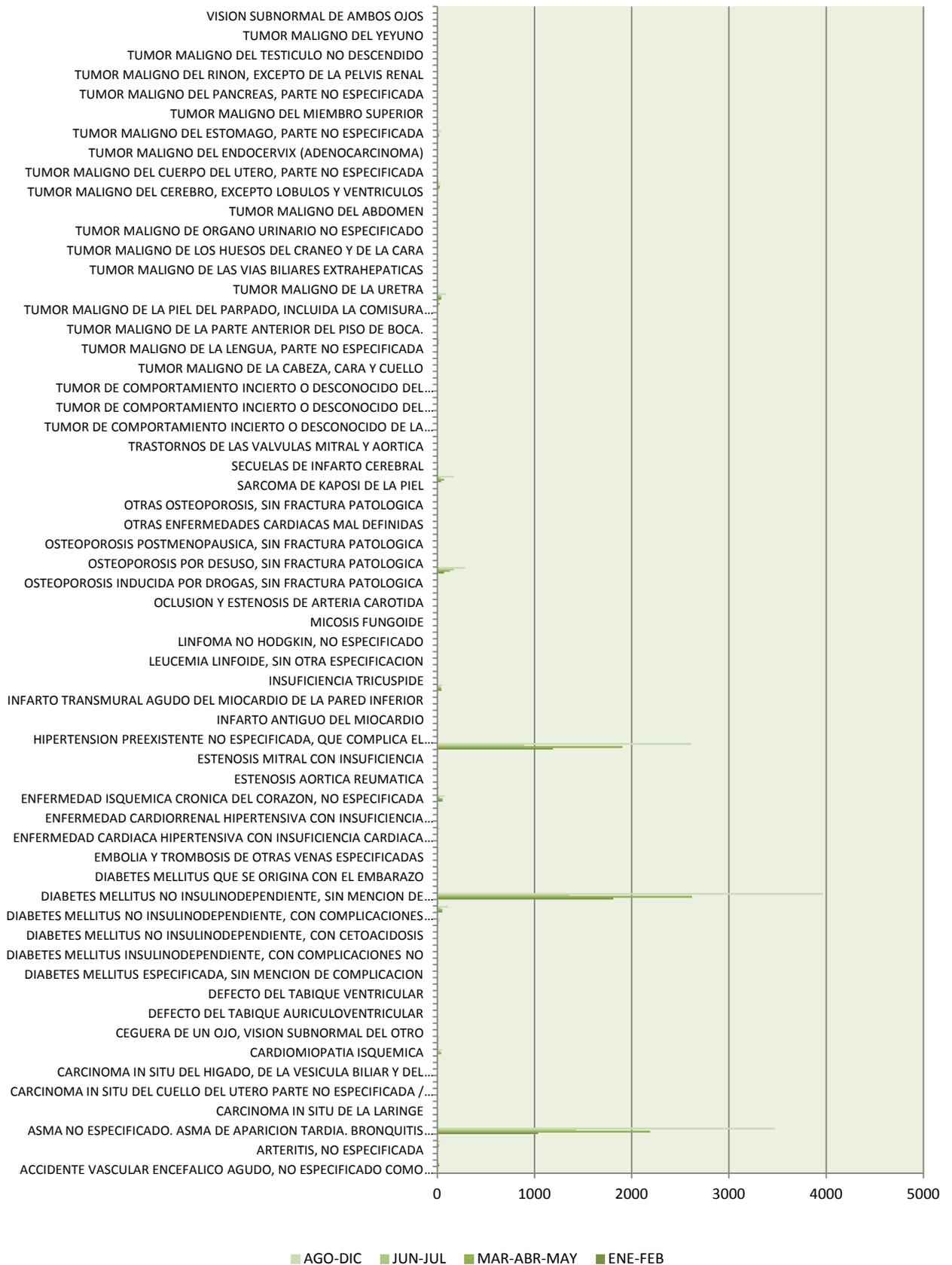
Por otra parte, debe recalcar que el Perú, al igual que otros países periféricos del tercer mundo atraviesa por una fase de transición entre las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, a pesar de existir grandes segmentos poblacionales en pobreza y extrema pobreza, todavía vulnerables a las enfermedades infectocontagiosas, pero al mismo tiempo, por contar con mayor acceso y motivación a estilos de vida inadecuados, también resultan víctimas de las entidades no transmisibles.

Gráfico 35: 10 PRIMERAS CAUSAS DE INGRESOS POR ENT EN EMERGENCIA 2013



Fuente: UEPISA-ESNPCENT-HSJ

Gráfico 36: 10 PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIONES POR ENT EN CONSULTA EXTERNA 2013



Fuente: UEPISA-ESNPCCENT-HSJ

Gráfico 37: MORBILIDAD DE DAÑO NO TRANSMISIBLE EN HOSPITALIZACION 2013



Fuente: UEPISA-ESNPCENT-HSJ

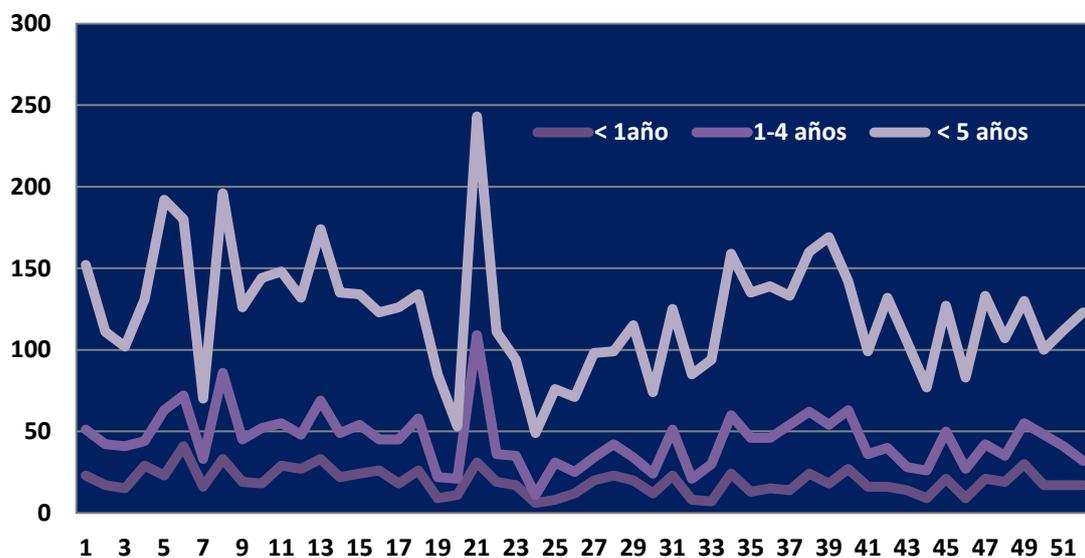
4.10 DAÑOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS:

A la S.E. 52-2013 se han notificado 6347 casos de EDA (Gráfico 38), lo que significó 26 casos más a lo registrado en el año anterior, manteniendo un nivel semejante de riesgo anual. Sin duda alguna habrá que examinar la tendencia en los siguientes años y medir otros indicadores como el índice parasitario en niños menores de cinco años.

Se observa, asimismo, picos en el reporte de casos entre las SE. 3 y 9, y las SE 19 y 23, rompiendo la mayor prevalencia de los meses de mayor temperatura. Se observa, asimismo, que el grupo más afectado es el de mayores de 5 A. (Gráfico 39), seguido del grupo de 1 – 4 A. y, en tercer lugar los menores de 1 A. Debemos mencionar que nuestro hospital está considerado como Centro de Vigilancia Centinela de Cólera, lo que implica la toma oportuna y difundida de muestras de hisopado rectal para coprocultivo, a los casos de EDA con deshidratación.

Gráfico 38: CASOS REPORTADOS DE EDA POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA SEGÚN GRUPOS DE EDAD- SE. 1 -52 - 2013 HOSPITAL SAN JOSE- CALLAO

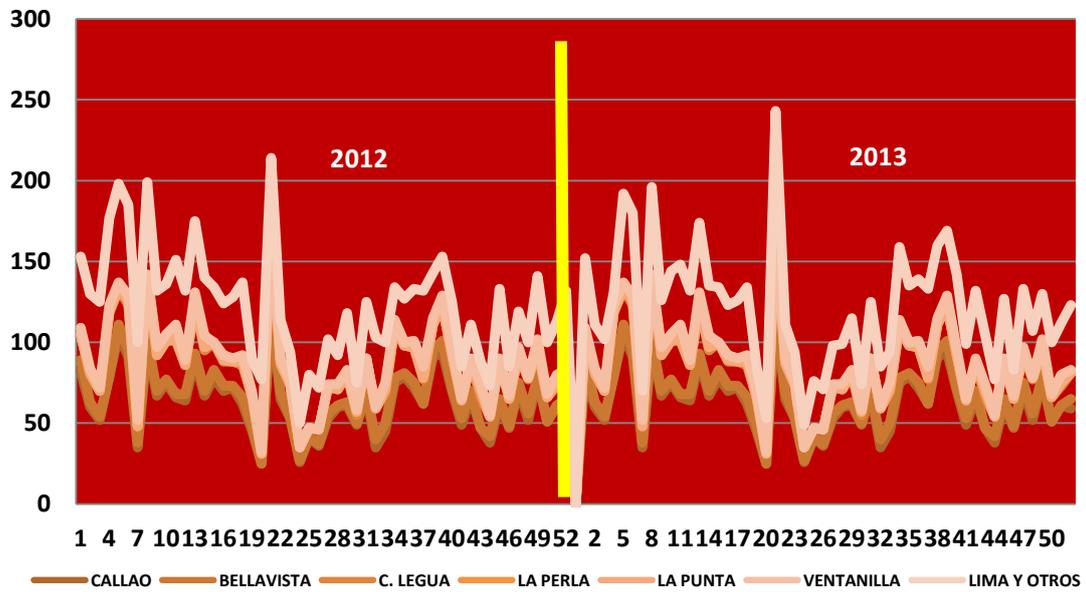


En lo referente al lugar de procedencia (Gráfico 39), las curvas durante los años 2012 y 2013 muestran una mayor presencia de personas procedentes del distrito del Callao. No resulta fácil ensayar una interpretación de determinantes de riesgo, los mismos que deberán identificarse en estudios poblacionales.

En cuanto a las EDAs disintéricas (y siguiendo la misma tendencia epidemiológica del total de EDAs acuosas), se evidencia una cifra históricamente reducida en los

diagnósticos definitivos considerados como tales, no registrándose caso alguno durante los años 2012 y 2013.

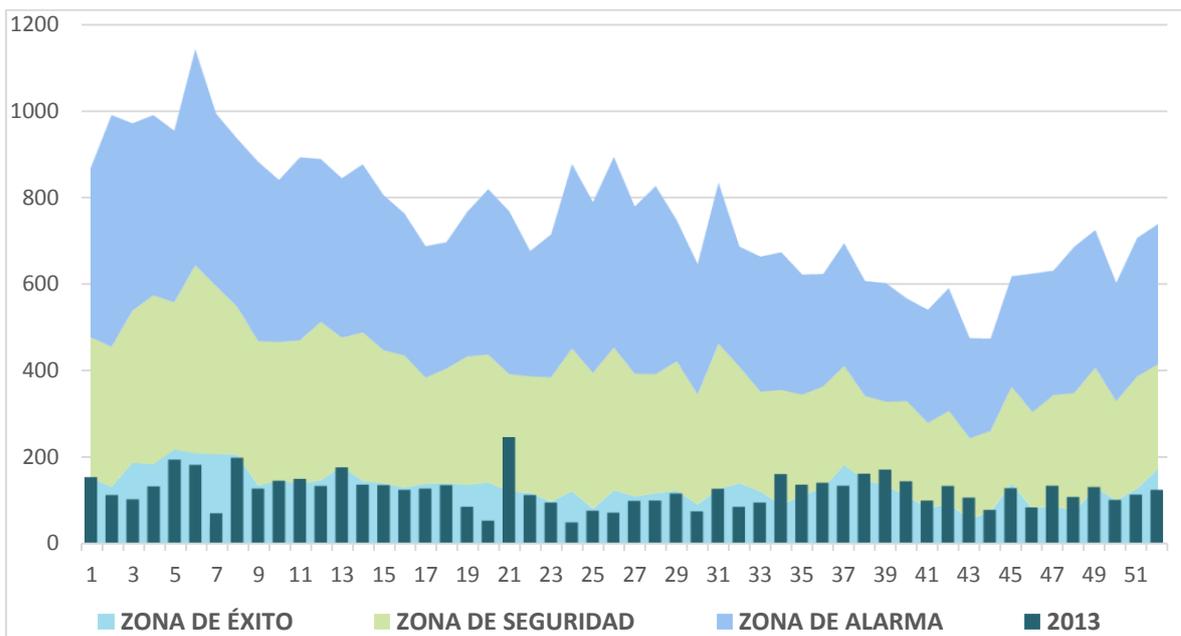
Gráfico 39: CASOS DE EDAS SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. HOSPITAL SAN JOSÉ. REGIÓN CALLAO 2013



Fuente: UEPISA- Noti SP- HSJ

Desde una perspectiva de control epidemiológico las diferentes nosologías existentes detrás de las diversas formas clínicas de EDAs se encuentran en una zona de seguridad sanitaria (Gráfico 40), lo que no significa distraer el rigor de su vigilancia.

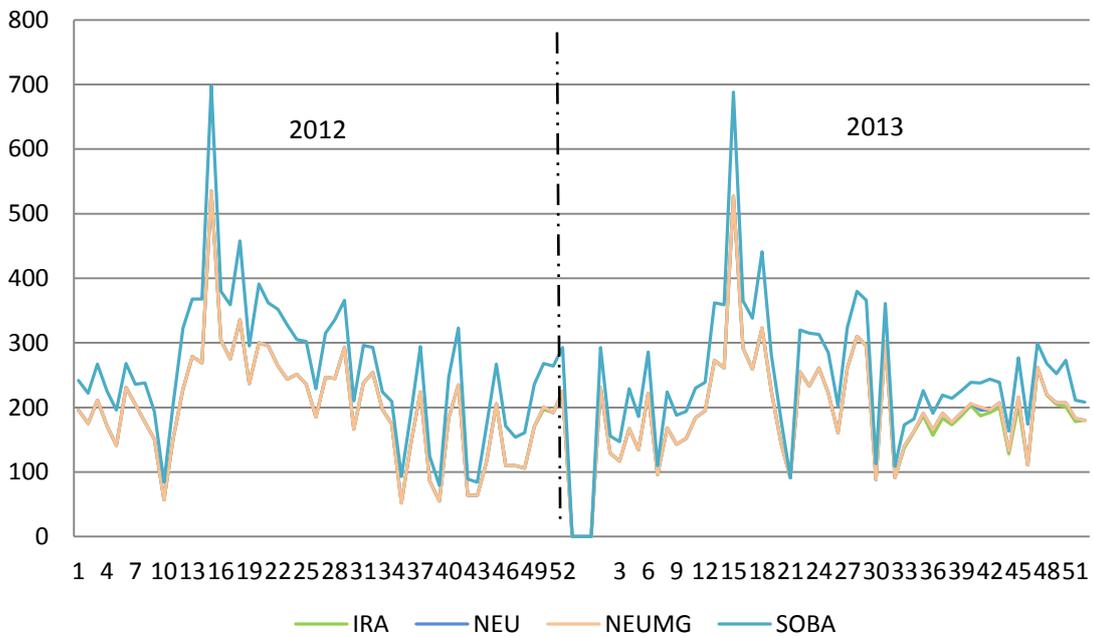
Gráfico 40: CANAL ENDEMICO DE EDA ACUOSA POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA HOSPITAL SAN JOSE - REGION CALLAO AÑO 2013



ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

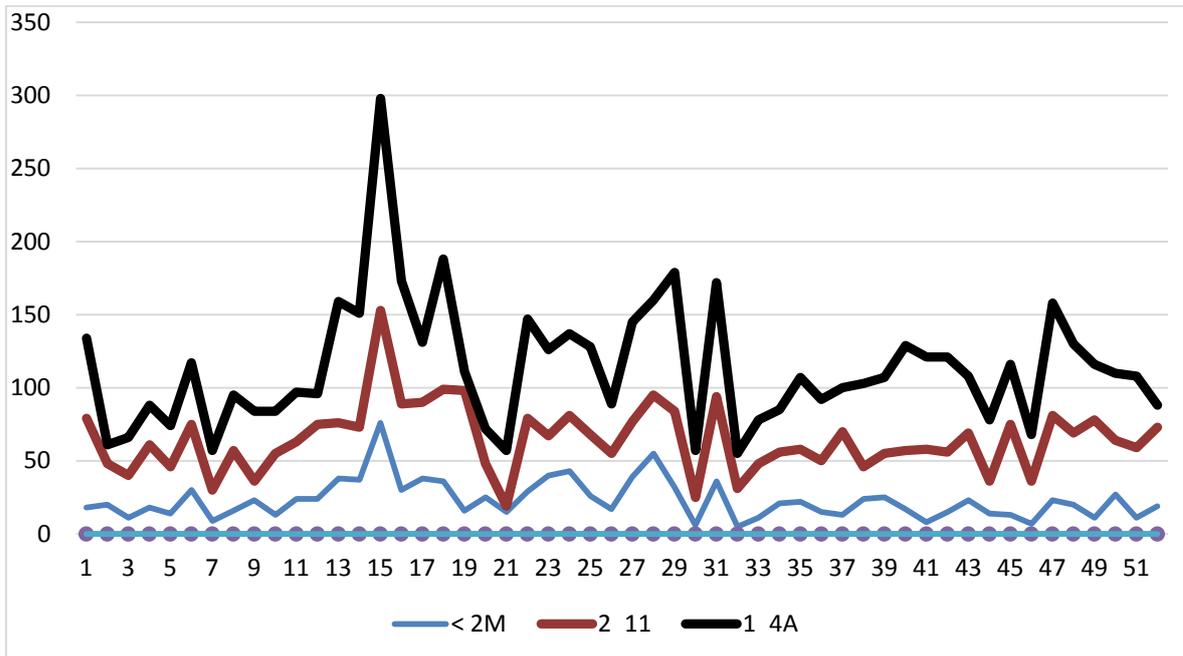
Se observa que en el año 2013 (Gráfico 41), se notificaron 10469 casos de IRAs (25 casos más que los registrados durante el año 2012); siendo los más afectados, en el 2013, los niños de 1 – 4 años (5911 casos), seguido de los de 2 – 11 M (3360 casos), como puede apreciarse en el Gráfico 42). Como se sabe, en el 2013, no se tuvieron los niveles bajos de temperatura en comparación a décadas anteriores, pero se produjeron disminuciones bruscas y esporádicas, que probablemente repercutieron en el comportamiento de las IRAs. y de las neumonías, con los mayores registros entre las SE 13 a 17 (Gráfico 42).

Gráfico 41: CASOS REPORTADOS DE IRAs. POR SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS - SE. 1- 52 (2012-2013) - HOSPITAL SAN JOSE - CALLAO



Fuente: UEPISA- Noti SP- HSJ

Gráfico 42: CASOS REPORTADOS DE IRAs POR GRUPOS ETARIOS. POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA - SE.1- 52 AÑO 2013 - HOSPITAL SAN JOSE - CALLAO



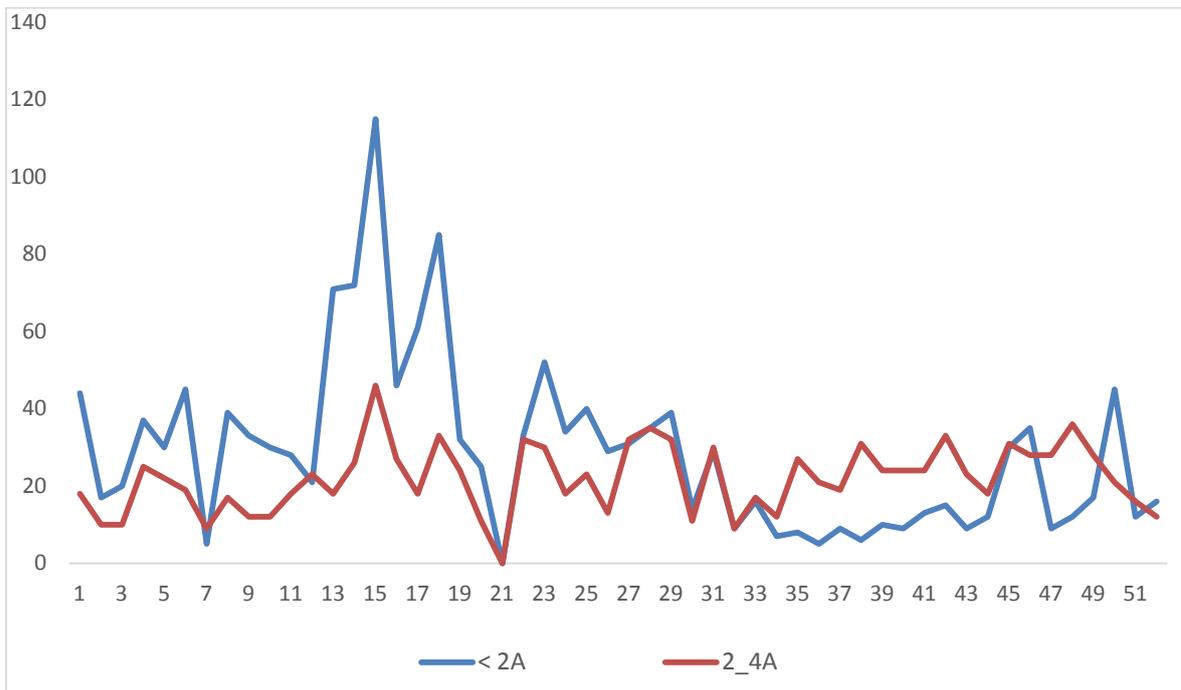
Fuente: UEPISA- Noti SP- HSJ

Y por parte, en el año 2013, se registraron 40 casos de neumonía en menores de cinco años, evidenciando un mejor registro de esta nosología, toda vez que no se contaron con datos fehacientes durante el año 2012.

En relación a los casos de SOBA- Asma (Gráfico 43), a la S.E. 52-2013 se notificaron 2,632 casos (entre leves, moderados y graves) en menores de 4 años, mostrando una frecuencia y estacionalidad muy similar a los años anteriores.

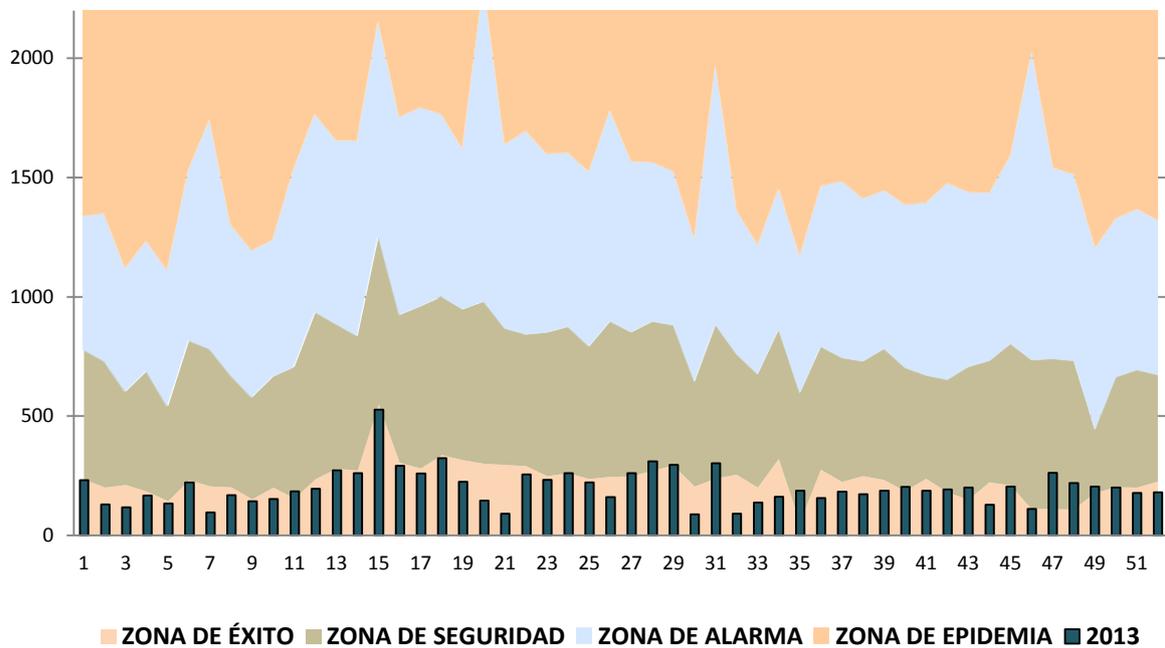
Desde una perspectiva de control epidemiológico, las diversas formas clínicas de IRAs no superaron los niveles de riesgo sanitario como puede apreciarse en el Gráfico 44, que nos muestra el canal endémico correspondiente. Tal situación no debe disminuir el rigor de la vigilancia correspondiente.

Gráfico 43: CASOS REPORTADOS DE SOBA POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA EN MENORES DE 4 AÑOS- SE.1 - 52 AÑO 2013- HOSPITAL SAN JOSE-CALLAO



Fuente: UEPISA- Noti SP- HSJ

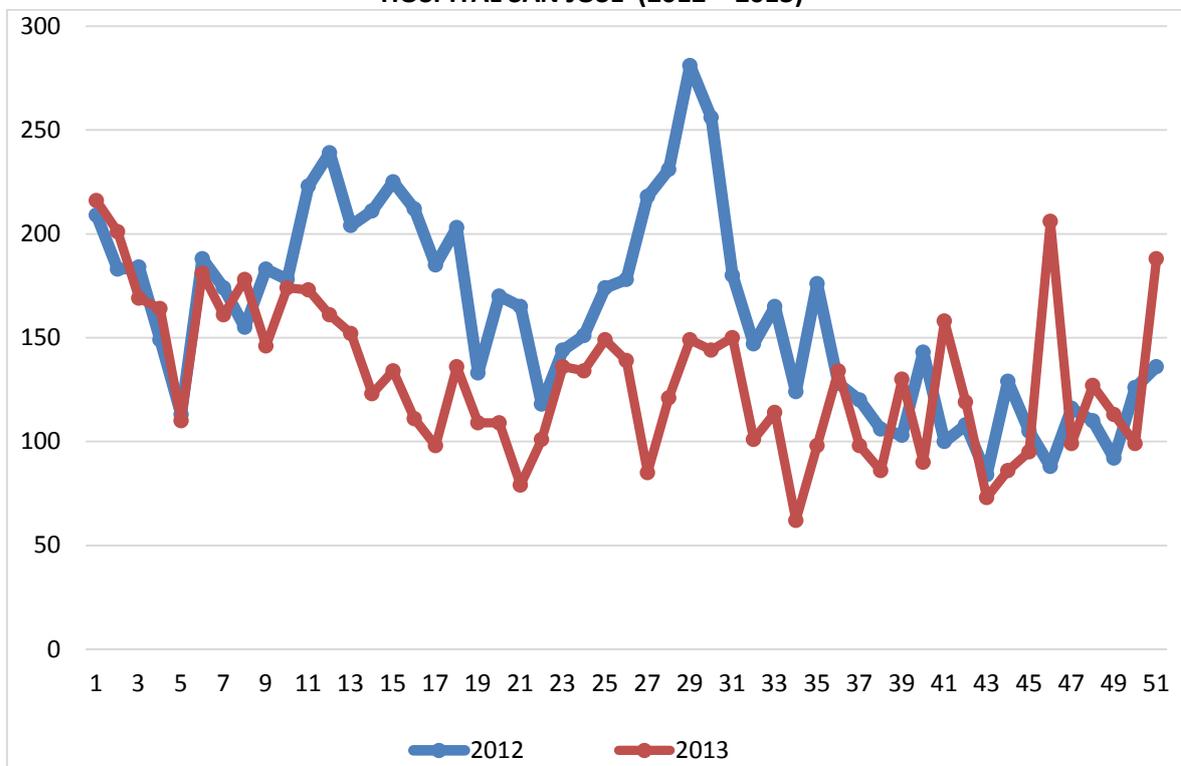
Gráfico 44: CANAL ENDEMICO DE IRAs POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA HOSPITAL SAN JOSE - REGION CALLAO AÑO 2013



REPORTE DE FEBRILES

El reporte de febriles Gráfico 45) se da en el contexto de la vigilancia centinela y teniendo en cuenta los riesgos en relación a la transmisión de dengue; así, a la SE. 52 – 2013, se reportaron 6669, (1324 casos menos que en relación al 2012); con dos picos importantes entre las S.E. 11 y 17, y entre las S.E. 27 y 31, que no necesariamente coincidieron con la época de mayor temperatura. A pesar de la existencia del vector del dengue en todos los distritos de la Provincia Constitucional, no se registraron casos autóctonos hasta la SE. 52.

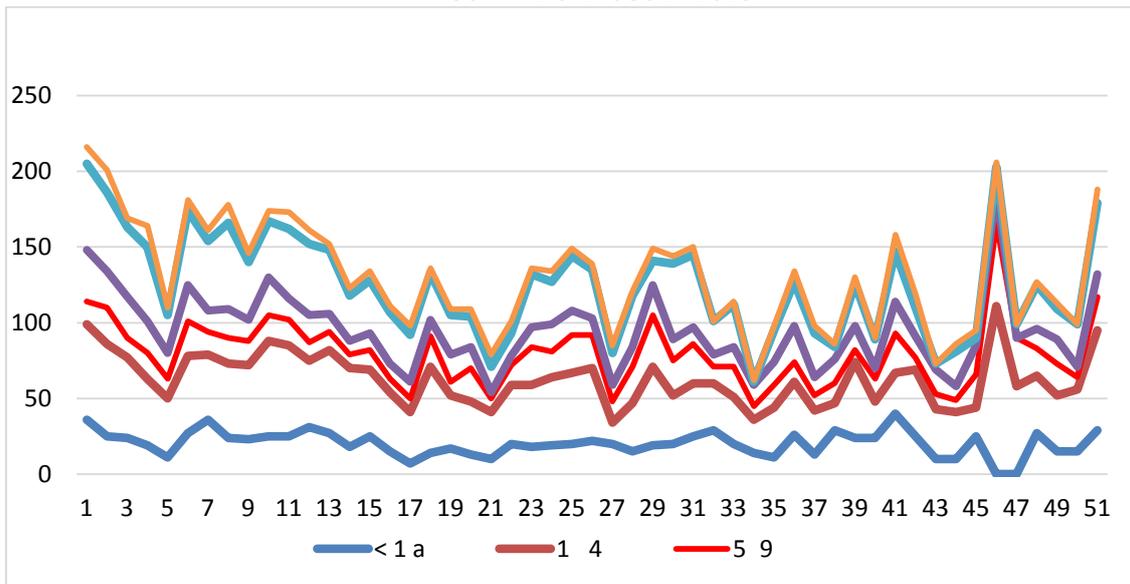
**Gráfico 45: FEBRILES REPORTADOS POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA SE 1 – 52
HOSPITAL SAN JOSÉ (2012 – 2013)**



Fuente: UEPISA.HSJ

Y segmentando a la población afectada, se evidencia una mayor curva de sintomáticos febriles entre los niños de 1 a 4 años (Gráfico 46), que pudieron corresponder a la mayor prevalencia de infecciones virales en tal grupo etario. No deja de sorprender que el grupo etario ubicado entre los 20 y 59 años de edad, mostraron la segunda tasa más importante. La mayor amplitud del grupo observado y la multiplicidad de causas nosológicas a las que se ven expuestos, podría justificar esta mayor frecuencia de casos.

**Gráfico 46: FEBRILES REPORTADOS POR GRUPOS ETÁREOS
HOSPITAL SAN JOSÉ - 2013**

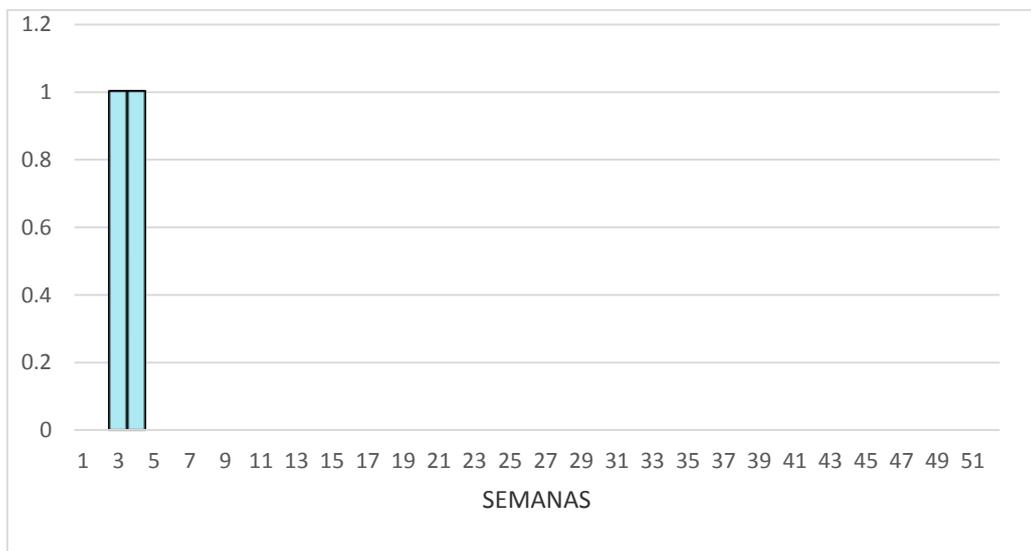


Fuente: UEPISA.HSJ

ACCIDENTES por ARACNIDOS

Asimismo, en cuanto a los casos de *Loxoscelismo* (Gráfico 47), a la SE. 52–2013, se reportaron solo 2 casos, 7 menos que los reportados durante el año 2012. La baja frecuencia de estos accidentes podría relacionarse a las mejores condiciones de saneamiento de las poblaciones cercanas al hospital, como también a una dispersión en su atención, especialmente a través de la seguridad social.

**Gráfico 47: CASOS CONFIRMADOS DE MORDEDURA DE ARAÑAS, AÑO 2013
HOSPITAL SAN JOSÉ –CALLAO**

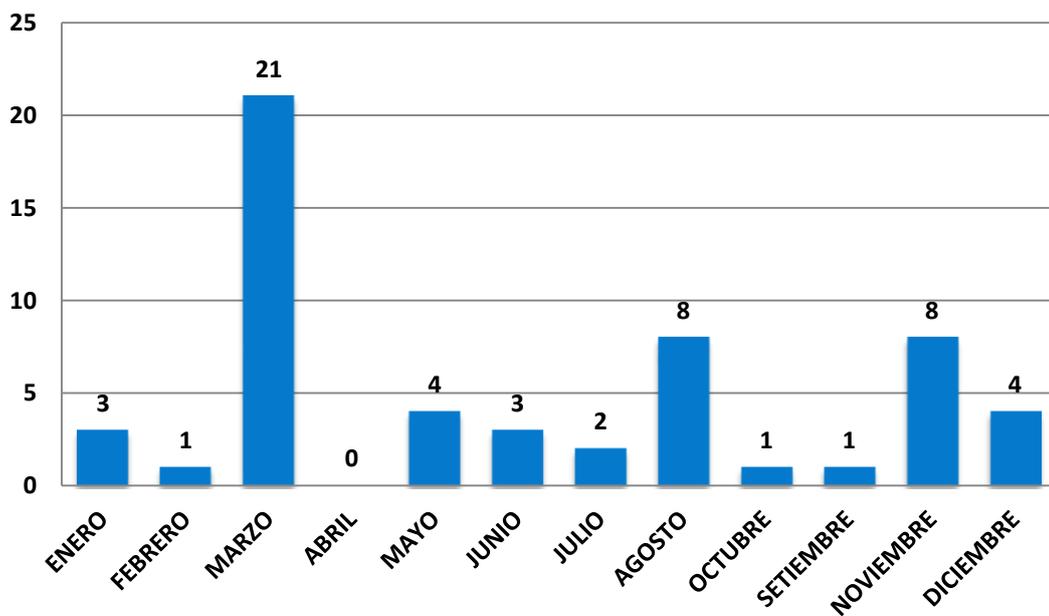


Fuente: UEPISA- Noti SP- HSJ

INFECCION VIH

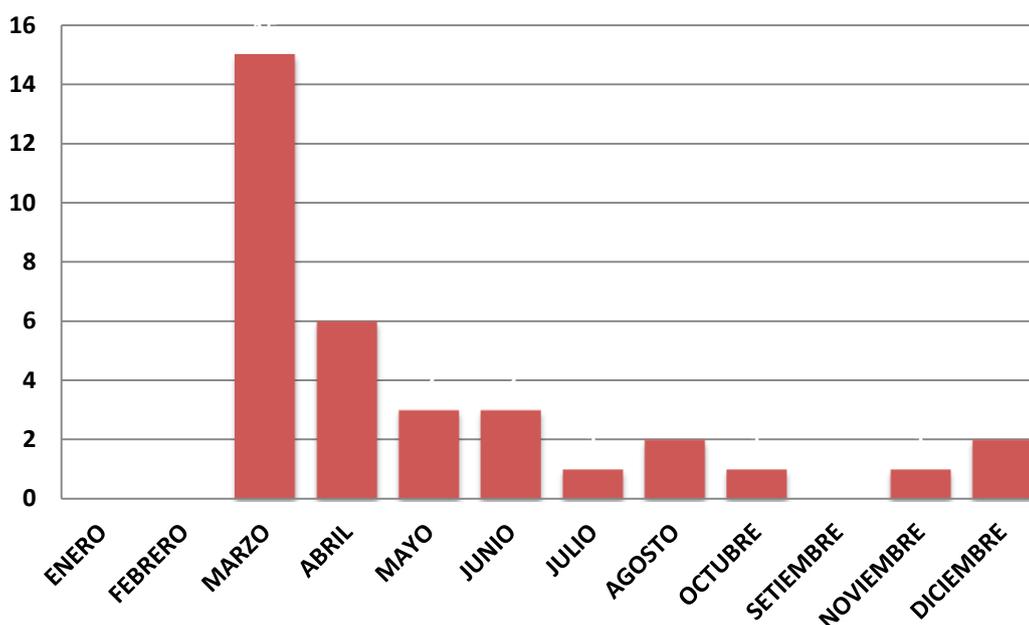
En el año 2013, se reportaron 34 casos de Infección VIH (Gráfico 48), 23 menos de lo reportado durante el año anterior; mientras que en lo relacionado a los casos de SIDA en el mismo período (Gráfico 49), se reportaron 56 19 personas, 37 más de los casos diagnosticados en el año 2012. Por una parte, la menor captación de portadores asintomáticos podría responder a una disminución del impacto de estrategias como el tamizaje gratuito que se oferta durante todo el año. Y por otra parte, el incremento de casos en fase sintomática (o SIDA) podría estar en relación a una mayor oferta en diferentes centros de referencia que cuentan con capacidades diagnósticas y para el manejo de esta infección, como el hospital San José.

**Gráfico 48: CASOS DE INFECCION VIH REPORTADOS POR SE . 1-52 – 2013
HOSPITAL SAN JOSE – CALLAO**



Fuente: UEPISA-ESNPCZ-HSJ

**Gráfico 49: CASOS de SIDA POR SE. 1-52-AÑO 2013
HOSPITAL SAN JOSÉ -CALLAO**

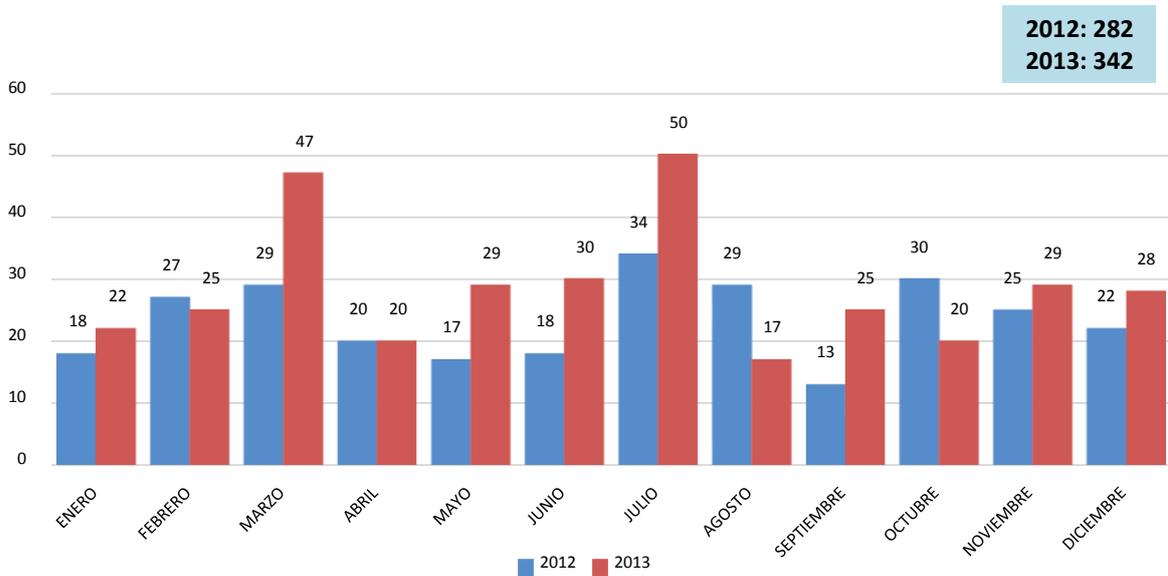


Fuente: UEPISA- ESPCITSS-HSJ

ACCIDENTES DE TRANSITO

En el año 2013, se reportaron 342 accidentes de tránsito (Gráfico 50), reporte ligeramente mayor (y no significativo) a lo registrado en el año 2012 (con 316). Tal incremento puede traducir el fortalecimiento de la vigilancia, y/o control de los subregistros, como producto del trabajo coordinado y conjunto entre la Unidad de Seguros y de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.

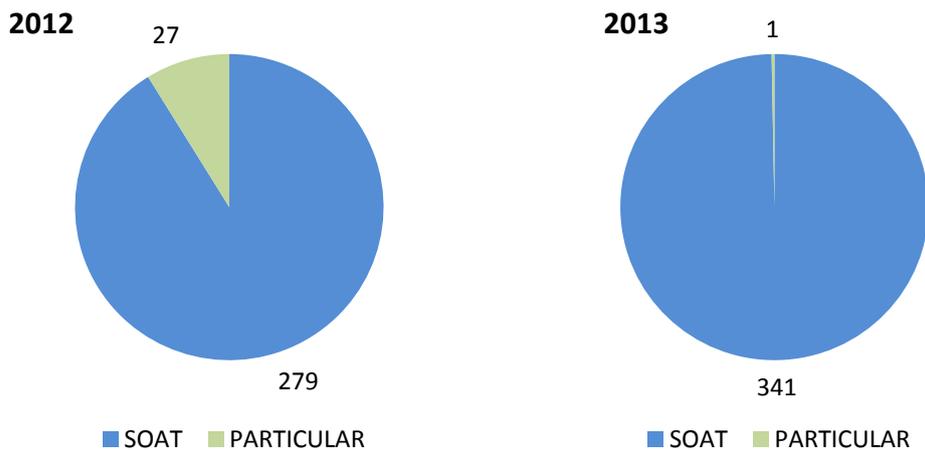
Gráfico 50: CASOS REPORTADOS DE ACCIDENTES DE TRANSITO POR MESES AÑOS 2012-2013 HOSPITAL SAN JOSE - CALLAO



Fuente: UEPISA-US-HSJ

Debe resaltarse, que la mayoría de los casos reportados tenían una póliza de seguro para accidentes de tránsito, lo cual significa el cumplimiento de la normativa estipulada al respecto (Gráfico 51). Prácticamente todos los afectados (99.8%), usaron una póliza del SOAT.

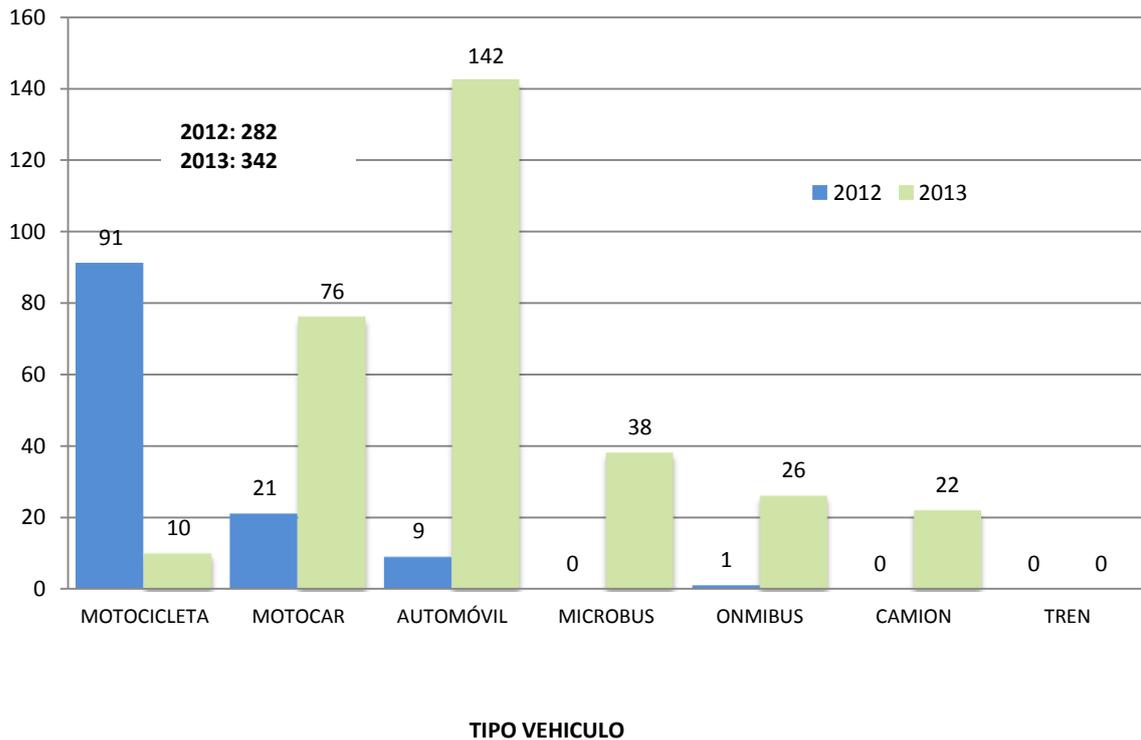
Gráfico 51: ATENDIDOS POR ACCIDENTE DE TRANSITO SEGUN FUENTE DE FINANCIAMIENTO – AÑOS 2012-2013 HOSPITAL SAN JOSÉ - CALLAO



Fuente: UEPISA-US-HSJ.

Asimismo, la vigilancia de accidentes de tránsito (Gráfico 52), ha permitido definir que los atropellos son los accidentes más frecuentes, y que los automóviles fueron el tipo de vehículos más involucrados como infractores, a diferencia del año anterior, cuando fueron las motocicletas los mayores causantes de accidentes.

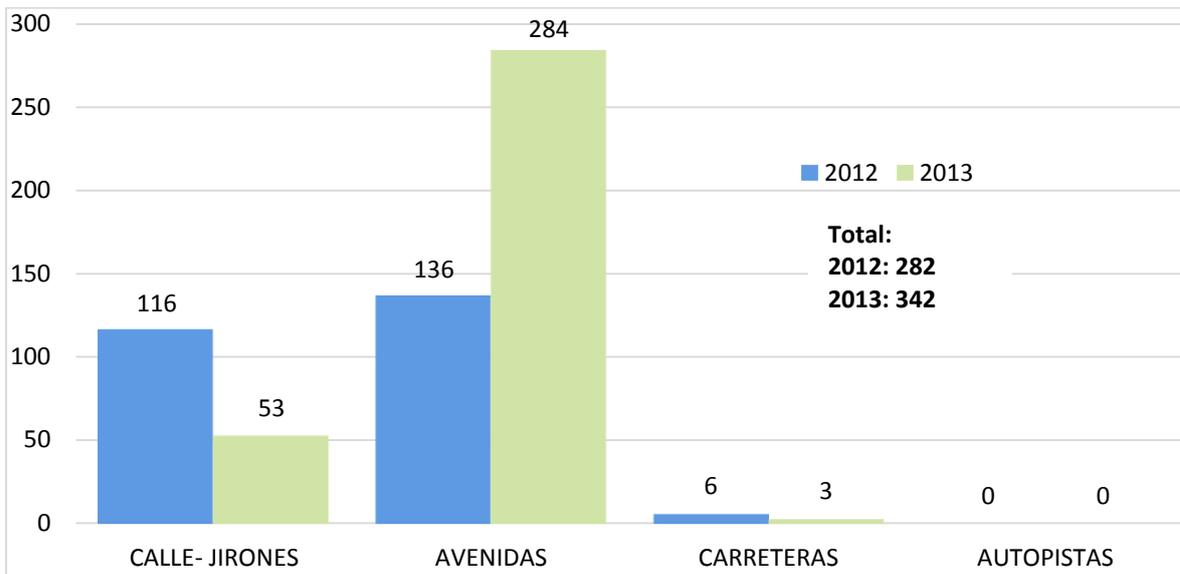
Gráfico 52: TOTAL DE VEHICULOS OCASIONANTES DE ACCIDENTES DE TRANSITO AÑOS 2012-2013 HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO



Fuente: UEPISA-US-HSJ.

Por otro lado, la vía más frecuente de ocurrencia de los accidentes (Gráfico 53), durante el 2013, fueron las avenidas, lo que implica el desarrollo de nuevas políticas para disminuir los riesgos en estas vías de mayor tráfico.

**Gráfico 53: ACCIDENTE DE TRANSITO SEGÚN VIA DE OCURRENCIA
AÑOS 2012-2013 HOSPITAL SAN JOSE - CALLAO**

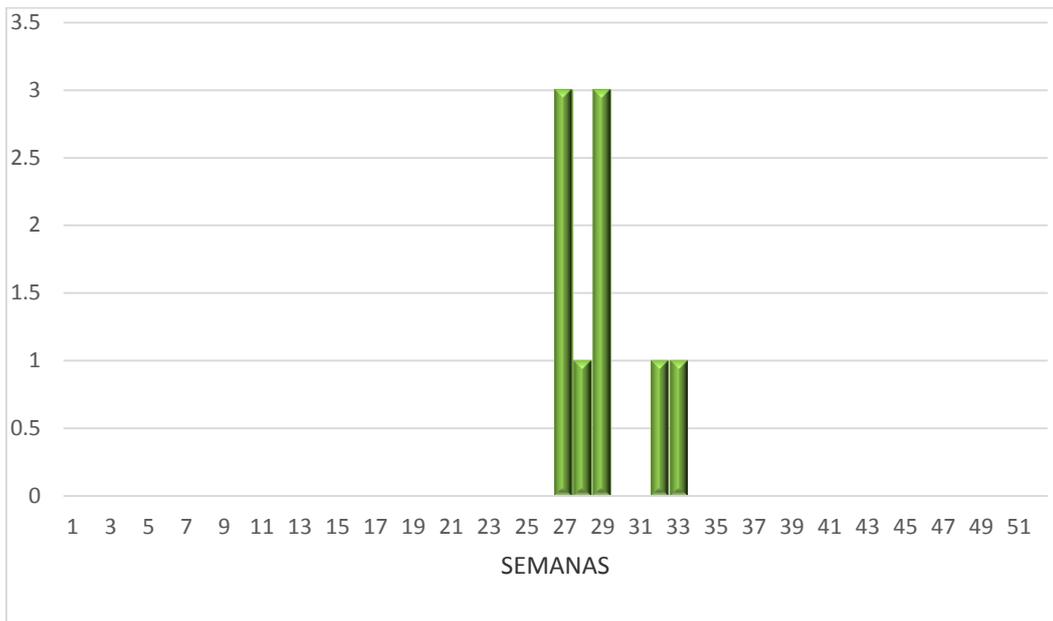


Fuente: UEPISA-US- HSJ

INFLUENZA A H1N1

Como sabemos, los casos de Influenza A H1N1, empezaron a reportarse en el mes de abril 2009 en función de la Alerta por Pandemia de Influenza A H1N1. En el año 2010 los mayores picos de los reportes se situaron entre las SE. 7, 13, 29 y 47, con un total de 5 casos reportados, cifra muy inferior a lo reportado durante el año 2009, estableciéndose el ingreso a la fase de endemia controlada a partir del año 2010, hasta el punto de no reportarse ningún caso durante todo el año 2011 y solo un caso en el año 2012. Si bien es cierto que en el año 2013 se registraron 9 casos de influenza, tal situación solo implicó un brote estacional, sin mayor impacto en términos epidemiológicos (Gráfico 54).

**Gráfico 54: CASOS REPORTADOS DE INFLUENZA POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA - SE 1-52
AÑO 2013 HSJ –CALLAO**



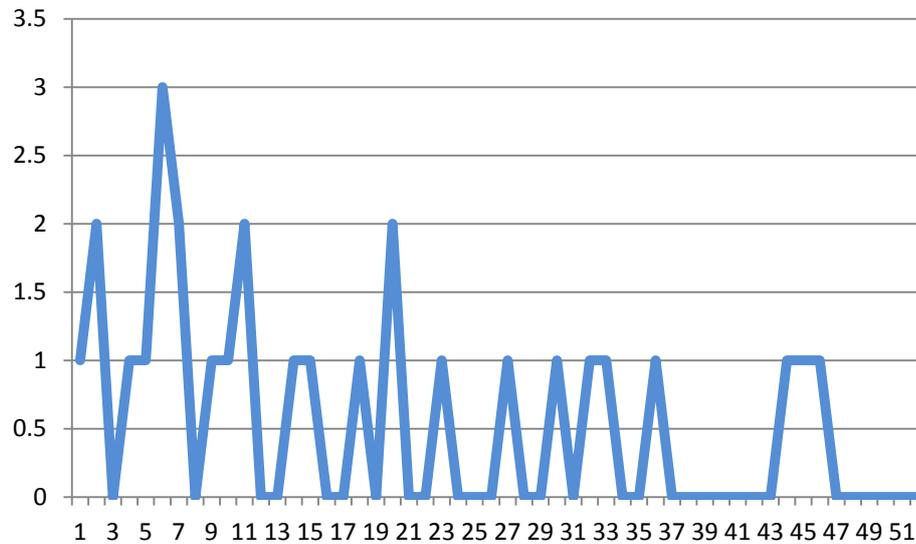
RUBEOLA:

En cuando a los reportes de rubeola NO se ha registrado ningún caso confirmado durante el año 2013. A pesar de su baja frecuencia, se mantiene la vigilancia activa en los servicios de pediatría, primordialmente.

TOS FERINA:

En lo referente a esta patología, se registraron 28 casos durante el año 2013 (Gráfico 55), mostrando una curva epidémica, si se parte del hecho que no se habían registrado casos en los dos años previos. Es posible un mejor reconocimiento clínico por parte de los médicos tratantes que, sumado a una vigilancia más oportuna, ha permitido contar con un registro de esta nosología. De cualquier manera, este número incrementado, considerando el contexto regional y nacional, no forma parte de ningún brote intrahospitalario o comunitario.

**Gráfico 55: CASOS REPORTADOS DE TOS FERINA POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA - SE 1-52
AÑO 2013 HSJ -CALLAO**



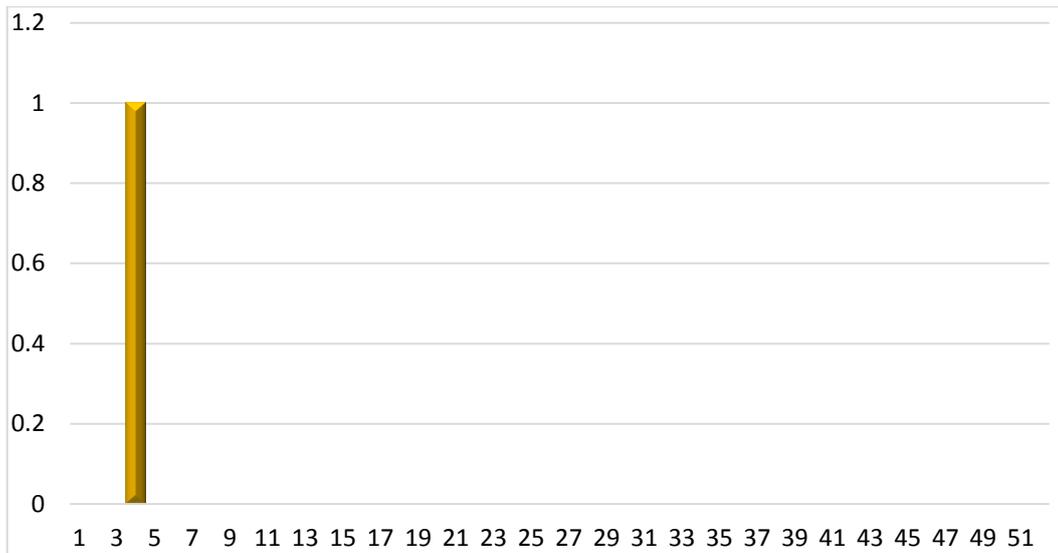
Fuente: UEPISA-HSJ

DENGUE

Como se observa, en el año 2013 (Gráfico 56), se reportó 01 caso de dengue sin señales de alarma, confirmados por las pruebas de laboratorio e importado desde una zona de alta endemicidad.

Debemos recordar que la mayor parte de distritos del Callao, ya se encuentran en Escenario II en relación al Dengue: presencia del vector pero sin casos autóctonos; mientras que en Lima, además de tener la mayor parte de sus distritos infestados por el vector, se tienen distritos en Escenario III: presencia del vector y casos autóctonos confirmados; aspectos que grafican los graves riesgos en relación al daño, de allí la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, donde el manejo y aplicación de las definiciones de caso juega un rol muy importante.

**Gráfico 56: CASOS REPORTADOS DE DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA- SE.1 - 52
AÑO 2013- HOSPITAL SAN JOSE –CALLAO**



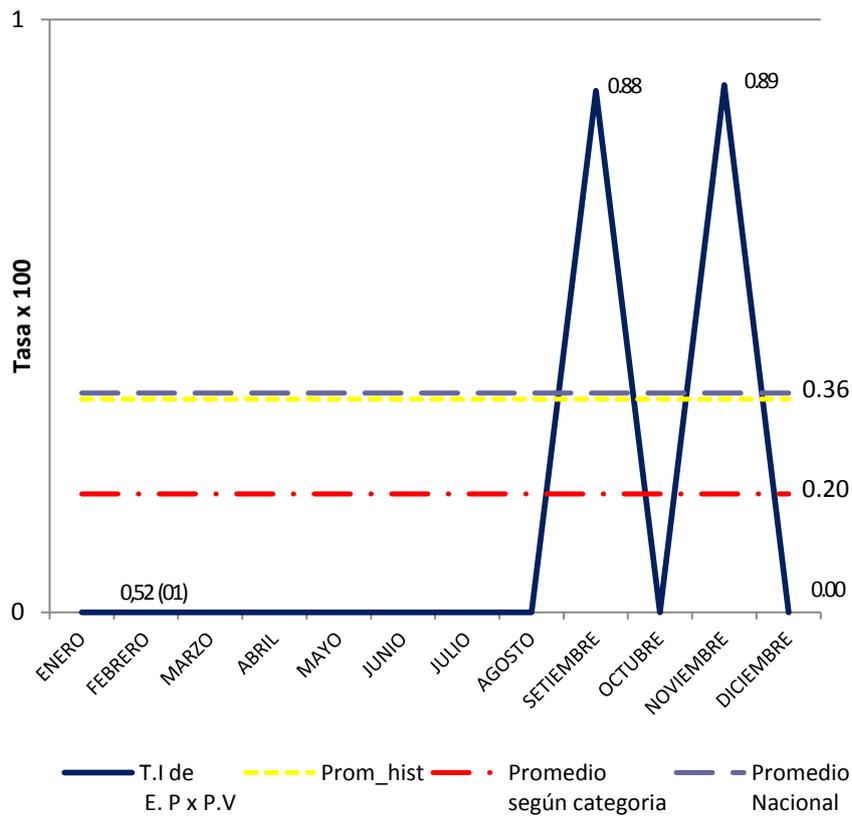
Fuente: UEPISA- ESPCMYOTV-HSJ

4.11 VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

La vigilancia de infecciones intrahospitalarias viene dándose en nuestro hospital desde el año 2006, contándose con un Comité organizador de acuerdo a las Directivas establecidas, con una Licenciada en Enfermería encargada de las actividades de vigilancia, manejándose los indicadores establecidos por las normas a nivel nacional y cuyos resultados se evalúan y discuten en las reuniones del Comité y se socializan al Equipo de Gestión, a las Jefaturas de Departamentos y Servicios, además de enviarse a las instancias regionales correspondientes.

Se observa que, en el año 2013, la Tasa de Incidencia (TI) de la endometritis puerperal por parto vaginal (Gráfico 57) fue el único indicador que superó el promedio nacional en los meses de setiembre y noviembre (0.88 sobre 0.37).

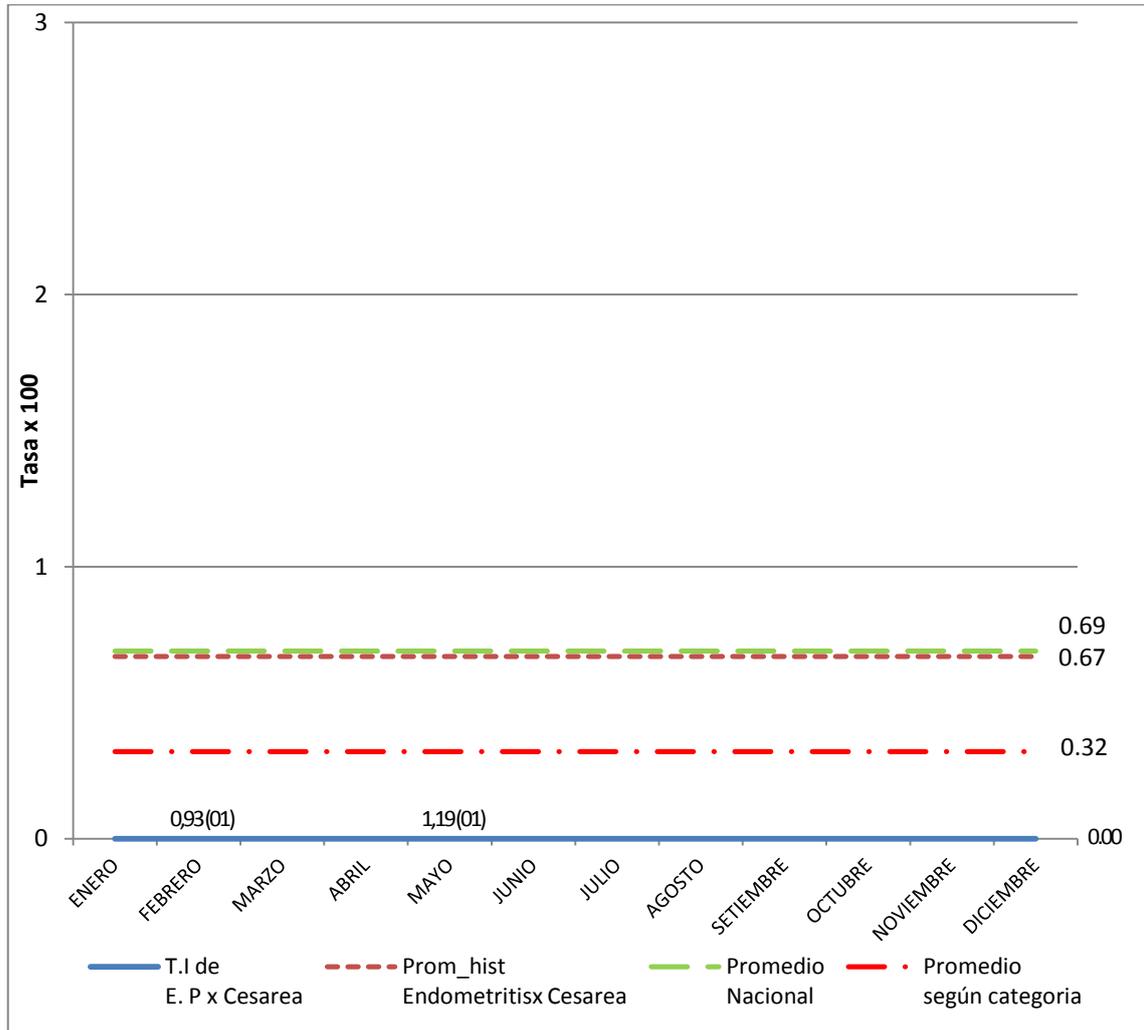
Gráfico 57: TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR PARTO VAGINAL 2013 HOSPITAL SAN JOSE –CALLAO



Fuente: UEPISA-US- HSJ

Por otra parte, la Tasa Incidencia de Endometritis Puerperal por Cesarea en el Hospital San José, en el año 2013 (Gráfico 58), fue de 0, por debajo del promedio nacional y lo que le corresponde según su categoría. Se debe tener en cuenta que, para todos los indicadores que se vienen estudiando, entre los años 2008 – 2009 no fueron trabajados por las obras de remodelación. En el año 2011 se presentaron 3 casos de endometritis por cesárea por lo que la tasa de incidencia es 0.27 por debajo de los valores referenciales.

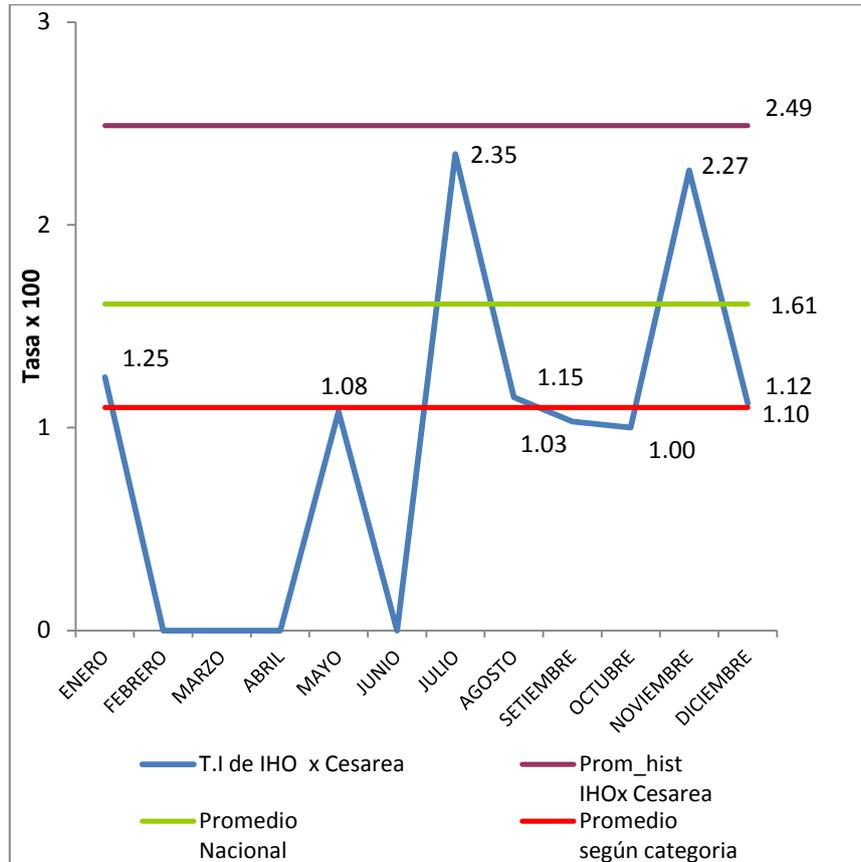
Gráfico 58: TASA DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR CESÁREA PERIODO 2013 HOSPITAL SAN JOSE –CALLAO



Fuente: UEPISA-US- HSJ

Por otra parte, se observa que en el año 2013 la tasa de incidencia de IHO por cesárea (Gráfico 59) experimento un ligero repunte en los meses de julio y noviembre (por encima del promedio nacional). Estos últimos indicadores muestran una tendencia decreciente en la aparición de eventos relacionados a infecciones intrahospitalarias. Es posible que los procesos de sensibilización, capacitación y mejor habitualla logística en lo referente a la bioseguridad bidireccional (entre el personal de salud y los usuarios externos), podrían haber contribuido a estos indicadores.

**Gráfico 59: TASA DE INCIDENCIA DE IHO POR CESÁREA
2013 HOSPITAL SAN JOSE –CALLAO**

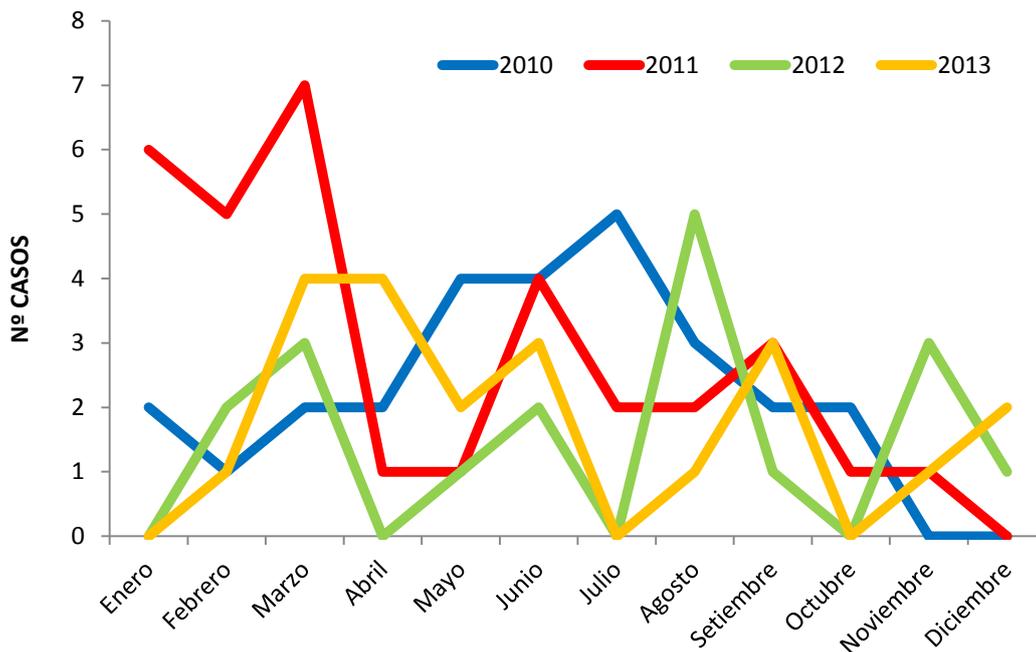


Fuente: UEPISA-US- HSJ

ACCIDENTES OCUPACIONALES

En el año 2013 (Gráfico 60), se tienen 21 casos reportados de accidentes punzocortantes (tres menos que el año anterior), lo que podría traducir un impacto ligeramente positivo de las estrategias de inducción al personal rotante y en entrenamiento como los internos de las diferentes facultades.

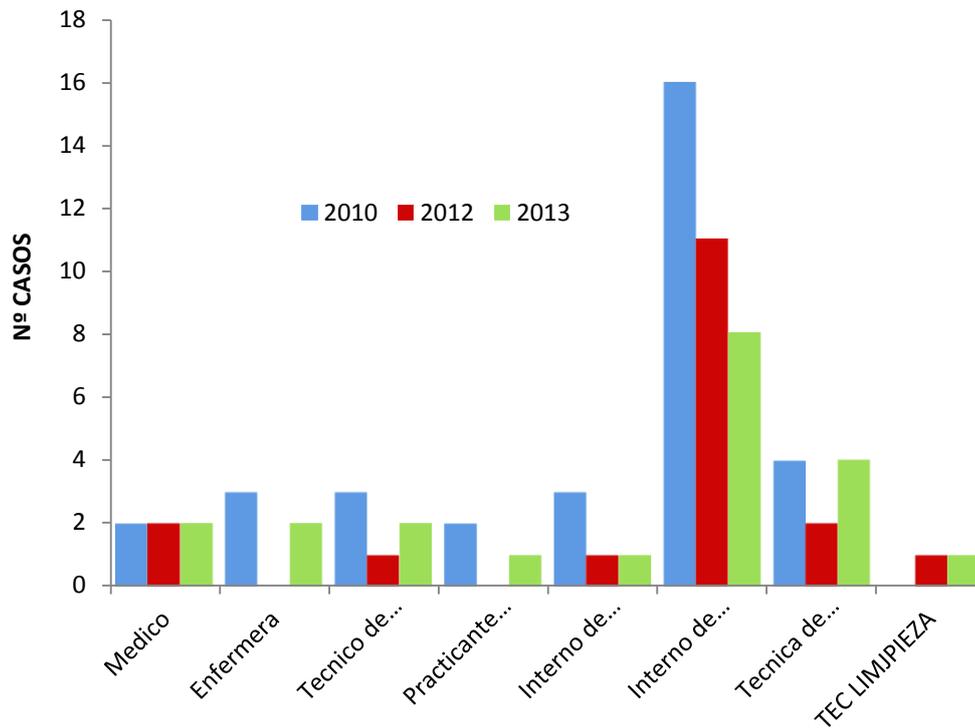
Gráfico 60: CASOS DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES EN EL PERSONAL DE SALUD POR AÑOS COMPARATIVOS 2010-2013 HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO



Fuente: UEPISA-US- HSJ

Se observa, asimismo, que el grupo ocupacional mas afectado (Gráfico 61) por accidentes punzocortantes, es el de los internos de medicina , con 11 casos (61.1%) lo cual es similar a lo ocurrido en el año 2012.

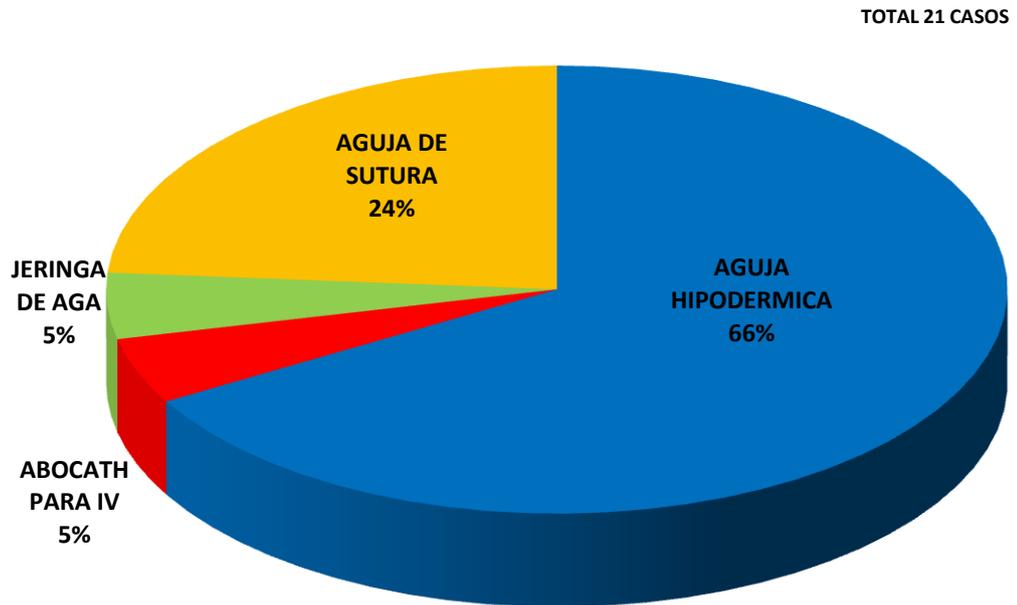
Gráfico 61: N° DE CASOS DE ACCIDENTES PUNZOCORTALES EN EL PERSONAL DE SALUD (2010 – 2013) HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO



Fuente: UEPISA-US- HSJ

Se observa que el material con el cual se produce mayores accidentes punzocortantes (Gráfico 62) es con agujas hipodérmicas (66%) y aguja de suturas(24%), mostrando una tendencia muy similar al año 2012. Tal situación, analizada con otras variables como el grupo ocupacional, puede estar en relación a la inexperiencia del personal en formación, pero también implica que tales instrumentos siempre conllevan un alto riesgo para desencadenar un accidente, lo que nos impulsará a fortalecer diversas estrategias destinadas al cambio de conductas en términos de bioseguridad.

Gráfico 62: N° DE CASOS DE ACCIDENTES PUNZOCORTALES EN EL PERSONAL DE SALUD 2013 HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO



Fuente: UEPISA-US- HSJ

V. INDICADORES HOSPITALARIOS- AÑO 2013

La validez del análisis de los indicadores hospitalarios para el año 2013, está en función de la recuperación paulatina de su demanda después de finalizarse el proceso de remodelación a fines del año 2009, seguido del obvio período de adecuación e implementación en la nueva infraestructura; sin embargo, puede servir como punto de partida o basal, a tenerse en cuenta en los siguientes períodos; con indicadores que están por debajo de los estándares (promedio de permanencia, porcentaje de ocupación de cama) y , en cuanto al intervalo de sustitución, sea ligeramente mayor al estándar.

Entre los indicadores de consulta externa, resalta el rendimiento hora – médico que, en general, es superior al estándar (4 – 6); sin embargo, sería importante tener la información por servicios o por especialidades, que permitiría un análisis más concienzudo tanto del uso del recurso médico como de nuestras necesidades en ese sentido; que por otro lado se justifica, en la medida que en nuestro hospital se cuentan con diversas especialidades, que ofertan un servicio más complejo y especializado, a pesar de su clasificación como nivel II – 2.

Por otro lado, durante el año 2013 se logró mejorar la concentración de consultas, superando la frontera de 2.4 en el 2011 para llegar a una concentración promedio de 5.2 en el 2013. Tal evidencia nos permitiría considerar que existe una mayor aceptación de la población consultante, especialmente, cuando se trata de enfermedades crónicas, hacia los servicios que la atienden, con una mejor tasa de retorno a sus consultas posteriores.

VI. ANÁLISIS INTEGRADO

El presente análisis de situación de salud 2013, del hospital Hospital San José del Callao, como importante documento de gestión, aspira a lograr como resultado final una visión integral y objetiva del trabajo de todas las instancias asistenciales y administrativas, como expresión de nuestra realidad sanitaria; donde resalta el enfoque multidisciplinario y participativo, amplio, que también se refleja en la predisposición a brindar información integral, real y actualizada (unidad de estadística e informática, unidad de personal, oficina de planeamiento estratégico, unidad de gestión de la calidad, unidad de epidemiología y salud ambiental), complementada lógicamente con otras fuentes importantes extra institucionales (INEI, Minsa, Dirección General De Epidemiología, Diresa Callao); aspectos que se corresponde y ratifican también con nuestra total predisposición a acoger y tomar sugerencias orientadas a mejorar el presente documento y que indudablemente van a redundar en la calidad de información en salud y, por ende, en beneficio de la salud de las poblaciones que atendemos.

Debemos enfatizar que, en el 2013, se afianzó la consolidación operativa hospitalaria, posterior a la ejecución de proyectos de mejoramiento y remodelación de la infraestructura de nuestro hospital, mejorándose la oferta en los servicios de hospitalización, de centro quirúrgico y de centro obstétrico y otros, agregándose la remodelación del servicio de emergencia, con una mayor cobertura de la demanda desde el año 2012, para luego, en el año 2013, mejorar la capacidad operacional de la estrategia de prevención y control de la tuberculosis.

Por otra parte, debe recalarse que el Perú, al igual que otros países periféricos del tercer mundo atraviesa por una fase de transición entre las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, a pesar de existir grandes segmentos poblacionales en pobreza y extrema pobreza, todavía vulnerables a las enfermedades infectocontagiosas, pero al mismo tiempo, por contar con mayor acceso y motivación a estilos de vida inadecuados, también resultan víctimas de las entidades no transmisibles.

En relación a las características sociodemográficas y de desarrollo del distrito de Carmen De La Legua Reynoso, se trata de una población joven, que sin bien las necesidades de saneamiento básico están cubiertas en la mayor parte de la población y la oferta de servicios de educación ha mejorado notablemente, llama la atención que junto con Ventanilla tenga los más bajos índices de desarrollo humano de la provincia, donde indudablemente el ingreso per cápita y el aspecto educacional, aún con dificultades, tienen un peso importante. Sin embargo, no es posible establecer una "población cautiva" para nuestro hospital, pues la procedencia diversa de la población consultante es diversa y de diferentes espacios geográficos.

En cuanto a la morbilidad por capítulos, en el hospital San José, en la consulta externa resaltan como primeras causas las enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades del sistema digestivo y las enfermedades del sistema genitourinario, seguidas de las enfermedades del

sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, así como de las enfermedades del ojo y sus anexos y de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Considerando la morbilidad por grupos de edad, en consulta externa del año 2013, en el período neonatal temprano (0 – 5 días), las enfermedades respiratorias y alérgicas, superaron a la ictericia neonatal y las enfermedades diarreicas agudas; constituyendo, entre ellas, más del 52 % de las patologías acumuladas.

En la infancia, (de 0 – 1 año y de 0 – 9 años), las principales causas de morbilidad fueron las infecciones agudas de las vías superiores y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, semejante a lo ocurrido en los 02 últimos años.

En los adolescentes (10 – 19 a.), los trastornos de la acomodación superaron a las infecciones de las vías respiratorias superiores, como principales causas de morbilidad, agregándose problemas ligados a los procesos psicológicos y dentales muy comunes a su edad.

Entre los adultos (20 – 64 años), la principal causa de morbilidad fueron los trastornos musculares, metabólicos (incluyendo la obesidad) seguidos de una miscelánea conteniendo a enfermedades transmisibles..

En el adulto mayor, las primeras causas morbilidad para el 2013 fueron las artropatías, las enfermedades hipertensivas, las dorsopatías y la diabetes mellitus.

Asimismo, entre las mujeres en edad fértil, las primeras causas de morbilidad, en el período estudiado, fueron las artropatías, las dorsopatías, la diabetes mellitus, los trastornos de los tejidos blandos, las enfermedades del esófago, estómago y duodeno y las enfermedades hipertensivas.

En cuanto a la morbilidad en emergencia para el año 2013, se tiene que las atenciones ginecológicas y obstétricas fueron las más frecuentes, superando lo habido en otros tópicos.

En relación a la morbilidad en el tópico de medicina de emergencia, las principales causas fueron los procesos urinarios y las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

En el tópico de cirugía y traumatología, las principales causas de morbilidad fueron la herida de cabeza, la herida de la muñeca y de la mano, los traumatismos superficiales en múltiples regiones y los traumatismos intracraneales.

Por su parte, en el tópico de ginecología de emergencia, en el año 2013, las principales causas de morbilidad fueron las otras hemorragias uterinas o vaginales anormales, los otros trastornos del sistema urinario, del dolor abdominal y pélvico y de los trastornos inflamatorios de la mama, que fueron atendidos en su mayoría por la mejor capacidad resolutive de nuestro hospital.

En el tópico de emergencia de obstetricia, la primera causa de morbilidad fue el falso trabajo de parto, seguida de las infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo, de las otras

enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio y de la hemorragia precoz del embarazo. Asimismo, consideramos pertinente enfatizar, por un lado, el elevado número de partos en adolescentes que se ha venido teniendo en los últimos años, constituyéndose en un importante problema y prioridad a afrontarse.

En el tópico de emergencia de pediatría, en el año 2013, las principales causas de morbilidad fueron notoriamente los otros los procesos respiratorios de curso agudo. Y en lo referente a la atención neonatal, destacaron los problemas respiratorios del recién nacido.

En cuanto a la morbilidad en hospitalización, en el servicio de medicina, las pncreatitis aguda, la diabetes mellitus y la neumonía adquirida de la comunidad, fueron causas frecuentes de morbilidad en hospitalización.

En el servicio de cirugía, la apendicitis aguda se constituye en la primera causa de hospitalización, seguida muy de cerca por la colelitiasis, la hernia inguinal y el íleo parálitico y obstrucción intestinal sin hernia; las mismas que cubren prácticamente el 80 % de la morbilidad del servicio.

Asimismo, en hospitalización del servicio de ginecología, las principales causas de hospitalización, fueron los otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello, los trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de falopio y del útero.

En hospitalización de obstetricia, en el año 2013, el aborto no especificado fue la principal causa de morbilidad, seguida de lejos por los otros productos anormales de la concepción, la infección de las vías genitourinarias en el embarazo y los vómitos excesivos en el embarazo, seguidas de la retención de la placenta o de las membranas sin hemorragia, la mola hidatiforme y la hemorragia precoz del embarazo.

En hospitalización de pediatría, en el año 2013, la neumonía, por organismos no especificados, fue la primera causa de morbilidad, seguida del asma, la neumonía bacteriana no clasificada en otra parte y, más de lejos, de los otros trastornos del sistema urinario y la bronquiolitis aguda; constituyendo en conjunto, el mayor porcentaje de las causas de morbilidad en este servicio.

En hospitalización de neonatología, en el año 2013, la sepsis bacteriana superó a la ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas, seguidas por la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, de los problemas de ingestión de alimentos del recién nacido y de la enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido.

En relación a las estrategias sanitarias, como el caso de la tuberculosis, un problema serio se relaciona a la baja captación de sintomáticos respiratorios que se da en nuestro hospital, a pesar de una ligera mejora durante el año 2013, de allí la urgente necesidad de implementar

mecanismos orientados a mejorar este indicador; asimismo, llama la atención, el incremento de los casos de TBC-MDR en los últimos años.

En cuanto a la ESNPC ITSS, se incrementó la demanda de casos en fase SIDA, disminuyendo, de forma sorpresiva, la captación de portadores asintomáticos durante 2013.

En la ESNPC ZOONOSIS, pareciera haberse incrementado los casos de abandono al tratamiento antirrábico específico, en relación al año anterior, lo que podría traducir una disminución en el acceso a su vacunación.

Asimismo, los trabajos en la ESNPC de enfermedades no transmisibles, vienen permitiendo definir a las enfermedades hipertensivas, a la diabetes mellitus y al cáncer (total casos de cáncer) como importantes causas de morbilidad en nuestro hospital.

Por otra parte, en cuanto a las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, en el año 2013, se mantienen reportes similares en las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas (IRA). Asimismo, las neumonías tuvieron un registro mayor, mejorando el proceso de la notificación desde los servicios.

En relación a la vigilancia centinela de febriles, se enfatizó sobre todo, en influenza A H1N1 y dengue. En relación a ésta última patología, los riesgos tienen vigencia y actualidad, en la medida que en el Callao ya se tienen un buen número de localidades en escenario II (presencia del vector sin casos autóctonos), la mayor parte de ellas colindantes con localidades de Lima definidas como escenario III (presencia del vector y de casos autóctonos); donde los problemas en el saneamiento básico, la dinámica poblacional y los aspectos inherentes al mecanismo de transmisión del daño, juegan un rol muy importante. de allí la necesidad de fortalecer la vigilancia del daño de manera permanente.

También, en el año 2013, se mantiene un nivel similar de los accidentes de tránsito en relación a los 2 últimos años, donde los atropellos y los choques son los principales tipos de accidentes y las avenidas, las principales vías de ocurrencia.

En relación a los indicadores hospitalarios, resalta lo referente a la concentración de consultas (5.2; estándar: 4), al promedio de análisis de laboratorio (0.95; estándar: 4 – 8), con valores inferiores a los estándares nacionales establecidos; lo que puede significar, por un lado, que los pacientes están retornando a sus controles y, por otra parte, es posible que no se efectúen las solicitudes de los exámenes de laboratorio pertinentes o, en todo caso, una posibilidad es que dichos exámenes estén siendo solicitados a otras instancias, fuera del ámbito hospitalario.

VII. PRIORIDADES SANITARIAS.

El establecimiento de las prioridades sanitarias – 2013, en nuestro hospital, se hizo en base a la metodología establecida, donde los factores que se evalúan, básicamente son: frecuencia, gravedad y tendencias del problema estudiado, así como la valoración social y la capacidad resolutive.

Así, en la consulta externa por capítulos, se estableció que las prioridades sanitarias son: enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, así como las enfermedades del sistema digestivo y las enfermedades del sistema genitourinario.

Teniendo en cuenta los grupos de edad, las prioridades consideraron:

- en el período neonatal (0 – 28 días): trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido, trastornos respiratorios y cardiovasculares, infecciones específicas del período perinatal.*
- en la infancia, (de 0 – 1 año y de 0 – 9 años): infecciones agudas de las vías superiores, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.*
- en los adolescentes (10 – 19 a.): infecciones de las vías respiratorias superiores, otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, enfermedades de la cavidad bucal.*
- entre los adultos (20 – 64 años): trastornos de músculos oculares, del movimiento binocular, la acomodación y refracción, dorsopatías, enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos.*
- en el adulto mayor: diabetes mellitus enfermedades hipertensivas, dorsopatías.*
- en mujeres en edad fértil: diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, artropatías.*

Asimismo, considerando los tópicos de emergencia de los diferentes servicios, se definieron las siguientes prioridades sanitarias:

- tópico de medicina: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples, hipertensión esencial primaria.*
- tópico de cirugía y traumatología: herida de cabeza, traumatismos superficiales en múltiples regiones, traumatismos intracraneales.*
- tópico de ginecología de emergencia: otras hemorragias uterinas o vaginales anormales, dolor abdominal y pélvico.*
- tópico de obstetricia: hemorragia precoz del embarazo, infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo, falso trabajo de parto. también consideramos pertinente enfatizar, por un lado, el elevado número de partos en adolescentes que se ha venido*

teniendo en los últimos años, constituyéndose en un importante problema y prioridad a afrontarse.

En cuanto a hospitalización, teniendo en cuenta el corto período de funcionamiento en el año 2013, la priorización debe ser tomada como referencial, habiéndose establecido las siguientes prioridades, según servicios:

- hospitalización medicina: insuficiencia cardíaca, neumonía a organismo no especificado, otros trastornos del sistema urinario.*
- hospitalización cirugía: apendicitis aguda, colelitiasis, íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia, hernia inguinal.*
- hospitalización ginecología: otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello, trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del útero.*
- hospitalización obstetricia: aborto no especificado, infección de las vías genitourinarias en el embarazo.*
- hospitalización pediatría: asma, neumonía, organismo no especificado, neumonía bacteriana no clasificada en otra parte, bronquiolitis aguda.*
- hospitalización neonatología: ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.*

En relación a las estrategias sanitarias, en la ESNPC tuberculosis, una prioridad a atenderse de manera urgente es la muy baja captación de sintomáticos respiratorios que se da en nuestro hospital (a pesar de un discreto incremento), así como la TBC – MDR que en los últimos años vienen convirtiéndose en un serio problema.

Asimismo, la infección VIH continúa con una curva aritmética de crecimiento, involucrando a más personas viviendo con el VIH/SIDA iniciando tratamiento antirretroviral, y que constituye un reto constante para los siguientes años, por ser una demanda que no disminuirá. Mientras que en la ESNPC zoonosis, un problema serio es el incremento de los casos de abandono al tratamiento antirrábico específico.

En la ESNPC enfermedades no transmisibles, las prioridades sanitarias son: enfermedades hipertensiva, diabetes mellitus, cáncer (total casos de cáncer).

Asimismo, en cuanto a las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, en el año 2013, las prioridades establecidas son: enfermedades diarreicas agudas (EDAs), infecciones respiratorias agudas (IRAs) y SOBA – asma.

En relación a la vigilancia centinela de febriles, las prioridades se dan en relación a influenza A H1N1 y dengue; donde es necesario enfatizar en el fortalecimiento de la vigilancia, tal como se trabajó en la fase de contención y mitigación de la pandemia, donde el importante trabajo de la

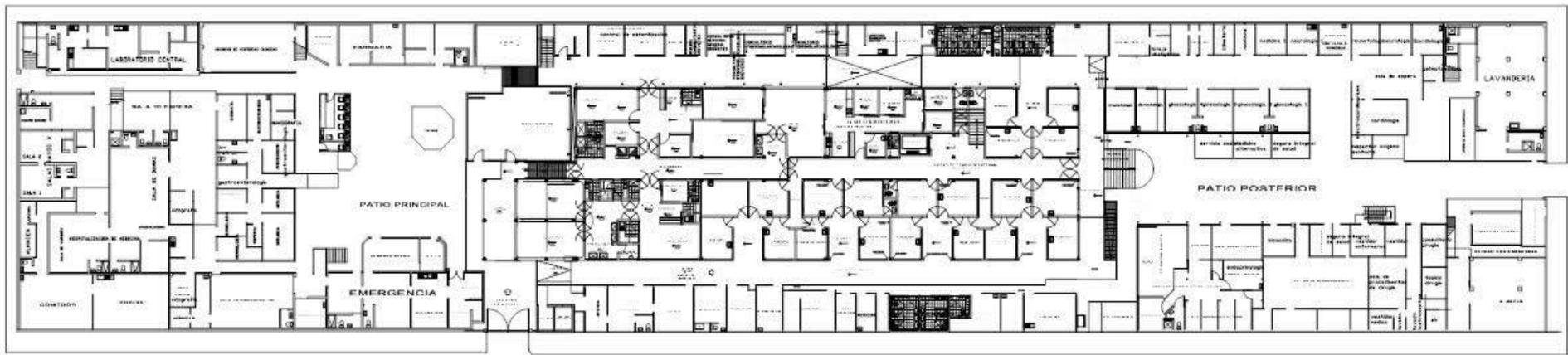
Dirección de Callao fue reconocida a nivel nacional. por su parte, el dengue como prioridad sanitaria, tiene que ver con los riesgos actuales, en la medida que en el Callao ya se tienen un buen número de localidades en escenario II (presencia del vector sin casos autóctonos), la mayor parte de ellas colindantes con localidades de Lima definidas como escenario III (presencia del vector y de casos autóctonos); donde además, los problemas de saneamiento básico, la dinámica poblacional y los aspectos inherentes al mecanismo de transmisión del daño, juegan un rol muy importante.

También, en el año 2013, se mantiene un nivel similar de los accidentes de tránsito en relación a los 2 últimos años, donde los atropellos y los choques son los principales tipos de accidentes y las avenidas, las principales vías de ocurrencia. Debemos mencionar que un problema serio en este sentido, es la calidad de registro; ya que un elevado número de fichas son de mala calidad, lo cual no permite una adecuada consolidación de la información y, por ende, un buen análisis, siendo un aspecto que necesariamente debe mejorar y de manera urgente.

VIII. ANEXOS

PLANO DEL HOSPITAL SAN JOSE- CALLAO

AV ELMER FAUCETT



CALLE LAS MAGNOLIAS

INGRESO

INGRESO VEHICULAR

