MINISTERIO DE SALUD

Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 138 -2013-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 02 de Julio del 2013

Visto; el Oficio Nº 3590-2013-DG-OEPE-DISA-V-L.C. que adjunta el Informe Nº 043-2013-UPP-DISA-V-LC, emitido por el Jefe de la Unidad de Planeamiento de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la Dirección V Lima Ciudad;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1088 publicado el 28 de Junio de 2008, se emitió la Ley del Sistema de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional del Planeamiento Estratégico, los que están orientados al desarrollo de la planificación estratégica como instrumento técnico de gobierno y gestión para el desarrollo armónico y sostenido del país y el fortalecimiento de la gobernabilidad democrática en el marco del Estado Constitucional de Derecho;

Que, el numeral 71.1 del artículo 71º de la Ley Nº 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, establece que las Entidades para la elaboración de sus Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico (PEI) que debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM), los Planes de Desarrollo Regional Concertados (PDRC), y los Planes de Desarrollo Local Concertados (PDLC);

Que, la Programación Estratégica Multianual es una herramienta para priorizar objetivos y orientar la asignación de recursos al cumplimiento de las funciones primordiales del Hospital "Víctor Larco Herrera";

Que el Hospital "Víctor Larco Herrera" como ente dependiente de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, constituye un Órgano Desconcentrado del Ministerio de Salud, ente rector del Sector Salud, según la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud; debe elaborar su Plan Estratégico Institucional en el marco de las políticas, los objetivos y metas sectoriales;

Que, el artículo 14º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco herrera, aprobado con Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, señala que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico es el órgano encargado del planeamiento estratégico y operativo, proceso presupuestario, costos, diseño organizacional y sistema de inversión pública, siendo una de los objetivo funcionales el de lograr el diagnostico situacional e identificar los objetivos metas y estrategias de largo, mediano y corto plazo y proponer el plan estratégico y operativo.;

Que, mediante documento del visto, la Oficina General de Planeamiento Estratégico de la Dirección V Lima Ciudad, comunica que el Plan Estratégico Institucional 2012-

2016 del Hospital Víctor Larco Herrera ha sido elaborado de acuerdo a la guía metodológica para su elaboración y los objetivos estratégicos se encuentran articulados con los de la DISA V Lima Ciudad y contribuyen a la disminución sanitarios; otorgando opinión favorable, para su aprobación; por lo que resulta necesario emitir el acto resolutivo correspondiente;

Estando a lo informado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera";

Con el visado de la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Administración y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Víctor Larco Herrera;

De conformidad con lo dispuesto en el literal c) y d) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar, el Documento Técnico: **PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, 2012 – 2016 del HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**, de acuerdo al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Directoral, en el que se consigna 06 Objetivos Generales y 13 Objetivos Específicos.

Articulo 2º.- Disponer que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, evalúe con periodicidad anual el cumplimiento de los resultados esperados, a través de los indicadores propuestos en el Documento Técnico: Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera.

Articulo 3º.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución y el documento anexo, en el portal electrónico del Hospital "Víctor Larco Herrera" (http://www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Ministerio De Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

.....
Med. Cristina Eguiguren Li
Directora General
C.M.P. 17899 - R.N.E. 8270

CAEL/JWBV/AECHY/MYRV

Distribución:

- Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA
- DISA V Lima Ciudad
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del HVLH
- Oficina Ejecutiva de Administración del HVLH
- Oficina de Asesoría Jurídica.

Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012 – 2016

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

MINISTERIO DE SALUD

Señora Magíster
MIDORI MUSME CRISTINA DE HABICH ROSPIGLIOSI

Señor Doctor
JOSE CARLOS DEL CARMEN SARA
Viceministro de Salud

Economista
AUGUSTO MARTÍN PORTOCARRERO GRADOS
Director General
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD

Med. Yolanda Tomasa Orozco Mori
DIRECTORA GENERAL

HOSPITAL VICTORLARCO HERRERA

Med. Cristina Alejandrina Eguiguren Li.
Directora General

Med. Ana Erika Chinen Yara
Directora Ejecutiva
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

EQUIPO DE GESTIÓN HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Med. Cristina Alejandrina Eguiguren Li.
Directora General
Med. Julián Reynaldo Sarria García
Director Adjunto
Lic. Jhonny Walter Baldeon Vásquez
Director de la Oficina Ejecutiva de Administración
CPC Manuel Gerardo Gonzales Soto
Jefe del Órgano de Control Institucional
Med. Ana Erika Chinen Yara
Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Med. Augusto Andrés Galarza Anglas
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Med. Carmen Haydee Bautista Altamirano
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
Lic. Iris Mafalda Pinto Ramírez
Jefa de la Oficina de Personal
Abogada. Miriam Ysabel Rodríguez Vargas
Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica
CPC. Miguel Ángel Taboada Castillo
Jefe de la Oficina de Economía
CPC Elisa Janet Rivera del Rio
Jefe de la Oficina de Logística
Ing. Hugo Julio García Vargas
Jefa de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
Abogado Hipólito Castro Lázaro
Jefe de la Oficina de Estadística Informática y Telecomunicaciones
Dr. Enrique Javier Bojórquez Giraldo
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Med. Walter Hugo Contreras Juárez
Jefe de la Oficina de Comunicaciones
Med. Alicia Chu Esquerre
Jefa de Departamento de Adicciones
Med. José Elmer Ranilla Collado
Jefe de Departamento de Hospitalización
Med. Giovany Margarita Rivera Ramírez
Jefa de Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente
Med. Juana Villa Morocho
Jefa de Departamento Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
Med. María Esther Cavero Trucios
Jefa de Departamento de Emergencia
Med. José Caballero Ogata
Jefa de Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia
Med. Eduardo Ruiz Díaz
Jefe de Departamento de Apoyo Medico Complementario
Mag. Florencia Antonia Alendez Peralta
Jefa de Departamento de Enfermería
MG PD María Luisa Urriaga Rubio
Jefa de Departamento de Psicología
Q.F. Silvia Matta Minaya
Jefa de Departamento de Farmacia
Lic. Nelly Vásquez Delgado
Jefa de Departamento de Nutrición y Dietética
Lic. María Yarin De La Cruz
Jefa de Departamento de Trabajo Social

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO:

- ***Med. Ana Erika Chinen Yara***
  Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

- ***Sra. Carmen Eugenia Jiménez Rojas***
  Jefa de la Unidad de Presupuesto y Costos

- ***Sra. Ana María Campos Sotelo***
  Jefa de la Unidad de Planeamiento y Organización

- ***Sra. Gloria Casas de Marticorena***
  Secretaria Ejecutiva

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN DEL PEI:

- Med. Ana Erika Chinen Yara
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Equipo de Gestión del Hospital Víctor Larco Herrera

Agradecimiento:
A todo el Equipo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y a todo el Equipo de Gestión en general, que contribuyó participando en los talleres para la elaboración de este documento.

I N D I C E

I.- INTRODUCCIÓN - PRESENTACIÓN

II.- ASPECTOS PRELIMINARES
- 2.1 NATURALEZA Y ORGANIZACIÓN
  - 2.1.1 Breve Reseña Histórica
  - 2.1.2 Ubicación Geográfica
  - 2.1.3 Finalidad
  - 2.1.4 Base Legal
  - 2.1.5 Ámbito de Aplicación

III.-DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
- 3.1 MISIÓN
- 3.2 VISIÓN
- 3.3 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

IV.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL
- 4.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO
- 4.2 IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA
- 4.3 TENDENCIAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO - PRIORIDADES
- 4.4 ANÁLISIS FODA

V.- IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA
- 5.1 MARCO BÁSICO DE LA POLÍTICA DE SALUD
- 5.2 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA INSTITUCIONAL
- 5.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2012-2016
- 5.4 ACCIONES ESTRATÉGICAS 2012-2016:
  - 5.4.1 Acciones
  - 5.4.2 Proyectos De Inversión 2012-2016 (Plan Maestro De Inversiones)

VI.- ANEXOS
- 6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
- 6.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS
- 6.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS
- 6.4 MATRIZ DE ARTICULACIÓN DE POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
- 6.5 MATRIZ DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ACCIONES E INDICADORES

I. INTRODUCCIÓN

El Hospital "Víctor Larco Herrera" inmerso en el marco del contexto actual y como ente especializado en la atención de la Salud Mental en nuestro País, se compromete según los lineamientos y Políticas de Estado a través de Los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2015, Plan Bicentenario al 2021 y Acuerdo Nacional al 2021 y dentro del Marco Estratégico del Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020, Lineamientos de Políticas del Sector al 2016 del Ministerio de Salud, Lineamientos para la Acción en Salud Mental, Plan Nacional de Salud Mental y al Marco Estratégico para la Jurisdicción DISA V- Lima Ciudad, en establecer criterios de Equidad, Eficiencia, Calidad, Calidez, Oportunidad y Accesibilidad a fin de contribuir en mejorar la calidad de vida y la salud de la población, sobre todo en los estratos pobres y extremadamente pobres.

En el Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del "Hospital Víctor Larco Herrera", se forjan los nuevos enfoques de la política nacional y del sector salud, recoge la problemática de salud de la jurisdicción, que se enmarca en los problemas sanitarios y problemas de gestión administrativa, que en base a una estrategia coherente y objetiva, sistematiza la ejecución de las actividades y las metas, que permitirán mejorar los servicios, reducir las incidencias y lograr objetivos y resultados esperados. Asimismo, estos se enlazan a la Misión y Visión del Hospital con la finalidad de organizar los servicios y convertirlos en competentes de acuerdo a los estándares de calidad.

Asimismo, se utilizan indicadores que medirán el avance anual de los objetivos a lograr, estos tienen una línea de base con información que proporcionarán las Unidades Orgánicas encargadas para tal fin y contribuirán a la toma de decisiones.

II.- ASPECTOS PRELIMINARES

2.1 NATURALEZA Y ORGANIZACIÓN

2.1.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El Hospital "Víctor Larco Herrera" es el Hospital Psiquiátrico más antiguo y grande del Perú. Se inauguró el 1ro de enero de 1918 con el nombre de Asilo Colonia de la Magdalena, recibiendo a los pacientes del antiguo Hospicio de la Misericordia que albergaba desde 1859 a los enfermos mentales del País.

Desde 1930 se denomina Hospital "Víctor Larco Herrera" en homenaje al distinguido filántropo, quien donó a la Beneficencia Pública gran parte del dinero necesario para su construcción y funcionamiento, así como su dedicación personal para lograrlo.

La organización del establecimiento permitió implantar una asistencia más humanitaria, al principio las Hermanas de la Caridad tenían a su cargo la parte administrativa y el cuidado de los enfermos. Posteriormente se estableció una administración laica, la Beneficencia Pública contrató los servicios de enfermeras inglesas quienes, por su preparación, espíritu de disciplina y alto concepto de la responsabilidad, contribuyeron a la mejor organización de la asistencia. Es entonces que se aprecia la labor y competencia de los médicos que intervinieron en aquella evolución , que representó uno de los más grandes adelantos en materia de Medicina Social en el Perú. Se preparó un plan estándar para el mejor estudio de los pacientes y se inició una investigación sistemática dentro del criterio dinámico de la Psiquiatría Contemporánea y se utilizó la actividad ocupacional como método terapéutico.

La historia del Hospital Larco Herrera está ligada a la historia de la Psiquiatría Peruana, ya que fue aquí donde se dieron los primeros pasos y se hicieron los primeros esfuerzos por hacer de la Psiquiatría, una especialidad médica que estuviera al servicio de la comunidad brindando una atención de acuerdo a los avances científicos de la época.

El primer Director del Hospital fue el Dr. Hermilio Valdizán hasta 1929, le sucedió en el cargo el Dr. Baltasar Caravedo Prado y luego el Dr. Juan Francisco Valega junto a ellos un grupo de insignes Psiquiatras como Enrique Encinas, Fernando Loayza, Honorio Delgado, Estanislao Pardo Figueroa, Sebastián Lorente entre otros, cooperaron con el progreso de las especialidad a través de la creación de la Cátedra de Enfermedades Mentales y Nerviosas, lo cual despertó el interés por el estudio de la Psiquiatría, así mismo fundaron la Sociedad Psiquiátrica Peruana y fundaron el Boletín de Higiene Mental, publicación del Cuerpo Médico del Hospital "Víctor Larco Herrera" con el propósito de divulgar las enseñanzas de la Higiene y Profilaxis Mentales.

El Hospital "Víctor Larco Herrera" ostenta el prestigio de ser el Primer Centro Psiquiátrico en Latinoamérica en aplicar los tratamientos más modernos de la época como la Clorpromazina, los antidepresivos tricíclicos, la electroplexia y la insulinoterapia. Fue el único Centro Asistencial de la Especialidad para atención de pacientes en todo el país, hasta que en la década del sesenta se inauguró el Hospital Hermilio Valdizán.

Durante casi medio siglo el hospital estuvo bajo la administración de la Beneficencia Pública, hasta el año 1960 en que paso a depender del Ministerio de Salud y luego de la DISA V - Lima Ciudad como autoridad sanitaria, en el que se encuentra hasta hoy.

2.1.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

El Hospital Víctor Larco Herrera se encuentra ubicado en el Distrito de Magdalena del Mar, Provincia de Lima y Departamento de Lima, siendo su localización:

Departamento: Lima
Provincia : Lima
Distrito : Magdalena del Mar
Dirección : Av. Pérez Araníbar (ex Ejército) Nº 600

El límite cuenta como referencias de principales avenidas para su ubicación:

Norte : Av. Brasil
Sur : Av. Salaverry
Oeste : Av. Pérez Araníbar (ex Ejército)
Este : Av. Javier Prado Oeste

Vista aérea del Hospital Víctor Larco Herrera

El inmueble cuenta además con los siguientes linderos y perímetros:

Por el frente (Oeste)	: Avenida Pérez Araníbar (ex Ejército)
Por el costado derecho (Norte)	: Jirón Raimondi
Por el costado izquierdo entrando (Sur)	: Lima Cricket Club
Por el fondo (Oeste)	: Jirón Soto Valle

2.1.3 FINALIDAD.

El presente Documento Técnico de Gestión tiene por finalidad orientar y determinar el derrotero a seguir del hospital especializado "Víctor Larco Herrera", estableciendo las pautas metodológicas para alcanzar los objetivos planteados en el mediano y largo plazo, estableciendo un planeamiento responsable con proyección institucional.

2.1.4 BASE LEGAL

1) Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, Capítulo III, Articulo 5º y el Reglamento de la Ley aprobado por D.S. Nº 013-2002-SA, Artículo 14º y su modificatoria.
2) Ley Nº 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3) Ley Nº 28522; Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
4) Decreto Legislativo N° 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico
5) Directiva Nº 003-2003-EF/68.01, Directiva para la reformulación de los Planes Estratégicos Institucionales, periodo 2004-2006, aprobada por Resolución Directoral Nº 004-2003-EF/68.01.
6) Ley Nº 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
7) Ley Nº 28927, Ley de Presupuesto Público año 2007, capítulo IV Implementación de Presupuesto por Resultados.
8) Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
9) Decreto Supremo Nº 023-2005-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria mediante el Decreto Supremo Nº 007-2006- SA, Artículos 3º, 4º, 17º y 18º.5
10) Decreto Supremo Nº 163-2004/EF, establece disposiciones para la mejora de la calidad del gasto público y crea el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público.
11) Decreto Supremo N° 054-2011-PCM, que aprueba el Plan Bicentenario Perú hacia el 2021.
12) Resolución Ministerial Nº 826-2005/MINSA "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobada con R.M. Nº 826-2005/MINSA.
13) Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA "Plan Nacional Concertado en Salud".
14) Resolución Directoral Nº 027-2007-EF/76.01 "Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto de los Programas Estratégicos en el Marco del Presupuesto por Resultados".

15) Marco Macroeconómico Multianual 2008 – 2010, Aprobado en Sesión de Consejo de Ministros del 30 de mayo de 2007.

2.1.5 ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de aplicación y alcance para el hospital "Víctor Larco Herrera" y sus unidades orgánicas.

III.-DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El Direccionamiento Estratégico comprende la adecuación de la Visión del Sector a la naturaleza y rol de la institución (sin perder su orientación al ciudadano), la confirmación de la Misión y la definición de los lineamientos, principios y valores de la institución.

3.1 VISIÓN

Visión del Ministerio de Salud:
Un Perú al año 2016 donde sus habitantes puedan gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tener acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento. Enfatizando la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida.

Visión de la Jurisdicción DISA V Lima Ciudad:
Al 2016, la jurisdicción de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, opera en un marco descentralizado como gobierno regional en salud para lograr los objetivos de la política sectorial del país, con mayor eficiencia en los procesos y servicios de los diferentes subsistemas de salud, entregando a la población servicios de mayor calidad y equidad que despliegan estrategias sanitarias en las que prevalecen la promoción y prevención en salud.
De esta manera se ha contribuido a mejores condiciones de salud física, mental y social de la población, se ha reducido la brecha en el acceso de los servicios de salud, se ha organizado la participación y vigilancia ciudadana en salud y se ha fortalecido el ejercicio del derecho a la salud en Lima Metropolitana.

Visión del Hospital Víctor Larco Herrera:
En el año 2016 el Hospital Larco Herrera será una Institución competente en Psiquiatría y Salud Mental, con una organización administrativa – asistencial integrada, ordenada, dinámica, funcional y efectiva, que se sustente en el trabajo en equipo interdisciplinario con enfoque comunitario y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en Salud Mental, de acuerdo a los estándares de calidad.

3.2 MISIÓN

Misión del Ministerio de Salud:
El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

Propósito Como Jurisdicción DISA - V Lima Ciudad
La Dirección de Salud V Lima Ciudad es órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, en cuya jurisdicción se incide sobre las necesidades de salud y sus determinantes a través de 04 redes y 09 hospitales, se desarrolla oferta diferenciada de servicios de salud públicos con establecimientos categorizados y sistemas técnicos-administrativos de gestión institucional y territorial para garantizar el acceso a medicamentos y a la estrategias de intervención sobre prioridades sanitarias, enfatizando acciones de promoción y prevención, previniendo y controlando las emergencias o desastres y realizando vigilancia epidemiológica y de los procesos que afectan la salud del medio ambiente.
Asumimos este propósito dentro del marco de respeto del derecho a la salud y en correspondencia con políticas nacionales de descentralización e inclusión social.

Misión del Hospital Víctor Larco Herrera:
Brindar servicios especializados de la mejor calidad, de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en Psiquiatría y Salud Mental a la población en general.

3.3 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

Son Valores a considerar en la Jurisdicción DISA Lima Ciudad:

- **Equidad.-** Como una condición que expresa la disposición del trabajador de la DISA V Lima Ciudad, para dar a cada persona lo que merece de acuerdo a la necesidad o problema de salud que presenta.
- **Inclusión Social.-** Como un aspecto que promueve las acciones de relación horizontal, bilateral, o multilateral, que cada trabajador de la DISA V - Lima Ciudad en representación del Estado mantiene con los actores sociales vinculados a salud, dando lugar al dialogo social que fortalece la democracia participativa en salud.

- **Derecho a la Salud.-** Como una actitud que mueve al trabajador de la DISA - V Lima Ciudad, para procurar a las personas el goce del grado máximo de salud sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Que contribuye a q las personas logren "un estado de completo bienestar físico, mental y social" que "consiste no solamente del acceso a la atención médica, sino también del acceso a todos los bienes y servicios que son esenciales para una vida saludables o que conducen a ella"
- **Vocación de Servicio.-** Como una cualidad que sustenta la actitud de vida del trabajador de la DISA V Lima Ciudad; que lo predispone a dar, para facilitar el cumplimiento de los procesos, resolver las necesidades, demandadas o solicitudes, o satisfacer las expectativas de las personas en materia de salud, de modo que tanto trabajadores de salud y usuarios se sientan agradados.
- **Honestidad.-** Como la actitud que resalta la calidad humana de la DISA V Lima Ciudad, que lo mueve a comprometerse y expresarse con coherencia y autenticidad, haciendo prevalecer la verdad y la justicia.
- **Innovación.-** Como una cualidad que predispone al trabajador de la DISA V Lima ciudad a crear o modificar los servicios, renovar los procesos e introducir novedades tecnológicas, considerando especialmente las características de la demanda y no solo el potencial técnico de la oferta, para alcanzar los objetivos de salud.

Son valores a considerar en el Hospital Víctor Larco Herrera:

- **Honestidad,** en cada uno de los trabajadores del Hospital, como parte de la persona y forma de vida.
- **Ética y responsabilidad,** en la práctica de nuestros quehaceres.
- **Eficiencia,** en el trabajo.
- **Rectitud,** En la conducta, entre otras virtudes, la honradez, la justicia, la imparcialidad.
- **Identidad y compromiso,** respetando y defendiendo a la institución.
- **Respeto,** a la dignidad de las personas.
- **Cumplimiento,** de la misión y visión de la entidad, para que en el mediano plazo seamos modelo de calidad en la prestación del servicio de salud a nivel nacional.
- **Dignidad,** la necesidad emocional del reconocimiento público por el actuar, por parte de la Alta Gerencia y de la comunidad en general
- **Excelencia,** en todo lo que hacemos y la forma como lo hacemos.
- **Oportunidad,** en la respuesta ante una dificultad o problema.
- **Innovación** en la búsqueda de métodos de solución de problemas y modernidad.
- **Participación** porque trabajamos en equipo con la comunidad.
- **Calidad y mejora continua** en la prestación de los servicios como un valor agregado del producto de nuestro trabajo.

IV.- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Es el resultado de la aplicación de instrumentos que captan en el ambiente físico y social de una unidad y que permite conocer y valorar la información mínima necesaria para identificar los principales problemas que se presentan así como sus factores condicionantes, permitiendo una planeación sólida para la solución de estos.

4.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO

Las características del entorno interno y externo se describen en el Anexo 1, que ha sido realizado basado en el Análisis Situacional de Salud 2011 y de documentos de Gestión y evaluación del Hospital.

4.2 IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

El árbol de problemas se encuentra en los anexos (Capítulo VI)
Los problemas que surgen en el Hospital Víctor Larco Herrera y su entorno son:

PROBLEMAS DEL ENTORNO EXTERNO:

1. En el grupo adolescente, los trastornos mentales y de comportamiento representan la cuarta causa de morbilidad a nivel de Lima Ciudad.
2. En la etapa de vida adulta, se incluyen adicionalmente las enfermedades del sistema osteomuscular, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades metabólicas y del sistema nervioso, a nivel de Lima Ciudad.
3. El MINSA-DIGEMID como principal proveedor de los medicamentos del petitorio nacional, presenta retrasos en la compra corporativa, lo cual afecta la entrega a la población. Asimismo, no tienen medicamentos de última generación en la especialidad dentro del petitorio nacional.
4. El Ministerio de Economía y Finanzas, principal proveedor de presupuesto, asigna montos menores a los requeridos y no provee montos en algunos Grupos Genéricos de Gastos solicitados.
5. No se cuenta con cobertura del SIS en el hospital para pacientes indigentes.
6. El hospital es considerado por el Instituto Nacional de Cultura como patrimonio Cultural de la Nación, lo cual dificulta adecuar la infraestructura a las necesidades de los pacientes para un hospedaje digno y una entrega de tratamiento adecuado. Asimismo, no se permite acondicionar o mantener la infraestructura existente, sino desean que se conserve la infraestructura realizando restauraciones, lo cual resulta oneroso.
7. Crisis internacional de la economía que pone en riesgo el crecimiento económico nacional.
8. Presupuesto de salud histórico y deficiente que financia la oferta y no la demanda y limita una buena gestión.
9. Estigmatización de los problemas de salud mental y psiquiatría que perturba la accesibilidad a los servicios y perjudica la adherencia terapéutica.
10. El terreno del hospital no pertenece al Ministerio de Salud.
11. Internamientos por orden del poder judicial, con medidas de seguridad de varios años, lo que incrementa la institucionalización y menor oferta de camas.

12. Las prácticas religiosas o predisposición a prácticas de medicina tradicional que se presentan en algunos sectores, y aspectos culturales en general, tienden a afectar el acceso a los servicios del hospital.
13. La categorización del Hospital, ha sido dada por la DISA - V Lima Ciudad como III-1 (hospital general) y debió de declararse hospital III-E (hospital especializado), ya que no cumple con los criterios de esta categoría acreditada por Resolución Directoral de DISA- V Lima Ciudad.

PROBLEMAS DEL ENTORNO INTERNO

1. Cultura manicomial que entorpece el desarrollo institucional y perjudica la buena calidad del servicio.
2. Falta de coordinación entre el área asistencial con la administrativa que traba los procesos.
3. Carencia de un programa de auditoría y control de calidad que monitoree las actividades de atención y las oriente hacia la real satisfacción de la demanda.
4. Graves deficiencias en la infraestructura.
5. Imagen institucional deteriorada.
6. Personal desmotivado.
7. Equipos médicos insuficientes y obsoletos.
8. Parque automotor aún insuficiente y obsoleto.
9. Uso irracional de los recursos materiales, financieros y humanos sin priorización.
10. Sistema de referencia y contrarreferencia no operativo.
11. Carencia de cultura de trabajo en equipo.
12. Red informática y equipos insuficientes y obsoletos.
13. Escasez de Recursos Humanos profesionales y especializados, ya que tenemos 295 recursos con secundaria completa (37%), 214 con título Universitario (26.9%), 34 con segunda especialidad (4.3%), 141 con estudios técnicos completos (17.7%), 29 técnicos incompletos (3.6%), 27 con estudios universitarios incompletos (3.4%), 21 con estudios de postgrado (diplomado, maestría, doctor) que representa el 2.6%. Asimismo, 2 personas con primaria completa y 34 con ningún estudio (4.3%).
14. Documentos de gestión no actualizados (ROF, MOF, MAPRO)
15. No existe Plan de Supervisión ni monitoreo de indicadores para el seguimiento de la marcha del hospital.
16. No se dispone de información sanitaria y administrativa confiable que contribuya a los procesos de toma de decisiones.
17. La gestión administrativa, no se realiza en forma coherente con la programación del Plan de Adquisiciones y Contrataciones ni con el Plan Operativo, de manera que contribuya al cumplimiento de las metas y logros del hospital.
18. Abastecimiento no adecuado de medicamentos como consecuencia de demora de compra nacional y de los productos que quedan desiertos en las licitaciones públicas.

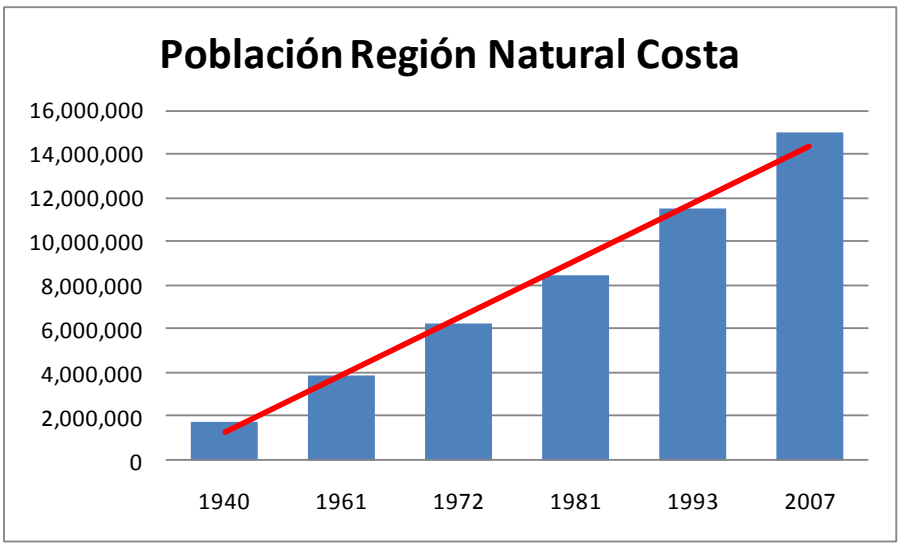
19. Falta de medicamentos de la especialidad de última generación por no realizar los trámites administrativos ante la DIGEMID para realizar compras fuera de petitorio con autorización del ente normativo.

4.3 TENDENCIAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO – PRIORIDADES

Presentamos el comportamiento de la tendencia y evolución de la población y de las enfermedades principales en el hospital:

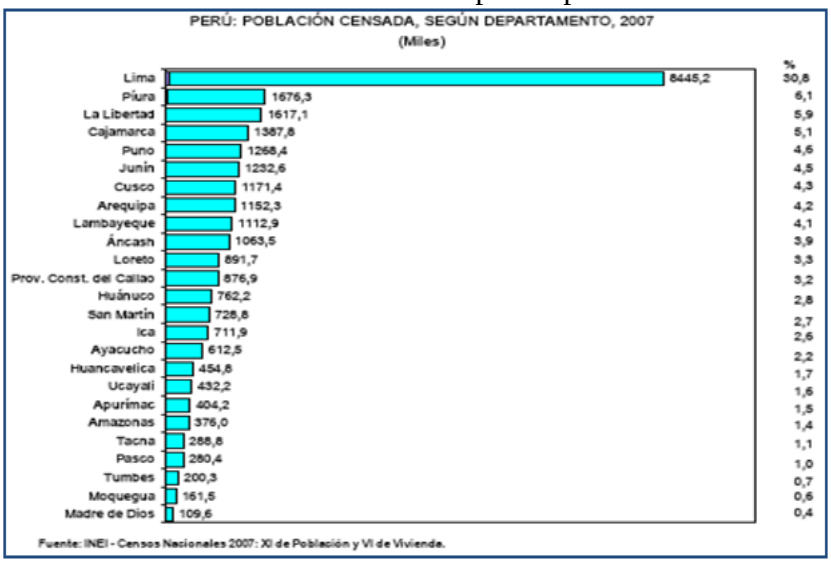
PERU: EVOLUCION DE LA POBLACION CENSADA POR AÑO CENSAL, SEGUNREGION NATURAL –Años 1940 al 2007						
Región Natural	**1940**	**1961**	**1972**	**1981**	**1993**	**2007**
Total	6,207,967	9,906,746	13,538,208	17,005,210	22,048,356	27,419,294
Costa	1,759,573	3,859,443	6,242,993	8,462,304	11,547,743	14,973,264
Sierra	4,033,952	5,182,093	5,953,293	6,746,623	7,668,359	8,770,738
Selva	414,452	865,210	1,341,922	1,796,283	2,832,254	3,675,292
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1940,1961,1972,1981,1993,2005 y 2007						

Observamos que en la Costa, el crecimiento poblacional es mayor que en las otras regiones naturales, esto es que en los índices epidemiológicos de prevalencia e incidencia no van variar en porcentaje pero por aumento poblacional habrá un mayor número de casos que requerirá atención médica.



La línea de tendencia nos muestra el crecimiento poblacional de la Región Natural Costa, lo cual reafirma el incremento de número de casos de enfermedades mentales en la población, el cual requerirá servicios de hospitales especializados.

Población del Perú Censada por Departamentos



Este cuadro que indica la población censada nos muestra que en el departamento de Lima tenemos la mayor concentración de población del país, lo cual sugiere un mayor número de casos de enfermedades mentales concentrado en el departamento de Lima, que es el área de influencia de nuestro hospital.

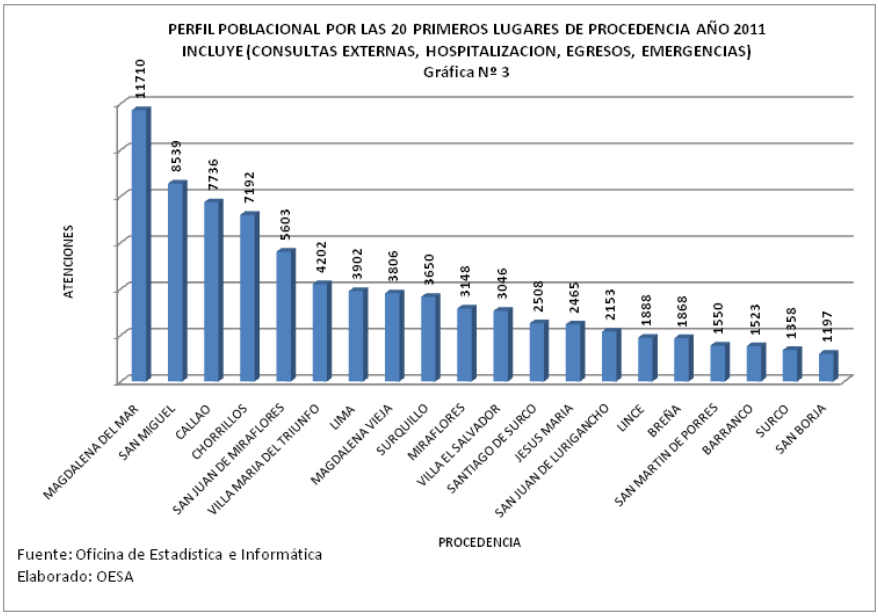
DISA V L.C.: POBLACIÓN ESTIMADA POR CICLO DE VIDA Y DISTRITO DE RESIDENCIA, 2010

DISTRITO	TOTAL	Niños (0 - 9 a)	Adolescente (10 - 19 a)	Adulto (20 - 59 a)	Adulto Mayor (60 a más)	POBLACIÓN FEMENINA	
						10-19	15-49
S. M. DE PORRES	621,520	107,563	114,525	339,258	60,174	57,022	177,732
COMAS	522,235	90,381	96,230	285,063	50,561	47,913	149,340
LOS OLIVOS	341,173	59,045	62,866	186,231	33,031	31,301	97,563
LIMA CERCADO	321,176	55,586	59,182	175,315	31,093	29,467	91,844
PUENTE PIEDRA	250,514	43,355	46,161	136,744	24,254	22,984	71,638
CARABAYLLO	228,835	39,602	42,167	124,912	22,154	20,995	65,438
INDEPENDENCIA	222,680	38,538	41,032	121,551	21,559	20,430	63,678
LA VICTORIA	206,677	35,768	38,083	112,816	20,010	18,962	59,102
RIMAC	188,923	32,695	34,812	103,125	18,291	17,333	54,025
SAN MIGUEL	138,453	23,961	25,512	75,575	13,405	12,702	39,592
SAN BORJA	112,684	19,501	20,764	61,509	10,910	10,338	32,223
SURQUILLO	95,746	16,569	17,642	52,264	9,271	8,784	27,380
MIRAFLORES	91,223	15,787	16,809	49,796	8,831	8,369	26,086
BREÑA	87,840	15,203	16,186	47,946	8,505	8,059	25,119
PUEBLO LIBRE	79,534	13,764	14,655	43,414	7,701	7,297	22,744
JESUS MARIA	70,962	12,281	13,076	38,735	6,870	6,510	20,293
SAN ISIDRO	62,259	10,775	11,472	33,985	6,027	5,712	17,804
LINCE	59,242	10,252	10,917	32,337	5,736	5,435	16,941
SAN LUIS	58,589	10,140	10,796	31,980	5,673	5,375	16,754
MAGDALENA	54,439	9,422	10,031	29,715	5,271	4,995	15,568
ANCON	35,782	6,194	6,594	19,530	3,464	3,283	10,232
SANTA ROSA	11,692	2,025	2,154	6,383	1,130	1,073	3,343
RED LIMA	**1,438,824**	**249,009**	**265,125**	**785,387**	**139,303**	**132,005**	**411,450**
RED TUPAC AMARU	**973,750**	**168,521**	**179,429**	**531,526**	**94,274**	**89,338**	**278,456**
RED RIMAC	**1,151,616**	**199,303**	**212,203**	**628,614**	**111,496**	**105,656**	**329,320**
RED PUENTE PIEDRA	**297,988**	**51,574**	**54,909**	**162,657**	**28,848**	**27,340**	**85,213**
DISA V LC	**3,862,178**	**668,407**	**711,666**	**2,108,184**	**373,921**	**354,339**	**1,104,439**

Fuente: Oficina General de Estadística – MINSA
Elaborado: Oficina de Epidemiología – Unidad de ASIS – DISA V LC

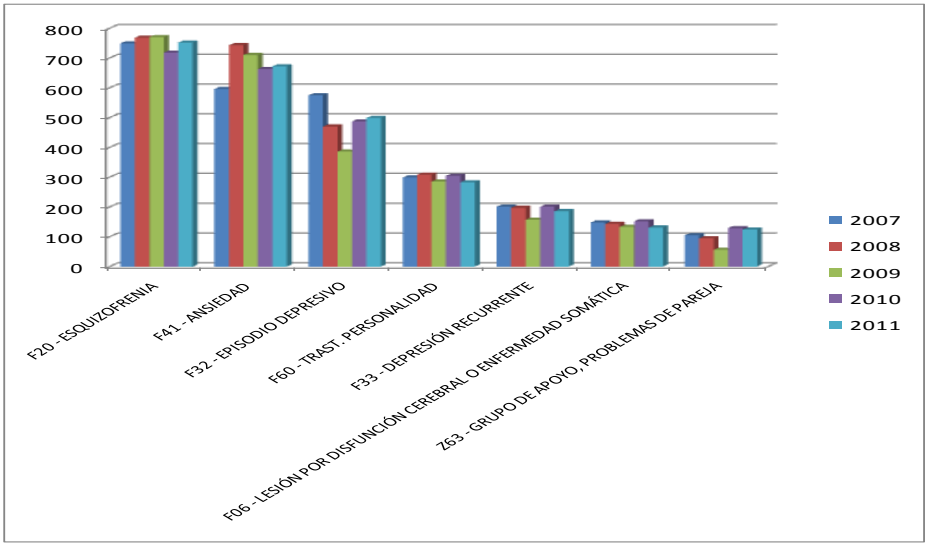
El área de influencia del Hospital, por ser dependiente de la Autoridad Sanitaria, DISA V- Lima Ciudad, corresponde en su mayor parte la población asignada a la DISA V, excepto por la Red Túpac Amaru, Rímac y Puente Piedra que se atiende en el Hospital Hideyo Noguchi; sin embargo, atendemos los distritos de Lima Sur y Callao por la facilidad, disposición y flujo de las vías de comunicación y transporte; la parte Este de Lima es atendida por el Hospital Hermilio Valdizán.

Perfil Poblacional de los Pacientes - Procedencia



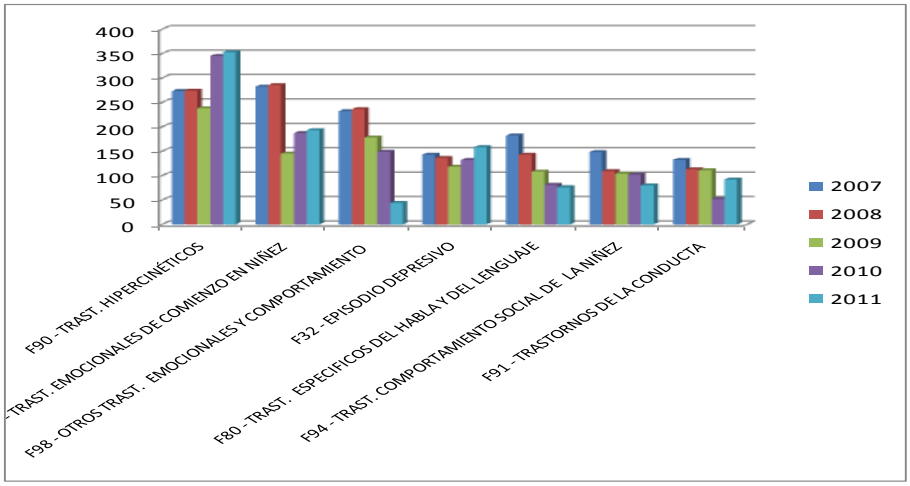
El perfil poblacional abarca principalmente los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel, Región Callao, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Lima Cercado, Pueblo Libre (Magdalena Vieja), Surquillo, Miraflores, y otros, que corresponden a las jurisdicciones de DISA V - Lima Ciudad, Región Callao, DISA Lima Sur.

Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa Adultos



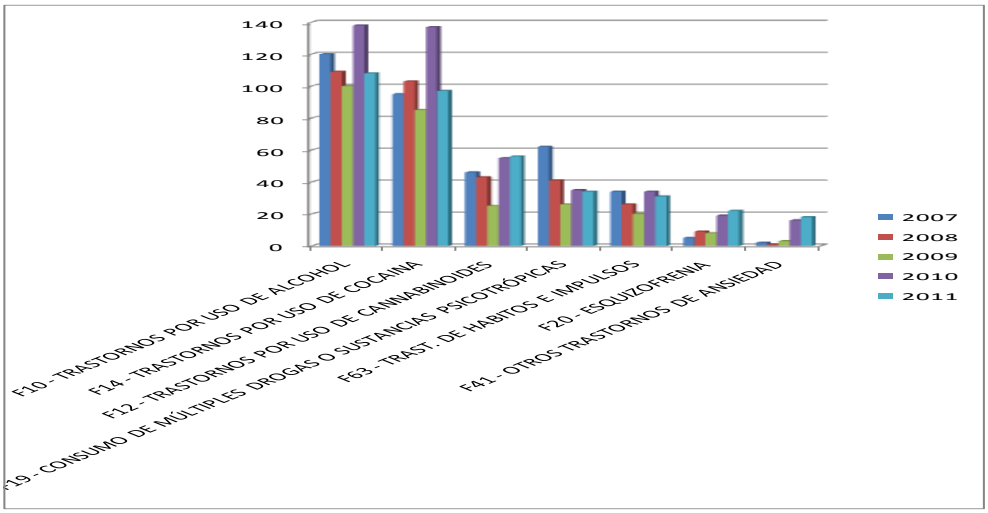
El perfil de morbilidad en Consulta Externa Adultos, presenta una alta incidencia de esquizofrenia, seguida de trastornos de ansiedad, episodios depresivos y trastornos de la personalidad entre otros. El perfil difiere con la Consulta Externa de Niños y Adolescentes.

Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa Niños y Adolescentes



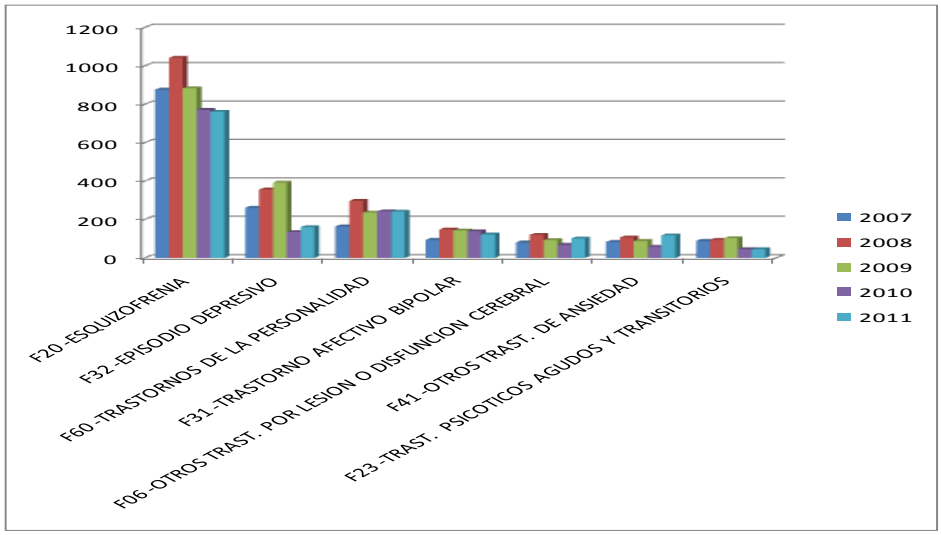
En la Consulta Externa de Niños y Adolescentes, el perfil de morbilidad son trastornos propios de la niñez en su mayoría, los cuales son: En primer lugar están los Trastornos Hiperquinéticos, luego siguen los trastornos emocionales de comienzo de la niñez, otros trastornos emocionales y de comportamiento, episodio depresivo, trastornos del habla y lenguaje, trastornos de comportamiento social en la niñez y otros.

Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa Adicciones



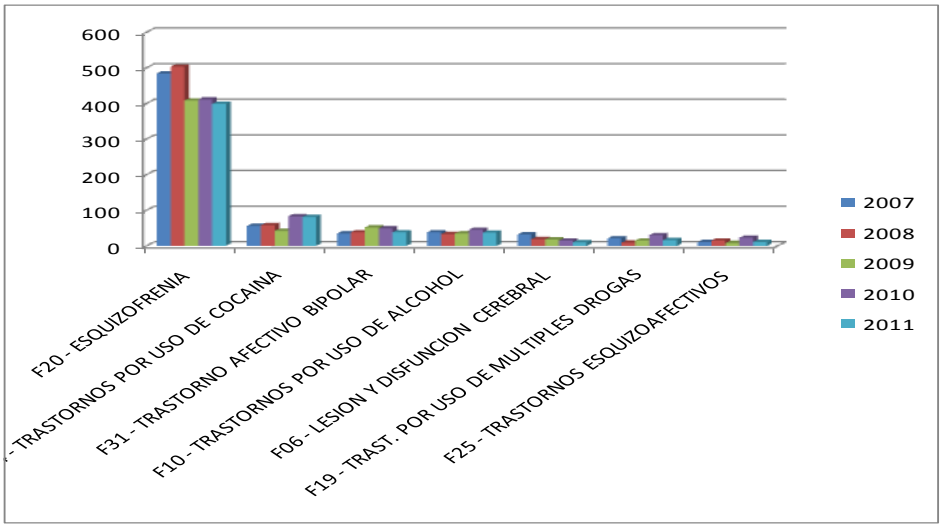
Dentro de la morbilidad del Departamento de adicciones, están los trastornos por uso de alcohol, uso de cocaína, cannabinoides, uso de múltiples drogas, trastornos del hábito y otras.

Principales Causas de Morbilidad en Emergencia



Dentro de la morbilidad atendida en el Departamento de Emergencias, tenemos primero la Esquizofrenia, seguido de depresión, trastornos de la personalidad, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos por lesión o disfunción cerebral, ansiedad y trastornos psicóticos agudos.

Principales 07 Causas de Morbilidad en Hospitalización



Los pacientes que mas requieren de hospitalización son en primer lugar la Esquizofrenia, Trastorno por uso de Cocaína, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastorno por uso de Alcohol, por lesión y disfunción cerebral, uso de múltiples drogas y trastornos esquizoafectivos.

4.3.1 Según el Análisis Situacional de Salud año 2011, dentro de las Prioridades Sanitarias tenemos:

N°	PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADO	TOTAL DE CASOS (atenciones)
1	Alta prevalencia de trastornos de ansiedad (F41)	4,369
2	Alta prevalencia de síndromes depresivos (F32)	5,515
3	Persistencia de prevalencia de esquizofrenia (F20)	16,876
4	Alta incidencia de trastornos paranoides de la personalidad (F60)	2,773
5	Alta incidencia de trastornos hiperactividad (F90)	1,495
6	Persistencia de trastornos mentales del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-F19)	2,033
7	Prevalencia de Trastornos afectivos bipolares (F31)	646
8	Persistencia de Violencia Familiar y hacia la mujer (F74 – Síndrome del Maltrato)	202

La Priorización surge de los problemas de salud con mayor número de casos y en el caso de otros problemas están obligadamente a ser priorizado por los Lineamientos de Políticas Nacionales y del Sector Salud. La metodología utilizada se presenta en el anexo 6.1 del Diagnóstico Situacional del Hospital.

4.3.2 Prioridades dentro del entorno Interno:

4.3.2.1 Desinstitucionalización de Pacientes de los pabellones 2, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, a través de su inserción a la sociedad, con calidad y buenas condiciones de vida y autosostenibilidad a través de:

- ✓ Programa de Actualización de diagnósticos médico, psicológico, social.
- ✓ Programa de Rehabilitación biopsicosocial integral personalizado.
- ✓ Programa de Buenas condiciones de vida y respeto a los derechos humanos
- ✓ Programa de Asistencia integral.
- ✓ Programas de Deshospitalización.
- ✓ Programas de Atención integral a pacientes judiciales.
- ✓ Programa de Vigilancia epidemiológica.

4.3.2.2 Hospitalización psiquiátrica por patologías de pacientes Agudos y Adicciones, de los pabellones 1, 20 y 18:

- ✓ Programa Servicio de atención por patologías.
- ✓ Programa de Seguimiento de pacientes recuperados.
- ✓ Programas de Farmacoterapia Óptima.
- ✓ Programas de Psicoterapia basado en evidencias.
- ✓ Programa de Asistencia integral.
- ✓ Programa de Rehabilitación biopsicosocial integral personalizado.
- ✓ Programas de Buenas condiciones de vida y respeto a los derechos humanos.
- ✓ Programa de Atención por PPR.
- ✓ Programa de Vigilancia epidemiológica.
- ✓ Programa de Atención en servicio de adicciones mujeres.

4.3.2.3 Consulta externa psiquiátrica de calidad para adultos, adultos mayores y niños y adolescentes con cobertura universal:

- ✓ Programa Servicio de atención por patologías.
- ✓ Programa de Farmacoterapia Óptima.
- ✓ Programa de Psicoterapia basado en evidencias.
- ✓ Programa de Asistencia integral.
- ✓ Programa de Rehabilitación biopsicosocial integral personalizado.
- ✓ Programa de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Programa de Atención por PPR.

4.3.2.4 Implementar la Salud Mental Comunitaria por Política de Salud del Ministerio:

- ✓ Programa de Promoción en salud mental.
- ✓ Programa de Prevención de enfermedad mental.
- ✓ Programa de Seguimiento de pacientes recuperados.

4.3.2.5 Entrega eficiente de atención en el Departamento de Emergencias:

- ✓ Programa Servicio de atención por patologías.
- ✓ Programa de Farmacoterapia Óptima.
- ✓ Programa de Asistencia integral.
- ✓ Programa de Atención con el Programa Estratégico No Transmisibles – Salud Mental (PPR).
- ✓ Programa de Referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Programa de vigilancia epidemiológica.

4.3.2.6 Mejora y eficiencia en los procesos Asistenciales, Administrativos, Información e Imagen Institucional:

- ✓ Implementación de la Historia Clínica Electrónica.
- ✓ Programa Mejoramiento de la Imagen institucional.
- ✓ Programa Revisión y seguimiento de gastos.
- ✓ Programa de Incremento del presupuesto de Recursos Ordinarios.
- ✓ Programa de Mejora en captación de Recursos Directamente recaudados.

- ✓ Programa de captación de fondos externos de donaciones: OPS, ONGs, y otras entidades benefactoras.
- ✓ Programa Patronato del hospital.
- ✓ Programa Centro de Costos.
- ✓ Desarrollo de Equipos de Trabajo Interdisciplinarios con Cultura de Calidad Total y Respeto a los Derechos Humanos de los Pacientes.
- ✓ Programa de Revaloración del Recurso Humano.
- ✓ Programa de Mejora de la Cultura Organizacional y Clima Laboral.
- ✓ Programa de Capacitación del Personal.
- ✓ Programa Plan Estratégico.
- ✓ Actualización del ROF, MOF, CAP, MAPROS.
- ✓ Programa Plan maestro de Desarrollo y Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura y Equipos.
- ✓ Desarrollo de Equipos de Trabajo interdisciplinarios con Cultura de Calidad Total y Respeto a los Derechos Humanos de los Pacientes.
- ✓ Programa de Limpieza, Seguridad Interior y Conservación de los Jardines.
- ✓ Programa de Transferencia de Propiedad del Terreno al Hospital.
- ✓ Programa de Diseño y Construcción del Nuevo Hospital (Implementación del Plan Maestro).

4.3.3 Prioridades dentro del entorno Externo:

1. Abastecimiento oportuno con medicamentos del petitorio nacional y medicamentos de última generación de la especialidad.
2. Entrega por parte del Ministerio de Economía y Finanzas del presupuesto requerido por el Hospital y en los Grupos Genérico de Gasto solicitados.
3. Cobertura por parte del SIS para enfermedades mentales en el hospital para los pacientes de pocos recursos.
4. El Instituto Nacional de Cultura debe permitir al hospital realizar el mantenimiento y reparación, así como nueva infraestructura en las áreas del hospital, sin demora de revisión de expedientes u otros requisitos.
5. Estabilidad de la economía del país, con la finalidad de mejorar los recursos del Sector Salud.
6. Cambio de parte de la población para aceptar los problemas de salud mental no como un estigma, sino como una enfermedad y lograr la adherencia del paciente al tratamiento. Asimismo, que comprendan que no es una institución "manicomial."
7. Difusión de la cartera de servicios a la población para conocimiento del público, con la finalidad de dar a conocer que los servicios del hospital, no sólo son para enfermos psiquiátricos sino para mejorar los estilos de vida y problemas muchas veces cotidianos (estrés, depresión y otros).
8. Gestionar la pertenencia del terreno ante la Beneficencia Pública de Lima.
9. Desinstitucionalización de pacientes que se encuentran internados por orden del Poder Judicial con medidas de seguridad de varios años lo que incrementaría la oferta de camas del hospital.

10. Educar al público que realiza prácticas religiosas o prácticas de medicina tradicional (brujos, curanderos y otros), porque tienden a afectar el acceso a los servicios y atención del hospital.
11. Solicitar a la DISA V Lima Ciudad, la categorización del hospital a categoría III-E, ya que no cumple con los criterios de Hospital General (III-1), que es la categoría que actualmente tiene, lo cual no va a permitir la posterior acreditación del hospital, ya que no cumple los criterios de hospital general.

4.4 ANÁLISIS FODA

Dentro las herramientas que se posee en la toma de decisiones, la técnica FODA, sin duda se constituye en un sistema que nos proporciona ejecutar estrategias adecuadas en las decisiones adoptada por el gerente o jefe administrativo.
El Análisis DAFO, también conocido como Matriz ó Análisis DOFA, FODA, o en inglés SWOT, es una metodología de estudio de la situación de una empresa o un proyecto, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades) en una matriz cuadrada:

	Positivos	Negativos
Internos	Fortalezas	Debilidades
Externos	Oportunidades	Amenazas

FORTALEZAS:

- ✓ Personal asistencial especializado en salud mental y psiquiatría con amplia experiencia.
- ✓ Sede docente de la mayoría de universidades e institutos nacionales para la enseñanza de psiquiatría en pre y post grado.
- ✓ Localización geográfica fácilmente accesible.
- ✓ El departamento de niños y adolescentes y el departamento de adicciones cuentan con programas bien estructurados.
- ✓ Hospital con trayectoria docente e investigación reconocida.
- ✓ Identificado como establecimiento de referencia nacional.
- ✓ Apoyo social al grupo de riesgo.
- ✓ Personal asistencial especializado y con experiencia.
- ✓ Áreas de terrenos disponibles para desarrollo y crecimiento de infraestructura.
- ✓ Estabilidad de gestión directiva y por concurso.
- ✓ Accesibilidad

OPORTUNIDADES:

- ✓ Políticas de salud mundial prioriza temas de salud mental (OPS - OMS).
- ✓ Política MINSA de atención integral que contempla la creación de una cultura de salud sustentada en la familia mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud.
- ✓ Creación de Programas Estratégicos de Enfermedades no Transmisibles donde se encuentra salud mental y Vulnerabilidad estructural para apoyo de la Infraestructura en Salud.
- ✓ Políticas MINSA de atención prioritaria a la salud mental de la población.
- ✓ Lineamientos para la acción en salud mental, aprobado con RM N° 075-2004/MINSA.
- ✓ Plan Nacional de Salud Mental, aprobado con RM N° 943-2006/MINSA.
- ✓ Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008 — OMS.
- ✓ Población sensibilizada en temas de salud mental. violencia, maltrato infantil y a la mujer, pedofilia, crímenes, accidentes de tránsito como consecuencia del uso de alcohol, muerte de pacientes con adicción internados en centros clandestinos incendiados, etc.
- ✓ Ley N°29889 que modifica el artículo 11 de la ley 26842, ley general de salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- ✓ Escasa oferta a nivel público y privado de atención sistematizada en salud mental y psiquiatría, con alta demanda de servicios especializados.
- ✓ Incremento de la población afectada por patologías mentales que requiere urgente atención (demanda).
- ✓ Nuevas formas de comunicación e información desarrollada a partir de los avances tecnológicos.
- ✓ Política de medicamentos genéricos implementada, con adquisiciones centralizadas que baja los precios de los medicamentos.
- ✓ Las instituciones en general nos ven como el centro de referencia nacional de trastornos mentales.
- ✓ Posibilidades de desarrollo de investigación clínico y administrativo por parte de institutos y universidades.
- ✓ Crecimiento económico constante a nivel país que mejora el presupuesto institucional.

DEBILIDADES

- ✓ Cultura manicomial que entorpece el desarrollo institucional y perjudica la buena calidad del servicio.
- ✓ Falta de coordinación entre el área asistencial con la administrativa que traba los procesos.
- ✓ Carencia de un programa de auditoría y control de calidad que monitoree las actividades de atención y las oriente hacia la real satisfacción de la demanda.
- ✓ Imagen institucional deteriorada.
- ✓ Personal desmotivado.
- ✓ Uso irracional de los recursos materiales, financieros y humanos sin priorización.

- ✓ Sistema de referencia y contrarreferencia no operativo.
- ✓ Carencia de cultura de trabajo en equipo.
- ✓ Capacidad instalada poco productiva en algunos servicios.
- ✓ Servicios estratégicos con insuficiente implementación.
- ✓ Equipamiento inadecuado, deteriorado e insuficiente en diferentes servicios.
- ✓ Infraestructura poco funcional y vulnerable en zona antigua.
- ✓ Poca identificación institucional y cultura organizacional no orientada hacia la calidad.
- ✓ Perfil de algunos trabajadores no adecuados al cargo.
- ✓ Insuficiente número de profesional asistencial y administrativo calificado.
- ✓ Ausencia de programas de capacitación continúa en técnicas nuevas para el personal asistencial y administrativo.
- ✓ Desconocimiento de las principales normas públicas.
- ✓ Poco involucramiento en la elaboración e implementación de los documentos de gestión.
- ✓ Abastecimiento inadecuado e inoportuno de medicamentos e insumos estratégicos.
- ✓ Inadecuado sistema de información para la toma de decisiones.
- ✓ Inadecuada participación de los usuarios en la planificación de actividades estratégicas.

AMENAZAS:

- ✓ Crisis internacional de la economía que pone en riesgo el crecimiento económico nacional.
- ✓ Presupuesto de salud histórico y deficiente que financia la oferta y no la demanda y limita una buena gestión.
- ✓ Estigmatización de los problemas de salud mental y psiquiatría que perturba la accesibilidad a los servicios y perjudica la adherencia terapéutica.
- ✓ El terreno del hospital no pertenece al Ministerio de Salud.
- ✓ Internamientos por orden del poder judicial, con medidas de seguridad de varios años, lo que incrementa la institucionalización y menor oferta de camas.
- ✓ Inestabilidad de la política sectorial.
- ✓ Instituciones públicas y privadas mejor posicionadas en el mercado sanitario.
- ✓ Población con niveles escasos de educación sanitaria.
- ✓ Incremento de la población adulta mayor sin seguro de salud en abandono social.
- ✓ Insatisfacción de los usuarios externos por los servicios de salud públicos.
- ✓ Desconocimiento del público de los servicios que se ofertan.
- ✓ Dispositivos legales complejos, para el mantenimiento y construcción de infraestructura (autorizaciones del INC).

MATRIZ FODA

	Positivos	Negativos
Internos	Fortalezas: ✓ Personal asistencial especializado en salud mental y psiquiatría con amplia experiencia. ✓ Sede docente de la mayoría de universidades e institutos nacionales para la enseñanza de psiquiatría en pre y post grado. ✓ Localización geográfica fácilmente accesible. ✓ El departamento de niños y adolescentes y el departamento de adicciones cuentan con programas bien estructurados. ✓ Hospital con trayectoria docente e investigación reconocida. ✓ Identificado como establecimiento de referencia nacional. ✓ Apoyo social al grupo de riesgo. ✓ Personal asistencial especializado y con experiencia. ✓ Áreas de terrenos disponibles para desarrollo y crecimiento de infraestructura. ✓ Estabilidad de gestión directiva y por concurso. ✓ Accesibilidad	Debilidades: ✓ Cultura manicomial que entorpece el desarrollo institucional y perjudica la buena calidad del servicio. ✓ Falta de coordinación entre el área asistencial con la administrativa que traba los procesos. ✓ Carencia de un programa de auditoría y control de calidad que monitoree las actividades de atención y las oriente hacia la real satisfacción de la demanda. ✓ Imagen institucional deteriorada. ✓ Personal desmotivado. ✓ Uso irracional de los recursos materiales, financieros y humanos sin priorización. ✓ Sistema de referencia y contrarreferencia no operativo. ✓ Carencia de cultura de trabajo en equipo. ✓ Capacidad instalada poco productiva en algunos servicios. ✓ Servicios estratégicos con insuficiente implementación. ✓ Equipamiento inadecuado, deteriorado e insuficiente en diferentes servicios. ✓ Infraestructura poco funcional y vulnerable en zona antigua. ✓ Poca identificación institucional y cultura organizacional no orientada hacia la calidad. ✓ Perfil de algunos trabajadores no adecuados al cargo. ✓ Insuficiente número de profesional asistencial y administrativo calificado. ✓ Ausencia de programas de capacitación continúa en técnicas nuevas para el personal asistencial y administrativo. ✓ Desconocimiento de las principales normas públicas. ✓ Poco involucramiento en la elaboración e implementación de los documentos de gestión. ✓ Abastecimiento inadecuado e inoportuno de medicamentos e insumos estratégicos. ✓ Inadecuado sistema de información para la toma de decisiones. ✓ Inadecuada participación de los usuarios en la planificación de actividades estratégicas.

Externos	Oportunidades: ✓ Políticas de salud mundial prioriza temas de salud mental (OPS - OMS). ✓ Política MINSA de atención integral que contempla la creación de una cultura de salud sustentada en la familia mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud. ✓ Creación de Programas Estratégicos de Enfermedades no Transmisibles donde se encuentra salud mental y Vulnerabilidad estructural para apoyo de la Infraestructura en Salud. ✓ Políticas MINSA de atención prioritaria a la salud mental de la población. ✓ Lineamientos para la acción en salud mental, aprobado con RM N° 075-2004/MINSA. ✓ Plan Nacional de Salud Mental, aprobado con RM N° 943-2006/MINSA. ✓ Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008 — OMS. ✓ Población sensibilizada en temas de salud mental. violencia, maltrato infantil y a la mujer, pedofilia, crímenes, accidentes de tránsito como consecuencia del uso de alcohol, muerte de pacientes con adicción internados en centros clandestinos incendiados, etc.. ✓ Ley N°29889 que modifica el artículo 11 de la ley 26842, ley general de salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. ✓ Escasa oferta a nivel público y privado de atención sistematizada en salud mental y psiquiatría, con alta demanda de servicios especializados. ✓ Incremento de la población afectada por patologías mentales que requiere urgente atención (demanda). ✓ Nuevas formas de comunicación e información desarrollado a partir de los avances tecnológicos. ✓ Política de medicamentos genéricos implementada, con adquisiciones centralizadas que baja los precios de los medicamentos. ✓ Las instituciones en general nos ven como el centro de referencia nacional de trastornos mentales. ✓ Posibilidades de desarrollo de investigación clínico y administrativo por parte de institutos y universidades. ✓ Crecimiento económico constante a nivel país que mejora el presupuesto institucional.	Amenazas: ✓ Crisis internacional de la economía que pone en riesgo el crecimiento económico nacional. ✓ Presupuesto de salud histórico y deficiente que financia la oferta y no la demanda y limita una buena gestión. ✓ Estigmatización de los problemas de salud mental y psiquiatría que perturba la accesibilidad a los servicios y perjudica la adherencia terapéutica. ✓ El terreno del hospital no pertenece al Ministerio de Salud. ✓ Internamientos por orden del poder judicial, con medidas de seguridad de varios años, lo que incrementa la institucionalización y menor oferta de camas. ✓ Inestabilidad de la política sectorial. ✓ Instituciones públicas y privadas mejor posicionadas en el mercado sanitario. ✓ Población con niveles escasos de educación sanitaria. ✓ Incremento de la población adulta mayor sin seguro de salud en abandono social. ✓ Insatisfacción de los usuarios externos por los servicios de salud públicos. ✓ Desconocimiento del público de los servicios que se ofertan. ✓ Dispositivos legales complejos, para el mantenimiento y construcción de infraestructura (autorizaciones del INC).

V. IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA

Toma como punto de partida los problemas centrales identificados y sus causas así como los supuestos relevantes y avanza hasta definir la situación de solución de los mismos, comprendiendo los medios necesarios para llegar a dicha situación. Estos medios y sus acciones respectivas deben ser correspondientes con las causas inmediatas y fundamentales identificadas y deben de estar enmarcados en los lineamientos de políticas nacionales y del sector.

5.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA INSTITUCIONAL

El hospital Especializado "Víctor Larco Herrera" tiene como misión brindar servicios especializados de prevención, promoción, tratamiento, recuperación y rehabilitación en Psiquiatría y salud mental a la población de referencia local y nacional con calidad, calidez, equidad, oportunidad, accesibilidad, y efectividad; con recursos humanos comprometidos en el desarrollo institucional y con tecnología e infraestructura adecuada.

Para la formulación del Plan Estratégico Institucional, el marco básico que se debe de tener en cuenta son las siguientes políticas: los compromisos supranacionales de desarrollo, el marco de política nacional del Estado y los lineamientos estratégicos de política gubernamental.

En ese sentido, el marco supranacional está dado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2015, a los cuales el Perú se ha comprometido alcanzar, en el marco de las Naciones Unidas. La Política Nacional del Estado está definida por el Acuerdo Nacional y el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud que tienen un horizonte que no va más allá del 2012; sin embargo, el Plan Bicentenario – Perú al 2021, amplía ese horizonte al año 2021, al haber sido aprobado por el Acuerdo Nacional, convirtiéndose de esta manera en el marco de política nacional de desarrollo. En este contexto, el Ministerio de Salud ha desarrollado los Lineamientos de Política Sectorial 2011-2016, que adecúan los lineamientos del Plan Nacional Concertado de Salud al Plan Bicentenario y se constituyen en orientadores del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud y sus dependencias.

En este contexto el hospital Especializado "Víctor Larco Herrera" enmarca sus acciones en:

- Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2015
- El Acuerdo Nacional
- Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021
- Plan Nacional Concertado de Salud al 2020
- Lineamientos de Política de Salud al 2016
- Lineamientos de Política de Salud Mental
- Plan Nacional de Salud Mental

Objetivo del Desarrollo del Milenio

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

-En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.

Acuerdo Nacional:
Las políticas están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos:
• Democracia y Estado de Derecho
• Equidad y Justicia Social
• Competitividad del País
• Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

1. **Décimo Tercera Política de Estado**

Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social
Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.
Políticas de Estado
Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes;
Políticas de Estado
(h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) restablecerá la autonomía del Seguro Social.

2. **Vigésimo Cuarta Política de Estado**

Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente

Nos comprometemos a construir y mantener un Estado eficiente, eficaz, moderno y transparente al servicio de las personas y de sus derechos, y que promueva el desarrollo y buen funcionamiento del mercado y de los servicios públicos. Nos comprometemos también a que el Estado atienda las demandas de la población y asegure su participación en la gestión de políticas públicas y sociales, así como en la regulación de los servicios públicos en los tres niveles de gobierno. Garantizaremos una adecuada representación y defensa de los usuarios de estos servicios, la protección a los consumidores y la autonomía de los organismos reguladores. Con este objetivo el Estado: (a) incrementará la cobertura, calidad y celeridad de la atención de trámites así como de la provisión y prestación de los servicios públicos, para lo que establecerá y evaluará periódicamente los estándares básicos de los servicios que el Estado garantiza a la población; (b) establecerá en la administración pública mecanismos de mejora continua en la asignación, ejecución, calidad y control del gasto fiscal; (c) dará acceso a la información sobre planes, programas, proyectos, presupuestos, operaciones financieras, adquisiciones y gastos públicos proyectados o ejecutados en cada región, departamento, provincia, distrito o instancia de gobierno; (d) pondrá en uso instrumentos de fiscalización ciudadana que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas en todas las instancias de gobierno; …"

Plan Bicentenario

El Perú hacia el 2021 considera seis objetivos estratégicos nacionales:

1. Un Estado basado en la plena vigencia de los derechos fundamentales y el respeto a la dignidad de las personas.
2. Una economía competitiva basada en la generación masiva de empleos con alta productividad.
3. Una economía que ofrezca igualdad de oportunidades y acceso irrestricto a los servicios.
4. Un crecimiento económico basado en el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales.
5. Desarrollo de una infraestructura adecuada y distribuida adecuadamente entre las regiones.
6. Lograr desde el Estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país:
    - Que provea servicios de educación y de salud de calidad.

Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020

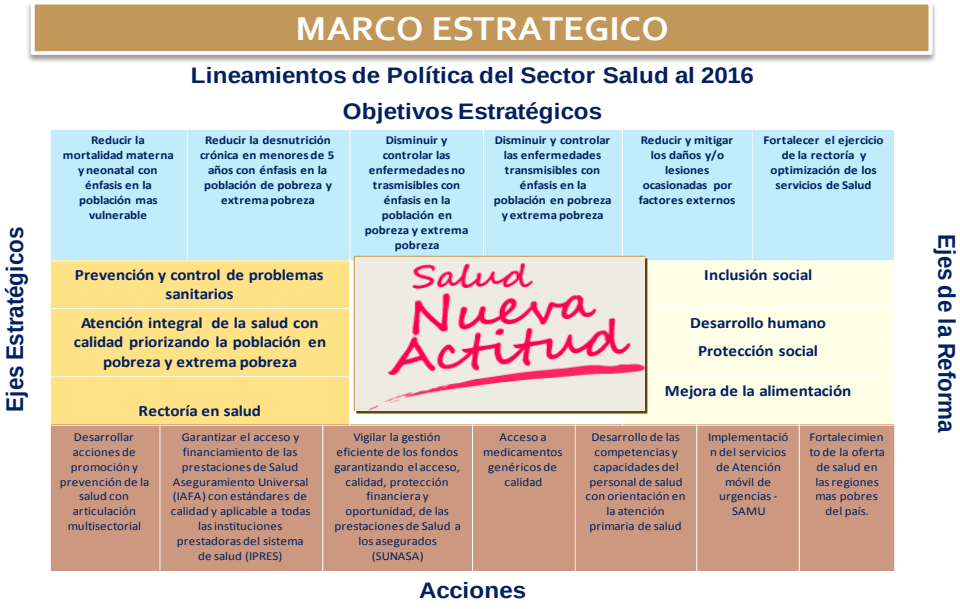
3.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 2007 – 2020:

1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento Universal.
4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local
5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud.
10. Participación Ciudadana en Salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la Salud

Lineamientos de Política de Salud al 2016

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

1. Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.
2. Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.
3. Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
4. Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
5. Reducir y mitigar los daños o lesiones ocasionadas por factores externos.
6. Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los servicios de salud.



Lineamientos de Política de Salud Mental

1) Gestión y rectoría en salud mental.
2) Integración de la salud mental en la concepción de la salud.
3) Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes.
4) Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía.
5) Concertación multisectorial de la salud mental.
6) Creación de un sistema de información en salud mental.
7) Desarrollo de los recursos humanos.
8) Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones en salud mental.
9) Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental.

Plan Nacional de Salud Mental

3.1 Objetivos Estratégicos

1) Contribuir a la Salud Mental de los peruanos y peruanas, sin distinciones de raza, edad, género y condición social, política o cultural.
2) Fortalecer las redes de soporte, sociales y comunitarias para una vida sana, incluyendo la salud mental en los planes a nivel nacional, regional y local.

3.1 Objetivos Generales

1) Posicionar la Salud Mental como un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país.
2) Fortalecer el rol rector del MINSA en Salud Mental de manera concertada en el ámbito nacional, regional y local, con el propósito de garantizar los derechos ciudadanos; y de este modo ser factor de cohesión social.
3) Asegurar el acceso universal a la atención integral en Salud Mental, en base a la reestructuración de servicios que priorice la atención en la comunidad.
4) Promover la equidad en la atención de Salud Mental en términos de estrato social, género, ciclo de vida y diversidad cultural; dando atención diferencia a las poblaciones vulnerables, especialmente a las afectadas por la violencia política.

OBJETIVOS GENERALES DE LA JURISDICCIÓN DISA V - LIMA CIUDAD

1. Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal en Lima Metropolitana.
2. Reducir la morbilidad y mortalidad por causas nutricionales y otras enfermedades prevalentes que afecten la salud infantil en Lima Metropolitana.
3. Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades Transmisibles en Lima metropolitana.
4. Revertir la tendencia incremental de las enfermedades no Transmisibles y crónico- degenerativas según población afectada en Lima Metropolitana.

5. Mejorar la respuesta ante riesgos y daños a la salud por factores externos y de origen antrópico en Lima Metropolitana.
6. Incrementar la capacidad de intervención con acciones de Promoción de la Salud.
7. Gestionar el acceso a medicamentos según necesidades de salud de la población de Lima Metropolitana.
8. Fortalecer la implementación del Aseguramiento Universal de Salud en Lima Metropolitana.
9. Fortalecer la rectoría del Sistema de salud de Lima Metropolitana.
10. Armonizar la Gestión y desarrollo de recursos humanos de salud para Lima Metropolitana.
11. Gestionar infraestructura de salud que contribuya a ordenar y mejorar la capacidad de oferta de servicios de salud.
12. Mejorar la capacidad para gestionar Proyectos de Inversión Pública en Salud, que respondan a necesidades sanitarias de Lima Metropolitana.

5.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2012-2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

La Matriz del Árbol de Objetivos se encuentra en los anexos (Capítulo VI). Los Objetivos Estratégicos Generales son:

OEG 1. Priorizar la vigilancia prevención y atención con nuevo modelo de atención por patologías de las enfermedades de salud mental
OEG 2. Garantizar el acceso y financiamiento de las prestaciones de salud y gestión eficiente de fondos
OEG 3. Asegurar el acceso y uso racional de medicamentos
OEG 4. Fortalecer el rol de rectoría en salud mental y optimización de los servicios de salud
OEG 5. Desarrollo de las competencias y capacidades del personal de salud
OEG 6. Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud con articulación multisectorial

5.3 ACCIONES ESTRATÉGICAS 2012-2016

OEG 1. PRIORIZAR LA PREVENCIÓN, DIAGNÒSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÒN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CON NUEVO MODELO DE ATENCIÓN POR PATOLOGÍAS:

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS:

1. **Desarrollar un nuevo modelo de atención especializada por patologías**

Acciones:

a) Implementación de la atención especializada por patologías
b) Implementación del programa de tratamiento y Rehabilitación biopsicosocial integral
c) Implementación del modelo de trabajo de Gestión por Resultados (PpR)
d) Implementación del programa de atención integral de pacientes judiciales

e) Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la salud mental
f) Implementación del programa de psicoterapia basada en evidencia

Mejorar la calidad de la atención:

Acciones:

a) Desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de los pacientes
b) Desarrollo de la cultura de calidad de la atención

2. **Fortalecer la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, logrando así prolongar los tiempos de instalación de la enfermedad y diagnóstico temprano.**

Acciones:

a) Fortalecer el modelo de atención MAMIS - Hospital Víctor Larco Herrera, que priorizan la prevención y atención de víctimas de VIF – MI, con comorbilidad.

OEG 2. GARANTIZAR EL ACCESO Y FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y GESTIÓN EFICIENTE DE FONDOS

1. **Implementar los nuevos modelos de atención financiada:**

Acciones:

a) Implementación del modelo de trabajo Presupuesto por Resultados
b) Implementación del Aseguramiento Universal en Salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS)

2. **Lograr eficiencia en los procesos administrativos:**

Acciones:

a) Implementación del Centro de Costos
b) Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos

OEG 3. ASEGURAR EL ACCESO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

1. **Desarrollo de un sistema para el manejo adecuado del SISMED:**

Acciones:

a) Mejora del acceso a medicamentos

2. **Cumplimiento de la normatividad vigente de Medicamentos:**

Acciones:

a) Implementación del programa de farmacoterapia óptima
b) Fortalecer los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapéutico

OEG 4. CUMPLIMIENTO CON LA NORMATIVIDAD Y FORTALECIMIENTO DEL ROL RECTOR DEL MINSA/DISA V EN EL HOSPITAL Y OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Optimización de los servicios de salud con calidad:
   Acciones:

a) Implementación del sistema de información de gestión hospitalaria basado en la historia clínica electrónica
b) Acreditación del hospital III-E
c) Implementación del programa de mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos

2. **Actualizar la Normatividad e implementación de las mismas:**
   Acciones:

d) Actualización de documentos de gestión, PEI, POA, CAP, MOF, MAPRO.
e) Actualización o creación de la normatividad de procedimientos asistenciales y administrativos y seguimiento respectivo
f) Implementación del plan maestro: saneamiento en la propiedad del terreno del hospital, revisión y actualización del plan maestro, gestión de presupuesto, implementación por etapas

OEG 5. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

1. **Fortalecimiento de competencias y mejora del clima laboral:**
   Acciones:

a) Implementación del programa de revaloración del recurso humano
b) Capacitación del personal en las áreas de su competencia y destrezas
c) Fomentar una Cultura Organizacional y Clima Laboral adecuados
d) Promover convenios con universidades e Institutos en las áreas administrativas y asistenciales

2. **Desarrollo de actividades científicas de docencia e investigación:**
   Acciones:

e) Promover la Investigación científica y operativa en la institución
f) Reforzamiento de los procesos de docencia e investigación en el hospital

OEG 6. DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD CON ARTICULACIÓN MULTISECTORIAL

1. **Desarrollo de actividades de promoción y prevención a la comunidad**:
   Acciones:

a) Cumplimiento con Planes de concertación en salud
b) Coordinaciones y desarrollo de actividades con autoridades, líderes, instituciones públicas y privadas de la comunidad.
c) Implementación de programas con enfoque comunitario

2. **Desarrollo de capacidades en personal del primer y segundo nivel de atención:**
   Acciones:

a) Capacitación y evaluación al personal de salud del primer y segundo nivel de atención

5.3.2 Proyectos De Inversión 2012-2016 (Plan Maestro De Inversiones)

PLAN MAESTRO Y ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE VULNERABILIDAD HOSPITALARIA.

Análisis de Vulnerabilidad y Riesgos del Hospital Víctor Larco Herrera

Plan Maestro de Inversiones, aprobado por RD N° 094-2012-DG-HVLH

Vulnerabilidad por Localización
La microlocalización del Hospital Víctor Larco Herrera en la ciudad de Lima, no presenta características de vulnerabilidad.

Vulnerabilidad Funcional
Este análisis, se realiza sobre los aspectos operativos de los Servicios asistenciales del Hospital en estudio, y de su interacción entre ellos, detectando aquellos nudos críticos que, en diferentes grados, vulneran la garantía de una segura y efectiva atención asistencial.
Tratándose de un servicio asistencial del tercer nivel de atención, este tipo de vulnerabilidad deriva en muchos casos, en un atentado contra bioseguridad de los pacientes, personal y usuarios en general, exigida en los protocolos o procedimientos operativos de los Servicios hospitalarios.

Como observaciones funcionales, se tienen los siguientes:

Consulta Externa
El Pabellón de Consulta Externa de niños está bien alejado del Centro Asistencial del Hospital.
La admisión y caja, así como la reciente ubicación de la Farmacia en el ingreso del pabellón genera congestión en la circulación de acceso al Servicio.

Hospitalización
La Hospitalización en forma general, se encuentra desarticulada y su interrelación con los Servicios de Diagnóstico y Terapia Ocupacional, así como con Nutrición y Lavandería, obliga a recorridos largos por su ubicación.

Emergencia
El traslado de pacientes desde el Departamento de Emergencia al área de Hospitalización implica un recorrido muy largo.

Rehabilitación y Terapia Ocupacional
No existen ambientes de rehabilitación física para adultos hospitalizados que lo requieran, no obstante que existe recursos humanos calificados para ello.

Los ambientes de Terapia Ocupacional se ubican al extremo posterior del Hospital, obligando a largos recorridos del paciente que lo requiera.

Vulnerabilidad por Accesibilidad
El acceso mayoritario de público al Hospital Víctor Larco Herrera se realiza por la Av. Pérez Araníbar; vía que cuenta con la presencia de transporte público. El acceso al área de consulta de niños y adolescentes se da por la calle lateral; y al estar el Hospital en una zona residencial, genera problemas de inseguridad, para los padres de familia y sus hijos los cuales tienen que esperar fuera del ambiente hospitalario.

Vulnerabilidad Estructural y No Estructural
La estructura de soporte del Establecimiento, por las evidencias externas, se puede afirmar que algunos pabellones presentan daños considerables, pero ya están declarados inhabitables por Defensa Nacional, mientras en otros existe falta de una señalización adecuada en caso de sismos.

Vulnerabilidad respecto a los elementos constructivos
Entre los componentes no estructurales para la evaluación correspondiente se consideran los elementos arquitectónicos, equipamiento e instalaciones básicas.

Elementos Arquitectónicos
La zona antigua del hospital presenta una situación de mayor riesgo, con posibilidad de desprendimiento del cielo raso de yeso, en los pabellones de dos pisos producto del desgaste por el tiempo.
Para aminorar el riesgo en los pabellones de Hospitalización el vidrio de las ventanas ha sido cambiado por mica, por seguridad de los pacientes, lo cual no representa ningún riesgo para los usuarios.

Equipamiento
El equipamiento es fundamental en un hospital para la prestación de servicio de salud, y es conveniente apreciar lo siguiente; se cuenta con una Sala de Rayos X, el espacio es reducido, lo que resulta inconveniente en caso de requerirse una evacuación oportuna, en ese sentido se proyecta la implementación de equipos acorde a la necesidad hospitalaria.

Instalaciones Básicas
Las redes de instalaciones eléctricas y sanitarias se encuentran técnicamente colapsadas; requieren una renovación total de sus materiales, los que han pasado largamente la vida útil de servicio efectivo, se evidencia continuos atoros, filtraciones, los tableros antiguos sin llaves termo magnéticas y los problemas eléctricos al interior de algunos pabellones están deteriorados, por lo que se proyecta un nuevo tendido eléctrico y renovación de instalaciones sanitarias.

Frente a este análisis se diseña el Plan Maestro institucional para responder a las necesidades de la población beneficiaria del Hospital Víctor Larco Herrera, proporcionando servicios eficaces a aquellos que lo necesiten, y colaborando con la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando así su calidad de vida; utilizando los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles.

Identificar y priorizar las necesidades de intervención, o Proyectos de Inversión en el Hospital Víctor Larco Herrera, que le permitan alcanzar progresivamente el desarrollo integral del Servicio Asistencial, en el marco de sus objetivos institucionales y estrategias sectoriales.

PROGRAMA DE INVERSIONES

El desarrollo del Hospital Víctor Larco Herrera, en su propósito de constituirse un Servicio Especializado en Psiquiatría y Salud Mental del Tercer Nivel de Atención, deberá ser progresivo, pues la atención hospitalaria en las modalidades propuestas y tecnológicamente actualizado, obliga a mayores consumos y complejidad de recursos. Se estima que previamente el HVLH debe estabilizarse y alcanzar (con la incorporación de tecnologías de gestión e información) el grado de desarrollo esperado en el ámbito clínico y administrativo.
Es necesario considerar además, que existen intervenciones condicionantes, tanto en lo funcional como en el soporte de infraestructura; es decir, intervenciones aparentemente no prioritarias pero que por su necesaria complementariedad inciden decisivamente en la efectividad de las elegidas como tales.

El Plan Maestro de Inversión desarrollado en nuestra institución propone para la programación de su implementación en 04 grandes Etapas, de acuerdo a lo obtenido metodológicamente, sin embargo, siendo ésta una propuesta indicativa, permitirá a la Institución, hacer las agrupaciones, priorización por conveniencia en las mejoras de la gestión y ajustes convenientes.

En la propuesta se define, especialmente en la primera etapa, las intervenciones que ocuparon los lugares prioritarios en el listado ponderado de selección y que corresponden a Servicios Finales, seguidos por los aspectos funcionales y físicos condicionantes al adecuado y racional funcionamiento de las primeras; estas son las siguientes:

Etapa 1

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
1	1	1. Desarrollo del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica para pacientes ambulatorios a través de la implementación del Hospital de Día	13,504,000.00	**13,504,000.00**
	2	9.Remodelación del Servicio de Emergencia y equipos de crisis móviles	1,050,500.00	**14,554,500.00**
	3	7. Redimensionamiento y rehabilitación de la Red general de Instalaciones Eléctricas del Hospital, incluye tableros	365,000.00	**14,919,500.00**
	4	9. Implementación del Sistema Integrado de Comunicaciones y de la Red Informática del Hospital por cableado estructurado	1,180,000.00	**16,099,500.00**
	5	1. Programa de Mejora en el Acceso y Uso de Psicofármacos esenciales		**16,099,500.00**
	6	3.Fortalecimiento y ampliación de los Servicios especializados para Niños y Adolescentes	2,646,000.00	**18,745,500.00**

Etapa 2

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
2	7	6.Reorganización y Remodelación de las Unidades de Hospitalización de mediana estancia	6,859,000.00	**6,859,000.00**
	8	2. Fortalecimiento y Desarrollo de Programas de Rehabilitación para pac. Hospitalizados y albergados (Terapia Ocupacional, granja, etc.)	2,454,000.00	**9,313,000.00**
	9	1. Nueva organización funcional del Hospital y actualización de instrumentos normativos y operativos para el desarrollo institucional	8,000.00	**9,321,000.00**
	10	8. Redimensionamiento y Rehabilitación del sistema de desagües	376,000.00	**9,697,000.00**
	11	5.Reorganización e implementación de las Unidades de Hospitalización de Agudos (corta estancia)	7,122,270.00	**16,819,270.00**
	12	2. Mejoramiento y Desarrollo de la Imagen Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera	280,000.00	**17,099,270.00**
	13	2.Programa sostenible de capacitación y especialización continua de los Recursos Humanos del Hospital (Capacitación en servicio, Convenios con entidades del extranjero) , de acuerdo a las atribuciones de su Capacidad Resolutiva		**17,099,270.00**
	14	4. Desarrollo de los Servicios de Farmacodependencia (incl. área de desintoxicación)	1,363,150.00	**18,462,420.00**

Etapa 3

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
3	15	8.Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes y Patología Clínica)	10,216,000.00	**10,216,000.00**
	16	4. Organización del sistema de Archivo y reubicación de sus ambientes	455,440.00	**10,671,440.00**
	17	2.Renovación y Reposición de Equipos Biomédicos y de Esterilización	150,000.00	**10,821,440.00**
	18	1.Desarrollo de las acciones para reducir el riesgo de vulnerabilidad estructural, de las edificaciones existentes	1,000,000.00	**11,821,440.00**
	19	1.Implementación de nuevos Recursos Humanos especializados, concordantes con la Capacidad Resolutiva del Hospital	10,000.00	**11,831,440.00**
	20	3. Redimensionamiento del Servicio de Epidemiología	75,000.00	**11,906,440.00**
	21	7.Reorganización y Remodelación de las Unidades de estancia asilar	6,688,400.00	**18,594,840.00**
	22	1.Implementación de equipo informático	290,000.00	**18,884,840.00**
	23	6. Redimensionamiento y Rehabilitación integral del Sistema de Agua (fría y caliente)	1,076,000.00	**19,960,840.00**
	24	1.Mejoramiento con criterio de Bioseguridad del Acopio y disposición final de los Residuos Sólidos	380,785.00	**20,341,625.00**
	25	10. Redimensionamiento de los Almacenes	565,000.00	**20,906,625.00**

Etapa 4

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
4	26	10.Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia	90,000.00	**90,000.00**
	27	5. Desarrollo de la Unidad de costos hospitalarios	30,000.00	**120,000.00**
	28	3.Desarrollo e implementación de las medidas de seguridad para mitigar el comportamiento del usuario y del personal frente a situaciones de evacuación por desastres	30,000.00	**150,000.00**
	29	3.Evaluación de la Tasa de desgaste de los Recursos Humanos y Programa de Prevención frente a condiciones adversas		**150,000.00**
	30	16. Reagrupación de las diferentes dependencias de la función administrativa y de conducción del Hospital	3,500,000.00	**3,650,000.00**
	31	1. Desarrollo del Servicio de Docencia e Investigación	733,500.00	**4,383,500.00**
	32	12. Mejoramiento del Servicio de Mantenimiento y transporte	1,331,000.00	**5,714,500.00**
	33	Mejoramiento del Sistema de Regadío	178,000.00	**5,892,500.00**
	34	19.Mejorar la provisión de Servicios higiénicos públicos	100,000.00	**5,992,500.00**
	35	15. Implementación del Sistema de Video para salas de seguridad	60,000.00	**6,052,500.00**
	36	18. Desarrollo de facilidades de confort para el personal (Comedor, vestuarios, etc.)	436,500.00	**6,489,000.00**
	37	11. Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Lavandería	1,153,000.00	**7,642,000.00**
	38	3.Renovación y Reposición de los Equipos fundamentales de los Servicios de Nutrición y Mantenimiento	145,000.00	**7,787,000.00**
	39	2.Recuperación y puesta en operación de ambientes y otros elementos declarados inhabitables y clausurados	940,000.00	**8,727,000.00**
	40	17. Habilitar una Sala de Usos Múltiples idónea para el Hospital	3,475,000.00	**12,202,000.00**
	41	13. Implementación del Sistema de gas para la operatividad dual de los equipos	375,000.00	**12,577,000.00**
	42	4.Implementación del Sistema de agua contra incendio	240,000.00	**12,817,000.00**

Etapa 4 (continúa)

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
	43	11.Implementación del Servicio de Hospitalización de pacientes Judiciales	2,873,500.00	**15,690,500.00**
	44	2.Estudio de Evaluación Social y Discapacidad de residentes		**15,690,500.00**
	45	2.Desarrollo de acciones y protocolos para eliminar los riesgos de vulnerabilidad no estructural		**15,690,500.00**
	46	3. Proyecto para la Ampliación y Desarrollo de Casas de Medio Camino	200,000.00	**15,890,500.00**
	47	14. Implementación del Sistema de Señalización	50,000.00	**15,940,500.00**
	48	2. Desarrollo de Sistemas de Calidad, Estandarización (GPC, Protocolos, etc.) y Evaluación (Auditoría, Listas Chequeo etc.) y Seguridad Paciente	40,000.00	**15,980,500.00**
	49	4.Renovación y reposición de mobiliario	140,000.00	**16,120,500.00**
	50	1.Control Programa de Control de TBC Drogo resistente y VIH	400,000.00	**16,520,500.00**
	51	12.Reorganización y Remodelación de las Unidades de pacientes geriátricos	1,507,840.00	**18,028,340.00**
	52	13. Reorganización y Remodelación de las Unidades de la UCE	2,729,400.00	**20,757,740.00**

SOSTENIBILIDAD DE LAS PROPUESTAS DEL PLAN MAESTRO

La definición de las características de funcionamiento y del tamaño del establecimiento hospitalario en el horizonte de 15 años previsto en el Plan Maestro de las Inversiones se encuentra sustentada en los siguientes criterios:

- Existencia de una gran demanda por atenciones especializadas en Salud Mental, insatisfecha en calidad y cantidad de parte de la población principalmente no asegurada.

- La capacidad de oferta hospitalaria en Salud Mental instalada en el Hospital, es la única especializada en el área de Influencia, y convenientemente implementada, presenta gran potencialidad

- El Servicio y el establecimiento, presentan menor nivel de riesgo y exposición de la inversión

- Sostenibilidad financiera y operativa de los servicios del Hospital

Este escenario parte del supuesto de diseñar un servicio de elevado nivel de calidad (por encima del nivel actual de los servicios hospitalarios públicos en el área de influencia y en un nivel competitivo con el sector privado) y con un adecuado nivel de precios que asegure la sostenibilidad institucional sin perder el carácter de servicio Público.

Todas estas razones, aseguran la viabilidad de la propuesta y del dimensionamiento previsto para el Horizonte de operatividad preliminar del Hospital.
Cabe anotar dos aspectos adicionales vinculados al financiamiento de la operación y mantenimiento a través de esquemas de seguros (SIS) y a través de la venta de servicios a no asegurados (pobres y no pobres).

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

El horizonte definido para evaluar los resultados de las propuestas del presente Plan Maestro es de 15 años, comprendido entre 2010 y 2025; en consecuencia, la lógica de su implementación debiera concluirse con los Proyectos calificados como prioritarios dentro de los próximos 08 años; y desde luego tener una permanente retroalimentación y revisión de sus planteamientos para que puedan ser enmendados oportunamente.

La contingencia de no disponer de todos los recursos en forma inmediata, obliga a recomendar un primer periodo de inversiones de cuatro años que correspondan a la primera etapa; y tres periodos sucesivos de igual duración, para completar el programa que se propone.

El cronograma le asigna la oportunidad de ejecución de los Proyectos, según la prioridad recibida en este proceso participativo y democrático indicado por la Directiva; sin embargo, el Equipo encargado de su formulación, estimará y recomendará que algunas de las actividades o Proyectos, se adelanten, en consideración a los condicionantes más importantes para el logro y racional implementación de la mayoría de las intervenciones priorizadas.

VI. ANEXOS

CONTENIDO:

6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
6.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS
6.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS
6.4 MATRIZ DE ARTICULACIÓN DE POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
6.5 MATRIZ DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ACCIONES E INDICADORES

6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

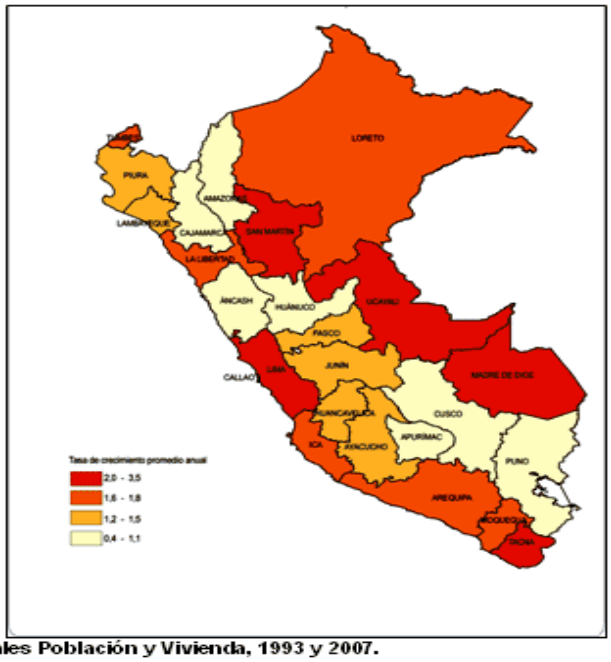
Pirámide poblacional de atención

La transición demográfica en el Perú, se inició con la disminución de mortalidad infantil, la misma que ha tenido un descenso sostenido desde la década del 80, alcanzando al 2010 la cifra de 20.8 muertes por cada mil nacidos vivos.
Posteriormente se dio una reducción en las tasas de natalidad, originándose así un cambio en la población general de las edades de la población, caracterizado por una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años. Esto ha permitido que exista una mayor esperanza de vida al nacer, ***determinando que para el periodo 2005 – 2010, las mujeres peruanas puedan esperar vivir casi 76 años y los hombres 71.***

Crecimiento de la Población
Los Censos de Población y Vivienda en el Perú se registran a partir de la Época Republicana, desde esa fecha hasta la actualidad se han levantado un total de 11 Censos de Población y 6 de Vivienda. En 1940, después de 64 años se realizó el quinto Censo de Población.
En nuestro país, los Censos de 1940 a 1993 fueron Censos de Hecho o De Facto, es decir, se empadronó a la población en el lugar en que se encontraba, independientemente de que éste fuera su lugar de residencia. En el año 2005, por excepción, el Censo fue de Derecho o De Jure, mediante el cual se levantó información teniendo en cuenta la residencia habitual de la población. En el censo de población que se ejecutó en el año 2007, se utilizó la metodología de un Censo de Hecho o de Facto.

PERÚ: TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL, 1993-2007
(Por cada 100 habitantes)

Madre de Dios	3,5
Ucayali	2,2
Callao	2,2
Tacna	2,0
Lima	2,0
San Martín	2,0
Loreto	1,8
Tumbes	1,8
La Libertad	1,7
Ica	1,6
Arequipa	1,6
Moquegua	1,6



Ayacucho	1,5
Pasco	1,5
Lambayeque	1,3
Piura	1,3
Junín	1,2
Huancavelica	1,2
Puno	1,1
Huánuco	1,1
Cusco	0,9
Amazonas	0,8
Áncash	0,8
Cajamarca	0,7
Apurímac	0,4

13

FUENTE: INEI – Censos Nacionales Población y Vivienda, 1993 y 2007.

Población a través de los censos

Los censos de población ejecutados en el país en las últimas décadas, muestran la evolución de la población a partir del año 1940. Según los resultados del XI Censo Nacional de Población, al 21 de octubre del año 2007, la población censada fue de 27 millones 419 mil 294 habitantes y la población total, es decir, la población censada más la omitida, 28 millones 220 mil 764 habitantes.

PERU: POBLACION CENSADA, OMITIDA Y TOTAL, SEGÚN CENSOS REALIZADOS, 1940 - 2007			
Año	Población		
	Censada	Omitida	Total
1940	6,207,967	815,144	7,023,111
1961	9,906,746	513,611	10,420,357
1972	13,538,208	583,356	14,121,564
1981	17,005,210	757,021	17,762,231
1993	22,048,356	591,087	22,639,443
2005 a/	26,152,265	1,066,999	27,219,264
2007	27,419,294 b/	801,470	28,220,764

a/ Censo de Derecho de Jure

b/ No incluye la población del distrito de Carmen Alto, Provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho.

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1940,1961,1972,1981,1993,2005 y 2007

En los últimos 67 años se ha producido un significativo crecimiento poblacional. Es decir, la población censada del país ha crecido 4 veces más que la registrada en 1940, casi el triple (2,7 veces) de la existente en 1961, el doble que la población censada en 1972 y 1,6 veces que la población censada en 1981. En el periodo intercensal 1993 - 2007 (14 años), la población total del país se incrementó en 5 millones 581 mil 321 habitantes, equivalente a 398 mil 666 habitantes por año, es decir, un incremento del 24,7% respecto a la población de 1993, que fue 22 millones 639 mil 443 habitantes.

Crecimiento de la población

El incremento de la población medido por la tasa de crecimiento promedio anual, refiere que la población ha presentado un crecimiento promedio anual para el periodo 1993 – 2007 de 1,6%, lo cual confirma la tendencia decreciente observada en los últimos 46 años.

Entre los censos de 1981 y 1993, el crecimiento poblacional fue de 2,0% por año; este nivel fue mayor en el período íntercensal 1972 – 1981 (2,6% anual).

Distribución de la población

La población censada en la Región de la Costa fue de 14 millones 973 mil 264 habitantes, en la Sierra 8 millones 770 mil 738 habitantes y en la Selva 3 millones 675 mil 292 habitantes. En términos porcentuales, la Costa representa el 54,6%, es decir, es la región que alberga más de la mitad de la población del país.

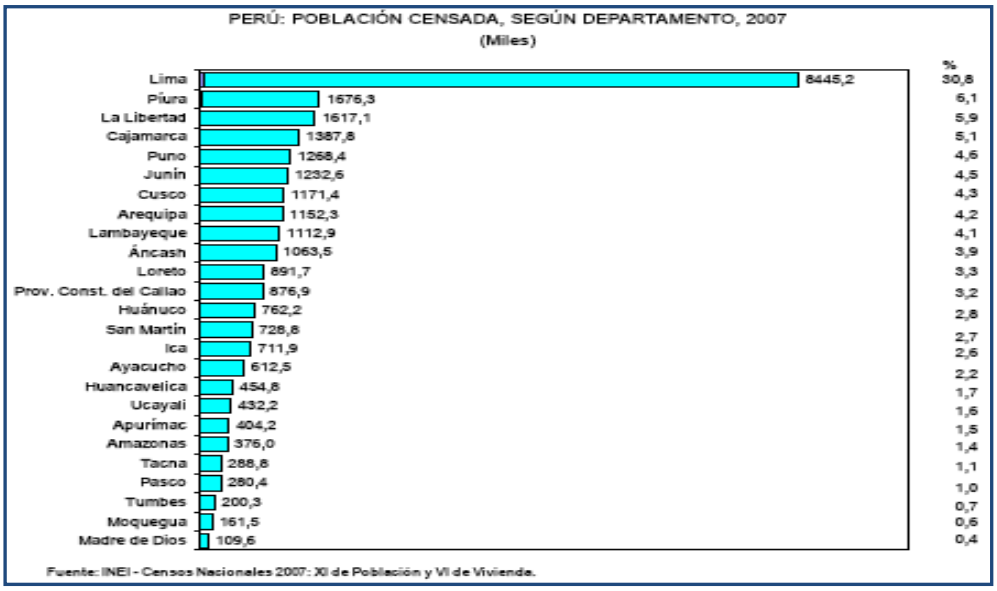
Los últimos resultados comparados con el Censo de 1993, muestran cambios en su distribución, mientras que la población de la Costa y de la Selva ha incrementado su participación relativa en el total de la población, la Sierra ha disminuido.

PERU: EVOLUCION DE LA POBLACIÓN CENSADA POR AÑO CENSAL, SEGUNREGION NATURAL 1940 - 2007						
Región Natural	**1940**	**1961**	**1972**	**1981**	**1993**	**2007**
Total	6,207,967	9,906,746	13,538,208	17,005,210	22,048,356	27,419,294
Costa	1,759,573	3,859,443	6,242,993	8,462,304	11,547,743	14,973,264
Sierra	4,033,952	5,182,093	5,953,293	6,746,623	7,668,359	8,770,738
Selva	414,452	865,210	1,341,922	1,796,283	2,832,254	3,675,292
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1940,1961,1972,1981,1993,2005 y 2007						

Comparando la población de la Costa, según el Censo de 1993, observamos que representó el 52,4% del total nacional, subiendo a 54,6% en el Censo del 2007. Asimismo, la población de la Selva, que en el Censo de 1993 fue el 12,8% del total, subió a 13,4% en el 2007. Contrariamente, la población de la Sierra, que en 1993 significó el 34,8%, disminuyó en el año 2007 a 32,0%.

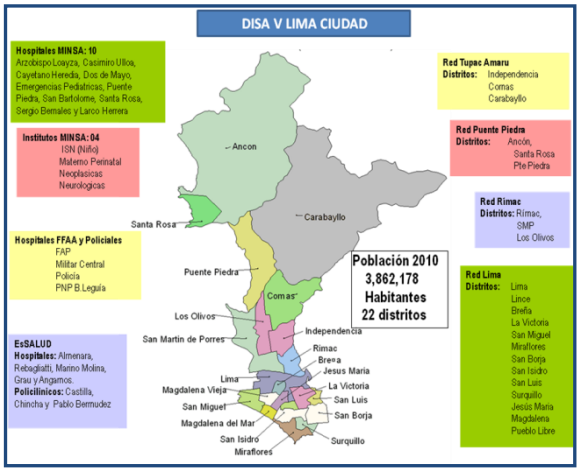
Distribución de la Población por departamento

Según el Censo de Población del año 2007, los cinco departamentos con mayor población censada fueron: Lima 8 millones 445 mil 211 habitantes, que concentra cerca de la tercera parte de la población nacional (30,8%), Piura 1 millón 676 mil 315 habitantes (6,1%), La Libertad 1 millón 617 mil 050 habitantes (5,9%), Cajamarca 1 millón 387 mil 809 habitantes (5,1%) y Puno 1 millón 268 mil 441 habitantes (4,6%), en conjunto concentran más de la mitad de la población nacional (52,5%).En el Censo de 1993, también estos cinco departamentos tuvieron la mayor población censada, manteniéndose esta estructura de los departamentos con mayor población en el año 2007. Contrariamente, los cinco departamentos menos poblados en el año 2007, fueron: Madre de Dios 109 mil 555 habitantes (0,4%), Moquegua 161 mil 533 habitantes (0,6%), Tumbes 200 mil 306 habitantes (0,7%), Pasco 280 mil 449 habitantes (1,0%) y Tacna 288 mil 781 habitantes (1,1%).

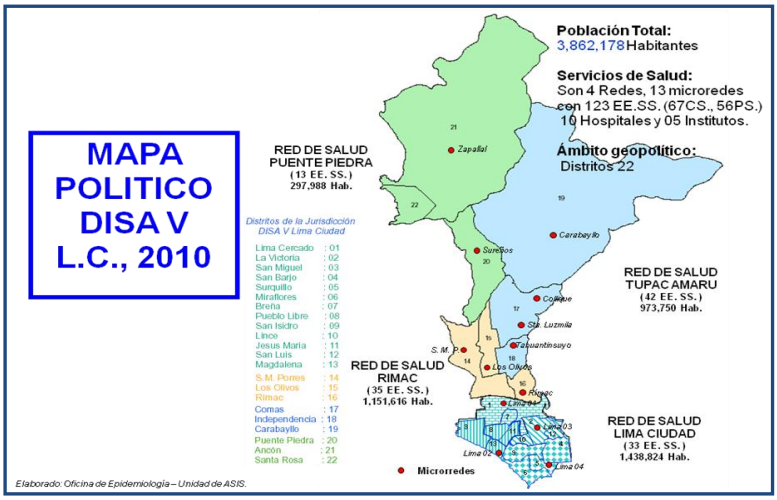


El comportamiento del crecimiento poblacional de estos departamentos es similar al registrado en el año 1993, habiendo variado sólo en el orden de ubicación. Así, Pasco que ocupaba el quinto lugar en 1993, pasó a ocupar el cuarto lugar en el 2007 y Tacna que se encontraba en el cuarto, pasó al quinto lugar. Según el Censo del 2007, dos departamentos de la Selva cambiaron su ubicación en cuanto al volumen de población, respecto al resto de departamentos del país. San Martín que en el Censo de 1993 ocupaba el puesto quince, con una población de 552 mil 387 habitantes, pasó al puesto catorce con una población de 728 mil 808 habitantes, que significa un incremento de 31,9%. Asimismo, el departamento de Ucayali, que ocupaba el puesto veinte, pasó al puesto dieciocho con una población de 432 mil 159 habitantes; es decir, en catorce años se incrementó en 117 mil 349 habitantes, representando un aumento de 37,3%.

A. *Características socio-demográficas de la demanda*



Nuestro hospital está incorporado como uno de los diez hospitales de la Dirección de Salud V Lima Ciudad. La población adscrita es el que está comprendido en los 22 distritos de Lima, cuenta con 3'862,442 habitantes, distribuidos en el mapa político y que se articula en 4 redes de salud y 13 microrredes.



La cobertura de atención para nuestro hospital en los distritos con mayor densidad poblacional son San Martin de Porres, Comas, Los Olivos, Lima, Puente Piedra, Carabayllo, Independencia, La Victoria, Rímac, San Miguel y San Borja.

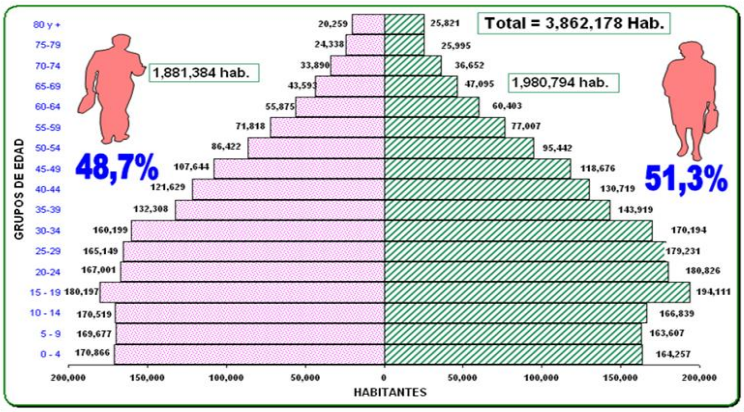
DISA V L.C.: POBLACIÓN ESTIMADA POR CICLO DE VIDA Y DISTRITO DE RESIDENCIA, 2010

DISTRITO	TOTAL	Niños (0 - 9 a)	Adolescente (10 - 19 a)	Adulto (20 - 59 a)	Adulto Mayor (60 a más)	POBLACIÓN FEMENINA	
						10-19	15-49
S. M. DE PORRES	621,520	107,563	114,525	339,258	60,174	57,022	177,732
COMAS	522,235	90,381	96,230	285,063	50,561	47,913	149,340
LOS OLIVOS	341,173	59,045	62,866	186,231	33,031	31,301	97,563
LIMA CERCADO	321,176	55,586	59,182	175,315	31,093	29,467	91,844
PUENTE PIEDRA	250,514	43,355	46,161	136,744	24,254	22,984	71,638
CARABAYLLO	228,835	39,602	42,167	124,912	22,154	20,995	65,438
INDEPENDENCIA	222,680	38,538	41,032	121,551	21,559	20,430	63,678
LA VICTORIA	206,677	35,768	38,083	112,816	20,010	18,962	59,102
RIMAC	188,923	32,695	34,812	103,125	18,291	17,333	54,025
SAN MIGUEL	138,453	23,961	25,512	75,575	13,405	12,702	39,592
SAN BORJA	112,684	19,501	20,764	61,509	10,910	10,338	32,223
SURQUILLO	95,746	16,569	17,642	52,264	9,271	8,784	27,380
MIRAFLORES	91,223	15,787	16,809	49,796	8,831	8,369	26,086
BREÑA	87,840	15,203	16,186	47,946	8,505	8,059	25,119
PUEBLO LIBRE	79,534	13,764	14,655	43,414	7,701	7,297	22,744
JESUS MARIA	70,962	12,281	13,076	38,735	6,870	6,510	20,293
SAN ISIDRO	62,259	10,775	11,472	33,985	6,027	5,712	17,804
LINCE	59,242	10,252	10,917	32,337	5,736	5,435	16,941
SAN LUIS	58,589	10,140	10,796	31,980	5,673	5,375	16,754
MAGDALENA	54,439	9,422	10,031	29,715	5,271	4,995	15,568
ANCON	35,782	6,194	6,594	19,530	3,464	3,283	10,232
SANTA ROSA	11,692	2,025	2,154	6,383	1,130	1,073	3,343
RED LIMA	**1,438,824**	**249,009**	**265,125**	**785,387**	**139,303**	**132,005**	**411,450**
RED TUPAC AMARU	**973,750**	**168,521**	**179,429**	**531,526**	**94,274**	**89,338**	**278,456**
RED RIMAC	**1,151,616**	**199,303**	**212,203**	**628,614**	**111,496**	**105,656**	**329,320**
RED PUENTE PIEDRA	**297,988**	**51,574**	**54,909**	**162,657**	**28,848**	**27,340**	**85,213**
DISA V LC	**3,862,178**	**668,407**	**711,666**	**2,108,184**	**373,921**	**354,339**	**1,104,439**

Fuente: Oficina General de Estadística – MINSA
Elaborado: Oficina de Epidemiología – Unidad de ASIS – DISA V LC

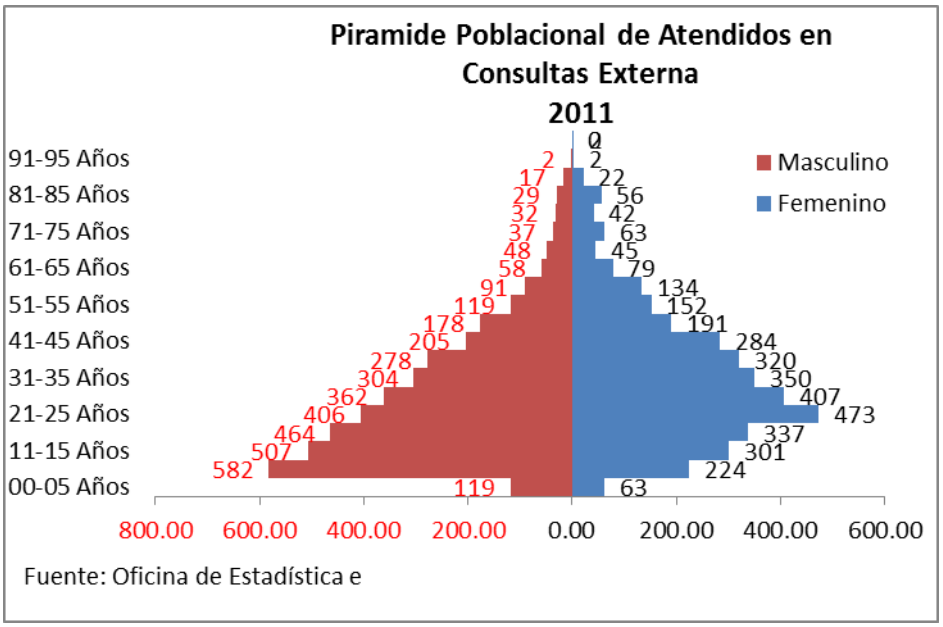
La población según género representa el 48.7% para varones y el 51.3% para mujeres, concentrando la mayor población en el grupo etáreo de 15 a 19 años de edad. Se aprecia también que la base se va acortando en el grupo etáreo de 0 a 4, 5 a 9 y 10 a 14 años en la misma proporción con ligero predominio en mujeres en el grupo etáreo de 10 a 14 años.

DISA V L.C.: PIRAMIDE POBLACIONAL, 2010



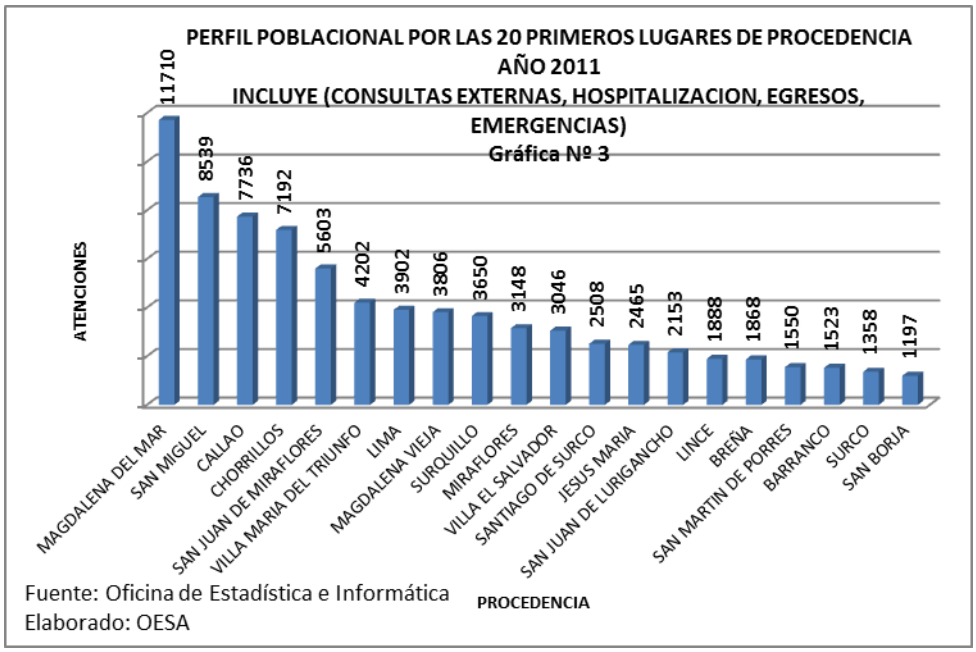
En el año 2010 se aprecia un angostamiento de la base, producto de la disminución de la natalidad, ensanchamiento de los peldaños siguiente, resultado de la disminución de la mortalidad y mayor sobrevida de los niños, así mismo se observa el ensanchamiento del vértice con relación al descenso de la mortalidad general y a un mayor volumen de población adulta joven.

Elaborado: Oficina de Epidemiología – Unidad de ASIS.



La pirámide poblacional de los atendidos según edad en Consulta Externa, durante el año 2011, se encontró una mayor concentración de atendidos en el grupo comprendido de 6 a 10 años en el sexo masculino y de 21-25 años en el sexo femenino.

Perfil de procedencia de la demanda total: Atenciones según lugar de procedencia a nivel local y nacional



Según la procedencia de los pacientes en el hospital, podemos observar que de un total de 79,044 atenciones generales en primer lugar se encuentra el distrito de Magdalena del Mar con 11,710 atenciones que representa el 14.82%; luego el distrito de San Miguel con 8,539 que representa el 10.80%; luego el

Callao con 7,736 que representa el 9.79%; luego Chorrillos con 7,192 que representa el 9.10%. Dentro de los que menos acude al hospital están los distritos de San Martín de Porres, Barranco, Surco y San Borja con un total de 5,628 atenciones que representa el 7.12% de las atenciones en general que se realizan en el hospital. Se observa que el área de influencia del Hospital Víctor Larco Herrera en Lima es Lima Metropolitana, Lima Cercado, Callao, Cono Sur, Cono Este y poca o ninguna influencia en Cono Norte.

RECURSOS MATERIALES, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.

En relación a los equipos, la naturaleza misma de los servicios asistenciales exige una dotación mínima de equipos biomédicos, con eficiencia operativa, actualmente se está levantando las observaciones del CENTRO DE ACOPIO DE RESIDUOS SOLIDOS, anhelo de muchos años de nuestro Hospital.

DISPONIBILIDAD DE CAMAS

El Hospital atiende 5 grupos de pacientes para los cuales cuenta con la siguiente disposición de camas:

- *Pacientes Agudos (Pabellones Nº1 y 20)*
- *Pacientes Farmacodependientes (Pabellón N° 18)*
- *Pacientes crónicos en Rehabilitación (Pabellones Nº 2, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, Casa hogar)*
- *Pacientes de Cuidados Especiales (UCE)*
- *Pacientes de Psiquiatría Forense (INPE)*

DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS AÑO 2011 ***Tabla Nº 15***	
Total de camas presupuestadas	***602***
Nº de camas rotativas (ofertadas)	***228***
Nº de camas cautivas	***374***
Fuente: Oficina de Estadística e Informática ***Elaborado: ESA***	

Del total de camas la distribución se establece según la capacidad para cada uno de los pabellones como se observa en la tabla adjunta:

Distribución de Camas año 2011	
Pacientes de Corta Estancia:	
Pabellón 01 (hombres) :	*60 camas*
Pabellón 20 (mujeres) :	*60 camas*
Pacientes con Adicciones:	
Pabellón 18 (hombres) :	*60 camas*
Emergencia:	
Pacientes hombres :	*12 camas*
Pacientes mujeres :	*12 camas*
Pacientes Judiciales:	
Pabellón INPE :	*12 camas*
Pacientes con intercurrencias no psiquiátricas :	
Pabellón UCE :	*12 camas*
Sub total	***228 camas***
Pacientes de Larga Estancia :	
Pabellón 04 (hombres)	*80 camas*
Pabellón 05 (mujeres)	*56 camas*
Pabellón 08 (retardo mental)	*39 camas*
Pabellón 09 (hombres)	*42 camas*
Pabellones 12 (hombres)	*23 camas*
Pabellón 13 (mujeres)	*31 camas*
Pabellón 02 (psicogeriatría)	*67 camas*
Casa Hogar	*06 camas*
UCE Geriátrico	*30 camas*
Sub total	***374 camas***
Total	***602 camas***
Fuente: Oficina de Estadística e Informática ***Elaborado: OESA***	

Del total de 602 camas funcionales, se han asignado 120 camas para hospitalización de pacientes con patología psiquiátrica; de los cuales 60 camas son asignadas para varones y 60 camas para mujeres, asimismo 60 camas para pacientes varones con problemas de adicciones, 24 camas para atender pacientes con Emergencias Psiquiátricas (12 para hombres y 12 para mujeres), 12 camas para pacientes judiciales, y 12 camas para atender a pacientes hospitalizados que presenten problemas de salud no psiquiátrica y sin complicación; hacen un total de 228 camas. Asimismo de las 374 camas, están asignadas a pacientes con patología psiquiátrica con larga permanencia, de éstos 39 camas para pacientes con retraso mental y 30 camas para pacientes psicogeriátricos, 12 para psiquiatría forense asimismo 06 en Casa hogar (extrainstitucional).

Número de Camas en Hospitales e Institutos especializados en Psiquiatría (2011) Tabla Nº 19	
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA	602
INSTITUTO HONORIO DELGADO NOGUCHI	106
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	164
TOTAL CAMAS	872

Elaborado: OESA

Las Instituciones Especializadas en Psiquiatría Y Salud Mental, que cuenta con mayor número de camas es el (Hospital Víctor Larco Herrera, seguido del Hospital Hermilio Valdizán. Todas totalizan 872 camas.

El Hospital Víctor Larco Herrera cuenta con un área de 211,721.74 metros cuadrados, de los cuales 52,447.52 m2 se encuentra construido. Cuenta con nueve pabellones de hospitalización, tres de los cuales son de material noble de dos pisos y seis son de quincha y adobe de un piso además cuenta con 16 ambientes para el desarrollo de actividades asistenciales y administrativas.
La infraestructura se caracteriza en su mayor parte por ser de un estilo colonial, con techos altos de aproximadamente cinco metros y paredes de 40 cm. de espesor.
El Hospital Víctor Larco Herrera está ubicado en una zona de consolidación urbana tiene la categoría III – 1 Especializado en Psiquiatría. Cuenta con servicios básicos de redes de agua potable y alcantarillado, energía eléctrica y comunicaciones a todo nivel (radio, Internet, telefonía móvil y fija).

Distribución de Atendidos según morbilidad por Departamentos (2007 - 2011)
Departamento de Consulta Externa de Adultos
Tabla Nº 20.1

Diagnósticos	2007	2008	2009	2010	2011	Total general
Total Psiquiatría Adultos	**3582**	**3618**	**3316**	**3530**	**3524**	**17570**
F20 - ESQUIZOFRENIA	749	768	770	718	752	3757
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	596	743	710	663	672	3384
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	575	470	386	487	499	2417
F60 - TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD	299	308	285	305	283	1480
F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	201	197	157	201	186	942
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA	148	143	133	152	131	707
Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE CON PROBLEMAS DE PAREJA	105	95	56	129	124	509
F43 - REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN	106	114	77	107	100	504
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	114	88	91	104	101	498
F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	97	93	93	109	104	496
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	63	62	53	75	69	322
F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	52	87	65	40	45	289
F34 - TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS] PERSISTENTES	66	60	33	55	56	270
F40 - TRASTORNOS FÓBICOS DE ANSIEDAD	64	45	43	48	48	248
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	31	47	39	15	33	165
F00 - DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (G30.-+)	29	27	30	43	34	163
F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	30	26	25	33	30	144
Otros Diagnósticos	257	245	270	246	257	1275

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Disgregado por Departamentos. En el Dpto. de Psiquiatría de Adultos, las tres primeras causas, están en el mismo orden, que el total general (Tabla Nº 20), es decir primero la esquizofrenia, luego trastornos de ansiedad y luego episodio depresivo.

Distribución de Atendidos según morbilidad por Departamentos (2007 - 2011)
Departamento de Consulta Externa de Niños y Adolescentes
Tabla Nº 20.2

Diagnósticos	2007	2008	2009	2010	2011	Total general
Total Psiquiatría Niños y Adolescentes	**2300**	**2155**	**1740**	**1623**	**2029**	**9847**
F90 - TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	273	274	238	345	353	1483
F93 - TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑEZ	282	285	145	187	193	1092
F98 - OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITÚA	232	236	178	149	44	839
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	143	136	118	132	158	687
F80 - TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	182	143	108	81	76	590
F94 - TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑEZ	148	109	104	102	80	543
F91 - TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	132	113	111	52	92	500
F43 - REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN	135	163	68	31	66	463
F81 - TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	120	91	68	74	54	407
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	66	85	81	76	66	374
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	71	42	90	61	105	369
F20 - ESQUIZOFRENIA	64	46	48	43	84	285
F92 - TRASTORNOS MIXTOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES	7	9	22	26	141	205
F84 - TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	28	29	47	38	60	202
F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	31	36	38	33	46	184
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	45	34	29	25	46	179
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA	27	34	29	15	45	150
Otros Diagnósticos	314	290	218	153	320	1295

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

En cuanto al Dpto. de Niños y Adolescentes, el comportamiento es diferente a la de Consulta Externa de Adultos, ya que los trastornos de hiperactividad (F90), ocupan el primer lugar, seguido de trastornos emocionales de comienzo especifico en la niñez (F93).

Distribución de Atendidos según morbilidad por Departamentos (2007 - 2011)
Departamento de Adicciones
Tabla Nº 20.3

Diagnósticos	2007	2008	2009	2010	2011	Total general
Total Adicciones	**382**	**350**	**282**	**531**	**418**	**1963**
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	120	109	100	138	108	575
F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAÍNA	95	103	85	137	97	517
F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDE	46	43	25	55	56	225
F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	62	41	26	35	34	198
F63 - TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DE LOS IMPULSOS	34	26	20	34	31	145
F20 - ESQUIZOFRENIA	5	9	8	19	22	63
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	2	1	3	16	18	40
F60 - TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD	3	4	7	11	11	36
F16 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALUCINÓGENO				27	2	29
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	2	1		9	4	16
F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	1	2	2	5	4	14
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	2	3	1	5	3	14
F13 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES		2		7	4	13
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA	3			2	3	8
F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR		3		3	2	8
F18 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES	1	1	2	2		6
F70 - RETRASO MENTAL LEVE		1		4	1	6
Otros Diagnósticos	6	1	3	22	18	50

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

En cuanto al Dpto. de Adicciones, los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol, ocupan el primer lugar, seguido muy de cerca al uso de cocaína.

Distribución de Atendidos según morbilidad por Departamentos (2007 - 2011) Consolidado de los tres Departamentos: Consulta Externa de Adultos, Niños - Adolescentes y Adicciones Tabla Nº 20.4						
Diagnósticos	2007	2008	2009	2010	2011	Total general
Total todos los Departamentos	**6264**	**6123**	**5338**	**5684**	**5971**	**29380**
F20 - ESQUIZOFRENIA	818	823	826	780	858	4105
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	669	786	803	740	795	3793
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	720	609	505	624	660	3118
F60 - TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD	310	320	296	321	346	1593
F90 - TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	274	275	238	353	355	1495
F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	252	237	192	209	203	1093
F93 - TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑEZ	282	285	145	187	193	1092
F43 - REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN	241	277	145	138	167	968
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA	178	177	162	169	179	865
F98 - OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUAL	233	237	178	151	45	844
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	155	157	140	163	143	758
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	129	148	134	155	136	702
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	161	123	120	138	151	693
F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAÍNA	121	139	105	152	116	633
Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE CON PROBLEMAS DE PAREJA	125	121	76	133	144	599
F80 - TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	182	143	108	82	76	591
F94 - TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑEZ	148	110	104	104	80	546
Otros Diagnósticos	1266	1156	1061	1085	1324	5892

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Distribución de Atenciones según morbilidad, en el Departamento de Emergencia (2007 - 2011) Tabla Nº 26.1						
Diagnósticos	2007	2008	2009	2010	2011	Total general
F20 -ESQUIZOFRENIA	876	1042	883	771	761	4333
F32 -EPISODIO DEPRESIVO	261	356	392	135	160	1304
F60 -TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD	164	297	236	242	241	1180
F31 -TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	94	148	143	139	122	646
F06 -OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN Y DISFUNCIÓN CEREBRAL, Y A	80	120	93	68	101	462
F41 -OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	83	106	88	58	117	452
F23 -TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	88	94	102	46	45	375
F19 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MÚLTIPLES D	35	52	63	62	63	275
F70 -RETRASO MENTAL LEVE	41	32	75	55	44	247
F10 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	47	75	39	33	31	225
F42 -TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	36	62	33	25	55	211
F25 -TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	14	52	56	33	29	184
F33 -TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	14	25	24	50	70	183
Z91 -HISTORIA PERSONAL DE FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	97	29	26	1		153
F14 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAÍNA	39	44	31	14	14	142
F43 -REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN	32	35	19	10	28	124
F71 -RETRASO MENTAL MODERADO	6	24	19	21	28	98
Otros Diagnósticos	164	136	177	73	117	667
Total Servicio de Emergencias	2171	2729	2499	1836	2026	11261

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

En cuanto a la distribución de atenciones, según morbilidad en el Dpto. de Emergencia, comparativamente, por quinquenios, desde el 2007 al 2011, el orden de nosologías, con mayor densidad, es igual a la tabla anterior (Tabla Nº 20), es decir, en primer lugar sigue estando la esquizofrenia (F20), seguido de episodio depresivo (F32) y luego trastornos específicos de la personalidad (F60).

Departamento de Hospitalización Distribución de Ingresos, según morbilidad (2007 - 2011) Tabla Nº 30.1						
Diagnósticos	2007	2008	2009	2010	2011	Total general
F20 - ESQUIZOFRENIA	484	503	408	411	399	2205
F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	56	58	42	83	81	320
F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	35	38	52	49	38	212
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	38	33	35	45	37	188
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	32	19	18	15	10	94
F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	21	9	15	30	16	91
F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	11	15	8	23	11	68
F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	6	6	8	16	10	46
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	9	5	8	8	10	40
F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	11	8	10	3	7	39
F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	5	4	8	7	8	32
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	6	8	6	8	3	31
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	2	5	3	4	1	15
F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE		5	1	3	3	12
F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	2	4	2	2	1	11
F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	1	3	1	2	2	9
F30 - EPISODIO MANIACO	1	1	1	1		4
Otros Diagnósticos	12	15	22	23	23	95
Totales	732	739	648	733	660	3512

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

En cuanto a la distribución de ingresos a Hospitalización por quinquenios (2007-11), se presentó en el mismo orden, que el cuadro anterior. Es decir, primero, esquizofrenia (F20), seguido de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína (F14) y luego Trastorno afectivo bipolar (F31), respectivamente.

En las Atenciones en consulta externa por Violencia Familiar en el año 2011 adultos, podemos observar que de un total 149 atenciones, 124 (83.22%) son nuevos, 24 (16.10%) son reingresos y sólo 01 (0.671%) es continuador. Podemos inferir que la población adulta que acude a recibir una atención por violencia familiar viene sólo una vez a consulta, ya que del total de nuevos y reingresos sólo un paciente acude por segunda vez a consulta.
En las Atenciones en consulta externa por Violencia Familiar en el año 2011 niños y adolescentes, podemos observar que de un total 118 atenciones, 49(41.52%) son nuevos, 05 (4.23%) son reingresos y 64 (54.23%) son continuadores. Podemos deducir que de la población de niños y adolescentes que acuden a consulta por violencia familiar recibe en promedio, 02 atenciones por paciente.

VIOLENCIA FAMILIAR
Cuadro de distribución de Violencia Familiar por Tipo de Admisión, en Adultos y Niños 2011
Tabla Nº 40

Departamentos	Continuadores	Nuevos	Reingresos	Total general
Psiquiatría Adultos	**116**	**124**	**24**	**264**
T74 - SINDROMES DEL MALTRATO	1	4		5
Z60 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL		2		2
Z61 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA NIÑEZ	1	2	1	4
Z62 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA DEL NIÑO	3	3	1	7
Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE	111	113	21	245
Z64 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON CIERTAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES			1	1
Psiquiatría Niños	**64**	**49**	**5**	**118**
T74 - SINDROMES DEL MALTRATO	37	24	2	63
Z60 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	1	1		2
Z61 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA NIÑEZ	2	2		4
Z62 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA DEL NIÑO	11	13	2	26
Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE	13	9	1	23
Total general	**180**	**173**	**29**	**382**

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

DETERMINACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y TERRITORIOS VULNERABLES PRIORIZADOS

JERARQUÍA DE PROBLEMAS DE SALUD Y DISTRITOS VULNERABLES

Por ser el Hospital Víctor Larco Herrera un hospital Especializado, vamos a revisar solo el estado de Salud Mental, que es la especialidad que nos involucra.

En la siguiente matriz, se han organizado los problemas de salud y los distritos vulnerables que se identificaron en los capítulos anteriores, de acuerdo a los atributos de:

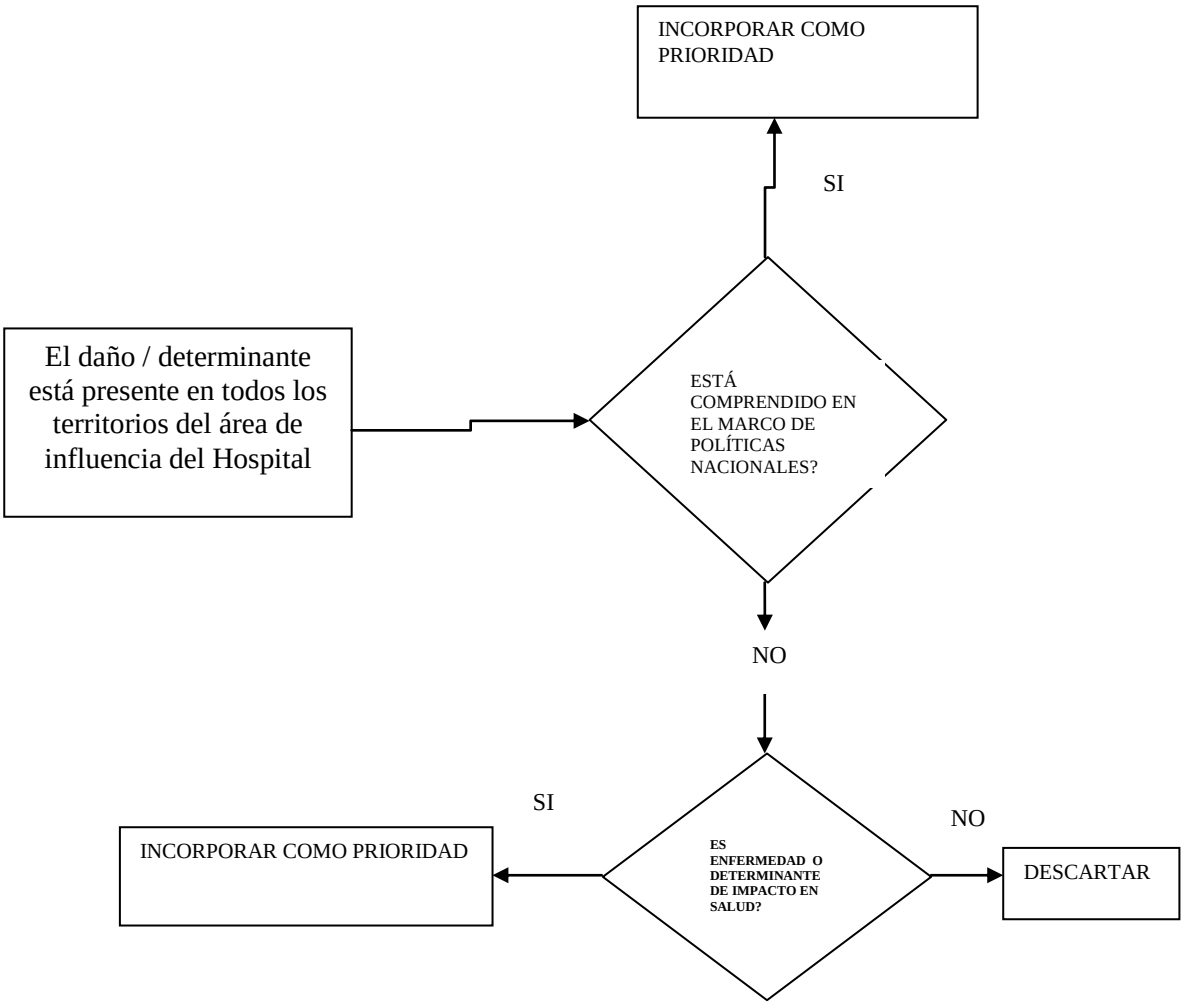
- Distritos de influencia identificados en el nivel más alto de Vulnerabilidad en Salud Mental.
- Problemas en Salud Mental de importancia sanitaria específicos que se concentran en los distritos vulnerables.
- Problemas o determinantes en Salud Mental, que afectan en una proporción importante a todos los distritos de influencia del hospital.

MATRIZ DE ORGANIZACIÓN DE PROBLEMAS PARA PRIORIZACIÓN

En el tercer atributo de análisis (3), referente a la transversalidad sanitaria regional, orientada a la identificación de daños que se propagan en una parte importante de los territorios de la región; no todos los daños identificados en este primer momento van a ingresar al proceso de priorización. Para identificar los daños de gran extensión que ingresan en esta etapa de análisis utilizamos el siguiente algoritmo de decisión:

ATRIBUTOS	DAÑOS O DETERMINANTES
1. Territorios identificados en el más alto nivel de vulnerabilidad	Magdalena del Mar, San Miguel, Callao, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Lima Cercado, Pueblo Libre, Miraflores, Villa El Salvador
2. Problemas en Salud Mental de importancia sanitaria específicos que se concentran en los distritos vulnerables (Según análisis de resultados Sanitarios)	Trastornos de ansiedad, síndrome depresivo, Esquizofrenia, Trastornos paranoides de la personalidad, trastornos hiperquinéticos, trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas, violencia familiar, trastornos bipolares
3. Problemas o determinantes en Salud Mental, que afectan en una proporción importante a todos los distritos de influencia del hospital	Cobertura de afiliación del SIS, tasas altas de morbilidad de salud mental, prevalencia de depresión de 18.2% a nivel de Lima Metropolitana, Probabilidad de sufrir alguna vez de problemas de salud mental del 37%, altas pérdidas de años de vida sana.

RUTA PARA DAÑOS O DETERMINANTES PRESENTES EN TODAS LAS AREAS DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA



Del conjunto de daños que afectan extensivamente a la región, se utiliza el criterio de incorporación: Si son daños comprendidos en el marco de políticas nacionales o si son enfermedades de impacto potencial en el área de influencia del hospital.

MARCO DE POLÍTICAS NACIONALES

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

•Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
•Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
•Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
•Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.
- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.
•Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
•Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves
•Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
•Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.
-En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.

Tabla Nº 43.1

ACUERDO NACIONAL

Las políticas están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos:
- Democracia y Estado de Derecho
- Equidad y Justicia Social
- Competitividad del País
- Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

Décimo Tercera Política de Estado
Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social
Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Tabla Nº 43.2

ACUERDO NACIONAL

Políticas de Estado
Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes;

Tabla Nº 43.3

ACUERDO NACIONAL

Políticas de Estado

(h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social.

Tabla Nº 43.4

ACUERDO NACIONAL

Vigésimo Cuarta Política de Estado
Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente
Nos comprometemos a construir y mantener un Estado eficiente, eficaz, moderno y transparente al servicio de las personas y de sus derechos, y que promueva el desarrollo y buen funcionamiento del mercado y de los servicios públicos. Nos comprometemos también a que el Estado atienda las demandas de la población y asegure su participación en la gestión de políticas públicas y sociales, así como en la regulación de los servicios públicos en los tres niveles de gobierno. Garantizaremos una adecuada representación y defensa de los usuarios de estos servicios, la protección a los consumidores y la autonomía de los organismos reguladores. Con este objetivo el Estado: (a) incrementará la cobertura, calidad y celeridad de la atención de trámites así como de la provisión y prestación de los servicios públicos, para lo que establecerá y evaluará periódicamente los estándares básicos de los servicios que el Estado garantiza a la población; (b) establecerá en la administración pública mecanismos de mejora continua en la asignación, ejecución, calidad y control del gasto fiscal; (c) dará acceso a la información sobre planes, programas, proyectos, presupuestos, operaciones financieras, adquisiciones y gastos públicos proyectados o ejecutados en cada región, departamento, provincia, distrito o instancia de gobierno; (d) pondrá en uso instrumentos de fiscalización ciudadana que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas en todas las instancias de gobierno; …"

Tabla Nº 44

EL PLAN BICENTENARIO

El Perú hacia el 2021 considera seis objetivos estratégicos nacionales:
1. Un Estado basado en la plena vigencia de los derechos fundamentales y el respeto a la dignidad de las personas.
2. Una economía competitiva basada en la generación masiva de empleos con alta productividad.
3. Una economía que ofrezca igualdad de oportunidades y acceso irrestricto a los servicios.
4. Un crecimiento económico basado en el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales.
5. Desarrollo de una infraestructura adecuada y distribuida adecuadamente entre las regiones.
6. Lograr desde el Estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país.
- Que provea servicios de educación y de salud de calidad.

Tabla Nº 45

PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020

3.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 2007 – 2020
1. **Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.**
2. **Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.**
3. **Aseguramiento Universal.**
4. **Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local**
5. **Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.**
6. **Desarrollo de los Recursos Humanos**
7. **Medicamentos de calidad para todos/as.**
8. **Financiamiento en función de resultados.**
9. **Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud.**
10. **Participación Ciudadana en Salud.**
11. **Mejora de los otros determinantes de la Salud**

Tabla Nº 46

LINEAMIENTOS DE POLÍTICAS DE SALUD AL 2016 - MINSA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

1. **Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.**
2. **Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.**
3. **Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.**
4. **Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.**
5. **Reducir y mitigar los daños o lesiones ocasionadas por factores externos.**
6. **Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los servicios de salud.**

Tabla Nº 47

LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL

1. **GESTIÓN Y RECTORÍA EN SALUD MENTAL.**
2. **INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD.**
3. **PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EFECTIVOS Y EFICIENTES.**
4. **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, DESARROLLO HUMANO Y EJERCICIO DE CIUDADANÍA.**
5. **CONCERTACIÓN MULTISECTORIAL DE LA SALUD MENTAL.**
6. **CREACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL.**
7. **DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.**
8. **PLANIFICACIÓN, MONITOREO, EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE ACCIONES EN SALUD MENTAL.**
9. **PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD MENTAL.**

Problemas de Salud Identificados con la Matriz AVPP-REM

Los problemas de salud identificados con la matriz – REM son aquellos que producen mayor morbilidad y estos daños son los siguientes:

A. Trastornos de ansiedad
B. Síndrome depresivo
C. Esquizofrenia
D. Trastornos paranoides de la personalidad
E. Trastornos de hiperactividad
F. Trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas
G. Violencia familiar
H. Trastornos bipolares

Listado Final de las Prioridades Sanitarias

Con la participación de los responsables, Oficina de Planeamiento Estratégico, equipo de la Oficina de Epidemiología del Hospital Víctor Larco Herrera; se identificaron los problemas de salud priorizados, teniendo en cuenta los daños comprendidos en los Objetivos del Desarrollo del Milenio y se usó los criterios de importancia sanitaria, factibilidad de intervenciones (posibilidad de éxito), impacto en las áreas de influencia de la intervención (beneficio en grupos o territorios vulnerables).

PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS

N°	PROBLEMAS DE SALUD	TOTAL DE CASOS (atenciones)
1	Alta prevalencia de trastornos de ansiedad (F41)	4,369
2	Alta prevalencia de síndromes depresivos (F32)	5,515
3	Persistencia de prevalencia de esquizofrenia (F20)	16,876
4	Alta incidencia de trastornos paranoides de la personalidad (F60)	2,773
5	Alta incidencia de trastornos hiperactividad (F90)	1,495
6	Persistencia de trastornos mentales del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-F19)	2,033
7	Prevalencia de Trastornos afectivos bipolares (F31)	646
8	Persistencia de Violencia Familiar y hacia la mujer (F74 – Síndrome del Maltrato)	202

DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y TERRITORIOS VULNERABLES PRIORIZADOS

Con la participación de los responsables de las estrategias sanitarias, Oficina de Planeamiento Estratégico, equipo de la Oficina de Epidemiología del Hospital Víctor Larco Herrera; se identificaron los territorios vulnerables en el siguiente orden de prioridad:

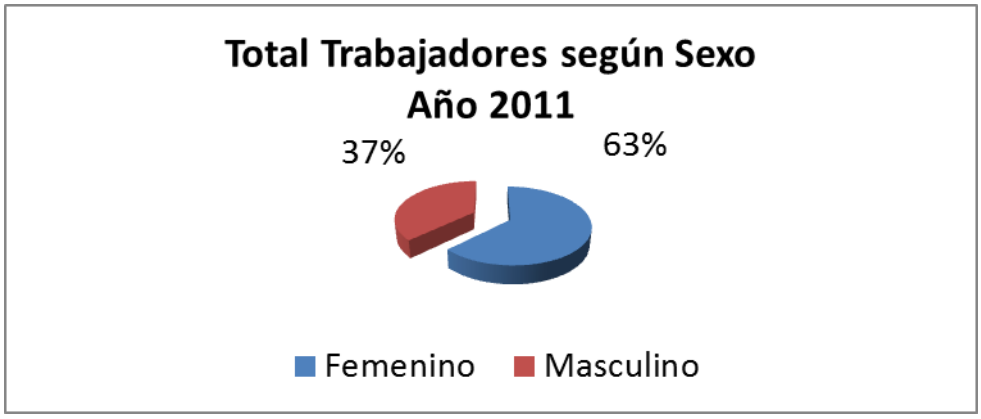
TABLA N° 49
DISTRITOS VULNERABLES PRIORIZADOS

MATRIZ PRIORIZADA ORDENADA		
N°	**DISTRITOS VULNERABLES PRIORIZADOS**	**NIVEL DE VULNERABILIDAD**
1	Villa El Salvador	**0.68**
2	San Juan de Miraflores	**0.67**
3	Villa María del Triunfo	**0.67**
4	Callao	**0.57**
5	Chorrillos	**0.56**
6	Lima Cercado	**0.55**
7	Magdalena del Mar	**0.50**
8	Pueblo Libre (Magdalena Vieja)	**0.45**
9	Miraflores	**0.43**
10	San Miguel	**0.42**

Análisis de Recursos Humanos

RESUMEN PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO A PLAZO FIJO PERIODO 2011	
RESUMEN GENERAL	
BLOQUEADAS POR DESIGNACION	13
SUSPENDIDA	1
VACANTES	23
DESIGNACIONES	14
DESTACADOS DEL HOSPITAL	19
MEDICOS	46
MEDICOS CONTRATADOS	3
ENFERMERAS	98
PSICOLOGOS	28
ASISTENTE SOCIAL	26
CIRUJANO DENTISTA	3
QUIMICO FARMACEUTICO	3
NUTRICIONISTA	3
TECNOLOGO MEDICO	9
SERVIDORES PROFESIONALES	38
TECNICOS	368
AUXILIARES	118
TOTAL GENERAL	**813**

La constitución del personal del Hospital Víctor Larco Herrera, es su mayoría son técnicos, seguido del personal administrativo (auxiliares), enfermeras y médicos.



De la conformación del recurso humano el 63% del personal son de género femenino y un 37% son de género masculino.

PERSONAL POR LA MODALIDAD DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS (CAS)

RESUMEN DE PERSONAL CAS año 2011	
RESUMEN GENERAL	
TOTAL PROFESIONALES	**34**
PROF. ADMINISTRATIVOS	10
PROF. ASISTENCIALES	0
OTROS PROF. DE LA SALUD	1
PROF. SALUD MEDICO	23
TECNICOS	**77**
TEC. ADMINISTRATIVOS	35
TEC. ASISTENCIALES	42
AUXILIARES	**52**
AUX. ADMINISTRATIVOS	2
AUX. ASISTENCIALES	50
TOTAL PEA CONTRATADOS	**163**

Del total del personal contratado bajo la modalidad del contrato CAS, en su mayoría son profesionales técnicos y auxiliares siendo la de mayor relevancia el personal asistencial.

TOTAL DE TRABAJADORES (CAS) SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO AÑO 2011	
> 1 AÑO	15
1 A 5 AÑOS	67
6 A 15 AÑOS	80
16 A 30 AÑOS	1
31 A 40	0
MAS DE 40 AÑOS	0
TOTAL	**163**

En su mayoría el personal bajo la modalidad de contrato CAS, tienen un tiempo de permanencia entre 6 a 15 años seguido entre 1 a 5 años.

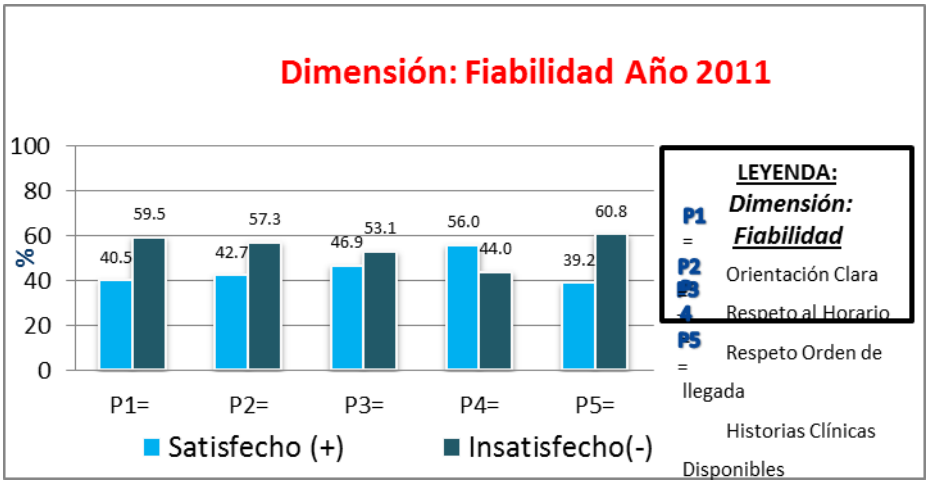
De la constitución del personal CAS en su mayoría son profesionales de sexo masculino

RESULTADOS Y ANALISIS DE APLICACIÓN ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO AÑO 2011

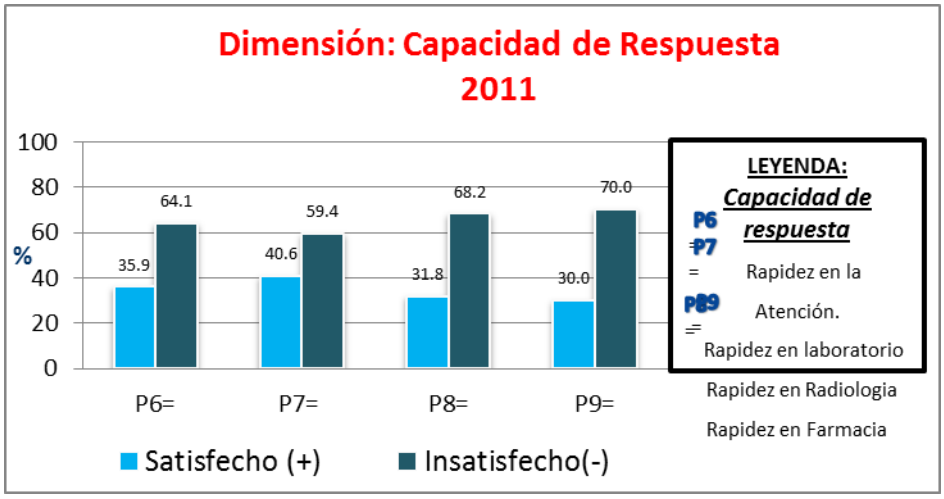
RESULTADOS Y ANALISIS DE APLICACIÓN ENCUESTA SERVQUAL 2011

De un total de 309 usuarios encuestados, el mayor porcentaje de la condición del encuestado es **acompañante(60%),** el mayor porcentaje de entrevistados por **Genero** es de Sexo **Femenino(69%),** El mayor porcentaje de Nivel educativo es **Secundaria(43%), el mayor porcentaje de encuestados no tiene ningún tipo de seguro (76%) y el porcentaje mayor de encuestados es paciente Continuador (98%).**

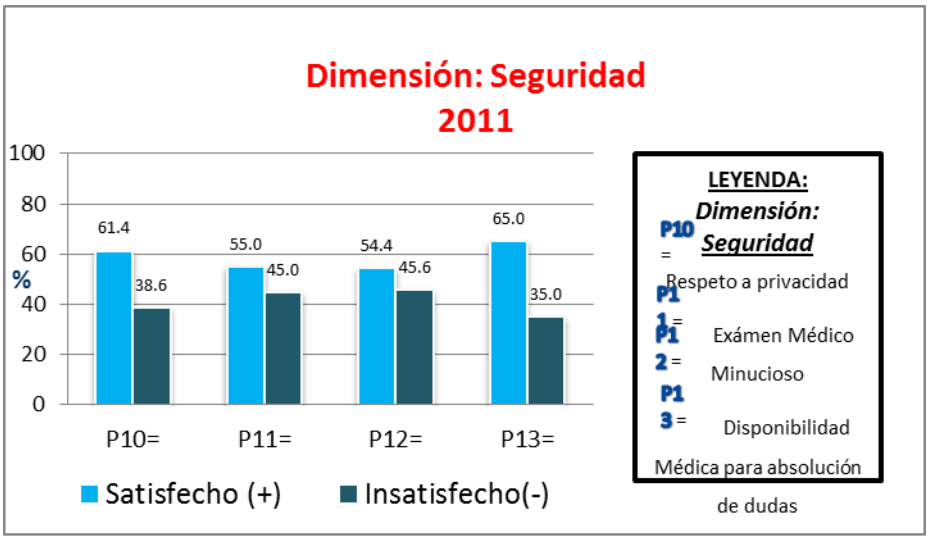
NIVELES DE SATISFACCIÓN POR DIMENSIONES



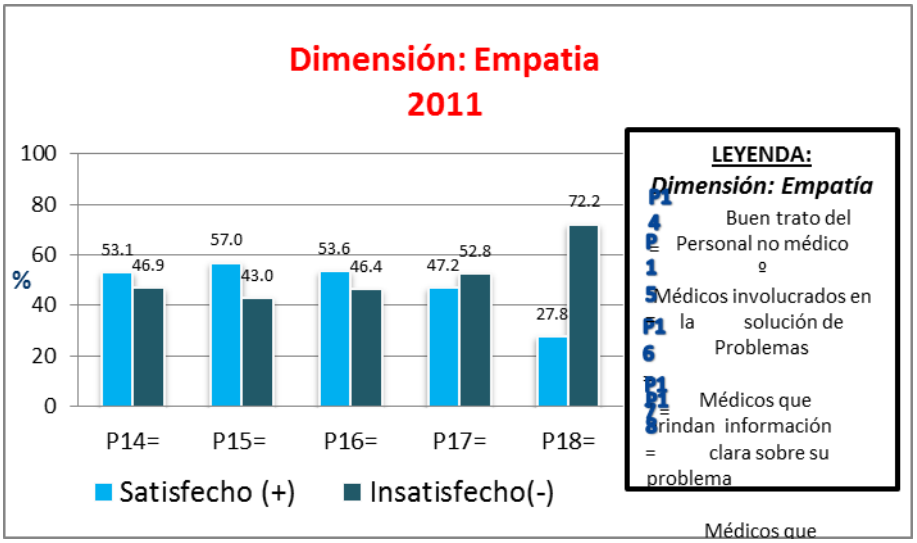
Como respecto a la dimensión fiabilidad el personal tiene una percepción de insatisfacción, siendo las categorías más relevantes la accesibilidad, orientación clara y el respecto a los horarios.



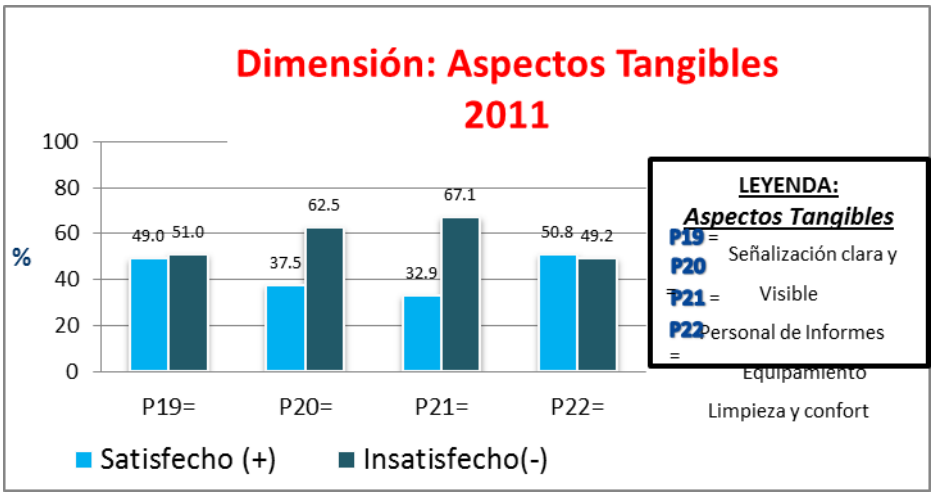
Con lo referente a la capacidad de respuesta, el 70% de los casos está insatisfecho con la rapidez de las atenciones en el servicio de farmacia, seguido de la respuesta en el servicio de radiología y la rapidez en las atenciones.



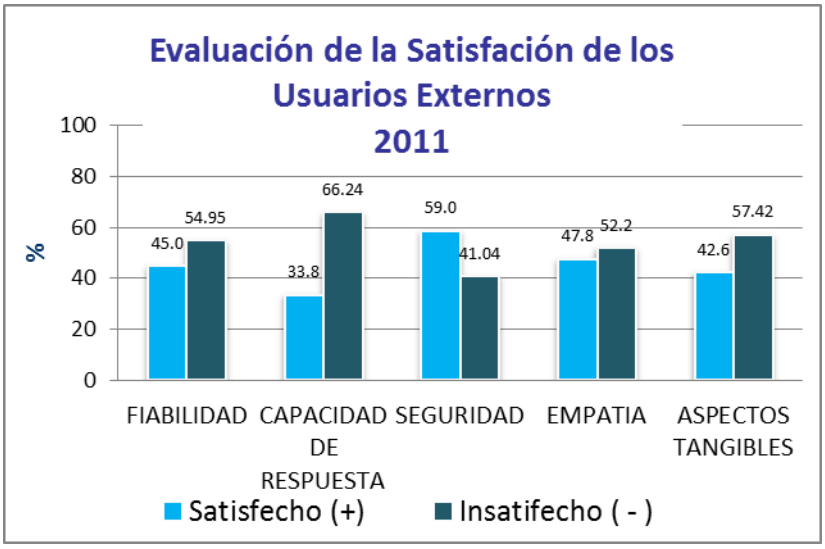
En cuanto a la percepción de la seguridad, en su mayoría de los entrevistados manifiestas estar satisfecho, siendo las características más relevantes la confianza hacia el cuerpo médico, seguido por la búsqueda de la privacidad y los exámenes médicos minuciosos.



Con lo referente a la empatía en su mayoría de los entrevistados tiene una percepción de satisfacción, siendo lo más relevante los médicos involucrados a solucionar los problemas, seguido de los médicos que brindan información clara sobre la solución de problemas y un nivel de insatisfacción con lo que respecta a la explicación de procedimientos y análisis.



En referencias a la precepción de los entrevistados sobre los aspectos tangibles, tienen una percepción de insatisfacción, siendo los más relevantes más influyentes el equipamiento, personal de informes.



En relación al nivel de satisfacción de los usuarios externos se tiene un nivel de calificación en procesó, siendo la dimensión capacidad de respuesta la que mayor nivel de insatisfacción produjo seguido de los aspectos tangibles, con el mismo nivel de calificación y la dimensión que con mayor calificativo de satisfacción fue la dimensión de seguridad seguido de la empatía y fiabilidad.

CATEGORIZACION DEL HOSPITAL

Categoría hospitalaria, nivel de complejidad y Acreditación.

Nivel de complejidad.

El Hospital Víctor Larco Herrera es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, quien en mérito al Informe N° 01-2006-COM.TEC-DISA VLC de fecha 05 de mayo del 2006 del Comité Técnico de Categorización de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, aprueba otorgar la categoría de III-1 del tercer nivel de atención al establecimiento de salud denominado por su especialización en Atención de Psiquiatría Hospital Víctor Larco Herrera, siendo ratificado lo propuesto por la RD Nº 0406/2006-DG-DESP-DISA V LC de fecha 08 de mayo 2006;y en la que se resuelve además que nuestra institución desarrolle los Programas de Atención Integral de Salud por etapas de vida, familia, comunidad y medio ambiente; y cumpla con los procesos de referencia y contrarreferencia según categoría aprobada; asimismo la resolución que otorga esta categoría queda sin efecto si no se produce modificación en los criterios evaluados ben las unidades productoras; este documento fue firmado por su Directora General Dra. María Teresa Perales Díaz; y visado por las diferentes Direcciones ejecutivas.

FIGURA N° 01
DIAGRAMA DEL PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO Y TARIFARIO

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO ASIGNADO.-

PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO DE ENERO A DICIEMBRE 2011 (En Nuevos Soles)

EJECUCION DE GASTOS DEL MES DE ENERO A DICIEMBRE 2011
(EN NUEVOS SOLES)

SECTOR : 11 SALUD
PLIEGO : 011 SECTOR SALUD
UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA (000148)
FUENTE DE FINANCIAMIENTO : RECURSOS ORDINARIOS

CATEGORÍA DE GASTO/ GRUPO GENÉRICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCIÓN TOTAL	SALDO	% EJECUCIÓN
GASTO CORRIENTE	**39,426,547**	**39,064,127**	**362,420**	**99.08**
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	25,227,652	25,227,561	91	100.00
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	4,441,235	4,422,884	18,351	99.59
2.3 Bienes y Servicios	8,925,992	8,582,686	343,306	96.15
2.5 Otros Gastos	831,668	830,996	672	99.92
GASTO DE CAPITAL	**2,804,200**	**958,209**	**1,845,991**	**34.17**
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	2,804,200	958,209	1,845,991	34.17
TOTAL:	**42,230,747**	**40,022,336**	**2,208,411**	**94.77**

Fuente: SIAF-MPP

EJECUCION DE GASTOS DEL MES DE ENERO A DICIEMBRE 2011
(EN NUEVOS SOLES)

SECTOR : 11 SALUD
PLIEGO : 011 SECTOR SALUD
UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA (00148)
FUENTE DE FINANCIAMIENTO : RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS

CATEGORÍA DE GASTO/ GRUPO GENÉRICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCIÓN TOTAL	SALDO	% EJECUCIÓN
GASTO CORRIENTE	**5,296,603**	**2,485,217**	**2,811,386**	**46.92**
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	753,360	583,220	170,140	77.42
2.3 Bienes y Servicios	4,422,526	1,783,333	2,639,193	40.32
2.5 Otros Gastos	120,717	118,664	2,053	98.30
GASTO DE CAPITAL	**630,000**	**264,326**	**365,674**	**41.96**
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	630,000	**264,326**	365,674	41.96
TOTAL:	**5,926,603**	**2,749,543**	**3,177,060**	**46.39**

Fuente: SIAF-MPP

EJECUCIÓN DE GASTOS DEL MES DE ENERO A DICIEMBRE 2011
(EN NUEVOS SOLES)
SECTOR : 11 SALUD
PLIEGO : 011 SECTOR SALUD
UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA (000148)
FUENTE DE FINANCIAMIENTO ACUMULADO POR FUENTE

CATEGORÍA DE GASTO/ GRUPO GENÉRICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCIÓN TOTAL	SALDO	% EJECUCIÓN
RECURSOS ORDINARIOS	**42,230,747**	**40,022,336**	**2,208,411**	**94.77**
GASTO CORRIENTE	**39,426,547**	**39,064,127**	**362,420**	**99.08**
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	25,227,652	25,227,561	91	100.00
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	4,441,235	4,422,884	18,351	99.59
2.3 Bienes y Servicios	8,925,992	8,582,686	343,306	96.15
2.5 Otros Gastos	831,668	830,996	672	99.92
GASTO DE CAPITAL	**2,804,200**	**958,209**	**1,845,991**	**34.17**
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	2,804,200	958,209	1,845,991	34.17
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	**5,926,603**	**2,749,543**	**3,177,060**	**46.39**
GASTO CORRIENTE	**5,296,603**	**2,485,217**	**2,811,386**	**46.92**
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	753,360	583,220	170,140	77.42
2.3 Bienes y Servicios	4,422,526	1,783,333	2,639,193	40.32
2.5 Otros Gastos	120,717	118,664	2,053	98.30
GASTO DE CAPITAL	**630,000**	**264,326**	**365,674**	**41.96**
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	630,000	264,326	365,674	41.96
TOTAL:	**48,157,350**	**42,771,879**	**5,385,471**	**88.82**

Fuente: SIAF-MPP

EJECUCION DE GASTOS DEL MES DE ENERO A DICIEMBRE 2011 (EN NUEVOS SOLES)

SECTOR : 11 SALUD
PLIEGO : 011 SECTOR SALUD
UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA (000148)
FUENTE DE FINANCIAMIENTO : A TODA FUENTE

CATEGORÍA DE GASTO/ GRUPO GENÉRICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCIÓN TOTAL	SALDO	% EJECUCIÓN
GASTO CORRIENTE	**44,723,150**	**41,549,344**	**3,173,806**	**92.90**
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	25,981,012	25,810,781	170,231	99.34
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	4,441,235	4,422,884	18,351	99.59
2.3 Bienes y Servicios	13,348,518	10,366,019	2,982,499	77.66
2.5 Otros Gastos	952,385	949,661	2,724	99.71
GASTO DE CAPITAL	**3,434,200**	**1,222,535**	2,211,665	35.60
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	3,434,200	1,222,535	2,211,665	35.60
TOTAL:	**48,157,350**	**42,771,879**	**5,385,471**	**88.82**

Fuente: SIAF-MPP

PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO AÑOS 2007-2011(En Nuevos Soles)

PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN AÑOS 2007-2011 - POR FUENTE

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Año	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
RECURSOS ORDINARIOS						
2007	34,454,843	34,261,254	33,945,082	33,918,277	33,915,102	99.0
2008	36,478,813	36,699,913	34,636,737	34,570,258	34,560,684	94.2
2009	36,947,708	35,466,073	35,310,342	35,251,923	35,251,492	99.4
2010	34,038,916	33,976,067	33,794,466	33,781,216	33,776,297	99.4
2011	37,230,176	42,230,747	40,011,878	40,011,878	38,789,820	94.7
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS						
2007	2,901,400	6,072,643	3,249,163	3,248,636	3,248,636	53.5
2008	3,528,000	5,707,409	3,062,858	3,062,858	3,062,839	53.7
2009	2,469,399	4,169,844	1,711,730	1,710,330	1,710,330	41.0
2010	2,500,000	4,560,367	1,723,248	1,723,248	1,723,248	37.8
2011	3,226,360	5,926,603	2,749,534	2,749,534	2,734,594	46.4

Fuente: SIAF - MPP

En la Fuente Recursos Ordinarios, se observa que la tendencia del presupuesto Asignado (Presupuesto Institucional de Apertura – PIA), tiene tendencia al alza, lo que indica una mejora en la asignación presupuestal institucional. Asimismo, el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) tiene tendencia a incrementarse año a año. En cuanto al avance de ejecución, ha disminuido en el último año, aunque la ejecución en Nuevos soles ha incrementado, sin embargo, no se ha alcanzado el porcentaje superior al 95% de ejecución.

En la Fuente Recursos Directamente Recaudados, se observa que la tendencia del presupuesto Asignado (Presupuesto Institucional de Apertura – PIA), tiene tendencia al alza, aunque la recaudación de la institución se mantiene estable. Asimismo, el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) tiene tendencia a disminuir año a año, debido a la estabilidad de la recaudación anual. En cuanto al avance de ejecución, en RDR siempre es bajo ya que no se cuenta con liquidez de efectivo en

los ingresos mensuales. Se observa que es necesario modificar el PIA de RDR para alcanzar el porcentaje superior al 95% de ejecución.

PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN AÑOS 2007-2011 - TODA FUENTE

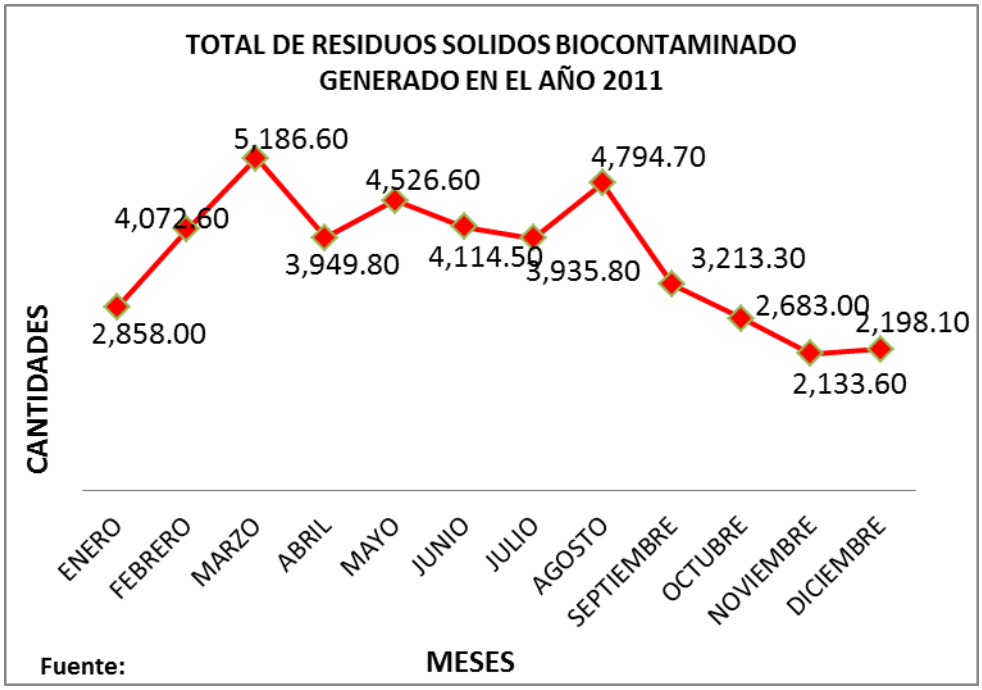
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Año	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
2007	37,356,243	40,333,897	37,194,245	37,166,913	37,163,738	92.1
2008	40,006,813	42,407,322	37,699,595	37,633,116	37,623,523	88.7
2009	39,417,107	39,635,917	37,022,072	36,962,253	36,961,822	93.3
2010	36,538,916	38,536,434	35,517,714	35,504,464	35,499,545	92.1
2011	40,456,536	48,157,350	42,761,412	42,761,412	41,524,414	88.8

FUENTE: SIAFMPP

En el Presupuesto por toda fuente del hospital, también se observa un incremento del PIA y PIM; un incremento en la ejecución en nuevos soles y una disminución del porcentaje de avance de ejecución. De esto concluimos que la institución tiene cada año mayor posibilidad de gasto

Manejo de Residuos sólidos hospitalarios



Se observa que en los meses de marzo y agosto se generaron la mayor cantidad de residuos sólidos Biocontaminados5,186.60 y 4,794.70 respectivamente.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

A. Análisis Causal

En el Perú:
(Estudio realizado por Marta B. Rondón Instituto Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi)
***Presidente, Asociación Psiquiátrica Peruana. Directora, Sección de Salud Mental de la Mujer, Asociación Mundial de Psiquiatría. Profesora Auxiliar, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.**
Rev. Perú Med Exp Salud Pública 23(4), 2006
Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1% de las personas de Lima Metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas.

B. Intervenciones Priorizadas

- Sensibilización al personal de salud, profesional y no profesional, acerca de la patología para la identificación oportuna en los diferentes servicios de los cinturones de contención (establecimientos de salud) y su pronta derivación/transferencia.
- Campañas de difusión a la población en general

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

- Tasa de Incidencia de ansiedad
- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

SINDROME DEPRESIVO

A. Análisis Causal

Definición

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.
Aspectos epidemiológicos
Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y en el Perú se calcula que un 12% aproximadamente la sufre. Según la Asociación Psiquiátrica Americana, el 150/0 de las personas que la sufren intentan el suicidio, La prevalencia de los trastornos depresivos en los establecimientos de salud del MINSA fue de 4.8% en 1997 y de 5.1 % en 1998, cifras que están muy por debajo a lo registrado a nivel mundial.
Los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", reportan que la prevalencia de vida de trastornos mentales según la CIE-10 respecto al episodio depresivo registró en Lima y Callao 18.2% (2002); en la Sierra 16.2% (2003) Y
en la Selva 21.4% (2004).3

111. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
1. Estilos de vida.
La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores.
Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento determinante para la depresión del niño, así como también las familias con continuos problemas y discusiones, y las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación.
Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión, por consiguiente el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo. Un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias religiosas tienen un menor riesgo de depresión. Por tanto, las fuentes menos estructuradas como la meditación u otros métodos de autorrealización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

Factores hereditarios.
Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indicaría una predisposición biológica, riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar.
Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, si tenemos en cuenta que la depresión grave también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, lo que sugiere que existen factores adicionales causales de depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

Interacción cronológica y características asociadas
Los niños y adolescentes pueden tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y muestran sus emociones en su comportamiento. Para diagnosticar depresión en niños son necesarias la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, retraimiento o irritabilidad, y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito y ganancia de peso; falta de energía; hiperactividad o retraimiento; pérdida de interés por actividades usuales; tendencia constante a descalificarse ("soy tonto, no sirvo"); disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil.
Es un trastorno que cuando se presenta durante los años de la adolescencia se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.
En el adulto la depresión algunas veces presenta una causa aparente y otras no. El ánimo depresivo puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado de trabajo, o secundaria al hecho de estar desempleado o de tener problemas económicos, de vivienda o en las relaciones con los demás, pero a diferencia de lo que ocurre en la depresión, la reacción es mucho menos intensa y de corta duración.
Los adultos mayores tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos, como: pérdida del placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento del humor, alteraciones psicomotrices, anorexia, pérdida de peso, agitación, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados. Los adultos mayores tienen más probabilidades que la gente joven de presentar, ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo (negación de toda creencia), persecución, celos y melancolía. El suicidio está muy ligado en esta época con la depresión geriátrica.

DEPRESIÓN ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES

Enfermedad de Alzheimer: Es una demencia que produce una alteración neurodegenerativa que suele aparecer a partir de los 65 años, aunque también puede presentarse en personas más jóvenes. El 10 % de los enfermos de Alzheimer padecen depresión mayor. Entre un 30% y 40% pueden sufrir depresiones de menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. La depresión incrementa el deterioro de las capacidades mentales. La depresión es un mal común entre los que padecen de demencia. En las fases iniciales de la

enfermedad de Alzheimer la depresión reduce la capacidad de pensar con claridad y de llevar a cabo las tareas de cada día. También aumenta la posibilidad de que se produzcan cambios en el comportamiento, tales como inquietud y agresión.
Los adultos de edad avanzada que padecen Alzheimer y depresión juntas, suelen mostrar signos de mejoría lenta cuando se le administran medicamentos antidepresivos
Diabetes: Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la revista Diabetes Careo Mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 250/0 de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.
Cáncer: La depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer.

Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es el poder reconocer los índices presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia.

Infarto de miocardio: La aparición de un evento coronario agudo conlleva efectos devastadores sobre el estado de ánimo de las personas que lo sufren, debido a que las personas que sufren un infarto suelen ser personas que hasta ese momento se consideraban sanas, y a partir de ese momento se encuentran sometidos a una terapia médica muy agresiva. Esto hace que frecuentemente estos pacientes presenten trastornos depresivos de diversos grados.

HIV/AIDS: Casi el 85% de los individuos infectados por HIV exhiben algún síntoma de depresión durante el curso de su enfermedad. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por H IV puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, u otras reacciones psicológicas.
Existen otros diagnósticos que también deben ser considerados, como: depresión debida a una enfermedad médica general, a abuso de sustancias o a medicación relacionada al HIV, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas, o complicaciones a nivel del SNC.
La ideación suicida en el contexto de enfermedad por H IV no debería considerarse una reacción normal o comprensible a tener una enfermedad fatal y estigmatizante. Clínicamente, debería ser vista como un signo de enfermedad depresiva.

La depresión afecta a entre un 50/0 y un 9% de la población adulta que acude a la consulta médica y casi la mitad de estos casos no son detectados ni tratados. Los factores de riesgo para la depresión incluyen el sexo femenino, historia familiar de depresión, situación de desempleo y enfermedad crónica.

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

- Prevención de la depresión mediante las siguientes orientaciones: educación familiar y escolar, la prevención de las violencias y agentes estresores y la falsa maduración precoz, el aporte al niño de un nivel de autoestima familiar y escolar adecuado, el aprendizaje del autocontrol.
- La extensión del apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos de familias densos y con limitadas oportunidades educativas.
- Promoción de estilos de vida saludables y prevención de manejo del estrés.
- Identificación precoz de casos de depresión aplicando escala de auto-aplicación, validada en nuestro país
- Dar consejería individual y grupal.
- Dar charlas informativas y educativas
- Psicoeducación
- Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios.
- Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes
- Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia
- Prevención del maltrato

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

- Tasa de Incidencia
- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

ESQUIZOFRENIA

A. Análisis causal Definición: "La esquizofrenia es una enfermedad compleja o grupo de trastornos caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, trastornos conductuales, funcionamiento social alterado y síntomas coexistentes, en lo que suele ser un sensorio por lo de más claro."

La esquizofrenia se presenta con una combinación de factores de riesgo, principalmente en gente con una vulnerabilidad genética. Esta vulnerabilidad genética es compleja y hoy por hoy se basa en la implicación de una combinación de variables de genes múltiples de pequeño efecto. Los factores de riesgo ambientales son también necesarios y algunos funcionan en épocas tempranas de la vida, creando una vulnerabilidad y alteraciones en las etapas del neurodesarrollo. Otros factores de riesgo que contribuirían.
Incluirían el género, desventajas socioeconómicas y factores socio-culturales, cómo nacimiento en zonas urbanas, así cómo afecciones peri natales. Recientemente está cada vez más claro que cuáles son los factores de riesgo pero aún hace falta una mayor investigación en el estudio del funcionamiento pato fisiológico de los procesos más cercanos al inicio del síndrome.
Este segundo sistema de factores supuestos implica cualquier proceso endógeno del sistema nervioso central (SNC) por ejemplo la disfunción neuronal creciente con una reducida conectividad, o candidatos extrínsecos tales como abuso de sustancias, infecciones virales y estresores en el desarrollo.

La especificidad de estos factores de riesgo supuestos para la esquizofrenia aún no está clara. Recientes avances en neurología, han puesto en evidencia un extenso descubrimiento de anomalías estructurales y la presencia de anormalidades funcionales leves en el CNS de la gente con esquizofrenia, aunque ningunos de éstos son específicos. Mientras se va confirmando que la esquizofrenia está asociada a unas disfunciones del cerebro y la esquizofrenia de hecho puede ser mirada firmemente una enfermedad del cerebro, todavía no hay pruebas de laboratorio que puedan confirmar el diagnóstico de esquizofrenia.

Aspectos epidemiológicos importantes:

- Incidencia igual entre hombres y mujeres.
- La edad de inicio es en adolescencia y adultez joven.
- El riesgo de vida para tener la enfermedad es de 0.9-1%.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

a) Predisposición genética: El riesgo de desarrollar la esquizofrenia en:

- Población general 1%
- Familiar de paciente esquizofrénico. (no gemelo). 8%
- Hijo con uno de los padres esquizofrénico. 12%
- Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico. 12%
- Hijo con padre y madre esquizofrénicos. 40%
- Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico. 47%

b) Medio ambiente familiar: La existencia de familias con predominio de “emoción expresada” (Intercambio) de comentarios críticos, hostilidades o excesivo compromiso emocional), hacen que el paciente a pesar de un buen tratamiento.recidiva la enfermedad.
c) Factores socioeconómicos y culturales: La esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos más bajos (Deriva social) y en los hijos de la primera generación de migrantes.
d) Personalidad: Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, tímidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas.

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

- Trabajar contra la estigmatización y la discriminación social.
- Fomentar estilos de vida sanos
- Mejora de los servicios básicos (vivienda, alimentación, vestido, agua, luz , desagüe)
- Vigilar la salud mental de la comunidad.
- Educación de la población sobre la enfermedad.
- Vigilancia de signos de alarma y prodrómicos para da. Precoz.

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

- Tasa de Incidencia
- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

TRASTORNOS PARANOIDES DE LA PERSONALIDAD

A. Análisis Causal
De acuerdo a la OMS, se trata de peculiares estilos de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.
La CIE-10 distingue los trastornos específicos y las transformaciones de la personalidad:

1.3 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0; F60.0). Quienes padecen este trastorno tienen frecuentemente parientes enfermos con esquizofrenia crónica o con trastornos de ideas delirantes persistentes (trastorno delusional) de tipo paranoide. En la población general la prevalencia es de 0.5 a 2.5% y en pacientes hospitalizados varía de 10 a 30% El trastorno empieza en la niñez o la adolescencia y compromete más a los varones, quienes despliegan conducta rara o extravagante, suelen ser solitarios, hipersensibles, pobres en rendimiento académico, ricos en fantasías peculiares, ansiosos para sus relaciones sociales y excéntricos en pensamiento y lenguaje.

Algunas formas de comportamiento determinadas por situaciones circunstanciales de la vida o por influencias socioculturales pueden ser erróneamente diagnosticadas como trastorno paranoide de la personalidad, y el error puede ser reforzado por las condiciones del proceso de evaluación clínica. Es lo que le puede suceder al médico que examina superficialmente a refugiados de diferente índole, a miembros de grupos minoritarios, a políticos sectarios o a personas de diferente procedencia socio-geográfica. Estos individuos no tienen personalidad paranoide sino formas de conducta defensiva que, a su vez, generan angustia y frustración en quienes los tratan, estableciéndose, así, un círculo vicioso de interpretaciones equivocadas.

1.3.1. Diagnóstico. La exagerada e injustificada suspicacia, la desconfianza de la gente -cuyos motivos se conceptúan malévolos-, la sensibilidad exagerada y la afectividad restringida son los síntomas distintivos. Cuatro o más de las siguientes características son pertinentes para el diagnóstico: sospechas, sin suficiente base, de ser explotado o engañado por otros; preocupación con dudas injustificadas sobre la lealtad y veracidad de amigos o asociados; resistencia a confiar en otros, con temor infundado de dar información que pudiera ser usada en su contra; percibir amenazas u ofensas ocultas en comentarios o sucesos triviales (por ejemplo, el vecino ha colocado temprano la basura con alguna intención); rencor persistente ante insultos, injurias o bagatelas que no se olvidan; percepción de ataques a la reputación (no notados por otros), con rápidas reacciones de cólera o de contraataque; cuestionamiento injustificado sobre la fidelidad del cónyuge o compañero(a) sexual. El cuadro no ocurre como manifestación exclusiva durante el curso de una esquizofrenia, de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos o de otro trastorno psicótico, ni se debe a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general.

1.3.2. Aspectos clínicos. El rasgo central arraigado e inflexible es la persistente e inapropiada desconfianza de los otros. Como ingredientes asociados se pueden apreciar aislamiento social y un estilo de vida con hipervigilancia combativa. Unos pacientes son emocionalmente distantes y cohibidos, algunos son lábiles y propensos a iniciar argumentaciones y peleas físicas, otros son muy litigantes. Rara vez funcionan adecuadamente en situaciones sociales, pero trabajan bien si su actividad no requiere mucha cooperación de otros. Los síntomas evolucionan con intensidad variable, según se relacionen con la presencia o ausencia de estresores ambientales. Algunos pacientes tienen alto riesgo de esquizofrenia.

1.3.3. Tratamiento. Las personalidades paranoides tienen dificultad para someterse a psicoterapia individual, aunque algunos se benefician de la relación psicoterapéutica cargada de una intimidad distinta a la que ellos temen y evitan; sin embargo, rara vez adquieren insight psicológico y no son buenos candidatos para psicoterapia de grupo. Los neurolépticos, a dosis bajas, son recomendables, siempre que se haga una cuidadosa apreciación de los resultados benéficos y de los riesgos a largo plazo, especialmente de la disquinesia tardía.

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

- Sensibilización al personal de salud, profesional y no profesional, acerca de la patología para la identificación oportuna en los diferentes servicios de los cinturones de contención (establecimientos de salud) y su pronta derivación/transferencia.
- Campañas de difusión a la población en general

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

- Tasa de Incidencia
- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

TRASTORNOS HIPERACTIVIDAD

A. Análisis Causal

2.1.- DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA O GRUPOS DE PATOLOGÍAS A ABORDAR:

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, por la dificultad de concentrar la atención por mucho tiempo en una actividad determinada, y la hiperactividad, que se expresan clínicamente de forma variable afectando la integración social del niño, y su rendimiento escolar.Se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo. [1,2]

Es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. [2]

Los trastornos hipercinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida), puede estar presente durante la niñez, adolescencia y aún en la vida adulta. [1,3]

La demora en el diagnóstico y el tratamiento pueden traer consecuencias como alteraciones en las diferentes áreas de desarrollo, así tenemos problemas en el ámbito familiar, en las relaciones interpersonales, en el entorno escolar, siendo también el inicio para muchos otros problemas de mayor magnitud**.**

ETIOLOGIA:

Es un trastorno debido a una alteración neurobiológica. Los estudios con neuroimágenes sugieren que los cerebros de los niños con trastorno de actividad y de la atención son diferentes de los cerebros de otros niños. Los estudios estructurales y funcionales cerebrales han involucrado en este trastorno a una disfunción de los lóbulos cerebrales. Por otro lado en estos niños existe una disfunción de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina. [4,5].

FISIOPATOLOGIA

Hay dos sistemas de neurotransmisores que parecen estar comprometidos en la fisiopatología del Trastorno de la actividad y de la atención; el sistema noradrenérgico –NA- que asciende desde el locus coeruleus, en el ángulo superior del piso del cuarto ventrículo, hacia la corteza; y el dopaminégico –DA-, desde el segmento ventral mesencefálico, con fibras tanto mesoestriadas como mesocorticales. [6]

EPIDEMIOLOGIA:

Se estima que la prevalencia de este trastorno se sitúa en el 3 al 5 % en los niños de edad pre-escolar, 8 a 10% de niños en edad escolar y se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino en una relación de 3:1**.** Las niñas presentan con mayor frecuencia problemas en la atención. Del 50 al 80% de trastornos hipercinéticos persisten en la adolescencia y del 40 al 60% persiste en la edad adulta. [1, 2,7].

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

- Sensibilizar a las autoridades locales sobre la importancia de prevención (mediante capacitaciones y socialización del tema).
- Priorización de políticas públicas
- Fortalecimiento de los servicios de salud a todo nivel para la atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación)
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y sus factores de riesgo.

D. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

- Tasa de Incidencia
- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

TRASTORNOS MENTALES DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

A. Análisis causal

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común .0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto Carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3-.9) Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas Fl9.-) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminadoso en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente. Excluye: abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)

El alcohol es la droga de mayor consumo en el Perú, así lo demuestran los resultados de las diversas encuestas. En la actualidad, el consumo de bebidas alcohólicas en la población general es del 83.0% y es el segundo país en la región con más alto consumo, después de Chile. A nivel de escolares de educación secundaria, el 53.5% ha consumido alguna bebida alcohólica en su vida, y 27.4% durante el último mes (DEVIDA, 2008).

Uso y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas:

El 23.7% de las denuncias por violencia familiar reportados en el primer semestre del 2008 a la PNP, sucedieron porque el agresor se encontraba ebrio. Por otro lado, la tasa de accidentes causados por el consumo de alcohol en este mismo periodo es del 10%, traducidos en 4,302 accidentes por esta causa. El presente boletín detalla más información respecto al abuso del alcohol y consecuencias en la sociedad.

Las instituciones que conforman la Red de Información de Demanda de Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas – RIDET, reportó alrededor del 41.7% de los casos debido a consumo de bebidas alcohólicas. Desagregando ese porcentaje, el 87.6% son por tratamiento de dependencia y el 12.4 por abuso.

Según la OMS, para el Perú el consumo per cápita de alcohol puro en personas mayores de 15 años fue de 9.9 litros durante el 2002.1

Una encuesta realizada por el Instituto de Opinión Pública de la Universidad Católica a mediados del presente año revela que el 92% de la población de Lima Metropolitana mayor de 18, está en desacuerdo con la legalización de las acción sobre drogas, en población joven este porcentaje es del 85%.3.

La producción de cerveza se incrementó en 28.1% respecto a setiembre del 2007.2.

Entre las sustancias ilegales, se ha reportado que un alto porcentaje de la población joven consume cannabinoides, y drogas de diseño.

Entre el 0.5 y 1% de la población presenta problemas relacionados con el abuso/dependencia de PBC – Clorhidrato de cocaína.

B. Determinación de Intervenciones Sanitarias Priorizadas

- Sensibilizar a las autoridades locales sobre la importancia de prevención (mediante capacitaciones y socialización del tema).
- Priorización de políticas públicas
- Fortalecimiento de los servicios de salud a todo nivel para la atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación)
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y sus factores de riesgo.

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

- Tasa de Incidencia
- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES

A. Análisis causal

Se estima que las cifras de prevalencia e incidencia del trastorno límite de la personalidad serían las siguientes:

- 0,2-1.8% de la población general.
- 10-20% de pacientes ambulatorios.
- 15% de pacientes ingresados. Podría ser del 20% y está creciendo rápidamente.[8]
- 50% de los pacientes ingresados por trastornos de la personalidad.
- 76% son mujeres.[9] Esto supone una prevalencia mucho mayor en mujeres que en hombres, en concreto 3:1, aunque las razones no son claras.[10]
- 20-25% provienen de familias estructuradas.
- La tasa de incidencia estaría situada en torno a 1/1510 o bien el 0,07% anual.

Cabe la posibilidad, según estas fuentes, de que estas cifras sean inferiores a las reales debido a las reticencias que muestran los pacientes y al estigma social.

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

- Trabajar contra la estigmatización y la discriminación social.
- Fomentar estilos de vida sanos
- Mejora de los servicios básicos (vivienda, alimentación, vestido, agua, luz , desagüe)
- Vigilar la salud mental de la comunidad.
- Educación de la población sobre la enfermedad.
- Vigilancia de signos de alarma y prodrómicos para el diagnóstico. Precoz.

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

- Tasa de Incidencia
- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

VIOLENCIA FAMILIAR/VIOLENCIA HACIA LA MUJER - SINDROME DEL MALTRATO

A. Análisis causal

Definición de la patología

Violencia: El uso deliberado de la fuerza o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otras personas o un grupo, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones. (WHO 1996)
Violencia familiar: Toda acción u omisión cometida por algún(a) integrante de la familia en relación de poder, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia
Cualquier acto de violencia basada en cuestiones de género que tiene como resultado, o que tiene probabilidad de terminar con algún daño físico, sexual o psicológico o con algún tipo de sufrimiento para las mujeres, incluyendo amenazas de dichas acciones, coerción o privación arbitraria de libertad, y que ocurra en la vida pública o privada (CEDAW 1993)
La violencia interpersonal es un reto crítico de salud pública y causa malestar psicológico a la vez que reduce la calidad de vida, y tiene diversas consecuencias físicas y mentales, inclusive la muerte, en todo el mundo.
Aunque hombres, mujeres y niños y niñas pueden verse afectados por la violencia, existen diferencias entre hombres y mujeres en lo referente a los perpetradores y las consecuencias de la violencia. Mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de ser violentados por un extraño durante la comisión de un crimen o en la guerra, a las mujeres las afectan actos de violencia perpetrados por sus parejas o miembros de su familia de sexo masculino, con frecuencia aquellos con quienes viven y a quienes aman. De hecho, las mujeres tienen más posibilidades de ser asesinadas por sus compañeros íntimos que por un extraño. Además, el mayor tamaño físico y fuerza de los varones, así como el uso más frecuente de armas por parte de los varones, resultan en que las mujeres sufren lesiones mayores que los hombres como consecuencia de la violencia interpersonal (WPA, 2005)

ETIOLOGÍA

a) La etiología de la violencia familiar es multifactorial.
b) La violencia siempre es la resultante de la diferencial de poderes.
c) Se basa en factores de discriminación, subordinación y dominación contra la mujer.
d) Representa una manifestación de las desigualdades históricas y culturales de las relaciones de género y edad.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- 25% de todos los asesinatos de las mujeres ocurren en el hogar entre el 16 y 90% de todas las mujeres sufren violencia en el hogar: porcentaje de mujeres alguna vez unidas que reportan violencia por parte de esposo o

compañero: 15 a 49 años: 42% (Measure DHS, ORC Macro, 2004profiling Domestic Violence: A Multicountry Study, Perú, 2000).

- La mayoría de estudios en la América latina y el Caribe muestran prevalencias alrededor del 20 al 50% de violencia contra las mujeres.
- Respecto a la violencia sexual dentro de la pareja hasta el 47% de las mujeres en el Cusco revelaron haber sido forzadas por su pareja a tener relaciones sexuales.
- De las mujeres que sufrieron violencia, el 42.2% buscó ayuda, y el sistema de salud se la proporcionó en 0.6% de los casos. La policía proporcionó ayuda en 15% de los casos.
- Incesto y abuso: en 1986 se registraron un promedio de 38 denuncias mensuales por delitos de violación y contra la libertad sexual, de las cuales el 58.8% fueron cometidos contra niñas y niños.
- El 45.65 de las violaciones ocurrieron en la casa de la víctima y el 30.6% en casa del agresor. Según el estudio de Baca el 52% de casos de violencia sexual contra niños y niñas eran casos sin coito y 45.2% se trató de violación., de los cuales el 92.6% fueron niñas menores de 14 años.
- Sólo se comunica el 2% del abuso sexual en las niñas y el 20 a 30% en las mujeres (ONU; Mujeres del Mundo, 2000)
- 35% de mujeres reportaron episodios de violencia alguna vez, según ENDES continua 2004. En estos episodios recibieron empujones, sacudidas o les tiraron algo. El 8% fueron alguna vez abofeteadas o les retorcieron el brazo, por parte de sus parejas.

B. Determinación de Intervenciones Sanitarias Priorizadas

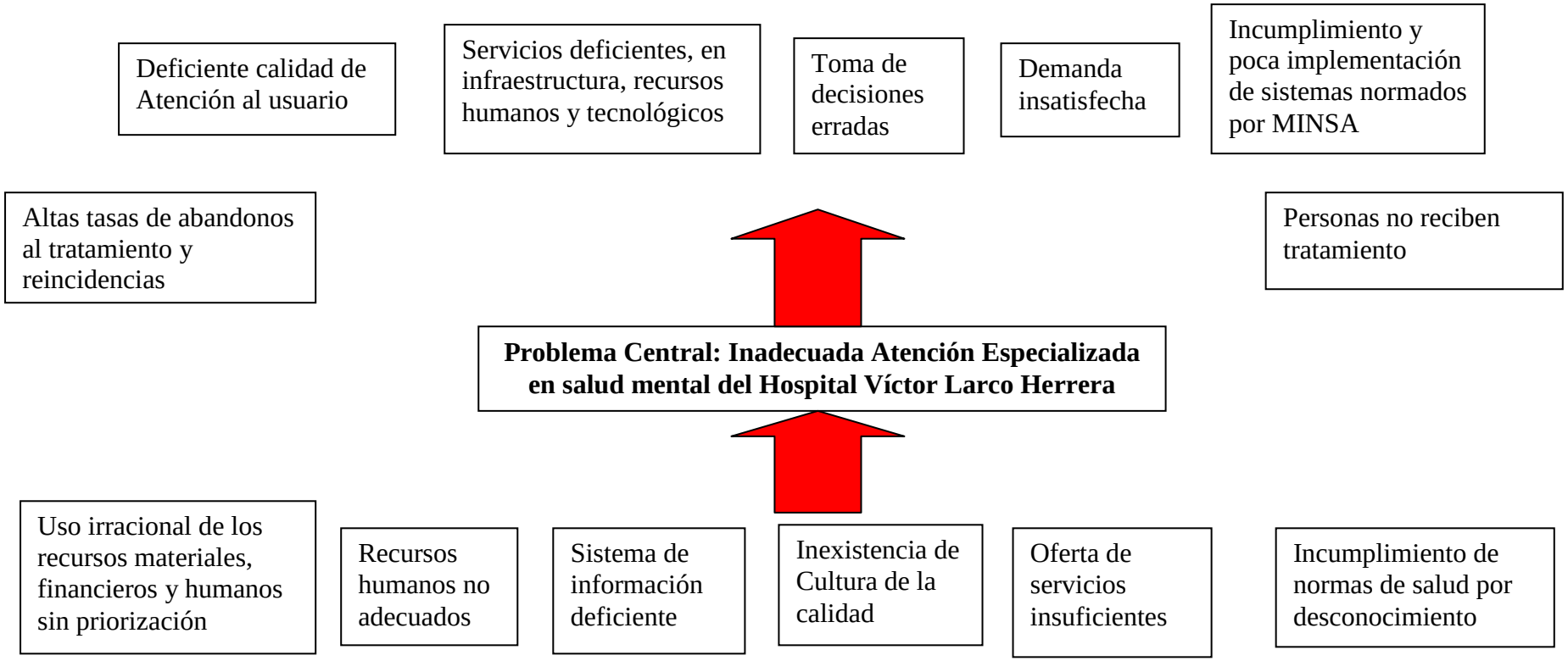
1. Medidas generales y preventivas:

    - fomentar la adopción de estilos de vida saludables y el desarrollo de habilidades personales y sociales que permitan establecer relaciones interpersonales respetuosas de los derechos legales y personales de mujeres, hombres, niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores
    - acción multisectorial: coordinación con la policía, ministerio público, organizaciones de la comunidad
    - información, educación y comunicación a nivel individual, grupal y masivo
    - talleres de habilidades personales y sociales
    - sensibilización del personal de salud y capacitación a voluntarios de la comunidad
    - los mensajes están dirigidos a informar sobre
        - La violencia familiar y el maltrato infantil no son hechos naturales ni normales ni privados, si no que son faltas a los derechos de las personas, constituyendo en algunos casos delito.
        - Sobre las consecuencias de la violencia y el maltrato infantil en la salud, educación y trabajo
        - La existencia de servicios de ayuda y de las redes de apoyo

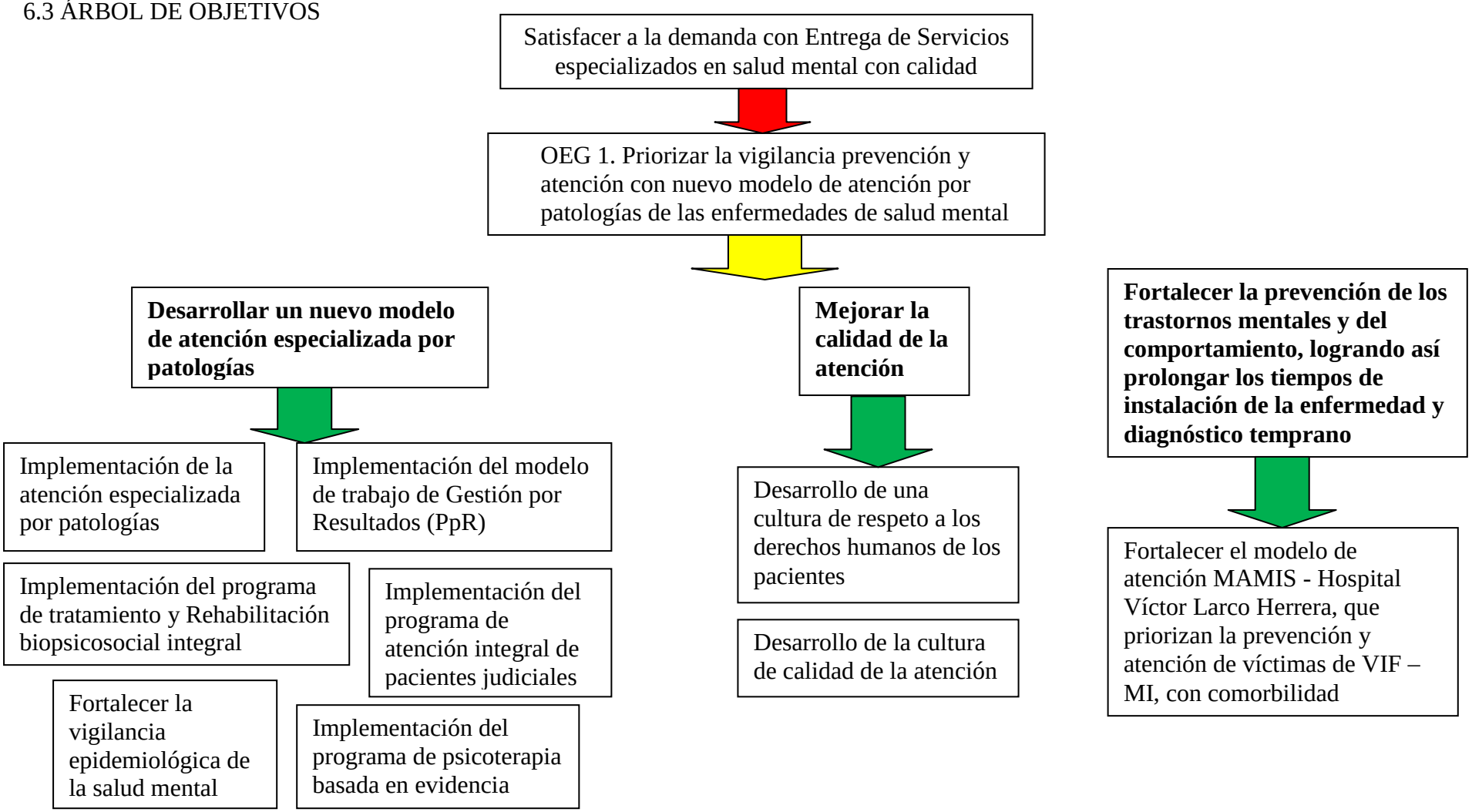
C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

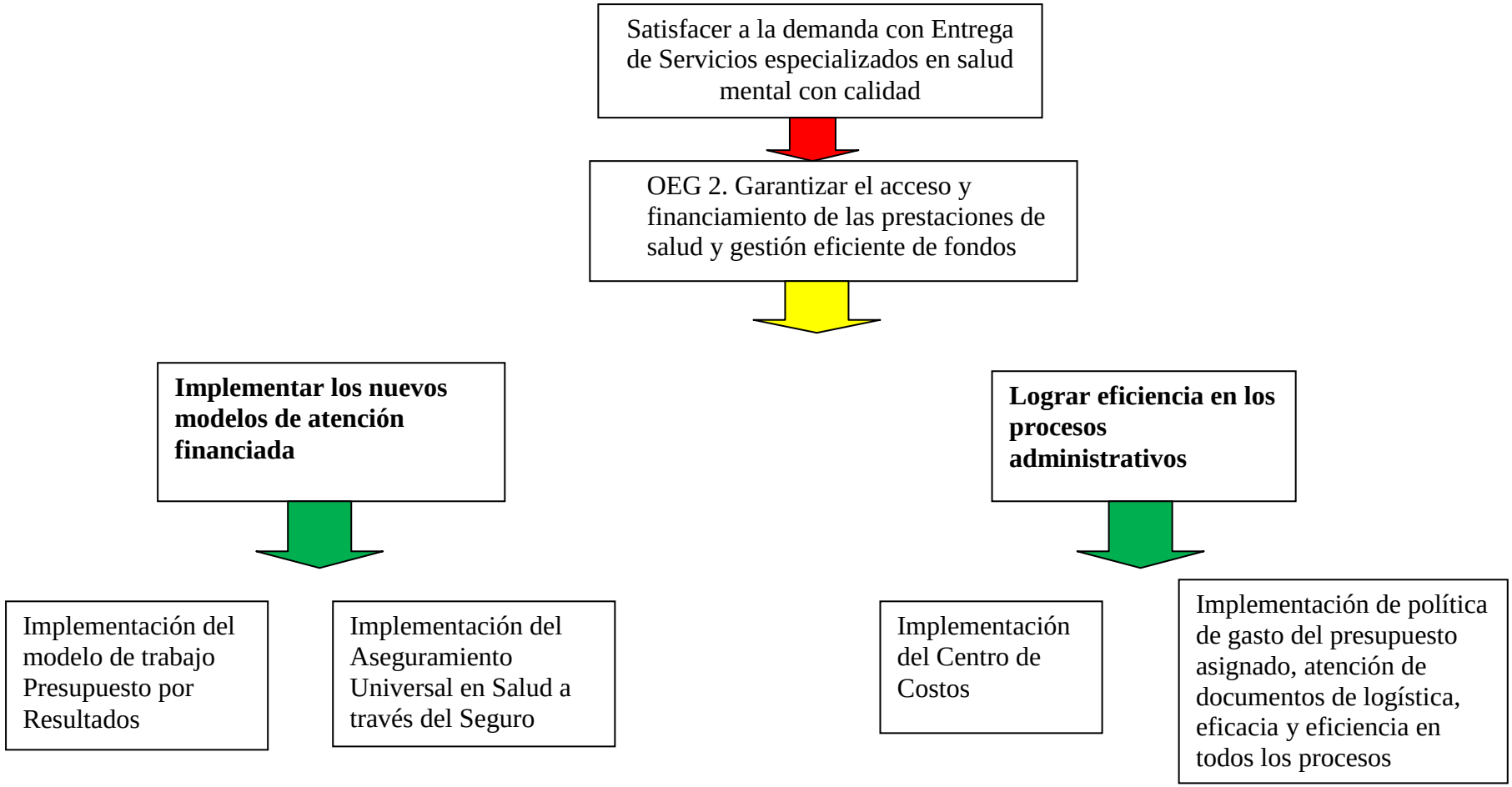
- N° Casos reportados de violencia familiar
- Incidencia de violencia familiar hacia las mujeres
- Incidencia de violencia familiar hacia niños
- Concentración de atenciones de violencia familiar

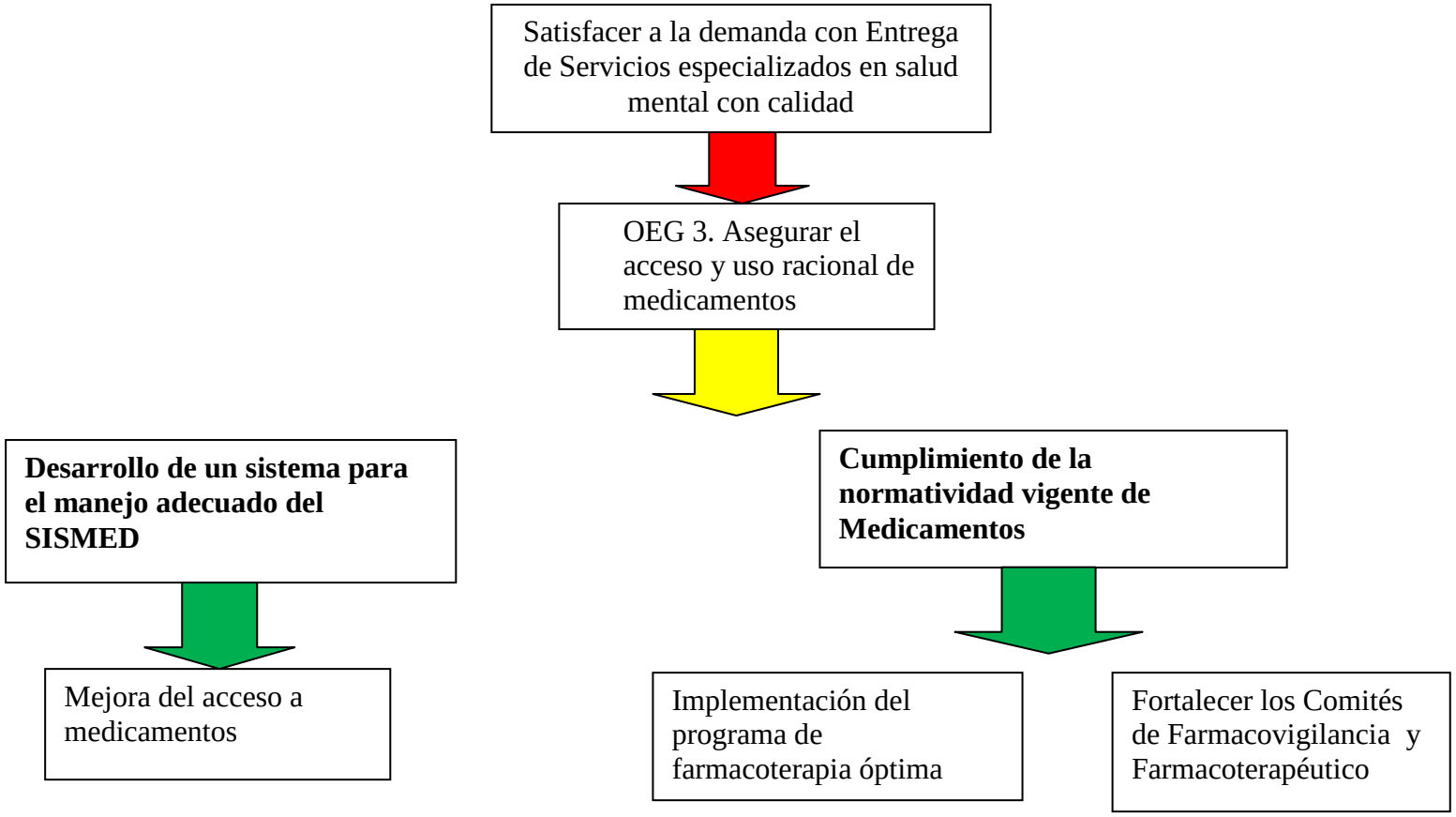
6.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



6.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS




Satisfacer a la demanda con Entrega de Servicios especializados en salud mental con calidad
OEG 2. Garantizar el acceso y financiamiento de las prestaciones de salud y gestión eficiente de fondos
Implementar los nuevos modelos de atención financiada
Lograr eficiencia en los procesos administrativos
Implementación del modelo de trabajo Presupuesto por Resultados
Implementación del Aseguramiento Universal en Salud a través del Seguro
Implementación del Centro de Costos
Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos


Satisfacer a la demanda con Entrega de Servicios especializados en salud mental con calidad
OEG 3. Asegurar el acceso y uso racional de medicamentos
Desarrollo de un sistema para el manejo adecuado del SISMED
Cumplimiento de la normatividad vigente de Medicamentos
Mejora del acceso a medicamentos
Implementación del programa de farmacoterapia óptima
Fortalecer los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapéutico

Satisfacer a la demanda con Entrega de Servicios especializados en salud mental con calidad

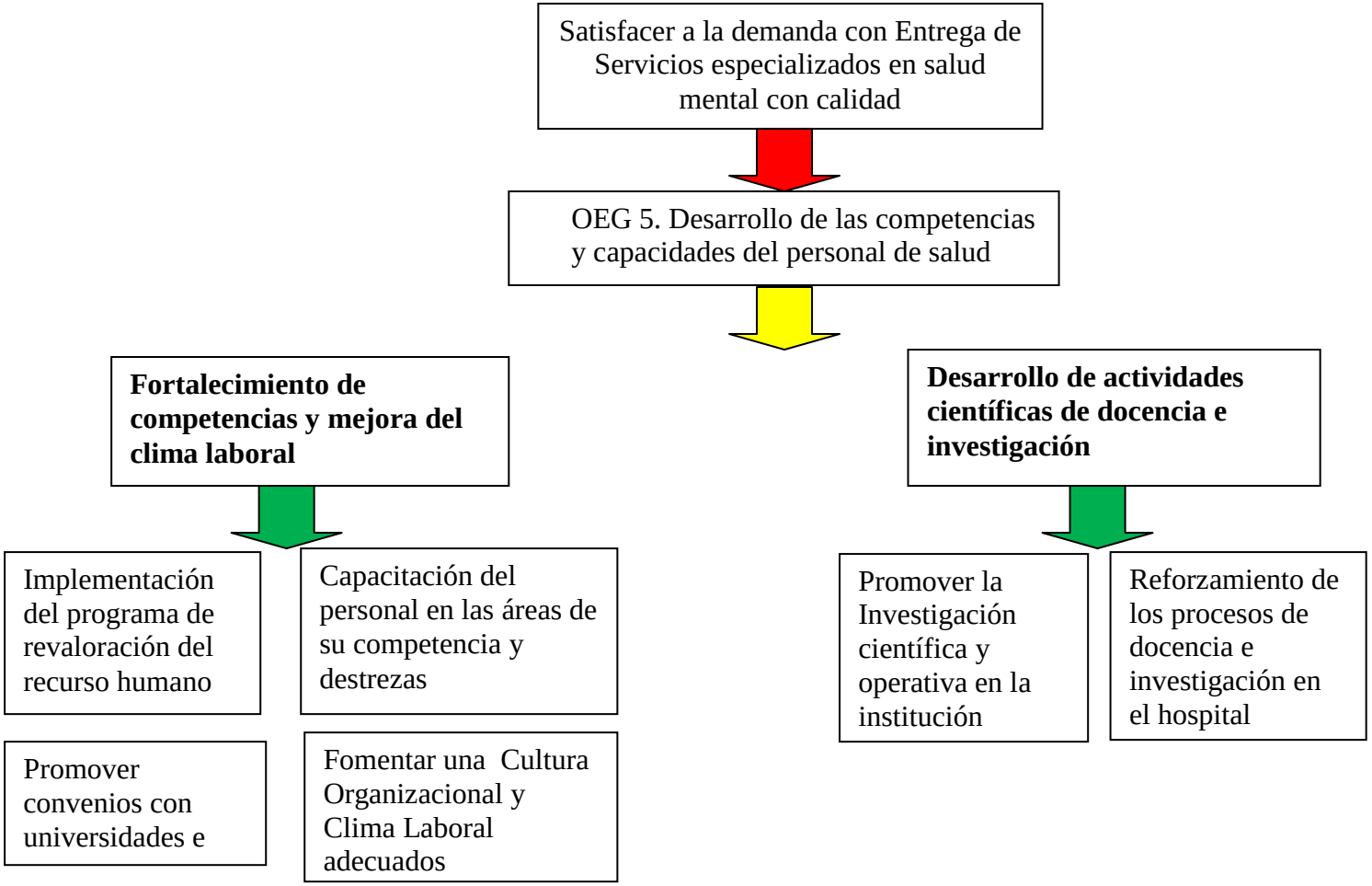
OEG 4. Fortalecer el rol de rectoría en salud mental y optimización de los servicios de salud

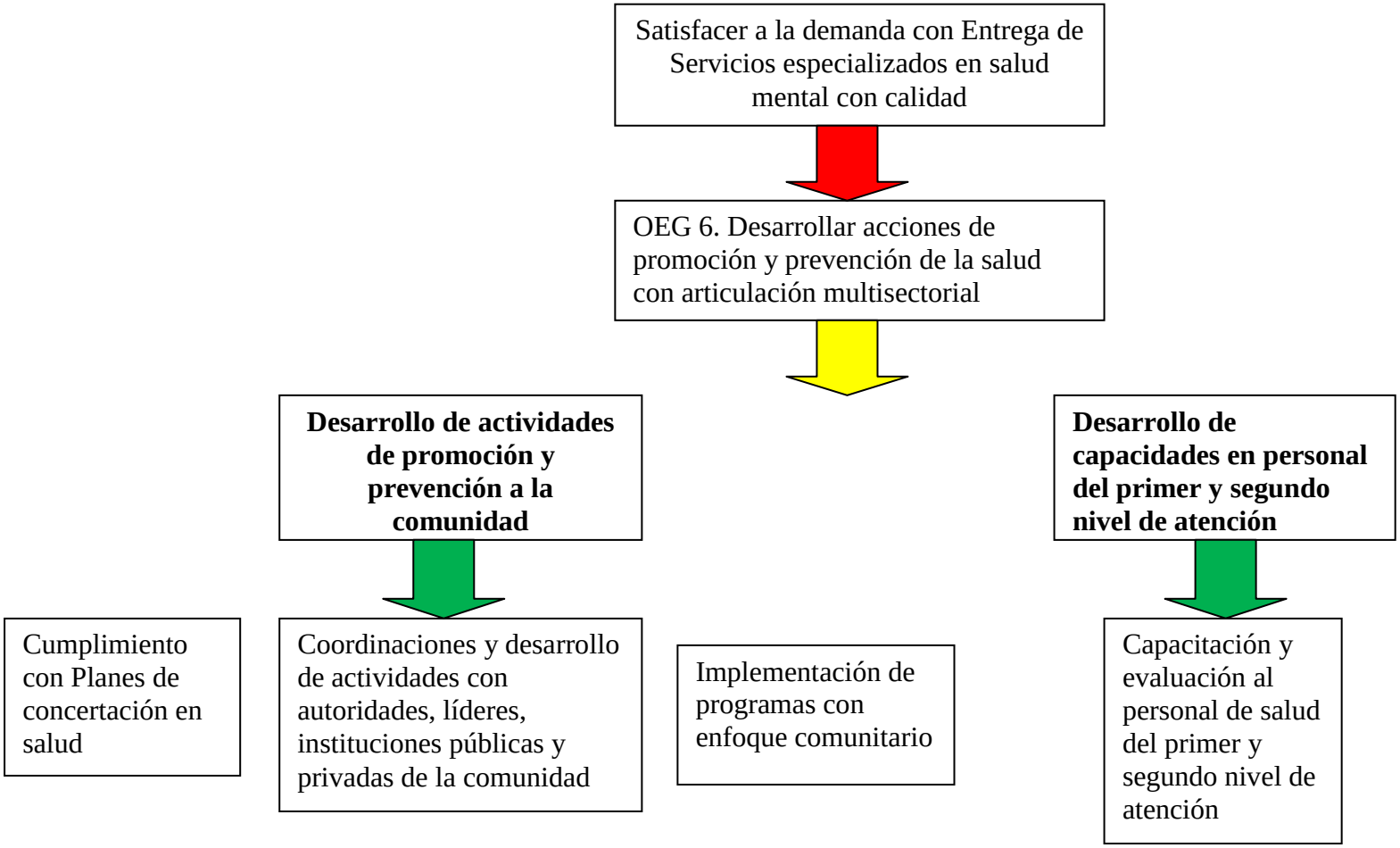
Optimización de los servicios de salud con calidad

- Implementación del sistema de información de gestión hospitalaria basado en la historia clínica
- Acreditación del hospital III-E
- Implementación del programa de mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos

Actualizar la Normatividad e implementación de las mismas

- Actualización de documentos de gestión, PEI, POA, CAP, MOF, MAPRO
- Actualización o creación de la normatividad de procedimientos asistenciales y administrativos y seguimiento respectivo
- Implementación del plan maestro: saneamiento en la propiedad del terreno del hospital, revisión y actualización del plan maestro, gestión de presupuesto, implementación por etapas


Satisfacer a la demanda con Entrega de Servicios especializados en salud mental con calidad
OEG 5. Desarrollo de las competencias y capacidades del personal de salud
Fortalecimiento de competencias y mejora del clima laboral
Desarrollo de actividades científicas de docencia e investigación
Implementación del programa de revaloración del recurso humano
Capacitación del personal en las áreas de su competencia y destrezas
Promover convenios con universidades e
Fomentar una Cultura Organizacional y Clima Laboral adecuados
Promover la Investigación científica y operativa en la institución
Reforzamiento de los procesos de docencia e investigación en el hospital


Satisfacer a la demanda con Entrega de Servicios especializados en salud mental con calidad
OEG 6. Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud con articulación multisectorial
Desarrollo de actividades de promoción y prevención a la comunidad
Desarrollo de capacidades en personal del primer y segundo nivel de atención
Cumplimiento con Planes de concertación en salud
Coordinaciones y desarrollo de actividades con autoridades, líderes, instituciones públicas y privadas de la comunidad
Implementación de programas con enfoque comunitario
Capacitación y evaluación al personal de salud del primer y segundo nivel de atención

6.4 MATRIZ DE ARTICULACIÓN DE POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

ARTICULACIÓN DE POLÍTICAS NACIONALES Y DE SALUD A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO al 2015	PLAN BICENTENARIO al 2021	ACUERDO NACIONAL al 28/07/2021	PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020	LINEAMIENTO DE POLÍTICA DE SALUD MINSA al 2016	LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL	PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS JURISDICCIÓN LIMA CIUDAD	OBJETIVO ESTRATÉGICO HVLH 2012-2016
	Lograr desde el Estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país. Que provea servicios de educación y de salud de calidad.	Promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción	Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.	Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes.	Contribuir a la Salud Mental de los peruanos y peruanas, sin distinciones de raza, edad, genero y condición social, política o cultural.	Revertir la tendencia incremental de las enfermedades no Transmisibles y crónico-degenerativas según población afectada en Lima Metropolitana.	PRIORIZAR LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN CON NUEVO MODELO DE ATENCIÓN POR PATOLOGÍAS DE LAS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL
					Integración de la salud mental en la concepción de la salud.			
		Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social: promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado;	Aseguramiento Universal. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.				Fortalecer la implementación del Aseguramiento Universal de Salud en Lima Metropolitana.	GARANTIZAR EL ACCESO Y FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y GESTIÓN EFICIENTE DE FONDOS
			Financiamiento en función de resultados.		Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones en salud mental.			
Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.			Medicamentos de calidad para todos/as.				Gestionar el acceso a medicamentos según necesidades de salud de la población de Lima Metropolitana.	ASEGURAR EL ACCESO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO al 2015	PLAN BICENTENARIO al 2021	ACUERDO NACIONAL al 28/07/2021	PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020	LINEAMIENTO DE POLÍTICA DE SALUD MINSA al 2016	LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL	PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS JURISDICCIÓN LIMA CIUDAD	OBJETIVO ESTRATÉGICO HVLH 2012-2016
	Lograr desde el Estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país. Que provea servicios de educación y de salud de calidad.	Promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional	Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud.	Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los servicios de salud.	Gestión y rectoría en salud mental.	Contribuir a la Salud Mental de los peruanos y peruanas, sin distinciones de raza, edad, genero y condición social, política o cultural.	Fortalecer la rectoría del Sistema de salud de Lima Metropolitana.	FORTALECER EL ROL DE RECTORÍA EN SALUD MENTAL Y OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
		Dará acceso a la información sobre planes, programas, proyectos, presupuestos, operaciones financieras, adquisiciones y gastos públicos proyectados o ejecutados en cada región, departamento, provincia, distrito o instancia de gobierno; (d) pondrá en uso instrumentos de fiscalización ciudadana que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas en todas las instancias de gobierno; …"	Mejora de los otros determinantes de la Salud		Creación de un sistema de información en salud mental.		Gestionar infraestructura de salud que contribuya a ordenar y mejorar la capacidad de oferta de servicios de salud. Mejorar la capacidad para gestionar Proyectos de Inversión Pública en Salud, que respondan a necesidades sanitarias de Lima Metropolitana.	
		Desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población	Desarrollo de los Recursos Humanos		Desarrollo de los recursos humanos.		Armonizar la Gestión y desarrollo de recursos humanos de salud para Lima Metropolitana.	DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD
		Promoverá hábitos de vida saludables	Participación Ciudadana en Salud.		Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía.		Incrementar la capacidad de intervención con acciones de Promoción de la Salud.	DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD CON ARTICULACIÓN MULTISECTORIAL
		Fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en			Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental.	Fortalecer las redes de soporte, sociales y comunitarias para una vida sana, incluyendo la salud mental en los planes a nivel nacional.		
			Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local		Concertación multisectorial de la salud mental.			

6.5 MATRIZ DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ACCIONES E INDICADORES

INDICADORES PARA EL PERIODO 2012-2016

OBJETIVO ESTRATÉGICO HVLH GENERALES 2012-2016	INDICADOR				META AÑOS 2012-2016				
	NOMBRE	FORMA DE CÁLCULO	LINEA BASE (2011)	VALOR ESPERADO (2016)	2012	2013	2014	2015	2016
OEG. 1 PRIORIZAR LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN CON NUEVO MODELO DE ATENCIÓN POR PATOLOGÍAS DE LAS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL	Incremento en el Número de atendidos en consulta externa por año del 10%	(N° atendidos en presente año/ N° de atendidos año anterior x 100) - 100	5%	10%	6%	7%	8%	9%	10%
	Porcentaje de satisfacción de usuario	Metodología SERVQUAL aplicativo diseñado por MINSA	60%	80%	72%	74%	76%	78%	> ó = 80%
	Implementación del nuevo modelo de atención	N° de Servicios implementados/Total de servicios X 100	0%	100%	0	25%	50%	75%	100%
OEG. 2 GARANTIZAR EL ACCESO Y FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y GESTIÓN EFICIENTE DE FONDOS	Porcentaje de Ejecución RO	Presupuesto Ejecutado/Presupuesto Institucional Modificado (PIM)	88.80%	100%	90.0%	>90%	>90%	>90%	>90%
	Porcentaje de Ejecución PPR	Presupuesto Ejecutado/Presupuesto Institucional Modificado (PIM)	74.10%	100%	80%	85%	90%	95%	100%
OEG. 3 ASEGURAR EL ACCESO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos HVLH	N° de medicamentos disponibles (>1mes)/Total de medicamentos x100	85%	> ó = 90%	86%	88%	90%	92%	94%
	Razón de recetas médicas	N° de recetas despachadas / Total de atenciones brindadas X 100	1.5	> ó = 2	1.6	1.7	1.8	1.9	2
OEG 4. FORTALECER EL ROL DE RECTORÍA EN SALUD MENTAL Y OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Cumplimiento del Plan Adquisiciones y Contrataciones	N° de Adquisiciones y Contrataciones realizadas / Total de Adquisiciones programadas X 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Documentos de Gestión actualizados	N° de documentos normativos actualizados/ Total de documentos normativos oficiales.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OEG 5. DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD	Proporción de Recursos Humanos Capacitados	N° de trabajadores capacitado/ Total de trabajadores	60%	100%	80%	85%	90%	95%	100%
OEG 6. DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD CON ARTICULACIÓN MULTISECTORIAL	Cumplimiento con los planes de concertación de Salud	Actividades cumplidas/Actividades programadas X 100	S/B	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Capacitación del Personal del Primer y segundo nivel de atención	Personal Capacitado/Personal Total en I y II nivel de atención	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

3.1.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA.

El Hospital Especializado "VíctorLarco Herrera", por ser un establecimiento de referencia nacional no cuenta con una población objetivo asignada, por lo que recibe usuarios de todos los conos de Lima y de provincias, tal como podemos observar en el siguiente cuadro:

DIRECCIÓN DE SALUD	POBLACIÓN	%
Lima Ciudad	4,498	13.61
Lima Este	9,262	28.02
Lima Norte	2,619	7.92
Lima Sur	12,967	39.22
Callao	3,714	11.23
TOTAL	33,060	100

Es necesario recordar que más del 50 % de nuestra población hospitalaria es indigente total, por lo que la carga hospitalaria es bastante grande, por tanto a fin de poder seguir brindando una atención con calidad necesitamos la aprobación de mayores recursos financieros para seguir con el mejoramiento integral de pabellones, que nos permitan brindar servicios con calidad, en cuanto se refiere a la atención Hospitalaria y de Consulta Externa, acompañado de un irrestricto respeto de los derechos de las personas usuarias o pacientes atendidos en los diferentes programas y servicios.

Nuestra demanda a nivel de Lima, Callao y Provincias en los servicios de Consulta Externa Adultos, Consulta Externa de Niño y Adolescentes y en Hospitalización es mayormente proveniente de Lima Sur, seguido por los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Cercado, Zona rural (a nivel nacional) y demás distritos; estando dirigida nuestra atención a los sectores socioeconómicos más deprimidos del país.

La población que más acude por atenciones de salud es la comprendida en el ciclo de vida de Adultos en el intervalo de edad entre 20-44 años, siendo los más consultantes los varones, seguida por el sector femenino en edades de 20 a 44.

En cuanto a Hospitalización al primer semestre del año anterior se llego a atender 108,962 día/cama, contamos con 602 camas funcionales las cuales están distribuidas de la siguiente forma:

ANEXO N° 1

OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES E INDICADORES PARA EL PERIODO 2007 - 2011

Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera"

LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD 2007 - 2020 PLAN NACIONAL DE SALUD	OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES 2007 - 2011	INDICADOR				EVOLUCION				
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA BASE (2006)	VALOR ESPERADO	2007	2008	2009	2010	2011
Vigilancia, control y atención integral de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.	Priorizar las intervenciones de prevencion de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables.	Porcentaje de registros implementados en psiquiatria y salud mental.	N° de registros implementados / N° de registros programados X 100.	S.I	100%	75%	100%	100%	100%	100%
		Porcentaje de cumplimiento de campañas de atención especializada.	N° de campañas de atención especializada de Salud Mental / N° de campañas de atención programadas X 100.	S.I	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.	Mejorar la oferta del servicio de salud en beneficio de la poblacion en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables.	Rendimiento cama del servicio de psiquiatría agudos.	N°de egresos del servicio de psiquiatria agudos / N° de camas disponibles del servicio de psiquiatria agudos.	5,43	9,8	5,5	9,5	9,6	9,7	9,8
		Porcentaje de satisfacción de usuarios en Consulta Externa.	N° de pacientes satisfechos con la atención / Total de pacientes encuestados X 100.	S.I	100%	30%	50%	75%	85%	100%
		Proporción de investigaciones clinicas efectuadas.	N° de investigaciones clinicas terminadas / Total de investigaciones clinicas programadas X 100.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Desarrollo de los Recursos Humanos.	Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud.	Proporción del potencial humano capacitado.	N° de trabajdores capacitados subvencionados por la institucion / Total de trabajadores X 100.	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Medicamentos de calidad para todos/as.	Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad.	Razón de recetas medicas.	N° recetas despachadas / Total de atenciones brindadas en el departamento de farmacia.	0,85	2	1	1,5	1,65	1,85	2
Financiamiento en funcion de los recursos.	Fortalecer el rol de rectoria en los diferentes niveles de gobierno.	Proporción de procesos de adquisición oportunos.	N° de procesos de adquisición oportunamente realizados / Total de Procesos del Plan anual de Adquisición y Contratación X 100.	70%	100%	95%	96%	97%	98%	100%
		Porcentaje de evaluaciones financieras realizadas oportunamente.	N° de evaluaciones financieras realizadas oportunamente / Total de evaluaciones financieras programadas X 100.	S.I	100%	0	75%	85%	95%	100%
Desarrollo de rectoria del sistema de salud.		Porcentaje de documentos normativos de gestión actualizados.	N° de documentos normativos de gestión actualizados / N° de documentos normativos de gestión actualizados programados.	S.I	6	0	3	4	5	6

SI : Sin Información

ANEXO N° 2
OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS

Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera"

LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD 2007 - 2020 PLAN NACIONAL DE SALUD	OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES 2007 - 2011	OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS
Vigilancia, control y atención integral de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.	Priorizar las intervenciones de prevencion de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables.	Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiologico en trastornos de psiquiatria y salud mental.
		Vigilar y controlar los riesgos y daños para la salud y medio ambiente en nustra comunidad.
		Mejorar el sistema descentralizado de la atención especializada en psiquiatria y salud mental promoviendo estilos de vida y entornos saludables en la población.
Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.	Mejorar la oferta del serivico de salud en beneficio de la poblacion en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables.	Garantizar y promover la oferta de los serivcios y la prestacion de aquellos altamente especializados con calidad en psiquiatria y salud mental.
		Garantizar la docencia e investigación del hospital estableciendo lineas de investigación concordantes conel desarrollo institucional.
Desarrollo de los Recursos Humanos.	Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud.	Diseñar estrategias de capacitación que permitan optimizar las competencias y el desarrollo del potencial humano, en las unidades organicas administrativas y asistenciales.
Medicamentos de calidad para todos/as.	Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad.	Desarrollar la vigilancia y el uso racional de medicamentos según niveles de atecnión.
		Garantizar una atención oprtuna, eficaz, eficiente y con calidad en la disponibilidad y acceso a los medicamentos por el personal calificado.
Financiamiento en funcion de los recursos.	Fortalecer el rol de rectoria en los diferentes niveles de gobierno.	Implementar mecanisnos de monitoreo de eficiencia del gasto según las prioridades, para fortalecer las capacidades de gestión.
Desarrollo de rectoria del sistema de salud.		Lograr la optimizacion en los procesos de gestión para una adecuada organización administrativo-asistencial para una mejor prestación de servicios con indicadores de calidad.