

# PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

## 1.0 INTRODUCCION

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación.<sup>1</sup>

En el Perú inicialmente se disponía de estudios que median en parte, la magnitud de enfermedad mental para poblaciones específicas o datos a partir de información de uso de servicios de salud; los que identificaban como prioridades: violencia, abuso de sustancias psicoactivas, depresión, desórdenes psicóticos y crisis emocionales como consecuencia de los desastres entre otros.<sup>2</sup>

Desde el 2006 se dispone de estudios de Carga de Enfermedad en el país, que son una fuente valiosa de información para determinar prioridades, evaluar el impacto de los factores de riesgo y de las intervenciones en salud pública; y que sirven de evidencia para la formulación y sustento técnico reforma del sector salud en nuestra región y en el mundo. Ellos identifican 8 enfermedades mentales que más discapacidad producen entre las primeras 50 causas, con el siguiente orden: 3º Abuso de alcohol y dependencia, 5º Depresión unipolar, 12º Esquizofrenia, 20º Violencia, 24º Adicción a drogas, 34º Degeneración cerebral, demencia, 36º Trastorno de estrés postraumático y 38º Ataques de pánico.<sup>3</sup>

Históricamente las tendencias de conceptualización de los problemas mentales, han ido evolucionando desde la noción de locura o enfermedad psiquiátrica hacia la de salud mental, lo cual ha supuesto un cambio en la perspectiva de la acción, los medios, estrategias y políticas.

Trayendo consigo un cambio en la práctica de asilo y asistencia de los enfermos hacia planteamientos más modernos y humanitarios que propugnan la “despsiquiatrización” y “desmanicomialización” de los servicios. Este cambio ha puesto énfasis en la prevención de la enfermedad y sus secuelas, y en la promoción de estilos de vida y comportamientos de salud, considerando las estrategias de autocuidado individual y de participación activa de la comunidad y la sociedad en su conjunto.<sup>4</sup>

En 1999 en América Latina se reconoce un hito denominado “Acuerdo de Caracas”, donde los países de la Región declararon que “El hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos al:

---

<sup>1</sup> Estrategia y Plan de Acción Salud Menta OMS 2009)

<sup>2</sup> Subprograma de Salud Mental. Ministerio de Salud 2000 (Documento de Trabajo)

<sup>3</sup> Carga de Enfermedad y lesiones en el Perú. Ministerio de Salud 2008

<sup>4</sup> Lineamientos para la Acción Salud Mental Ministerio de Salud 2004

- a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social
- b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo
- c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental
- d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores

En ese sentido, se reconoce importantes avances en la reestructuración de servicios en Chile, Colombia Brasil y otros. Estos principios se han reafirmado en el 2005 y en la declaración de Brasilia, recientemente en Panamá.

Las Políticas del MINSA al respecto, aprobaron en el 2004 los “Lineamientos para la acción en Salud Mental”, seguidamente estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, en julio 2004, y actualmente se encuentra en la fase de implementación del Plan Nacional de Salud Mental, necesariamente intersectorial y descentralizado, con el propósito de que la sociedad en su conjunto asuma la responsabilidad que le compete y las tareas indispensables en el desarrollo de la salud mental.

Este plan define que la salud mental se encuentra seriamente afectada, que origina sufrimiento y discapacidad, responsables directos de efectos negativos en la productividad y desarrollo socioeconómico. Revertirla identifica como principal obstáculo que la salud mental enfrenta a la pobreza, que en el país es cerca del 54% de la población, con un 21.7% de pobreza extrema, con brechas en el acceso a los servicios, a la vez asociada a fenómenos tan negativos como desempleo, subempleo, desnutrición, carencias educativas, desprotección social y jurídica, o déficit de salud.

De los lineamientos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de son:

1. Fortalecimiento de la capacidad rectora del MINSA
2. Integración de la Salud Mental en la atención integral de salud
3. Reorientación de los servicios de Salud Mental, garantizando el acceso a la Atención y priorizando la intervención comunitaria
4. Impulso a las medidas de Promoción y Prevención de la Salud Mental, fomentando la participación ciudadana y la concertación intersectorial

Donde se identifica al segundo y tercer lineamiento el referido al modelo y organización de los servicios que prestan el servicio de atención psiquiátrica.

El Hospital “Víctor Larco Herrera”, es el Hospital Psiquiátrico más antiguo del país, se inauguró en 1918 con el nombre de Asilo Colonia de la Magdalena.

Actualmente está denominado como Hospital nacional especializado, responsable de brindar servicios de salud con atención en Psiquiatría y Salud Mental. Es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, con autonomía administrativa y cuenta con un Plan Estratégico Institucional 2008 – 2011, en el que plasma los nuevos enfoques de la política del sector y recoge la problemática de salud de la jurisdicción institucional. Enmarca sus acciones en:

1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio
2. Los Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2020
3. Lineamientos de Política de Salud 2007-2020
4. El Acuerdo Nacional
5. El Plan Nacional Concertado de Salud

Los Lineamientos de Gestión del Ministerio de Salud, como:

1. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad
2. Desarrollo de los Recursos Humanos
3. Medicamentos de calidad para todos
4. Participación ciudadana en salud
5. Mejora de otros determinantes de la salud

Propone de los Objetivos Sanitarios Nacionales, trabajar intensamente en:

Objetivo 6: mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.

Objetivo 10: mejorar la calidad de vida del discapacitado, disminuyendo su discapacidad rehabilitable y ampliando su acceso a una atención integral de salud.

Si bien el ámbito de responsabilidad de la DISA Lima Ciudad a la que pertenece el HVL comprende los distritos Magdalena, San Miguel, Pueblo Libre, Miraflores, San Isidro y otros; la población que atiende por ser especializado, proviene de otras DISAs, que en unos casos no cuentan con atención de salud mental y en otros atienden minusvalías físicas; los otros principales distritos de donde proviene la demanda corresponden a las DISAs Callao y Lima Sur: Callao, Barranco, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Santiago de Surco y otros.

En el marco de estos antecedentes, la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera ha decidido identificar y priorizar los requerimientos de intervención operativa, tangibles e intangibles necesarios para lograr un Establecimiento Hospitalario, integrado al Sistema, con la capacidad resolutive idónea, de acuerdo a principios de racionalidad, calidad, eficiencia y competitividad a través del Documento Técnico de Gestión a mediano plazo denominado "Plan Maestro de Inversiones del Hospital Víctor Larco Herrera".

Preliminarmente se estima que el Hospital resultante del Estudio, como parte de los 3 centros especializados de atención Psiquiátrica Lima para el subsector MINSa, constituye un importante punto de referencia de centros asistenciales menores de acuerdo a la organización de categorías asistenciales vigentes.

## **2.0 OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **2.01 Generales**

Responder a las necesidades de la población beneficiaria del hospital 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.

### **2.02 Específicos**

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.

Conseguir el objetivo descrito, implica asimismo, cooperar en el reforzamiento y mejoramiento funcional de la Red de servicios de salud mental del ámbito de influencia, con incidencia en la articulación con el desarrollo de centros comunitarios, como casas de medio camino, pensiones protegidas, albergues, hospitales de día, talleres protegidos, clubes para pacientes, y propiciar el fortalecimiento de la capacidad de administración, operación y mantenimiento de los establecimientos de salud de la zona.

Para ello, será indispensable, determinar el estado situacional de los servicios de salud relacionados con el Estudio, caracterizar y dimensionar la demanda actual y proyectada de servicios de salud para la categorización otorgada de Establecimiento de Salud; identificar y potenciar la Oferta o capacidad resolutoria existente con un enfoque sistémico, y proponer aquel que le permita brindar en forma adecuada los servicios de salud a la población no asegurada.

### **2.03 Justificación**

#### **2.03.1 MINSA**

La Resolución Ministerial N° 386-2010/MINSA, del 07 de Mayo del 2010, aprueba la Directiva Administrativa N° 161-MINSA/OGPP V.01 "Directiva Administrativa para la Elaboración del Plan Maestro de Inversiones en Hospitales e Institutos", elaborada por la Oficina de Proyectos de Inversión de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto del ministerio de Salud.

El Plan Maestro de Inversiones (PMI) en Hospitales e Institutos es un instrumento de planificación, negociación y gestión de los procesos de inversión en el corto, mediano y largo plazo, destinados a fortalecer la capacidad de estos Establecimientos, y asignando sus recurso de manera eficiente.

Este documento de gestión debe ser formulado y aplicado obligatoriamente en cada Hospital o Instituto Especializado del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces en el ámbito regional.

#### **2.03.2 Sistema Nacional de Inversión Pública**

La normatividad de la Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, condiciona la ejecución de las inversiones en los Hospitales públicos a la viabilidad técnica y económica de los Estudios de Pre Inversión correspondientes.

### 2.03.3 Desarrollo Institucional

Para conseguir su modernización y crecimiento integral, el Hospital Víctor Larco Herrera necesita contar con una percepción global de su desarrollo, reestructurando su modelo de atención, definiendo previamente su perfil de complejidad y la dimensión y articulación funcional de sus servicios, con racionalidad, seguridad y confort; concretamente, contar con el instrumento técnico de apoyo a la gestión que permita orientar en forma racional y oportuna la asignación y aplicación de recursos necesarios para su desarrollo.

El “Plan Maestro de Inversiones” constituye este instrumento que concertadamente, definirá la naturaleza, la prioridad funcional y la oportunidad de las intervenciones necesarias para lograrlo, las que no deben percibirse en forma aislada, sino que interrelacionadas, como parte de un proceso único, consistente con la capacidad de ejecución y financiamiento disponible.

### **3.0 MARCO NORMATIVO DEL PLAN MAESTRO DE INVERSIONES**

Un Estudio como el Plan Maestro de Inversiones en cualquier Institución pública, necesariamente tiene que insertarse dentro de las políticas, objetivos estratégicos, y otras acciones delineadas por la superestructura normativa nacional, sectorial e institucional; en consecuencia, sus planteamientos, como es un Programa de Inversiones en el mediano plazo, tendrá el sustento y viabilidad que le permita a la Entidad Formuladora asegurar su implementación.

Las políticas, estrategias, planes y programas del Sector que sustentan el desarrollo institucional del Hospital Víctor Larco Herrera, emanadas del Ministerio de Salud en los periodos recientes, favorecen significativamente este propósito; lineamientos como el Plan Nacional Concertado de Salud 2007, el Plan Estratégico Sectorial Multianual, la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz que pertenece a la Dirección Ejecutiva de Salud Integral de la Dirección General de Salud a las Personas del MINSA central, entre otros que se desarrollan más adelante, constituyen una referencia necesaria a fin de visualizar las condicionantes y determinantes relacionadas con la solución al problema identificado

#### **3.01 PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007**

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) 2007-2020, aprobado por Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, es el resultado de un proceso técnico, político y social, y constituye un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán, mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de las menos favorecidas en un horizonte futuro.

Mediante este instrumento se busca mejorar el estado de salud como un derecho fundamental de la población, reconociendo la interculturalidad y biodiversidad del país, con un enfoque de género.

En el PNCS se presenta la problemática de la salud del país abordada desde tres aspectos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento del sistema de salud, y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud. Este último aspecto, tan importante como los demás, porque existe el convencimiento que la salud de la población trasciende los límites del sector, demandando en su atención, la participación de otros sectores en la planificación integral, respecto a temas ligados a agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza, entre otros.

Por las complejas características de concertación, compromisos intersectoriales, su esperada acción a lo largo del tiempo, la diversidad de sus contenidos temáticos y lo estratégico de sus acciones, el Plan Nacional Concertado de Salud requiere de una estrategia dinámica participativa para su vigilancia, monitoreo y evaluación.

Para realizar las evaluaciones y vigilancia del PNCS es necesario incorporar sus contenidos en el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM), en la programación anual regular del sector salud, de los gobiernos regionales, locales, promover su inclusión en otros sectores y; en los documentos institucionales, como el Plan Estratégico Institucional (PEI).

### 3.01.1 Visión del PNCS

#### Salud para todos y todas

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana; con una Sociedad Civil organizada, Gobiernos Locales, Gobiernos Regionales y Gobierno Nacional que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común.

Así mismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones integrales de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.

### 3.01.2 Problemas, lineamientos de política y estrategias de salud 2007 – 2020

En el Documento: “Plan Nacional Concertado de Salud”, se hace un análisis y se definen las políticas y estrategias sectoriales en cada uno de los aspectos antes señalados y que se muestran en Apéndice de Anexos, adjunto al presente Estudio, como Anexo N° 1. En los párrafos siguientes se reseña un extracto del PNCS, referido específicamente a lo que corresponde a los objetivos del Plan Maestro de las Inversiones en el Hospital Víctor Larco Herrera.

#### 3.01.2.1 Los Problemas Sanitarios

Se reseñan aquí, solo aquellos con marcada incidencia en la temática del Estudio:

- Deficiente salud mental en la población:

En nuestro país se han desarrollado diferentes experiencias y procesos técnicos y sociales para identificar los principales problemas de salud, así como iniciativas políticas de concertación y acuerdos con el fin de dirigir los esfuerzos y recursos para enfrentarlos. Una de los más importantes Problemas Sanitarios se refiere a la alta prevalencia de violencia intrafamiliar, pandillaje, violencia social, adicciones y enfermedades neuropsiquiátricas (depresión, psicosis, intento de suicidio).

En el enfoque de derechos, la persona humana se realiza plenamente al disfrutar de la salud física, mental y social, accede a oportunidades que permiten el desarrollo máximo de sus capacidades y es consciente de su rol como ciudadano. La salud mental constituye entonces un derecho humano fundamental. En este contexto, en el Perú, como en otras partes del mundo, se considera que aún no se ha logrado un nivel aceptable de salud mental.

No existe información epidemiológica completa acerca de la salud mental en el Perú; sin embargo, algunos indicadores disponibles ratifican las tendencias mundiales. Respecto a la Depresión y Ansiedad, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (INSM, 2002) muestra una prevalencia de vida del 19% para depresión en general (14.5% para varones y 23.3% para mujeres). Sobre los trastornos de ansiedad, este mismo estudio muestra una prevalencia de vida de 25.3% (20.3% para varones y 30.1% para mujeres). La prevalencia de vida de los trastornos psiquiátricos en general en Lima Metropolitana y Callao es de 37.3%.

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (INSM, 2003) muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos del 17%, cifra similar a la ya mencionada, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13.3% y 20.5% respectivamente. La prevalencia anual es del 7.4%. La cifra mayor en prevalencia de vida son los trastornos de ansiedad con un 21.1%. Se observa más frecuente en las mujeres (25.3%) que en los varones (16.6%).

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana (INSM, 2004) encontró que más de un tercio de la población de estas ciudades (39.3%), alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico. El estudio muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos en general del 21.9%, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13.5% y 29.2% respectivamente. Sobre los trastornos de ansiedad, este mismo estudio muestra una prevalencia del 18.3% (14.3% para varones y 21.8% para mujeres).

El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (Instituto de Medicina Legal, 2001), en una relación de 2:1 entre hombres y mujeres. En el último estudio publicado por el INSM (1998) se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), psicopatológicos (17.6%), laboral-económico (2.2%), enfermedad física (0.8%). Tres cuartas partes de los suicidios están relacionados a alguna forma de depresión: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23.8% está asociado también, con abuso de alcohol y sustancias.

El estudio de carga de enfermedad del MINSa reporta cifras muy elevadas de la depresión y otras enfermedades psiquiátricas. El ajuste de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA o AVAD) con datos nacionales de morbilidad demostraron que la depresión se encuentra en el primer lugar de carga de enfermedad y produce una gran cantidad de años de vida perdidos por discapacidad.

Según estos resultados, la carga de enfermedad por las enfermedades psiquiátricas es tan alta como la de países desarrollados y según las estimaciones realizadas se espera que estas enfermedades continúen incrementándose.

### Consumo y abuso de sustancias

Según la Encuesta Nacional de Prevención y Uso de Drogas los dependientes del consumo de drogas principalmente lo son de alcohol y tabaco, (10.1% y 8.1 % de la población encuestada, respectivamente), mientras que las dependencias a marihuana, pasta básica de cocaína, clorhidrato de cocaína, inhalantes y tranquilizantes sumaron el 0.78%. Esta misma tendencia se mantiene según la encuesta nacional de DEVIDA (2002), la cual nos muestra que el 94.2% de personas encuestadas han consumido alcohol, un 68% ha consumido tabaco, un 5.8 % ha consumido marihuana, pasta básica de cocaína (2.1%), clorhidrato de cocaína (1.8%), inhalantes (1%), tranquilizantes (6.5%). Si bien estos porcentajes no indican dependencia, sí nos muestran la tendencia de consumo y preferencias de la población.

La prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia a alcohol en Lima se encontró en 5.3%, en la sierra fue de 10%, en la selva de 8.8% y 9% en fronteras. En la población de Ayacucho dicha prevalencia es del 15% en general y 27.8% en el caso de los varones. También se han encontrado prevalencias anuales importantes en Tumbes 14.3% y Puerto Maldonado 14.1%, seguidas por Iquitos 9.8% y Cajamarca 8%.

Las violencias son expresión dramática del conjunto de condiciones de vida inhumana a que está sometida la población peruana (política, socioeconómica, familiar, de vínculos

violentos o de abandono). En los estudios ya mencionados del INSM (2002) la prevalencia de tendencias violentas es del 30.2% de la población encuestada (entre 18 y 91 años). Asimismo, en la sierra peruana (2003) encontramos una prevalencia de vida de conductas violentas del 27.5%, incluyendo peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores, y en la Selva Peruana (2004) menciona una prevalencia de vida de tendencias violentas del 26.5%.

En relación a la violencia contra la mujer la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2000), el 41% de las mujeres “alguna vez unidas” ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente; el 83% a veces y el 16% con frecuencia. En relación al maltrato psicológico, se han identificado situaciones de control (34%) “la ignora o es indiferente”; situaciones de agresión verbal (48%) “la grita cuando le habla” y amenazas (25%) “me tienes cansado, me voy de la casa”.

Según ENDES (2004), la forma más común de violencia reciente son los “empujones”, “sacudidas” o “le tiraron con algo”, informada por el 11% de las mujeres alguna vez unidas; y las abofeteadas o retorcidas de brazo (8%), situaciones que se observan especialmente entre las mujeres que residen en la Sierra, las que tienen educación secundaria y las de menor edad (15 -24 años). Según reportes del Instituto de Medicina Legal (2001), de todos los casos de delito contra la libertad sexual, 73% de las víctimas son mujeres de todas las edades; el 94% de hombres abusados son menores de 17 años. Del total de víctimas, el 9.7% tiene entre 0 y 5 años; el 27.5% entre 6 y 12 años; el 51.1% entre 13 y 17 años.

Según estos datos, la infancia y adolescencia son los grupos más vulnerables a la violencia sexual, especialmente las niñas y las adolescentes. En el estudio global multicéntrico (2005) se reporta que el 69% de las mujeres de las zonas rurales del Cusco y el 51% de las mujeres de Lima sufrieron alguna vez sufrieron violencia ya sea física o psicológica. De hecho, las mujeres rurales del Cusco son las que reportan la mayor prevalencia de vida de violencia física severa entre todos los sitios estudiados (Etiopía, Japón, Brasil, Tanzania, Bangladesh, Samoa, Tailandia, Namibia y Serbia –Montenegro), y las mujeres de Lima ocupan el tercer lugar.

Este estudio de varios países muestra que la violencia contra la mujer en nuestro país constituye un problema de salud pública que requiere atención prioritaria. Se ha demostrado que las mujeres adultas con depresión y antecedente de abuso sexual en la infancia presentan un menor volumen en el hipocampo. Este fenómeno no se observa en mujeres con depresión sin el antecedente de trauma sexual temprano.

En relación al acceso a los Servicios de Salud Mental en Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 24,5% accedió a los servicios de salud.

Los aspectos que se encontraron relacionados a acceso fueron: la edad, el estado civil, la comunicación familiar, compromiso religioso y la pertenencia a un sistema de seguro. Los motivos que adujeron los informantes para no buscar atención fueron en orden de frecuencia: “lo debía superar solo” 59,4%, “no tenía dinero” 43,4%, “falta de confianza” 36,9%, “duda del manejo del problema por los médicos” 30,8% entre otros; se remarca la influencia de los factores culturales y en cierta medida económicos. El factor pobreza no es todavía un determinante del acceso a la atención de salud mental en Lima Metropolitana, pues priman los aspectos culturales. En el caso de la sierra y la selva peruana, el nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental, sólo el 13,9% y 14,3% de la sierra y la selva respectivamente accedió a servicios de salud. Al igual que en Lima, la mayoría alude como motivo de no acceso el que “lo debería superar solo” (50,2%).

### Escaso Aseguramiento Universal

Un porcentaje significativo de la población en el Perú se encuentra totalmente desprotegida ante eventos de enfermedad, poniendo en riesgo no sólo el estado de salud de los individuos sino también la estabilidad financiera de los hogares. Así, se observa que 64% de la población no se encuentra afiliado a ningún tipo de seguro, público o privado, explicado básicamente por los bajos niveles de empleo en el país que limitan el acceso a la seguridad social, así como por los bajos niveles de ingreso de la población que les impide tomar coberturas bajo mecanismos de aseguramiento contributivos. Sólo el 35% de la población en situación de pobreza cuenta con alguna cobertura de seguros.

Cabe señalar que, si bien el nivel de aseguramiento es aún bajo, este ha mostrado un crecimiento importante en los últimos de 10 años, debido a la creación del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil, integrados en el año 2002 con el Seguro Integral de Salud, los que han permitido financiar la atención de salud de las madres gestantes, niños y adolescentes de menores recursos.

#### 3.01.2.2 Los Lineamientos de Política

### Aseguramiento Universal

Todos los peruanos tendrán acceso a un seguro de salud, que les garantice todo un conjunto de prestaciones, independientes del sistema de aseguramiento que elijan.

El aseguramiento universal en salud será progresivo empezando con la población en pobreza y extrema pobreza para continuar con los demás segmentos de población, haciendo así, más equitativo el sistema de salud y acceso a los servicios de salud de calidad.

Para ello, el Seguro Integral de Salud como organismo asegurador y financiador público debe fortalecerse en sus aspectos de afiliación, auditoría y transferencias financieras.

Las modalidades de regímenes que se desarrollarán son la subsidiada, la semicontributiva y la contributiva, para ello se regulará el aseguramiento a través de normas que definan claramente sus etapas de desarrollo.

Para garantizar la atención de la salud a la población y el acceso universal equitativo y solidario a los servicios de salud es necesaria la articulación efectiva del sistema de salud en función de la atención de la demanda y necesidades básicas de salud de la población.

Para tal efecto, los diferentes integrantes del sistema de salud, tanto público como privado, deben establecer redes funcionales de servicios de salud que permitan un intercambio de prestaciones, ofertándolos con el mismo estándar de calidad y sin discriminación de la condición económica de los beneficiarios.

Por otro lado, deben estar organizados a través de una cartera de servicios acreditados por establecimiento, respetando la autonomía y recursos de las instituciones que lo integran. El Sector Salud brindará servicios de atención integral con criterios de equidad, género, interculturalidad, calidad y sostenibilidad, con el fin de hacerlos accesibles a la población en general, con especial énfasis, a las poblaciones pobres o en extrema pobreza y aquellos grupos de población que tienen mayor vulnerabilidad por su origen étnico, condiciones hereditarias, adquiridas y en situaciones de emergencia.

## Desarrollo de los Recursos Humanos

El instrumento fundamental para lograr el cambio responsable del sistema de salud es el capital humano.

La Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos debe responder a las necesidades del sistema de salud; en ese sentido, debe garantizarse una adecuada formación de Recursos Humanos que permita el conocimiento y habilidades adecuadas de la ciencia médica, complementada con destrezas que permitan enfrentar la heterogeneidad de la realidad sanitaria.

Es necesario garantizar una adecuada motivación del personal de salud a través de una política de incentivos, en especial para los trabajadores de salud que laboran en ámbitos desfavorables.

## Medicamentos de calidad para todos/as

Lograr el acceso universal a medicamentos de calidad requiere una efectiva función reguladora del Estado; así mismo, de mecanismos de economía de escala que permita precios accesibles a las diferentes economías de la población.

Por otro lado, debe procurarse el uso racional del medicamento asegurando la existencia de un petitorio nacional de medicamentos moderno y eficaz que responda a las necesidades de la población.

## Financiamiento en función de resultados

El financiamiento concebido como inversión social debe estar orientado a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; es decir, debe también estar orientado a incidir favorablemente sobre los determinantes de la salud.

La gestión de los recursos financieros debe estar orientada al logro de resultados en el marco de los objetivos institucionales; es decir, su optimización con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

El financiamiento será progresivo e incrementado en función a los resultados obtenidos.

### 3.01.2.3 Las Metas, Estrategias e Intervenciones

#### Objetivo Estratégico:

Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.

#### Metas 2011

1. Se ha reducido en 30% la percepción de violencia intrafamiliar en escolares del nivel secundario.
2. El 50% de pacientes en condición de pobreza y con problemas de salud mental acceden a tratamientos de control o rehabilitación.
3. El 70% de las personas afectadas por la violencia política mejoran su estado de salud mental.

#### Estrategias e intervenciones:

1. Incorporar las prestaciones de salud mental en el Plan Universal de Salud, incluyendo medicamentos para los problemas prevalentes.
2. Fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención
3. Los municipios desarrollan programas de promoción de la salud mental.
4. Apoyar la acción intersectorial y la formación de redes de apoyo sociales para personas con secuelas de la violencia política en zonas afectadas.
5. Generar espacios saludables que fomenten Unión Familiar (Parques, Escuelas de Padres, Juntas Vecinales, Grupos Juveniles).
6. Creación de grupos de ayuda mutua para atención de los pacientes alcohólicos
7. Diseñar y aplicar mecanismos, instrumentos y procedimientos para la mejora continua de la calidad de los servicios de atención, recuperación y reinserción de las mujeres víctimas de violencia.
8. Promover el deporte y espacios de esparcimiento para las diferentes etapas de vida.

#### Objetivo Estratégico:

Lograr el aseguramiento universal en salud, otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad.

#### Metas al 2011:

1. Incrementar el aseguramiento en salud a través del SIS, de 4'653,421 a 11 millones de ciudadanos en situación de pobreza y extrema pobreza.
2. Incrementar del 43% al 80% de la población que está afiliada a un seguro de salud con cobertura del Plan de Salud.
3. 40% de la población independiente no asalariada está afiliada a un seguro de salud con cobertura del plan garantizado.

#### Estrategias e intervenciones:

1. Definición del marco general del aseguramiento universal
2. Definición establecida por ley del plan universal de salud para toda la población
3. Incrementar el financiamiento público.
4. Implementación del Plan Universal de Salud en los planes de beneficio del SIS, EsSalud, EPS y seguros privados.
5. Desarrollo de mecanismos e implementación de arreglos institucionales (incluye la definición de equivalencias de unidades de pago y sistema de información) para el intercambio y pago de prestaciones entre los distintos actores del sistema
6. Aplicar el SISFOH en la identificación de población beneficiaria del financiamiento público.
7. Regulación y supervisión de las garantías establecidas en el Plan Universal de Salud
8. Adecuación de los servicios de salud para el cumplimiento de las garantías establecidas en el plan: ampliación de la oferta de servicios para la población rural y aumento de la capacidad resolutoria con el rediseño de procesos de atención de acuerdo a los protocolos establecidos

#### Objetivo Estratégico:

Mejorar progresivamente la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del Sector, según las necesidades y demanda de los usuarios.

#### Metas al 2011:

1. Ampliar y mejorar la infraestructura, equipamiento y organización de los establecimientos de salud del Sector en 50% en las áreas de mayor pobreza mediante la construcción de 80 módulos ecológicos de salud.
2. Mejorar la calidad de los servicios de salud que garantice una atención segura para que la percepción de buena calidad se incremente al 80%.
3. El 25% de los establecimientos públicos han logrado su acreditación.
4. Incrementar la atención en salud para los pobladores que viven en las zonas más alejadas y excluidas de 5% a 30%.
5. Construcción de 14 nuevos hospitales a nivel nacional con infraestructura acorde a la región y demanda que cuente con tecnología de punta.
6. Fortalecer, rehabilitar y actualizar el 80% de los hospitales y centros de salud disponibles en la actualidad.

#### Estrategias e intervenciones:

##### Ampliación del acceso a servicios de salud

1. Crear incentivos laborales para las zonas rurales y de menor desarrollo, con miras a garantizar personal idóneo.
2. Establecer mecanismos de uso compartido de servicios a través del intercambio de servicios entre EsSalud, el MINSA y la sanidad de las FF.AA. y FF.PP.; así como con los servicios privados.
3. Estandarizar procedimientos y protocolos para intercambio de servicios.
4. Organizar equipos de atención itinerante para los centros poblados dispersos de la sierra y de la selva.
5. Establecer mecanismos fluidos de referencia entre el nivel I, II y III.
6. Programar atención especializada (en las atenciones más frecuentes y en las intervenciones electivas que sea factible) en el primer nivel de atención de las zonas rurales.
7. Programa de reducción de los riesgos a los eventos adversos (sistema de identificación, registro, reporte, notificación, procesamiento, análisis y reducción de los Eventos Adversos (EA), en hospitales públicos
8. El 100% de las unidades de sangre deberán estar certificadas como Sangre Segura y el 30 % deberá provenir de donantes voluntarios.

##### Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de servicios de las redes y microrredes de salud

1. Categorizar los establecimientos de salud públicos y privados.
2. Formular un Plan Maestro de Inversiones en hospitales, redes y microrredes, que precise las necesidades de ampliación o de nueva infraestructura de salud para todo el departamento; el que debe incluir presupuesto para el mantenimiento de los equipos.
3. Formular los perfiles de Preinversión de las regiones, precisar los arreglos y compromisos institucionales para las inversiones con los otros niveles de gobierno y gestionar la ejecución de los proyectos de inversión.
4. Saneamiento legal de los establecimientos prioritarios
5. Diseñar la estructura de niveles de complejidad de los establecimientos de salud y las rutas de referencia y transporte.
6. Implementar un programa de mantenimiento de equipos.

##### Implementación del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad en Salud

1. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

2. Plan Nacional para la Seguridad del Paciente y reducción de Eventos Adversos
3. Proyectos de Mejora Continua (PMC) en establecimientos de salud
4. Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
5. Medición del índice de insatisfacción de los usuarios externos–SEEUS y la medición de la satisfacción del Usuario Interno - Clima Organizacional
6. Medición del manejo estandarizado

Objetivo Estratégico:

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población.

Metas al 2011:

1. Acreditar al 100% de instituciones formadoras en salud.
2. 100% de las regiones más pobres del país incrementarán al 50% sus recursos humanos en salud.
3. Las regiones han implementado el modelo de gestión por competencias.

Estrategias e intervenciones:

1. Incorporación de los lineamientos de política de recursos humanos en las políticas públicas regionales y locales
2. Acreditación de instituciones formadoras y certificación de la competencia profesional
3. Incorporación de los Planes de desarrollo de recursos humanos en el presupuesto regional y local
4. Ampliación y redistribución de las plazas de los recursos humanos de establecimientos de salud hacia los sectores más pobres
5. Implementación del modelo de gestión por competencias en las regiones

Objetivo Estratégico:

Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad garantizada; así como el uso racional de los mismos.

Metas al 2011:

1. 100% de los medicamentos trazadores están disponibles en todos los establecimientos públicos de salud.
2. 100% de los medicamentos prescritos en el sector público pertenecen al petitorio único de medicamentos esenciales.

Estrategias e intervenciones:

1. Transparentar información para reducir la asimetría de información sobre calidad, precios y disponibilidad. Se requiere implementar un observatorio nacional de medicamentos y un sistema de difusión al usuario.
2. Implementación del Petitorio Nacional Único de medicamentos esenciales en el sector público. Es indispensable que el Petitorio esté ligado a la definición de un paquete de atención.
3. Implementación de mecanismos de compras corporativas del petitorio de medicamentos.
4. Implementación del sistema de aseguramiento de la calidad que incluye el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura y de mantenimiento de los medicamentos.

5. Acción multisectorial para la disminución del contrabando, comercio informal y falsificación de productos farmacéuticos, a partir de la aplicación de un marco legal revisado y mejorado
6. Integrar y alinear los procesos logísticos y financieros en función a las necesidades sanitarias locales.
7. Implementar un sistema de abastecimiento único.
8. Campañas de información sobre los medicamentos genéricos para evitar la automedicación.

### **3.02 EL PLAN ESTRATEGICO SECTORIAL MULTIANUAL**

El Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2008-2011, elaborado en el marco del PNCS y las políticas nacionales, aprobado por Resolución Ministerial N° 165-2009/MINSA el 16 de Marzo de 2009, establece los lineamientos de política sectorial que sirvan de marco para priorizar los objetivos y acciones dentro del Sector Salud.

El PESEM es un instrumento de gestión y apoyo para continuar el proceso de modernización del Sector Salud en el Perú; constituye una herramienta para la planificación y el diseño de las intervenciones sanitarias, acorde con las necesidades y problemas relevantes de la población; así como para la correcta orientación de los recursos y financiamiento de la salud.

Entre los principales objetivos que tiene el Sector Salud, está el incremento de la cobertura, la mejora continua que brindan los Establecimientos de salud, y que la gran mayoría de la población acceda al aseguramiento de salud vía el financiamiento del Seguro público, a través del Seguro Integral de Salud.

Dentro de las prioridades sanitarias y orientaciones sectoriales establecidas en el PESEM, se resalta la deficiente Salud mental de la población, por la alta prevalencia de la violencia intrafamiliar, adicciones, violencia social, incremento de enfermedades neuropsiquiátricas (depresión, psicosis, intento de suicidio).

#### **3.02.1 Misión**

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.

#### **3.02.2 Visión del Sector (extraído del PNCS)**

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad y de una activa participación ciudadana.

Con el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno local, y la Sociedad Civil, que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien Común.

Asimismo, las instituciones del sector salud, se articulan para lograr un Sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda Servicios de calidad y accesibles, que garantiza un Plan Universal de prestaciones integrales de salud, a través del Aseguramiento Universal y un sistema de protección social.

### **3.03 EL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, es el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, sean éstas públicas, privadas o mixtas, el mismo que está traducido en un plan de Beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

En el Documento: “Plan Esencial de Aseguramiento en Salud” se plantea el listado de condiciones asegurables, que se muestran en Apéndice de Anexos adjunto al presente Estudio, como Anexo N° 2. En los párrafos siguientes, se reseña un extracto del PEAS, referido específicamente a lo que corresponde a los objetivos del Plan Maestro de las Inversiones en el Hospital Víctor Larco Herrera.

El PEAS tiene como objetivos específicos: describir el listado de prestaciones, condiciones e intervenciones del Aseguramiento Universal en Salud; definir las garantías explícitas de oportunidad, y calidad de las prestaciones, para su implementación progresiva; y contribuir a reducir la carga de enfermedad a nivel nacional y regional.

#### Listado de condiciones asegurables del PEAS

En el listado se plantea un conjunto de intervenciones dirigidas respectivamente a: población sana, gineco-obstétrica, condiciones pediátricas, condiciones neoplásicas, condiciones transmisibles y condiciones No transmisibles.

En el detalle de las condiciones No transmisibles se refiere a la Salud Mental, específicamente a la Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión y Alcoholismo.

### **3.04 “LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL” MINSA 2004**

Objetivos para la acción en Salud Mental

1. Institucionalizar el componente de salud mental como inherente y necesario dentro del enfoque integral de salud, contando para ello con un Órgano de Dirección de Salud Mental que garantice su prioridad política a través de compromisos orientados hacia un nuevo Modelo de Atención en Salud Mental, articulado al Modelo Integral de Salud, lo cual debe reflejarse en la legislación, planificación y presupuesto del sector y otros involucrados.
2. Garantizar el acceso equitativo y la cobertura de la atención y rehabilitación de los trastornos y problemas de salud mental prevalentes, asegurando la atención gratuita de las emergencias, incluyendo las de salud mental, y desarrollando modelos acordes a nuestra realidad cultural, con especial énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria de salud.
3. Legitimar socialmente la importancia de la prevención y promoción en salud mental, desarrollando estrategias que fomenten estilos y ambientes saludables en la familia, escuela, trabajo y comunidad en general, que contrarresten el impacto de la anomia y la exclusión social.

4. Institucionalizar espacios de concertación multisectorial en el Estado y con otros actores de la sociedad civil (educadores, policías, religiosos, empresarios, ONGs, defensores de derechos humanos), propiciando la co-responsabilidad para la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación de planes globales y locales de salud mental, como una tarea de todos y todas.
5. Crear un sistema de información en salud mental, integrado a los sistemas de salud y otros, basado en indicadores positivos y de morbilidad, los que servirán para la definición de las prioridades y para el diseño, planificación y evaluación del quehacer en salud mental.
6. Mejorar la calidad de la atención en salud mental, garantizando la formación, supervisión y soporte (emocional, legal y técnico) de los recursos humanos del sector y otros afines; la eficacia de los modelos y propuestas, la eficiencia de los servicios, la optimización de la infraestructura, y el fortalecimiento de los procesos de planificación, monitoreo y evaluación.
7. Impulsar la organización y planificación de la acción co-responsable de pacientes, ex-pacientes y familiares, involucrándolos en los procesos de atención, rehabilitación y reinserción social.

### **3.05 POLÍTICAS, OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ DEL MINSA 2005**

Los Objetivos son:

1. Asumir el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las Políticas, Planes y Estrategias de Salud Mental en el país.
2. Posicionar a la Salud Mental como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo nacional sostenible.
3. Implementar el Modelo de Atención Integral Comunitaria en Salud Mental y Psiquiatría.
4. Fortalecer y desarrollar el potencial humano en Salud Mental.
5. Garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos necesarios para la atención psiquiátrica.
6. Desarrollar un programa de Reparaciones en Salud, para contribuir a que la población afectada por la violencia política recupere la salud mental y física.

### **3.06 LA MATRIZ DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ 2010**

Se enuncian los principales Objetivos generales y específicos, pero se expone con énfasis el tercer Objetivo que está relacionado al quehacer del HVL a continuación:

#### **OBJETIVO GENERAL 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**

#### Objetivo Específico 1.1

Colocar en la agenda pública las políticas, prioridades, enfoques y normativa en salud mental, como resultado de un proceso intenso de abogacía sectorial e intersectorial, a nivel nacional, regional y local.

### Objetivo Específico 1.2

Crear un sistema de información e investigación intersectorial en salud mental que centralice información, investigue causas y factores de riesgo, prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, identifique experiencias exitosas y difunda esta información a los sectores público y privado.

## OBJETIVO GENERAL 2

FORTALECER EL ROL RECTOR DEL MINISTERIO DE SALUD 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.

### Objetivo Específico 2.1

Elaborar y conducir las políticas y planes de salud mental, recogiendo opinión de los sectores público y privado.

### Objetivo Específico 2.2

Concertar acciones de salud mental con otros sectores y la sociedad civil.

### Objetivo Específico 2.3

Implementar un Sistema de Planificación, Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Sistematización en Salud Mental, de carácter intra e intersectorial

## OBJETIVO GENERAL 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

### Objetivo Específico 3.1

Desarrollar un Modelo de Intervención Integral en Salud Mental, descentralizado, con participación comunitaria, el cual incluya la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Implementar un Sistema de Planificación, Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Sistematización en Salud Mental, de carácter intra e intersectorial.

### Objetivo Específico 3.2

Promover el acceso equitativo y uso racional de los medicamentos esenciales y los que sean necesarios a través de la implementación de estrategias orientadas al éxito de la atención psiquiátrica

### Objetivo Específico 3.3

Fortalecer y desarrollar el potencial de los recursos humanos en salud mental.

### Objetivo Específico 3.4

Asegurar la participación de usuarios de servicios, familiares de pacientes y organizaciones comunitarias.

### Resultados esperados

Servicios de salud mental y psiquiatría, reestructurados y orientados hacia un nuevo Modelo de Atención Integral Comunitario y Descentralizado

### 3.1 Indicadores

- Número de instituciones y servicios en salud mental reestructurados y reorientados, anualmente
- Número de camas en hospitales generales para internamientos cortos por problemas de salud mental, anualmente
- Tiempo de espera por cada usuario, estandarizado
- Tiempo de atención por cada usuario, estandarizado
- Número de casos atendidos por servicio ambulatorio, anualmente
- Número de equipos de primer nivel capacitados en detección e intervenciones iniciales en salud mental
- N° de servicios de salud mental con programas de rehabilitación
- Número de casos atendidos en servicios especializados descentralizados
- Número de casos atendidos por red comunitaria en funcionamiento, anualmente
- Número de redes comunitarias funcionando y coordinando intersectorialmente

### 3.1 Acciones prioritarias

- Fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud
- Desarrollo de estrategias preventivas a partir de la investigación epidemiológica
- Inicio de un proceso gradual de reorganización de los servicios: desinstitucionalización gradual de hospitales psiquiátricos hacia otros comunitarios, según Acuerdos de la Declaración de Caracas, 1990. Igualmente, propiciar la creación de servicios comunitarios, los cuales permitan la institucionalización paulatina de los pacientes: casas de medio camino, pensiones protegidas, albergues, hospitales de día, talleres protegidos, clubes para pacientes y proporcionar servicios a las familias, en cuyo seno van a vivir los pacientes que salen de los hospitales psiquiátricos.
- Formación de equipos especializados que se movilicen entre niveles, capacitando y complementando la atención regional y local
- Creación y/o fortalecimiento de servicios de salud mental y psiquiatría en hospitales generales, que incluyan la atención ambulatoria y Hospitalización completa y parcial
- Fortalecimiento de los primeros niveles de atención en enfoques y metodologías de salud mental
- Articulación de servicios y redes descentralizadas comunitarias, según jurisdicciones

## OBJETIVO 4

PROMOVER LA EQUIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN TÉRMINOS DE ESTRATO SOCIAL, GÉNERO, CICLO DE VIDA Y DIVERSIDAD CULTURAL, DANDO ATENCIÓN DIFERENCIADA A LAS POBLACIONES VULNERABLES, ESPECIALMENTE A LAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLÍTICA.

### Objetivo Específico 4.1

Favorecer el desarrollo de capacidades y la recuperación integral de las poblaciones vulnerables, especialmente las afectadas por la violencia política.

### Objetivo Específico 4.2

Garantizar la cantidad, preparación y distribución equitativa de los recursos humanos de los sectores del estado, privados y otros, para la atención adecuada de las poblaciones vulnerables.

### Objetivo Específico 4.3

Identificar e incluir en la promoción, prevención y tratamiento en salud mental, prácticas culturales favorables a ella.

### **3.07 PLAN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD LIMA CIUDAD 2009-2011**

A pesar de la autonomía del Hospital, es importante considerar el Plan de la DISA Lima Ciudad a la que pertenece, quien a través de los servicios de atención primaria y comunitarios permitiría que el HVL pueda desarrollar su accionar en apoyar la formación de servicios de atención comunitaria, que le permita su reestructuración progresiva.

#### **OBJETIVOS GENERALES**

##### **Componente Asistencial**

- 1) Conducir las intervenciones de promoción, prevención control de riesgo y daños generados por enfermedades transmisibles y no transmisibles.

##### **Componente de Gestión Sanitaria**

- 2) Propiciar condiciones que incrementen el acceso a servicios y medicamentos por la población con necesidades de salud de la DISA.
- 3) Conducir las acciones para mejorar la calidad de intervenciones y atenciones en la jurisdicción de la DISA V.

En la priorización sanitaria expuesta en el ASIS 2009 la DISA identifica en la siguiente ubicación los problemas de salud mental:

14	Se mantienen la incidencia de casos de violencia familiar en la jurisdicción de la DISA V LC	134
15	Incremento de enfermedades que afectan la salud mental en la jurisdicción de la DISA V LC como depresión, neurosis, entre otros	134

### **3.08 PLAN ESTRATÉGICO HOSPITAL LARCO HERRERA 2007-2011**

#### **VISION**

En el año 2011 el Hospital "Víctor Larco Herrera" será una institución competitiva en psiquiatría y salud mental, con una organización asistencial administrativa integrada, eficaz y efectiva, incorporada en el enfoque sistémico, que se sustente en el trabajo de equipo y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada integral, docencia e investigación de acuerdo a la demanda de la población y con los estándares de calidad necesarios y suficientes.

#### **MISION**

Somos una institución pública, dependiente del Ministerio de Salud, que brinda 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, eficacia y efectividad, con recursos humanos comprometidos en el desarrollo institucional y con tecnología e infraestructura adecuada.

## OBJETIVOS

1. Priorizar las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento de los desórdenes psiquiátricos y de salud mental antiguos y nuevos construyendo estilos de vida y entornos saludables en nuestra comunidad.
2. Mejorar la oferta del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables y de riesgo, a través de Programas de Atención Integral.
3. Fortalecer el desarrollo y la gestión del potencial humano en salud.
4. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad, así como una atención acorde con el estado socioeconómico de la población.

### **3.09 ANTECEDENTES RELACIONADOS CON PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL HOSPITAL VLH.**

Los antecedentes de proyectos o actividades de intervención en el Hospital en estudio son muy pocos en los últimos años; orientados básicamente al mantenimiento de sus instalaciones.

Entre los principales proyectos de última generación, se tienen los siguientes:

1. Mantenimiento de las Instalaciones Eléctricas del Hospital; Expediente Técnico elaborado en el año 2008, aprobado por el INC en el 2009. A la fecha no se ha ejecutado.
2. Diagnóstico de las redes sanitarias generales del Hospital Víctor Larco Herrera; estudio que propició en el año 2007, la renovación de algunas troncales principales de desagüe
3. Proyectos de pequeños acondicionamientos al interior de los pabellones como:
  - La remodelación de los servicios de pacientes en algunos pabellones
  - Remodelación del pabellón de Nutrición y Dietética, en el año 2009, incluyendo el mantenimiento de los techos.
  - Acondicionamiento de algunos ambiente en la cuna jardín para implementar el Lactario: aprobado en el 2009 por el INC, pero no ejecutado.
4. Proyectos de Equipamiento:
  - Adquisición de equipos fundamentalmente de Servicios Generales, como los calderos y marmitas para la Cocina

Actualmente se encuentra en ejecución el Estudio de Preinversión para el Proyecto de Almacén especializado de Farmacia, el que fue observado por el INC, debido a su localización en zona intangible, que ha motivado que en la actualidad se encuentre en proceso de reevaluación.

En propuesta, se encuentra el proyecto: Red Estructurada de Voz, data y Video para el Hospital Víctor Larco Herrera, que comprende la implementación de una Central de Datos y una red de cableado estructurado, con una red independiente a la red eléctrica del hospital.

## **4.0 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL**

Las necesarias condicionantes legales y técnico normativas sectoriales e institucionales, bajo las cuales se tendrá que plantear el desarrollo del Servicio Asistencial, vale decir la Superestructura del Proyecto, establecen el punto de partida y sustento jurídico del mismo; las más importantes son:

### **4.01 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

La propuesta de los Objetivos de la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz del MINSA 2005 que propone el implementar el Modelo de Atención Integral Comunitaria en Salud Mental y Psiquiatría, fortalecer y desarrollar el potencial humano en Salud Mental, garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos necesarios para la atención psiquiátrica. Estas aristas se desarrollan en la Matriz del plan en el Objetivo 3 que precisa “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”.

A la fecha, el Hospital ha ido adecuando en los últimos años los servicios que presta como la unificación de la Consulta Externa, la implementación de servicios diferenciados para niños y adolescentes, y mejoramiento de los servicios que se brindan en pabellones, en servicios personales; así como la importancia a las actividades de rehabilitación de los paciente. Sin embargo, las tendencias de crecimiento de problemas de salud mental, los factores exógenos de presión social como el poder judicial, o derivación de pacientes de estancia prolongada por los otros centros especializados, obligan el confinamiento de los pacientes aunado al mínimo desarrollo de servicios comunitarios de salud mental o intermedios alternativos.

#### **4.01.1 Experiencias foráneas en el servicio especializado**

A la fecha, no se cuenta en el país con una norma que establezca los servicios y defina las Unidades productoras de un Hospital especializado, como es el caso en Psiquiatría y Salud Mental; por ello, se hace conveniente relatar como referencia, la norma de otras regiones del mundo:

- Servicio de atención especializada de Salud Mental de soporte a la tención primaria
- Servicio de Urgencias psiquiátricas
- Servicio de Hospitalización de agudos
- Servicio de Hospitalización de subagudos
- Servicio de Hospitalización de larga estancia psiquiátrica
- Servicio de Hospitalización parcial

Hospital Psiquiátrico Zamudio de España

- Atención Hospitalaria
- Unidades de corta y media estancia, servicio de admisión, administración, servicios hosteleros (lavandería, nutrición) y servicios generales
- Rehabilitación
- Unidad de Rehabilitación
- Hospital de día
- Pabellón para terapia ocupacional, gimnasio, cafetería, pista de deportes otros
- Servicios de apoyo existen de Medicina Interna, Psicología Clínica, Farmacia, Laboratorio, Salud Laboral, Informática y Biblioteca de la red de salud mental

Norma técnica “Norma Técnica N°35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría” Chile, para Hospitales psiquiátricos con las siguientes Unidades funcionales:

- Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria
- Servicio Clínico de Psiquiatría
- Hospital de Día
- Unidad de Urgencia Psiquiátrica
- Servicio de Mediana Estadía

#### **4.02 CATEGORIZACIÓN ASIGNADA AL HOSPITAL**

La Resolución Directoral N° 0406/2006-DG.DESP.DISA.V.LC, de fecha 08 de Mayo del 2006, otorga al Hospital “Víctor Larco Herrera” la Categoría III-1 especializado en Psiquiatría.

De acuerdo a la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP V.01, aprobada por Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA del 26 de Julio de 2004; esta categoría corresponde a un Establecimiento de Salud del Tercer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación especializada de problemas de salud, a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgicos de alta complejidad.; cuyo detalle se muestra en el Anexo N° 3, que se adjunta al presente documento.

En el Sector Público se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional; no tiene población asignada directa, sino población referencial de las Redes y Establecimientos de Categoría II de su jurisdicción. Se encuentra dentro del ámbito de la Dirección de Salud de Lima Ciudad y constituye el centro de referencia especializado en atención psiquiátrica, para las Redes de Salud y Hospitales de Lima Ciudad.

##### **4.02.1 Unidades productoras de servicios**

Aunque no todas las Unidades Productoras corresponden con un Hospital especializado en Psiquiatría y Salud Mental, se expone lo que normativamente está establecido para la Categoría.

##### **Consulta Externa**

Área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria de alta especialidad.

Su Capacidad Resolutiva: Consulta Médica en las especialidades y sub especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco Obstetricia; así como en Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatria, Hematología, Infectología, Medicina Física y Rehabilitación, Neumología, Neurología, Nefrología, Psiquiatría, Reumatología, Cirugía Oncológica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Cirugía de cabeza y cuello, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Urología y otras. Consultas especializadas de otros profesionales de la salud.

## Emergencia

Área funcional organizada para la atención altamente especializada de emergencias con el nivel tecnológico necesario para brindar reanimación cardiorrespiratoria avanzada y la referencia a otro establecimiento de salud según corresponda.

## Hospitalización

Área funcional destinada a brindar servicio de hospitalización en camas diferenciadas por sexo en especialidades de Medicina, Pediatría, Gineco- Obstetricia, Cirugía y otras para recibir manejo médico o quirúrgico.

## Epidemiología

Área funcional, donde se realizan las actividades de epidemiología hospitalaria relacionada con Vigilancia y prevención de infecciones Intrahospitalarias, manejo de residuos sólidos y hospitalarios, vigilancia de accidentes laborales y enfermedades profesionales, recomendando las medidas correspondientes para su control.

## Centro Quirúrgico

Área funcional organizada para la realización de intervenciones quirúrgicas con las mayores garantías de asepsia quirúrgica y dotación tecnológica; y que requiere de procedimientos de anestesia local, regional y general. Se realizarán las intervenciones quirúrgicas según la Directiva de Clasificación de Procedimientos Quirúrgicos del MINSA, incluyendo los trasplantes.

## Centro Obstétrico

Área funcional, donde se monitoriza y atiende el parto de alto riesgo así como del recién nacido de alto riesgo y puérperas complicadas.

## Esterilización

Área funcional organizada para la realización de procedimientos de esterilización de los materiales e insumos mediante medios físicos (con calor seco y húmedo) y químicos (líquido, gas y plasma)

## Farmacia

Tendrá la capacidad para atender los requerimientos de medicamentos e insumos de acuerdo al petitorio correspondiente a su complejidad. Se podrán realizar las preparaciones de compuestos farmacológicos seguros de acuerdo a las prescripciones correspondientes.

## Medicina de Rehabilitación

Procedimientos destinados a recuperar las funciones físicas, mentales y/o sensoriales pérdidas o disminuidas y minimizar las discapacidades consecuentes de algún daño, injuria o de privación de estímulos.

## Diagnóstico por Imágenes

Área dedicada a la ejecución y procesamiento de los estudios realizados por métodos de radiación y/o ultrasonido organizada de manera apropiada para garantizar la calidad y oportunidad de sus resultados de apoyo al diagnóstico de las especialidades respectivas.

Capacidad Resolutiva: Se realizan exámenes radiológicos altamente especializados, estudios ecográficos, tomografías y procedimientos de radiología intervencionista.

## Patología Clínica (Laboratorio)

Área funcional de apoyo al diagnóstico en el que se toma, recibe, procesa, emite y valida resultados de los exámenes o ensayos de sangre y fluidos corporales previamente establecidos según su nivel de complejidad.

## Hemoterapia

Área funcional destinada a desarrollar las funciones propias de un Centro de Hemoterapia Tipo II de acuerdo a las normas del PRONAHEBAS.

Capacidad Resolutiva: Captación de donantes intra y extrainstitucional, control, conservación, selección, preparación de hemoderivados y otros de acuerdo a las normas del PRONAHEBAS.

## Anatomía Patológica

Se realizan los exámenes cito e histopatológicos, biopsias de órganos tejidos y especímenes quirúrgicos, histoinmunología, necropsias para confirmar esclarecer o definir diagnósticos.

## Unidad de Cuidados Intensivos

Área funcional organizada para brindar atención médica y de enfermería permanente a pacientes críticos con riesgo potencial de muerte y con posibilidades de recuperación parcial y total y/o la necesidad de efectuar procedimientos especializados de diagnóstico y/o tratamiento para preservar la vida.

## Neonatología

Área funcional dedicada a la atención especializada del recién nacido que requiere cuidados constantes y especializados así como de un soporte vital adecuado.

## Nutrición y Dietética

Se verificará la calidad y conformidad de las dietas de acuerdo a las indicaciones y necesidades para cada paciente, así como se realizará la preparación de fórmulas enterales.

## Trabajo Social

Igual a lo consignado en la categoría anterior.

## Hemodiálisis

Área funcional dedicada a la realización de diálisis Peritoneal y hemodiálisis.

Dirección:

A cargo del profesional médico de acuerdo a lo establecido por el DS N° 011-2002/SA

Administración y Servicios Generales

Cuenta con profesional en administración y otros profesionales afines o con capacitación para el desarrollo de las acciones específicas a los sistemas administrativos: economía-tesorería, personal y logística.

Planificación:

Cuenta con profesional con experiencia en la elaboración de proyectos, planes, presupuestos y actividades propias de la planificación.

Registros Médicos e Información

Cuenta con profesional de estadística y técnicos capacitados en el área. Prepara, actualiza y archiva las fichas y registros médicos. Acopia, tabula, analiza e informa los datos estadísticos.

Asimismo tiene a su cargo la admisión de los pacientes a los diferentes servicios, orientando, informando y educando al público sobre el régimen de atención del servicio.

Servicios Generales y Mantenimiento

Cuenta con profesional capacitado en ingeniería biomédica y personal de apoyo. Realiza mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipos del establecimiento.

Así mismo, se desarrollan los siguientes servicios:

- Lavandería y ropería: Cuenta con el servicio o el personal, equipos y materiales específicos para esta actividad.
- Comunicación: Cuenta personal y el equipamiento necesario para esta actividad (teléfono, correo electrónico, radio, etc.).
- Transporte: Cuenta personal y vehículos para el transporte de emergencias y otros.
- Limpieza y vigilancia: Cuenta con personal o servicio de limpieza.

Si bien no existe como unidad productora, en el establecimiento de categoría III-1 se deberá desarrollar la función preventivo promocional a través de actividades dirigidas a los usuarios y familiares que atienden sobre los problemas de salud propios de su complejidad.

#### **4.03 IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL**

##### **4.03.1 Delimitación del ámbito de responsabilidad y área de influencia del servicio asistencial**

###### **4.03.1.1 Procedencia de Atendidos**

La configuración geográfica de los 03 principales Establecimientos Públicos destinados a la Atención de la Salud Mental en Lima Metropolitana: El Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hideyo Noguchi, localizado en el distrito del Rímac, y el Hospital Hermilio Valdizán, localizado en Ate, presentan una clara tendencia del área de Influencia para cada uno de ellos: el Cono Norte (DISA Lima Norte), tiene una vinculación muy marcada con el Noguchi, como el Cono Este (DISA Lima Este) con el Valdizán.

La información estadística de la procedencia histórica de los pacientes atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, que se muestra en el Cuadro N° 04.01, señala que el 46% de los atendidos proceden de la DISA Lima Ciudad; el 33%, proceden de la DISA Lima Sur; el 14%, de la DISA Callao; y solo el 6% proceden del Cono Norte, y el 1% de otros departamentos del país.

En este mismo cuadro observamos que no existe procedencia histórica significativa de atenciones de los distritos de La Victoria, San Borja y San Luis que corresponden a la DISA Lima Ciudad; como tampoco de los distritos de La Molina, Lurín y Pachacamac de la DISA Lima Sur; estos distritos en efecto, no tienen mayor vinculación con el Hospital en Estudio, porque su interacción más directa es con el Hermilio Valdizán; así como tampoco existe presencia significativa en el Hospital Larco Herrera, de los distritos de Ventanilla y Carmen de la Legua de la DISA Callao, puesto que especialmente el primero de ellos, se vincula por accesibilidad física con el Hideyo Noguchi.

Las referencias desde otros departamentos del país, es prácticamente nula.

Ante estos antecedentes, preliminarmente se definió como área de responsabilidad del Estudio, a la población metropolitana asentada en los ámbitos jurisdiccionales de las Direcciones de Salud de Lima Ciudad, a excepción de los distritos de La Victoria, San Borja y San Luis; Lima Sur, a excepción de los distritos de la Molina, Pachacamac y Lurín; y Disa Callao, a excepción del distrito de Ventanilla.

Este espacio geopoblacional alberga -de acuerdo a las proyecciones INEI-, una población de responsabilidad del Hospital en Estudio que se estima para el año 2010 en 3,489,833 personas, las cuales corresponden aproximadamente al 40% de la población metropolitana total. De este grupo, un porcentaje importante no cuenta con aseguramiento formal en EsSalud u otro tipo de Prestador privado, constituyéndose en los usuarios potenciales del Hospital en Estudio.

Por tratarse de un proyecto de servicios hospitalarios especializados se consideran fundamentalmente como beneficiarios a los pacientes con patologías de segundo y tercer nivel de complejidad provenientes del área de influencia directa, indirecta y marginal del área de responsabilidad identificada. A ellos se suma la atención de pacientes del primer nivel provenientes del mismo ámbito, en consideración que no existe una red especializada con niveles menores para la contención de los casos no complejos.

**CUADRO N° 04.01**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROCEDENCIA OBSERVADA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HVLH**

DISA	DISTRITOS	2008			2009			PROM INCID	
		Pob Total	Pob Atendid	incidencia	Pob Total	Pob Atendida	incidencia		
Lima Ciudad	Lima	307,339	468	0.15%	302,056	407	0.13%	0.14%	
	Beña	84,213	142	0.17%	82,987	126	0.15%	0.16%	
	Jesus María	71,064	358	0.50%	71,139	384	0.54%	0.52%	
	La Victoria	197,446	88	0.04%	193,592	87	0.04%	0.04%	
	Lince	56,699	261	0.46%	55,733	250	0.45%	0.45%	
	Magdalena del mar	54,026	901	1.7%	54,116	1,301	2.4%	2.04%	
	Pueblo libre	78,186	467	0.60%	77,892	7	0.01%	0.30%	
	Miraflores	87,767	420	0.48%	86,920	435	0.50%	0.49%	
	San Borja	111,088	121	0.11%	111,208	111	0.10%	0.10%	
	San Isidro	59,735	153	0.26%	58,920	167	0.28%	0.27%	
	San Luis	56,987	34	0.06%	57,080	34	0.06%	0.06%	
	San Miguel	134,526	924	0.69%	134,666	898	0.67%	0.68%	
	Surquillo	93,602	444	0.47%	93,271	412	0.44%	0.46%	
	<b>Sub Total</b>		<b>1,392,678</b>	<b>4781</b>	<b>0.34%</b>	<b>1,379,580</b>	<b>4,619</b>	<b>0.33%</b>	<b>0.34%</b>
	Lima Norte	Rimac	181,277	53	0.03%	178,869	42	0.02%	0.03%
San M. de Porres		607,795	198	0.03%	620,193	172	0.03%	0.03%	
Los Olivos		333,896	69	0.02%	339,028	80	0.02%	0.02%	
San J. de Lurigancho		942,618	192	0.02%	962,554	162	0.02%	0.02%	
Comas		507,460	97	0.02%	509,976	91	0.02%	0.02%	
Independencia		215,766	32	0.01%	215,941	13	0.01%	0.01%	
Carabaylo		227,870	22	0.01%	237,269	19	0.01%	0.01%	
Ancón		35,354	12	0.03%	36,401	2	0.01%	0.02%	
Puente Piedra		250,960	25	0.01%	263,594	15	0.01%	0.01%	
Santa Rosa		11,842	0	0.00%	12,641	0	0.00%	0.00%	
<b>Sub Total</b>			<b>3,314,838</b>	<b>700</b>	<b>0.02%</b>	<b>3,376,466</b>	<b>596</b>	<b>0.02%</b>	<b>0.02%</b>
Lima Sur	Barranco	34,711	223	0.64%	33,996	201	0.59%	0.62%	
	Chorrillos	300,417	890	0.30%	303,913	803	0.26%	0.28%	
	La Molina	140,381	63	0.04%	144,491	68	0.05%	0.05%	
	Lurin	66,935	0	0.00%	69,282	0	0.00%	0.00%	
	Pachacamac	75,026	26	0.03%	81,145	34	0.04%	0.04%	
	San Juan de Miraflores	379,015	814	0.21%	382,531	707	0.18%	0.20%	
	Santiago de Surco	304,466	462	0.15%	309,889	172	0.06%	0.10%	
	Villa El Salvador	402,075	503	0.13%	410,313	506	0.12%	0.12%	
	Villa María del Triunfo	397,758	604	0.15%	404,692	636	0.16%	0.15%	
	<b>Sub Total</b>		<b>2,100,784</b>	<b>3585</b>	<b>0.17%</b>	<b>2,140,252</b>	<b>3,127</b>	<b>0.15%</b>	<b>0.16%</b>
Callao	Callao	426,944	1,249	0.29%	425,326	1,155	0.27%	0.28%	
	Bellavista	76,907	93	0.12%	76,355	80	0.10%	0.11%	
	Carmen de la Legua	42,961	12	0.03%	42,796	25	0.06%	0.04%	
	La Perla	63,118	73	0.12%	62,643	80	0.13%	0.12%	
	La Punta	4,381	3	0.07%	4,230	7	0.17%	0.12%	
	Ventanilla	297,754	77	0.03%	315,438	44	0.01%	0.02%	
	<b>Sub Total</b>		<b>912,065</b>	<b>1,507</b>	<b>0.17%</b>	<b>926,788</b>	<b>1,391</b>	<b>0.15%</b>	<b>0.16%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>7,720,365</b>	<b>10,573</b>	<b>0.14%</b>	<b>7,823,086</b>	<b>9,733</b>	<b>0.12%</b>	<b>0.13%</b>	

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

#### 4.03.1.2 Análisis de accesibilidad física y funcional al Hospital en Estudio

La accesibilidad física hacia el Hospital en Estudio, en este caso el Víctor Larco Herrera, localizado en la Av. El Ejército del distrito metropolitano de Magdalena; se encuentra vinculado a través de los sistemas viales y de transporte público con el resto de la metrópoli; cuyas características configuran una relación motivada por las facilidades que ofrecen estos Sistemas.

El Sistema Vial que vincula a la ciudad metropolitana con el Hospital se encuentra fuertemente marcada por un eje longitudinal que lo interrelacionan con El Callao, Magdalena, San Isidro, Barranco, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa el Salvador; a través de las vías colectoras: Av. La Paz, Av. La Marina, Av. El Ejército, Av. Larco, Av. Panamericana Sur y Av. Pachacútec.

La Av. Costanera, es además un canal de vinculación paralelo al anterior, que favorece la accesibilidad rápida y directa desde todos los distritos litorales Hacia el Hospital en Estudio.

Otro eje longitudinal que favorece esta vinculación es conformado por el Paseo de la República, Av. Arequipa (Arenales y Petit Thouars), que se encuentran vinculados al primero por los ejes transversales de la Av. Brasil, Av. Salaverry y José Pardo; que en conjunto, involucran la zona central, Oeste y Sur de la Metrópoli.

En el gráfico N° 1 adjunto, se esboza estas características, que es uno de los factores que permitirán definir el área de influencia del Hospital en Estudio.

El Sistema de Transporte público de la Metrópoli, caótico y desordenado, tiene sus principales recorridos y los volúmenes de desplazamiento poblacional más elevados, precisamente por los ejes viales antes señalados, lo que contribuye a consolidar que la población de los distritos que en suma constituyen el ámbito poblacional de las Direcciones de Salud Lima Ciudad, Callao y Lima Sur, son en general los principales beneficiarios de los Servicios Asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera.

Grafico N° 1  
ESQUEMA DE ACCESIBILIDAD FISICA



## GRAFICO Nº 2

### Ambito influencia- Lugar de Procedencia



#### 1.01.1 Reconocimiento de red especializada integrada de servicios

La Dirección Regional de Salud de Lima Ciudad para la atención de la población de su responsabilidad, cuenta con Redes asistenciales que cubren su territorio orientadas a otorgar una adecuada atención integral de la salud en sus componentes de: Promoción, Prevención y Recuperación.

El Hospital Víctor Larco Herrera categorizado como Hospital de nivel III-1, además de constituirse en el establecimiento de referencia de atención psiquiátrica en las 3 Redes de la DIRESA Lima Ciudad y la Red de la DIRESA Lima Sur, se propone como el establecimiento de segundo y tercer nivel de Atención para atención especializada en psiquiatría y Salud mental a los pobladores localizados en su área de Influencia.

Este Sistema definido como objetivo organizacional, en la práctica actual, no es de aplicación cuando se trata de la Atención especializada en Salud Mental, por cuanto no existen niveles escalonados de diferente capacidad resolutoria que en conjunto y teniendo como referencia al Hospital Víctor Larco permitan enfrentar los problemas de Salud Mental que padece la población de su ámbito de responsabilidad.

En consecuencia, se puede afirmar que en esta específica especialidad, no es posible identificar una Red asistencial coherentemente organizada; es mas no existe otros establecimientos que tengan una articulación funcional coordinada con el Hospital Víctor Larco Herrera.

En el sistema de salud existen varios programas públicos y de un sector privado. Entre los programas públicos además de Ministerio de Salud, está Es Salud y los servicios de la Fuerzas Armadas y de Policía. También existe el sector privado, el cual es heterogéneo y cuyo financiamiento depende del pago directo de pacientes y familias.

Referencialmente, es necesario exponer los componentes de las Redes para la Atención General de la Salud en la DISA Lima Ciudad, en la que se han definido anillos de contención y diferentes espacios; que son muy útiles cuando se trate de proponer una Red Especializada

#### 1.01.1.1 Anillos de contención de la Red de Salud Lima

##### ANILLO DE CONTENCIÓN DE LA MICRORED 01

En esta Microrred cuenta con 4 hospitales:

Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Que sería la referencia de pacientes adulto varón, que vienen de: Centro de Salud San Sebastián, C. S. Conde de Vega, C. S. Virgen María del Perpetuo Socorro, C. S. Mirones, C. S. UV N° 3, C. S. Mirones Bajo, C. S. Breña.

Hospital Nacional Dos de Mayo: Que sería la referencia de adulto mujer y hombre, de gestantes y niños y adolescente: C. S. Juan Pérez Carranza.

Caso de adulto varón: C. S. San Sebastián, C. S. Conde de Vega, C. S. Virgen María del Perpetuo Socorro, C. S. Mirones, C. S. UV N° 3, C. S. Mirones Bajo, C. S. Breña.

Hospital Docente Materno Infantil San Bartolomé: Casos de gestantes y niño y adolescente y según la Cartera de Servicios del hospital: C. S. San Sebastián, C. S. Villa María del Perpetuo Socorro, C. S. Mirones, C. S. UV N° 3.

Hospital Santa Rosa: También casos de gestantes y niños y adolescentes: C. S. Breña.

##### ANILLO DE CONTENCIÓN DE LA MICRORED 02

Se cuenta solo con un solo hospital.

Hospital Santa Rosa: C. S. Jesús María, C. S. Magdalena, C. S. San Miguel I, P. S. Huaca Pando.

##### ANILLO DE CONTENCIÓN DE LA MICRORED 03

Se cuenta con 2 hospitales.

Hospital Nacional Dos de Mayo: C. S. Max A. Schreiber, C. S. El Pino, P. S. CLAS El Pino, C. S. El Porvenir, C. S. San Luis, C. S. San Cosme.

Hospital Santa Rosa: Que tendría solamente: C. S. Lince.

##### ANILLO DE CONTENCIÓN DE LA MICRORED 04

Tendría 2 hospitales:

Hospital Nacional Dos de Mayo: Tendría a: C. S. Villa Victoria P., P. S. San J. Masías, P. S. Todos Santos, C. S. Surquillo, P. S. El Pedregal.

Hospital Santa Rosa: C. S. San Isidro, C. S. Miraflores.

### **1.01.2 Perspectivas de reordenamiento de una red especializada**

La posibilidad de implementar una Red Especializada en Psiquiatría y Salud Mental en el ámbito de responsabilidad poblacional del Hospital Víctor Larco tiene una alta probabilidad, considerando que la Superestructura normativa vigente; no solo permite, sino que exige la prioritaria atención de las personas con problemas psiquiátricos y de Salud Mental, especialmente a las más desprotegidas.

Las estrategias de Aseguramiento Universal y la Concertación multisectorial para atención de la Salud Mental, antes incipientemente abordada, ofrecen la garantía que será necesario organizar una Red especializada en Salud Mental, probablemente superpuesta pero adecuadamente coordinada con la Red ya establecida para la Atención de los casos generales de Salud.

## 5.0 ANÁLISIS DE LA DEMANDA

### 5.01 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y SOCIO ECONÓMICO

#### 5.1.1 Análisis de la Población

De acuerdo a los resultados obtenidos en los Censos Nacionales: XI de Población y VI de Vivienda, efectuados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la ciudad de Lima, conformada por los 43 distritos de la provincia, registró en el año 2007 una población total (población censada más población omitida en el empadronamiento) de 7 millones 665 mil 222 habitantes, cifra que representa el 27% de la población del país, ascendente a 28 millones 220 mil 764 habitantes.

Durante el periodo intercensal 1993 y 2007, la población de Lima creció en 32,5%, lo que representa una tasa promedio anual de 2,0%, equivalente a 134 mil 176 habitantes por año.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), sobre la base de la información obtenida en los referidos Censos, estima que a junio del 2010 la población de la ciudad metropolitana de Lima, (Lima y Callao), sería de **9 millones 135 mil habitantes**, de los cuales el 48,6% serían hombres y el 51,4% mujeres.

Según la entidad, ocho de los 43 distritos que conforman la ciudad de Lima (no incluye a El Callao), concentrarían el 51,4% de la población de la ciudad, es decir, 4 millones 191 mil 690 habitantes. De ese total, San Juan de Lurigancho albergará 898 mil 443 habitantes (11,8%), San Martín de Porres 579 mil 561 habitantes (7,6%), Comas 486 mil 977 habitantes (6,4%), Ate 478 mil 278 habitantes (6,3%), Villa El Salvador 381 mil 790 habitantes (5,0%), Villa María del Triunfo 378 mil 470 habitantes (5,0%), San Juan de Miraflores 362 mil 643 habitantes (4,8%) y Los Olivos con 318 mil 140 habitantes (4,2%).

Por el contrario, los distritos con menor población son Santa Rosa 10 mil 903 habitantes (0,1%); Pucusana 10 mil 633 habitantes (0,1%); San Bartolo 5 mil 812 habitantes (0,1%); Punta Hermosa 5 mil 762 habitantes (0,1%); Punta Negra 5 mil 284 habitantes (0,1%) y Santa María del Mar 761 (0,001%).

A su vez, los distritos llamados “tradicionales” -Lima, Barranco, Breña, Jesús María, La Victoria, Lince, Magdalena del Mar, Miraflores, Rímac, San Borja, San Isidro, San Miguel y Surquillo- concentrarán 1 millón 519 mil habitantes, lo que representan el 18,5 % de la capital. La mayoría de estos distritos, integran la DISA Lima Ciudad, que corresponde al área de influencia directa del Hospital Víctor Larco Herrera; y presentan la tasa de crecimiento más baja de la metrópoli.

El Callao, con todos sus distritos, presenta una proyección al 2010 de aproximadamente 950,000 habitantes (11% de la Metrópoli) los que se concentran fundamentalmente en los distritos del Callao y Ventanilla, correspondiéndole a este último un potencial de crecimiento muy importante. El Callao sería un usuario directo de los Servicios especializados del Hospital en Estudio.

También se encuentran dentro del área de influencia del Hospital Víctor Larco Herrera, los distritos del Cono Sur -Chorrillos, Lurín, Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, San Juan de Miraflores, Santa María del Mar, Santiago de Surco, Villa el Salvador y Villa María del Triunfo- tendrán 2 millones 32 mil habitantes (24,7 % de la población).

El INEI estimó que en junio del 2010, el Cono Este de la ciudad -conformado por los distritos de Ate, Cieneguilla, Chaclacayo, El Agustino, La Molina, Lurigancho, San Juan de Lurigancho, San Luis y Santa Anita- tendrá 2 millones 386 mil habitantes, lo que representará el 29 % de la población de Lima. Estos distritos refieren fundamentalmente al Hospital especializado en Salud Mental Hermilio Valdizán, localizado en Ate.

Las proyecciones del INEI indican que los distritos en el Cono Norte -Ancón, Carabayllo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, San Martín de Porres y Santa Rosa- concentrarán 2 millones 280 mil habitantes, lo que representa el 27,8 % de la población total. Estos distritos que corresponden al ámbito de la DISA Lima Norte, estarían fuera del ámbito del Estudio, en tanto tienen al Hospital Hideyo Noguchi como su centro de referencia.

En conclusión, los distritos que corresponderían al ámbito de responsabilidad del Hospital Víctor Larco Herrera tendrían aproximadamente, el 50% de la población Metropolitana proyectada por el INEI para los próximos años.

### **5.1.2 Comportamiento Demográfico actual, observado en el Área de Influencia del Hospital en Estudio**

En el Cuadro N° 05.01 que se muestra, aparece la información estadística extraída de los reportes oficiales del Instituto de Estadística e Informática – INEI, de los años 2007 al 2009 de la población total de cada uno de los distritos considerados como área de responsabilidad asistencial del Hospital Víctor Larco Herrera.

En la columna de la derecha, se presenta una proyección al año 2010, igualmente de la Población total, para lo cual se le ha aplicado las tasas de crecimiento promedio que se puede inferir de las proyecciones INEI; allí se aprecia que para los distritos que corresponden a la DISA Lima Ciudad, la tasa de crecimiento poblacional es negativa, este sector de la ciudad, en los tres últimos años vienen progresivamente expulsando población.

En el sector metropolitano, que involucra a los distritos que constituyen la DISA Lima Sur, se presentan tasas promedio de 1.5% y 1.2%, que están muy cercanas al promedio metropolitano

En el caso de la DISA Callao, en el conjunto de distritos que constituyen el área de responsabilidad del Estudio, la tasa poblacional también es negativa. Este sector, también ha venido expulsando población en los tres últimos años; en el caso de la provincia Constitucional, el distrito de un dinamismo poblacional muy grande es Ventanilla, que presenta una tasa de crecimiento superior al promedio metropolitano, pero que no se ha considerado dentro del área de responsabilidad del Hospital por los motivos explicados en los capítulos precedentes.

**CUADRO N° 05.01**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**POBLACIÓN CENSADA EN AREA DE RESPONSABILIDAD DEL HVLH**

PROV	DISA	DISTRITO	2007	2008	2009	TC PROMEDIO	2010	
Lima	Lima Ciudad	Lima	312,618	307,339	302,056	-1.71	296,903	
		Breña	85,433	84,213	82,987	-1.44	81,790	
		Jesus María	70,989	71,064	71,139	0.11	71,214	
		Lince	57,665	56,699	55,733	-1.69	54,791	
		Magdalena del mar	53,936	54,026	54,116	0.17	54,206	
		Pueblo libre	78,469	78,186	77,892	-0.37	77,605	
		Miraflores	88,596	87,767	86,920	-0.95	86,093	
		San Isidro	60,544	59,735	58,920	-1.35	58,124	
		San Miguel	134,386	134,526	134,666	0.10	134,806	
		Surquillo	93,926	93,602	93,271	-0.35	92,946	
		Lima Sur		Barranco	35,430	34,711	33,996	-2.04
Chorrillos	296,882			300,417	303,913	1.18	307,490	
San Juan de Miraflores	375,430			379,015	382,531	0.94	386,129	
Santiago de Surco	299,054			304,466	309,889	1.79	315,451	
Villa El Salvador	393,893			402,075	410,313	2.06	418,775	
Villa María del Triunfo	390,835			397,758	404,692	1.76	411,801	
Callao		Callao	428,082	426,944	425,326	-0.38	423,715	
		Bellavista	77,391	76,907	76,355	-0.72	75,806	
		Carmen de la Legua	43,087	42,961	42,796	-0.38	42,632	
		La Perla	63,537	63,118	62,643	-0.75	62,171	
		La Punta	4,536	4,381	4,230	-3.46	4,084	

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

Fuente de Apoyo: INEI -Perú- Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, Según Departamento, Provincia y Distrito, 2000 -2015

### 5.1.1 Análisis de las condiciones sociales económicas y culturales que repercuten en la demanda

La evolución de la Salud de las personas depende en gran parte de su dotación genética y de la suma de sus decisiones formadas por influencias personales, sociales, culturales y políticas, las cuales pueden producir incrementos o decrementos en la salud.

Los individuos deciden distribuir su tiempo y dinero disponible para alcanzar la combinación de salud y otras metas que valoran de acuerdo a sus recursos disponibles; es decir, maximizan su utilidad sujeta a la restricción presupuestaria. La restricción presupuestaria del hogar depende del tiempo y de los precios monetarios de los insumos que influyen en la salud, lo cual tiene una estrecha relación con el ingreso familiar el cual depende de las variables demográficas y socioeconómicas (Características de la vivienda, Educación, Empleo e ingreso familiar, Gasto familiar).

Los factores económicos promueven la emigración, dentro de los problemas económicos encontramos los salarios bajos, falta de trabajo o empleo generando inestabilidad e incertidumbre por las carencias generalizadas a toda la población, o a las respuestas que hacen referencia directa sobre crisis, principalmente.

Dentro del Análisis de las condiciones que repercuten la demanda para el Hospital Víctor Larco Herrera, categoría III-1 especializado en Salud Mental, analizaremos la pobreza de la población basada en estimaciones sobre satisfacción de las necesidades básicas y no

básicas de los miembros de una familia, segmentados en: pobres extremos, si no pueden satisfacer la necesidad básica de alimentación; pobres, si satisfacen la necesidad básica de alimentación, pero no las otras necesidades básicas; no pobres básicos, si satisfacen las necesidades básicas, pero no otras necesidades; y no pobres a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades.

Una de las características de la población peruana es su creciente urbanización, así el 65,0% reside en el área urbana y sólo el 35,0% en el área rural. A pesar de que la población rural representa sólo un poco más de un tercio de la población total, el 60,5% de los pobres del país, se concentra en el área rural.

En el análisis de los condicionantes que repercuten en la demanda en enfermedades desde el enfoque mental o psicológico, nace el concepto de lo “psicosomático” para dar cabida a la influencia de lo mental (psico) en lo físico (soma = cuerpo). Junto con éste y muchos otros fenómenos científicos y sociales, fue creciendo el enfoque, el cual considera que la salud está determinada no sólo por aspectos genéticos hereditarios (biológicos), sino también el ambiente biotecnológico y psicosocial, el cuidado diario para la salud que posee la persona y los estilos de vida o comportamiento, que conforman interacciones dinámicas y complejas que determinan el estatus de salud de los individuos.

Los factores sociológicos o culturales son aquellos creados únicamente por el ser humano. El social comprende las interacciones entre la gente. Esto incluye también el hacinamiento, calidad de vivienda, condiciones de trabajo, seguridad física y social, afecto, comunicación, asistencia médica, trabajo, progreso, distribución de la riqueza, entre otros. El factor cultural representa aquellos patrones de cultura en un tiempo y lugar dado. Es el patrón de vida que sigue de generación en generación, los hábitos, modo de pensar, crear y sentir. También puede describirse como el conjunto de capacidades que el ser humano adquiere como miembro de la sociedad en que vive, sus conocimientos, creencias, costumbres, estatus social, derecho, moral, artes, entre otros.

El factor de mayor importancia, son los Estilos de Vida, patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracteriza a un individuo, grupo o a las diferentes clases sociales para sus relaciones y toma de decisiones; representan las prácticas diarias, hábitos y actividades que afectan la salud del individuo existiendo una relación estrecha con el proceso de Salud- Enfermedad en el reconocimiento de que tanto el tipo de enfermedades como su posibilidad de prevención y recuperación dependen, fundamentalmente, del acceso de la población a satisfacer las necesidades básicas de alimentación y nutrición, vestido, vivienda, educación, trabajo e ingreso, siendo estos dos últimos grandes determinantes de los demás, tanto esenciales como secundarias y superfluas; por tanto, una satisfacción de necesidades sociológicas y emocionales y de las aspiraciones sociales, valores culturales y estéticos, vida familiar apropiadamente ajustada, provisión de varios beneficios, servicios y distracciones sociales. Varios de estos componentes están interrelacionados, particularmente la satisfacción de necesidades materiales que son dependientes de los ingresos familiares y de la manera en que la familia gasta o consume.

La salud del ser humano depende, en última instancia, en la capacidad de la sociedad para manejar la interacción entre las actividades humanas, el medio físico y biológico, determinando que las variables psicosociales, tales como la demanda psicológica, la latitud de decisión, el apoyo social, la inseguridad laboral, y el control personal cognitivo (autoeficacia) y emocional (control emocional) están asociados estadísticamente con la salud mental.

Por tanto, el trabajo juega un papel primordial respecto al proceso de salud-enfermedad y particularmente, en la Salud Mental, el trabajo representa, en todos los sentidos, la

alternativa a la productividad y a la salud mental tanto individual como colectiva, el mismo que produce un deterioro a corto y largo plazo en la salud física y mental de los individuos.

Siendo la Inseguridad Laboral el predictor estadístico más importante, se encuentra asociada con las enfermedades crónico-degenerativas determinadas por conductas o comportamientos psicosociales (que incluyen malos hábitos de salud, estilos de vida insalubres y condiciones de existencia deterioradas) y emocionales, impactando gravemente su productividad, calidad de vida y salud mental, representando consecuencias importantes para sus familias y la sociedad en general.

### Acceso al seguro de salud

En el año 2009, la población que cuenta con al menos un seguro de salud, se incrementó de manera significativa, principalmente entre los pobres y pobres extremos. Así, el 68,1% de la población pobre y el 75,2% de los pobres extremos tenían seguro de salud; en el caso de la población no pobre fue el 57,9%. El incremento significativo de la población cubierta por un seguro de salud, se debe a la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS), como un sistema de aseguramiento público subsidiado, que tiene como meta avanzar hacia el aseguramiento universal.

El SIS aumentó también su cobertura entre los pobres que tienen limitada capacidad adquisitiva, que no está cubierta por sistema de aseguramiento alguno.

**PERÚ: POBLACIÓN CON SEGURO DE SALUD POR CONDICIÓN DE POBREZA, SEGÚN TIPO DE SEGURO, 2008 Y 2009**  
(% respecto del total de población)

Acceso al seguro de salud	2008				2009			
	Pobre	Pobre extremo	Pobre no extremo	No pobre	Pobre	Pobre extremo	Pobre no extremo	No pobre
Con seguro de salud	56,8	64,7	52,6	52,8	68,1	75,2	64,5	57,9
Únicamente SIS	51,2	63,5	44,7	18,6	61,9	74,0	55,9	23,0
Únicamente ESSALUD	5,2	1,1	7,4	26,4	5,5	1,0	7,8	27,2
Con SIS y ESSALUD	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Con otros seguros de salud 1/	0,4	0,1	0,5	7,6	0,5	0,1	0,7	7,5
Sin seguro de salud	43,2	35,3	47,4	47,2	31,9	24,8	35,5	42,1

1/ Comprende seguro privado de salud, seguro de las FFAA, y Policiales, seguro universitario, seguro escolar privado, etc.  
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG): Anual 2008 y 2009.

### 5.1.2 Hipótesis de crecimiento demográfico

La hipótesis de crecimiento demográfico para una localidad se formula sobre la base del análisis histórico del comportamiento de tres factores principales: natalidad, mortalidad y el balance de los flujos migratorios.

Los aspectos que se tuvieron en cuenta en la elaboración de las proyecciones de población, se sustentan en los criterios del Documento: Metodología de Proyecciones, editado por el INEI y que se adjunta el Anexo N° 04.

Estos criterios son principalmente, el ritmo de crecimiento de la población realizadas por el método de las componentes, contemplando el crecimiento poblacional intercensal y definiendo hipótesis acerca de la evolución de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones internas e internacionales; metodología que no ha podido ser replicada al nivel de las jurisdicciones más elementales, provincias y distritos, por cuanto la información no es suficientemente confiable y la inestabilidad de la migración interna no admite la

formulación de hipótesis a mediano plazo. Por tal motivo, las estimaciones de población se efectuaron mediante métodos matemáticos que tomaron como insumo la población enumerada en los censos de población y vivienda del 2007.

En el Cuadro N° 05.02 que se muestra a continuación, se muestran las tasas de crecimiento histórico de la ciudad metropolitana, emitida por el INEI como medición de los periodos intercensales, enfatizando el crecimiento urbano que es en el presente caso, el de mayor interés a efecto del análisis.

**CUADRO N° 05.02**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**EVOLUCION DE LA TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL**

Periodo Censal	General	Urbana
1940 - 1961	1.9	3.7
1961 - 1972	2.8	5.1
1972 - 1981	2.6	3.6
1981 - 1993	2	2.8
1993 - 2007	1.6	2.1

FUENTE INEI

La hipótesis de crecimiento demográfica asumida por el Plan Maestro de Inversiones del Hospital Víctor Larco Herrera, necesariamente, se tiene que enfocar desde los 03 ámbitos jurisdiccionales de las Direcciones de Salud que integran su área de influencia, en consideración que cada una de ellas presenta características distintas. Los distritos involucrados en cada una de las DISAs, son sólo aquellos que se han definido como parte del ámbito de responsabilidad del Hospital.

El área central que corresponde a la DISA Lima Ciudad, históricamente presenta una de las más bajas tasas de crecimiento de la Metrópoli, en tanto son barrios ya consolidados desde hace muchos años y que sus modificaciones internas se realizan por procesos de emigración hacia otras zonas de la capital y densificación de otras a través de la construcción de edificios de vivienda. Su tasa de crecimiento en los dos últimos periodos intercensales es negativa; y la dinámica urbana, caracterizada por el cambio de usos urbanos de residencial a Comercial, equipamiento educativo social y administrativo, hace presumir que en los próximos quinquenios, se mantendrá esta tendencia.

La metodología de proyecciones establecida por INEI, permite establecer estas tasas de comportamiento futuro, que en el caso del conjunto de distritos de la DISA Lima Ciudad, que además integran el área de responsabilidad será en promedio de -0.91 y -1.51% anual.

Por su parte el ámbito poblacional que corresponde a la DISA Lima Sur, históricamente presenta tasas de crecimiento positivas por la presencia de distritos populosos como San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Villa María del Triunfo, de gran extensión y en un proceso dinámico aún de consolidación; para esta zona poblacional; la metodología INEI, se plantea en los próximos 15 años, tasas de crecimiento poblacional anual que están entre 1.48 y 1.5%.

Similarmente a Lima Ciudad, en el ámbito de la DISA Callao, las proyecciones poblacionales son negativas para la Provincia Constitucional del Callao, excluido el distrito

de Ventanilla, aquí igualmente se estima que la tendencia se mantendrá y en consecuencia las tasas para los próximos quinquenios fluctúan entre -0.9% y -1.26% anual.

En el Cuadro N° 05.03 se muestra en resumen esta hipótesis de trabajo - propuesta del PMI del Hospital Víctor Larco Herrera, respecto a las tasas de crecimiento poblacional, sobre las cuales se plantea las expectativas demográficas en el mediano plazo.

**CUADRO N° 05.03**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROPUESTA DE TASAS DE CRECIMIENTO POBLACIONAL**

Periodo Quinquenal	Lima Ciudad	Lima Sur	Callao
2007 -2010	-0.92	1.5	-0.89
2010 - 2015	-0.91	1.48	-0.9
2015 - 2020	.1.74	1.31	-1.08
2020 - 2015	-1.55	1.05	-1.26

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

Fuente Base: INEI

**5.1.1 Proyecciones Demográficas en el Área de Responsabilidad del Hospital en Estudio**

En el Cuadro N° 05.04, se muestra una proyección por los siguientes quinquenios de la población total de cada uno de los distritos que constituyen el área de responsabilidad del Hospital en Estudio; para lo cual se han aplicado las tasas de crecimiento antes definidas como hipótesis de trabajo.

**CUADRO N° 05.04**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROYECCION DE LA POBLACIÓN EN EL AMBITO DE RESPONSABILIDAD DEL HVLH (POR QUINQUENIOS)**

PROV	DISA	DISTRITO	2010	2015		2020		2025	
				tc	Poblac.	tc	Poblac.	tc	Poblac.
Lima	Lima Ciudad	Lima	296,903	-0.912	283,609	-1.745	259,713	-1.554	240,151
		Beña	81,790		78,127		71,545		66,156
		Jesus María	71,214		68,025		62,294		57,602
		Lince	54,791		52,338		47,928		44,318
		Magdalena del mar	54,206		51,779		47,416		43,845
		Pueblo libre	77,605		74,130		67,884		62,771
		Miraflores	86,093		82,238		75,309		69,636
		San Isidro	58,124		55,521		50,843		47,014
		San Miguel	134,806		128,770		117,920		109,038
		Surquillo	92,946		88,785		81,304		75,180
	<b>Sub Total</b>		<b>1,008,478</b>		<b>963,323</b>		<b>882,155</b>		<b>815,709</b>
Lima Sur	Barranco	Barranco	33,301	1.48	35,833	1.31	38,232	1.05	40,286
		Chorrillos	307,490		330,862		353,022		371,986
		San Juan de Miraflores	386,129		415,479		443,306		467,120
		Santiago de Surco	315,451		339,429		362,162		381,617
		Villa El Salvador	418,775		450,606		480,786		506,613
		Villa María del Triunfo	411,801		443,102		472,779		498,176
		<b>Sub Total</b>		<b>1,872,946</b>		<b>2,015,311</b>		<b>2,150,287</b>	
Callao	Callao	Callao	423,715	-0.9	405,336	-1.08	383,915	-1.26	360,331
		Bellavista	75,806		72,518		68,686		64,466
		Carmen de la Legua	42,632		40,783		38,627		36,254
		La Perla	62,171		59,475		56,332		52,871
		La Punta	4,084		3,906		3,700		3,473
	<b>Sub Total</b>		<b>608,409</b>		<b>582,018</b>		<b>551,260</b>		<b>517,395</b>
<b>TOTAL</b>			<b>3,489,833</b>		<b>3,560,651</b>		<b>3,583,703</b>		<b>3,598,902</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

Fuente de Apoyo: INEI -Perú- Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, Según Departamento, Provincia y Distrito, 2000 -2015

#### 5.1.1.1 Población asegurada en el área de responsabilidad

En el Cuadro N° 05.05 que se muestra, observamos por cada distrito del área de responsabilidad del Estudio, la población registrada por la estadística de EsSalud en el año 2009 como asegurada por esa Institución y además, según el propio EsSalud, aquella que cuenta con cualquier otro tipo de Seguro, entre los que se cuenta las Fuerzas Armadas, Fuerzas Policiales y privados.

Se encuentra allí, que en el año 2009; de los distritos que conforman la DISA Lima Ciudad, existe una gran mayoría porcentual de Población asegurada; y que solo el 17.9% se encuentran desprotegidos de cualquier tipo de seguro, constituyéndose en el potencial segmento poblacional a los que debe llegar el alcance de los Servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental del Sistema especializado del cual forma parte el Hospital Víctor Larco Herrera.

Las cifras estadísticas presentan un escenario distinto para los distritos que integran el área de responsabilidad de las DISAs Lima Sur y Callao; allí observamos respectivamente, el 62.1% y 44.1% de la población que estaría bajo la tutela asistencial del Ministerio de Salud.

**CUADRO N° 05.05**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**POBLACIÓN POR ASEGURAMIENTO 2009 EN AREA DE RESPONSABILIDAD DEL HVLH**

PROV	DISA	DISTRITO	POB TOTAL 2009	POB.ASEGURADA			POB NO ASEGURAD A
				TOTAL	ESSALUD	FF.AA + PRIV	
Lima	Lima Ciudad	Lima	302,056	195,754	182,109	13,645	106,302
		Beña	82,987	87,521	83,769	3,752	-4,534
		Jesus María	71,139	57,720	54,914	2,806	13,419
		Lince	55,733	65,533	63,098	2,435	-9,800
		Magdalena del mar	54,116	35,934	33,536	2,398	18,182
		Pueblo libre	77,892	65,962	62,426	3,536	11,930
		Miraflores	86,920	107,667	103,959	3,708	-20,747
		San Isidro	58,920	69,165	66,532	2,633	-10,245
		San Miguel	134,666	78,721	72,394	6,327	55,945
		Surquillo	93,271	71,664	67,549	4,115	21,607
		<b>Sub Total</b>	<b>1,017,700</b>	<b>835,641</b>			<b>182,059</b>
				82.1%			17.9%
Lima Sur	Barranco	Barranco	33,996	27,272	25,577	1,695	6,724
		Chorrillos	303,913	122,808	108,459	14,349	181,105
		San Juan de Miraflores	382,531	146,923	128,791	18,132	235,608
		Santiago de Surco	309,889	148,002	133,522	14,480	161,887
		Villa El Salvador	410,313	126,013	106,923	19,090	284,300
		Villa María del Triunfo	404,692	127,902	108,978	18,924	276,790
		<b>Sub Total</b>	<b>1,845,334</b>	<b>698,920</b>			<b>1,146,414</b>
				37.9%			62.1%
Callao	Callao	Callao	425,326	232,487	211,693	20,794	192,839
		Bellavista	76,355	50,121	46,363	3,758	26,234
		Carmen de la Legua	42,796	20,659	18,566	2,093	22,137
		La Perla	62,643	34,401	31,316	3,085	28,242
		La Punta	4,230	4,354	4,135	219	-124
		<b>Sub Total</b>	<b>611,350</b>	<b>342,022</b>			<b>269,328</b>
				55.9%			44.1%
<b>TOTAL</b>			<b>3,474,384</b>	<b>1,876,583</b>			<b>1,597,801</b>
				<b>54%</b>			<b>46%</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

Fuente ESSALUD

#### 5.1.1.2 Población de responsabilidad del MINSA en el área de Estudio

Metodológicamente, la Población de responsabilidad del Hospital en estudio está definida como aquella población que no cuenta con seguridad social o privada de salud, es decir, corresponde a la población MINSA.

En el Cuadro siguiente – Cuadro N° 05.06, se ha aplicado estos porcentajes a cada uno de las poblaciones totales proyectadas por quinquenios; en el primer caso, para la DISA Lima Ciudad se ha estimado la población de responsabilidad MINSA en un 20% del total de la población proyectada y que se encuentra en el cuadro anterior. Como puede advertirse, se asume un porcentaje mayor que el identificado el año 2009, en la contingencia que para este ámbito central, exista una distorsión en el lugar de adscripción de los asegurados por EsSalud.

Lo contrario para los ámbitos extremos, Lima Sur y Callao, para los cuales se ha considerado 62% y 45% respectivamente. Esta estimación de la población de responsabilidad del MINSA, entendiéndose que debe atender como Sistema especializado no necesariamente como Establecimiento de Salud; significa 1,704,065 pobladores en el año 2015, y 1,800,464 pobladores en el 2025, lo que representa el 47:6% de la población total.

**CUADRO N° 05.06**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROYECCION DE RESPONSABILIDAD DEL MINSA - HVLH (POR QUINQUENIOS)**

PROV	DISA	% RESPONSABIL	2010	2015	2020	2025
Lima	Lima Ciudad	20%	201,696	192,665	176,431	163,142
	Lima Sur	62%	1,161,227	1,249,493	1,333,178	1,404,794
	Callao	45%	273,784	261,908	248,067	232,828
<b>TOTAL</b>			<b>1,636,706</b>	<b>1,704,065</b>	<b>1,757,676</b>	<b>1,800,764</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

Por ser interés del Estudio, contar con una desagregación de esta población MINSA para los problemas de Psiquiatría y Salud Mental, en los siguientes Cuadros N° 05.07 se ha estimado la población adulta que representa aproximadamente el 65% de la población total y la población de niños y adolescentes, que representa la diferencia.

**Cuadro N° 05.07a**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROYECCION DE RESPONSABILIDAD POBLACION ADULTA MINSA (POR QUINQUENIOS)**

PROV.	DISA	2010	2015	2020	2025
<b>LIMA</b>	DISA LIMA CIUDAD	131,062	125,193	114,645	106,010
	DISA LIMA SUR	754,565	811,920	866,299	912,835
	DISA CALLAO	177,905	170,188	161,194	151,291
<b>TOTAL</b>		<b>1,063,532</b>	<b>1,107,302</b>	<b>1,142,138</b>	<b>1,170,136</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**Cuadro N° 05.07b**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROYECCION DE RESPONSABILIDAD POBLACION NIÑOS Y ADOLESCENTES MINSA (POR QUINQUENIOS)**

PROV.	DISA	2010	2015	2020	2025
<b>LIMA</b>	DISA LIMA CIUDAD	70,634	67,471	61,786	57,132
	DISA LIMA SUR	406,662	437,572	466,879	491,959
	DISA CALLAO	95,879	91,720	86,873	81,536
<b>TOTAL</b>		<b>573,175</b>	<b>596,764</b>	<b>615,538</b>	<b>630,628</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

## 5.02 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

### 5.2.1 Análisis de la Morbilidad del Área de Influencia

En este acápite se revisará la morbilidad general del área de influencia, determinada por la procedencia de pacientes al Hospital Víctor Larco Herrera, y la morbilidad específica por ser un centro especializado en Psiquiatría.

#### Cuadro Nº 05.07

**Análisis comparativo de la morbilidad existente en la Consulta Externa de la "DISA Lima Ciudad" y el "Hospital" Víctor Larco Herrera 2007 – 2008:**

Consulta Externa DISA Lima Ciudad		Consulta Externa Hospital Víctor Larco Herrera	
2007	2008	2007	2008
1. Infecciones Aparato Respiratorio	1. Infecciones Aparato Respiratorio	1. Esquizofrenia	1. Esquizofrenia
2. Enfermedades Bucles	2. Enf. Sistema Osteomuscular	2. Transtornos Depresivo	2. Transtornos Ansiedad
3. Enf. Piel y Tejido SC	3. Enfermedades de Piel y Tejido SC	3. Trastorno Ansiedad	3. Episodio Depresivo
4. Enf. Sistema Osteomuscular	4. Enfermedades Ap. Digestivo	4. Trastorno de la Personalidad	4. Trastorno de la Personalidad
5. Enfermedades del Aparato Digestivo	5. Enfermedades Bucles	5. Transtornos Emocionales niñez	5. Transtornos Emocionales niñez
7. Transtornos Mentales	8. Transtornos Mentales	....	....
<b>Total = 1'459,252</b>	<b>Total 1'492,931</b>	<b>Total = 30,118</b>	<b>Total = 34,924</b>

La **morbilidad general** muestra el predominio de las enfermedades infecciosas relacionadas a las vías respiratorias, seguida de enfermedades piel y subcutáneo así como enfermedades del sistema osteomuscular y aparato digestivo.

La elevada prevalencia de problemas respiratorios se condice con la humedad y contaminación del aire de los distritos de Lima, así como los problemas carenciales de la población que los expone a estos problemas. Entre los años 2007 y 2008 no hay cambios significativos de lugar y presencia de estas nosologías.

Se ha visto por conveniente ubicar la presencia de **Trastornos mentales y del comportamiento**, por orden de frecuencia, las que se ubican en el 7º lugar en la DISA Lima Ciudad, con una magnitud de 64,680 casos para el 2007 y 8º lugar con 58,604 en el 2008 que representan el 4.4% y 3.9% de la morbilidad general.

Ello evidencia la fuerte presencia de esta patología que se atienden en los diferentes niveles de atención del territorio de la DISA.

Al revisar la **morbilidad específica** por la especialidad de psiquiatría que atiende el Hospital Víctor Larco Herrera, la Esquizofrenia es el trastorno que representa el 30% de las atenciones realizadas en el Hospital, seguido de los Trastornos de Ansiedad y Episodios depresivos; así mismo los Trastornos de Emocionales de la niñez se ubican en el 5to lugar.

**Cuadro N° 05.08:****Análisis de la morbilidad de los Servicios de Emergencia y Hospitalización del Hospital Víctor Larco Herrera, 2008 – 2009**

Emergencia Hospital Víctor Larco Herrera		Hospitalización H. Víctor Larco Herrera	
2008	2009	2008	2009
1. Esquizofrenia	1. Esquizofrenia	1. Esquizofrenia	1. Esquizofrenia
2. Episodio Depresivo	2. Episodio Depresivo	2. Trastorno mental consumo cocaína	2. Trastorno bipolar
3. Trastorno personalidad paranoide	3. Trastorno personalidad paranoide.	3. Trastorno bipolar	3. Trastorno mental consumo cocaína
4. Trastorno Bipolar	4. Trastorno Bipolar	4. Trastorno mental consumo alcohol	4. Trastorno mental consumo alcohol
5. Trastorno Catatónico	5. Trastorno Psicótico agudo	5. Trastorno Catatónico	5. Trastorno Catatónico
<b>Total = 2,278</b>	<b>Total = 2,115</b>	<b>Total = 658</b>	<b>Total = 604</b>

El análisis de la morbilidad de los servicios de Emergencia y Hospitalización del Hospital Víctor Larco Herrera durante el 2008 y el 2009, nos permite afirmar preliminarmente lo siguiente:

El predominio de Enfermedades mentales como la Esquizofrenia ocupa el primer lugar ambos Servicios de atención del Hospital. Para el caso de la Emergencia está seguido del Episodio depresivo y Trastorno Bipolar, que a diferencia de la Hospitalización, ingresan más los casos de Trastornos asociados a consumo de sustancias como cocaína y alcohol.

Es importante precisar que los datos pertenecen a los pacientes que utilizan los Servicios de Hospitalización de agudos y Adicciones, que tienen destinadas un número de camas en menor proporción que las de larga estancia, como veremos más adelante.

#### Situación social de Pacientes albergados

A Octubre del presente año el Hospital cuenta con un censo preliminar de los pacientes con las siguientes características:

- 275 pacientes en condición de albergados que cuentan con documento de identidad, de este grupo 37 pacientes son asegurados en su mayoría pensionistas
- 25 pacientes albergados sin documento de Identidad.
- Aproximadamente el 50% de los pacientes se encuentran en situación de abandono

Sin embargo, no se dispone de información actualizada del perfil de Diagnósticos de patología psiquiátrica y nivel de discapacidad asociado, existiendo un grupo de pacientes con problema de Retardo Mental cuya discapacidad requiere de manejo rehabilitador.

#### **5.2.2 Análisis de la mortalidad del Área de Influencia**

Con respecto a la DISA Lima Ciudad donde pertenece el Hospital VLH, en la mortalidad general para su población fue de 19,451 fallecidos en el año 2004 y de 19,221 en el año 2005, disminuyendo en un 1.2%.

Entre las principales causas de mortalidad, se encuentran la Infección respiratoria aguda, luego enfermedad isquémica del corazón, del aparato urinario, enfermedades

cerebrovasculares seguido de tumores malignos del aparato digestivo y otros sitios, las que representan en conjunto más del 50% del total de muertes en la zona.

Las **Prioridades Sanitarias** consideradas por la DISA Lima Ciudad están clasificados como, daños que producen mayor muerte prematura y exceso de mortalidad considerados como daños priorizados para su intervención; son:

- ✓ Infecciones respiratorias agudas
- ✓ Enfermedades isquémicas del corazón
- ✓ Enfermedades sistema urinario
- ✓ Enf. Cerebrovasculares
- ✓ Sepsis bacteriana del recién nacido
- ✓ Enfermedad cardiopulmonar
- ✓ VIH (SIDA)
- ✓ Tuberculosis

Le siguen los daños considerados de nivel intermedio:

- ✓ Accidentes por disparo de arma de fuego
- ✓ Tumores maligno del cuello del útero, colon y de la unión rectosigmoidea.
- ✓ Hiperplasia de próstata
- ✓ Enfermedades transmitidas por vectores y rabia
- ✓ Exposición a la corriente eléctrica
- ✓ Embarazo, parto y puerperio
- ✓ **Trastornos mentales y del comportamiento**
- ✓ Meningitis
- ✓ Fiebre reumática aguda
- ✓ Enfermedades cardíacas reumáticas
- ✓ Caídas

Como se puede apreciar, las prioridades tienen una mezcla de enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas, donde los Trastornos mentales ocupan un estrato de prioridad intermedio baja; así mismo, los casos de violencia y accidentes son parte de este grupo.

En cuanto a la **mortalidad específica**, por la condición del Hospital Víctor Larco Herrera como un establecimiento del tercer nivel de atención, que oferta servicios de Hospitalización y Emergencia psiquiátrica su población atendida está caracterizado por padecer de enfermedades crónicas de larga evolución, en muchos casos.

Entre el 2008 y 2009 se ha tenido 5 fallecimientos para cada año, de una población de 579 pacientes promedio, tiene una tasa global de 0.86%.

De los fallecidos, la mayoría fueron varones (7) y 3 mujeres, procedentes de los Pabellones 1 y 20 de corta estancia (6 casos), y luego de los pabellones de larga estancia (4 casos).

### **5.2.3 Identificación de las Unidades Productoras de Servicios**

La Unidad Productora de Servicios, o unidad básica de la oferta constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir servicios de salud, en este caso especializados en Salud Mental y en relación directa con su complejidad.

El Servicio Asistencial que actualmente desarrolla el Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital especializado en Psiquiatría y Salud Mental, categorizado como III-1; presenta las siguientes Unidades Productoras:

- ✓ Consulta externa.- Área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria de alta especialidad.
- ✓ Emergencia.- Área funcional organizada para la atención altamente especializada de emergencias Psiquiátricas.
- ✓ Hospitalización.- Área funcional destinada a brindar servicio de hospitalización en camas diferenciadas por sexo, de acuerdo a los trastornos mentales en tratamiento.
- ✓ Epidemiología.- Área funcional, donde se realizan las actividades de epidemiología hospitalaria relacionada con Vigilancia y prevención de infecciones intrahospitalarias, manejo de residuos sólidos y hospitalarios.
- ✓ Farmacia.- Cuya función es atender los requerimientos de medicamentos e insumos de acuerdo al petitorio correspondiente a su especialización y complejidad.
- ✓ Medicina de Rehabilitación.- Procedimientos destinados a recuperar las funciones físicas, mentales y/o sensoriales pérdidas o disminuidas y minimizar las discapacidades consecuentes de algún daño, injuria o de privación de estímulos.
- ✓ Diagnóstico por Imágenes.- Área dedicada a la ejecución y procesamiento de los estudios realizados por métodos de radiación.
- ✓ Patología Clínica (Laboratorio).- Área funcional de apoyo al diagnóstico en el que se toma, recibe, procesa, emite y valida resultados de los exámenes o ensayos de sangre y fluidos corporales previamente establecidos según su nivel de complejidad.
- ✓ Nutrición y Dietética
- ✓ Trabajo Social
- ✓ Dirección:
- ✓ Administración y Servicios Generales
- ✓ Planificación:
- ✓ Registros Médicos e Información:
- ✓ Servicios Generales y Mantenimiento:
  - Lavandería y ropería.
  - Comunicación.
  - Transporte.
  - Limpieza y vigilancia.

## 5.2.4 Análisis de la Demanda Atendida por Unidades Productora de Servicios (producción observada)

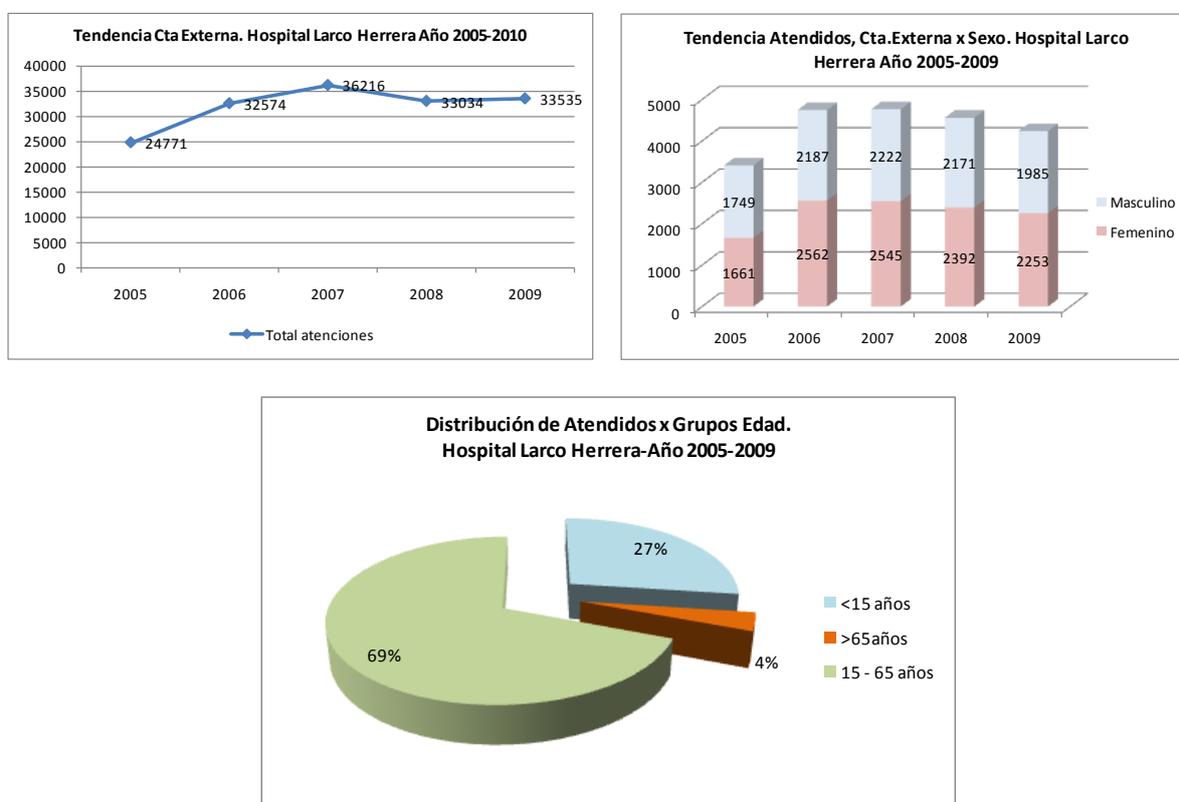
El análisis del comportamiento de la Demanda, presentada en los últimos años en el Hospital Víctor Larco Herrera, se muestra en los gráficos ilustrativos de la situación observada y los comentarios que refuerzan su visualización.

### CONSULTA EXTERNA:

El análisis de los datos de producción de la atención en Consulta Externa del periodo 2005 al 2009 del Hospital Víctor Larco Herrera, permite concluir lo siguiente:

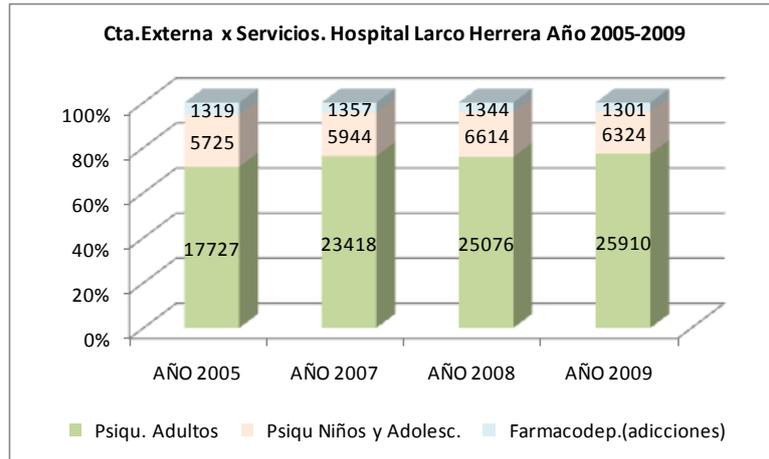
Las atenciones del Hospital Víctor Larco Herrera son crecientes de 24,371 en el 2005 a 33,535 en el 2009, lo que representa un incremento de 37,6%; sin embargo, debe resaltarse que el año 2006 tuvo un pico máximo de 36,216 atenciones. Los atendidos tienen una tendencia estable, predominando el sexo femenino (52%) y el crecimiento de los grupos de niños y adolescentes y Adultos. (Gráficos N°05.01).

**Gráfico N° 05.01.**



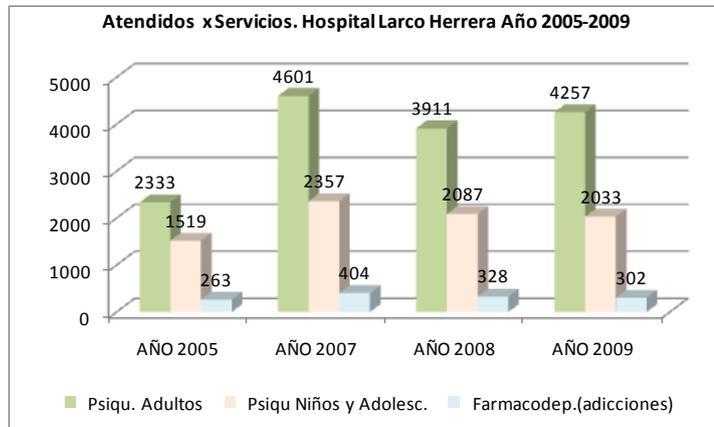
Predominio de los Departamentos de Psiquiatría adultos y Psiquiatría de niños y adolescentes, como los que brindan mayores prestaciones de Consulta Externa, seguidos del Dpto. de Adicciones (Gráfico N° 05.02).

**Gráfico N° 05.02.**



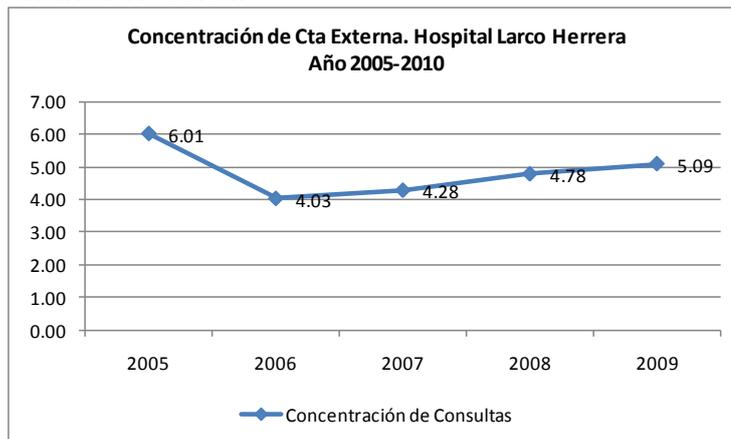
La producción tiene un correspondiente con los grupos etarios de los atendidos que hacen uso de los servicios, donde el grupo niño adolescente y el de adultos que acuden a Psiquiatría son mayores. (Gráficos N°05.03)

**Gráfico N° 05.03.**



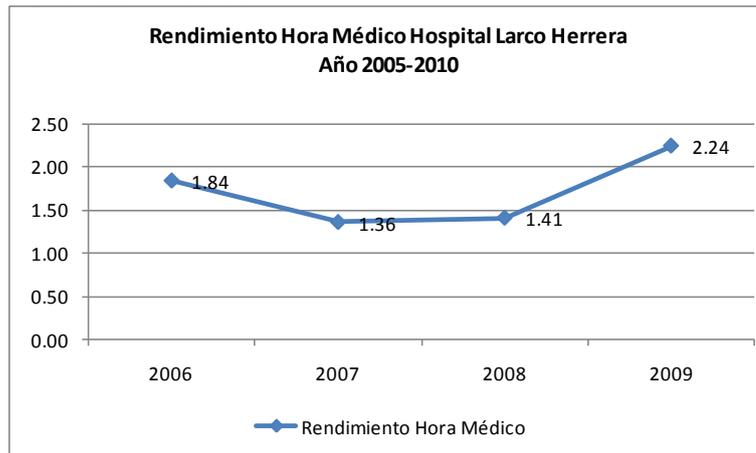
El índice de concentración de consultas se mantiene entre 4 a 5 atenciones con tendencia creciente en los últimos 2 años; ello indica la mayor rotación de pacientes. (Gráfico N° 05.04)

**Gráfico N° 05.04.**



El Rendimiento Hora Médico en la Consulta Externa se ha incrementado de 1.84 a 2.24 en el año 2009. (Gráfico N° 05.06)

**Gráfico N° 05.06.**

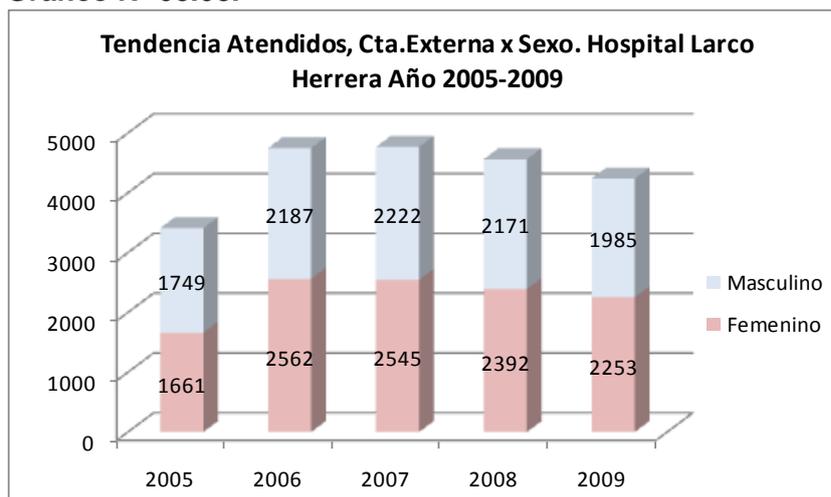


La utilización de Consultorios se mantiene en 1 físico por un funcional, lo que indica la existencia de una capacidad física instalada que se puede aprovechar en el futuro. (Gráfico N° 05.07)

**Gráfico N° 05.07.**



**Gráfico N° 05.08.**



## HOSPITALIZACION:

El análisis de los datos de producción de la atención en Hospitalización del periodo 2001 al 2005 del Hospital Víctor Larco Herrera, permite concluir lo siguiente:

Una reducción sostenida del número de ingresos hospitalarios de 781 alcanzado en el año 2005 a 604 en el año 2009, representando una disminución del 22.3%. (Gráfico N° 05.09)

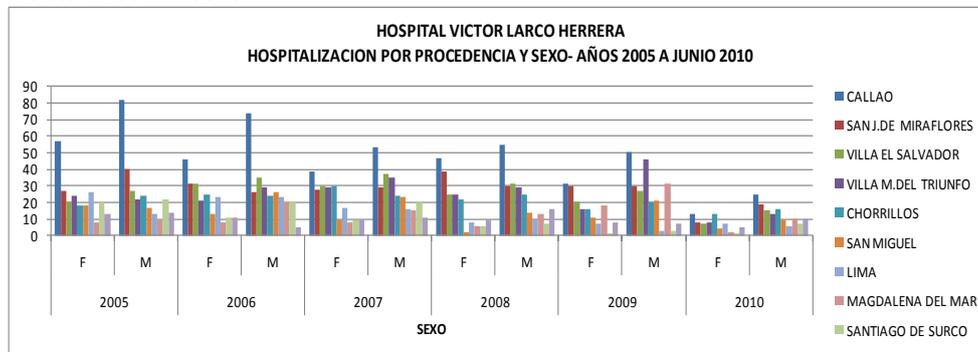
**Gráfico N° 05.09.**



Los ingresos por lo general son de la población adulta y representan en la actualidad el 14.1% de los atendidos en Consulta externa, y el 2.2% de las atenciones de la Consulta externa.

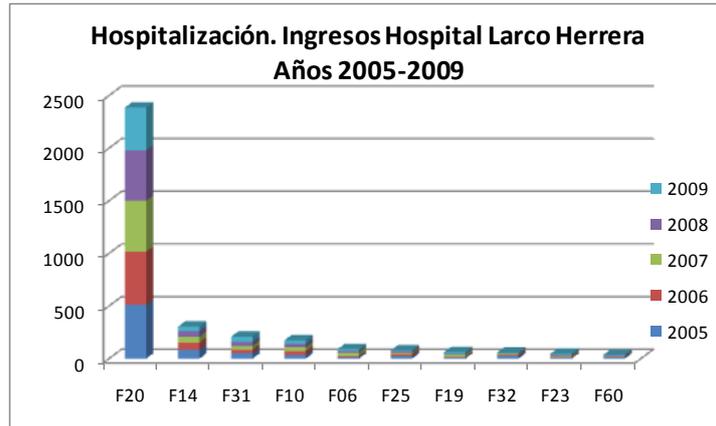
La mayor parte de los pacientes hospitalizados son varones provenientes del Callao y distritos del cono sur, como San Juan Miraflores, Villa El Salvador y Villa María del Triunfo, incrementándose en los últimos años los ingresos de Magdalena; esto puede corresponder a que los pacientes declaran el domicilio de un familiar o conocido de este distrito aledaño al centro.

**Gráfico N° 05.10.**



Los principales problemas que se hospitalizan son la Esquizofrenia (F20) con 69% de los casos, seguido Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cocaína (F14) con 8.8% y Trastorno bipolar afectivo (F31) 6.1%.

**Gráfico N° 05.11.**



CONDICION DX 3 DIGITOS	Ingresos					Total	%
	2005	2006	2007	2008	2009		
F20	512	505	484	478	408	2387	69.2
F14	86	66	56	55	42	305	8.8
F31	52	34	35	37	52	210	6.1
F10	34	36	38	32	35	175	5.1
F06	15	10	32	16	18	91	2.6
F25	24	20	11	15	8	78	2.3
F19	11	7	21	8	15	62	1.8
F32	23	13	9	5	8	58	1.7
F23	11	7	11	8	10	47	1.4
F60	13	8	5	4	8	38	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>781</b>	<b>706</b>	<b>702</b>	<b>658</b>	<b>604</b>	<b>3451</b>	<b>100</b>

Un aspecto importante es que los pacientes hospitalizados tienen un alto índice de reingresos, llegando a ser el 60.4% en el año 2009; debe medirse en grupos de menos y más de 3 meses; los que comparativamente con tasas de países desarrollados, están en el orden de 23%, en parte se explica por la discontinuidad de tratamiento.

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009
<b>TOTAL INGRESO</b>	<b>781</b>	<b>706</b>	<b>702</b>	<b>658</b>	<b>604</b>
<b>Ingreso Nuevo</b>	351	304	307	347	239
<b>Reingreso</b>	430	402	395	311	365
<b>%</b>	<b>55.1</b>	<b>56.9</b>	<b>56.3</b>	<b>47.3</b>	<b>60.4</b>

El Hospital atiende 5 grupos de pacientes:

- ✓ Pacientes Agudos (Pabellones N°1 y 20)
- ✓ Pacientes Farmacodependientes
- ✓ Pacientes crónicos en Rehabilitación (Pabellones N° 2,4, 5, 8, 9, 12,13)
- ✓ Pacientes de Cuidados Generales (pabellón 7)
- ✓ Pacientes de Psiquiatría Forense (INPE)

Las camas están distribuidas por pabellones de la siguiente manera:

**CUADRO N° 05.09**

Distribución CAMAS	N°CAMAS
Pabellón 1	60
Pabellón 20	60
Pabellón 2	67
Pabellón 4	80
Pabellón 5	56
UCEG7	30
Pabellón 8	39
Pabellón 9	42
Pabellón 12-13	54
C.HOG.	6
Pabellón 18	60
UCE	12
INPE	12
<b>TOTAL</b>	<b>578</b>

Los pabellones de Agudos y Adicciones son los que reciben la mayor cantidad de pacientes ingresados. (Cuadro N° 05.09)

Los indicadores de hospitalización reflejan, en general, el problema de los casos que reciben por su cronicidad, la carga social; ya que en algunos casos se tratan de abandonos familiares y otras por orden judicial que obliga a que no sean dados de alta. Esta situación de inmovilización repercute en el ingreso de nuevos pacientes que requieren internamiento y se quedan en mayores tiempos de observación de la emergencia. (Cuadro N° 05.10)

**CUADRO N° 05.10**

INDICADORES GLOBALES	Año 2007	Año 2008	Año 2009
Promedio Permanencia	212.00	182	234
Intervalo sustitución	65.68	63.64	69.69
Porcentaje Ocupación	76.50	78.31	79.48
Rendimiento cama	0.10	0.1	0.08
<b>Infecciones</b>	<b>1.72</b>	<b>9.49</b>	<b>6</b>
<b>Mortalidad Bruta</b>	<b>0.01</b>	<b>0.01</b>	<b>0.01</b>

En el análisis de los indicadores por Servicios:

- ✓ Los periodos de permanencia son mayores en los pabellones de Rehabilitación de Crónicos, seguido de Farmacodependencia y los de Agudos, a través de la serie de 5 años revisados.
- ✓ El mayor Porcentaje de Ocupación lo tiene Psiquiatría Forense, seguido de los pacientes crónicos y luego Fármaco dependencia.

Estos indicadores descritos tienen su correlato con el bajo Rendimiento- Cama.

## EMERGENCIA

El análisis de los datos de producción de la atención en Emergencia del periodo 2005 al 2009 del Hospital Víctor Larco Herrera, permite concluir lo siguiente:

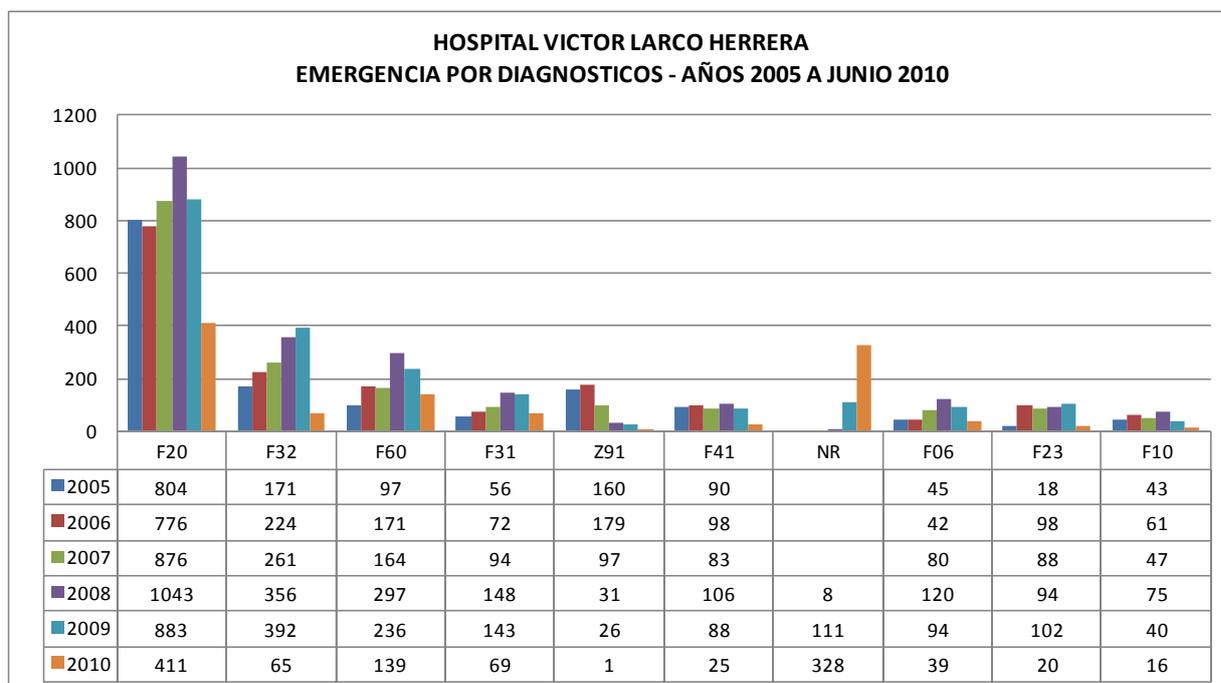
**CUADRO Nº 05.11**

AÑO		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL GENERAL
DX 3 DIGITOS	F20	804	776	876	1043	883	2717
	F32	171	224	261	356	392	820
	F60	97	171	164	297	236	526
	F31	56	72	94	148	143	319
	Z91	160	179	97	31	26	519
	F41	90	98	83	106	88	271
	NR				8	111	80
	F06	45	42	80	120	94	255
	F23	18	98	88	94	102	251
	F10	43	61	47	75	40	1941
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1484</b>	<b>1721</b>	<b>1790</b>	<b>2278</b>	<b>2115</b>	<b>7364</b>

Las atenciones con tendencia estacionaria, en los últimos 3 años.

Los problemas tienen la misma tendencia de tener en los primeros lugares a la Esquizofrenia (F20), seguida del Episodio depresivo (F32), que se muestra con cifras crecientes a diferencia del F20, así como el Trastorno de personalidad específico (F60), así mismo la edad entre 15-65 años es la que más acude.

**Gráfico Nº 05.12.**



El análisis del ratio (atenciones de Emergencia / atenciones de Consulta Externa), refleja una baja presión de demanda de 8 a 9% promedio en los últimos 3 años.

Este servicio cuenta con 24 camas de observación, que en una tercera parte de los pacientes permanecen en ella más de 24 horas por la condición de riesgo y necesidad de seguridad para el paciente (intento suicidios, violencia etc.); así mismo, otro pequeño grupo promedio de 20 al año, permanece hasta 15 días en espera de camas de hospitalización.

**CUADRO Nº 05.13**

RANGO DE ESTANCIA		0 DÍAS						DE 1 A 7 DÍAS						
		AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005	2006	2007	2008	2009	2010
DX 3 DIGITOS	F20	588	493	525	614	541	282	205	269	320	396	313	112	
	F32	140	168	165	255	300	42	31	54	93	97	91	23	
	F60	77	103	101	202	165	91	20	68	61	94	68	48	
	F31	32	42	48	85	75	47	22	26	43	58	60	21	
	Z91	118	117	73	28	20	1	42	58	24	3	6		
	F41	83	90	79	97	85	25	7	8	4	8	3		
	NR				8	100	299						11	29
	F06	27	20	40	79	56	26	17	21	36	40	34	11	
	F23	11	57	51	48	49	12	7	39	33	44	50	7	
	F10	31	36	32	48	26	12	12	24	14	26	14	4	
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1107</b>	<b>1126</b>	<b>1114</b>	<b>1464</b>	<b>1417</b>	<b>837</b>	<b>363</b>	<b>567</b>	<b>628</b>	<b>766</b>	<b>650</b>	<b>255</b>	

## SERVICIOS INTERMEDIOS

El análisis de los datos de producción de servicios intermedios del periodo 2001 al 2005 del Hospital Víctor Larco Herrera permite concluir que la producción de servicios intermedios en general es muy escasa; en Imagenología, sólo brinda Rx simple, siendo mayor la demanda de Laboratorio, cuya producción es significativamente mayor en la Consulta Externa representando el 80.04% del total, y con un incremento en el nivel de producción general durante los últimos dos años.

Por el tipo de especialización, el soporte de Terapistas Ocupacionales, seguido de Atenciones de Psicología así como de Atención Social.

### 5.2.5 Análisis de la Demanda No Atendida

Una importante consideración en el cálculo es que debe ajustarse la proyección a corregir progresivamente las brechas de atención que “normalmente” están presentes en la atención de Salud Mental en países en desarrollo como el nuestro, explicado por factores como el crónico y bajo financiamiento, las barreras culturales de la población de no buscar atención por el estigma, entre otros, y a los que el Hospital no está excluido de ellos.

Estas brechas de atención y tratamiento expresa la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben es muy amplia y hasta podría estar subestimada; ya que por lo general, no se tiene en cuenta la co-morbilidad, ni tampoco lo referente a calidad y eficacia del tratamiento. El promedio de la brecha en la región es de hasta 70%, siendo el grupo de niños y adolescentes el que más afectado se encuentra.

Al comparar la demanda atendida en el 2009 en el Hospital VLH y la esperada para el presente año podemos apreciar la magnitud de la brecha.

Grupo etario	Demanda esperada 2010	Demanda atendida 2009	Brecha atención	% Brecha
Niños Adolescentes	6368	709	5659	89
Adultos	8479	3044	5435	64

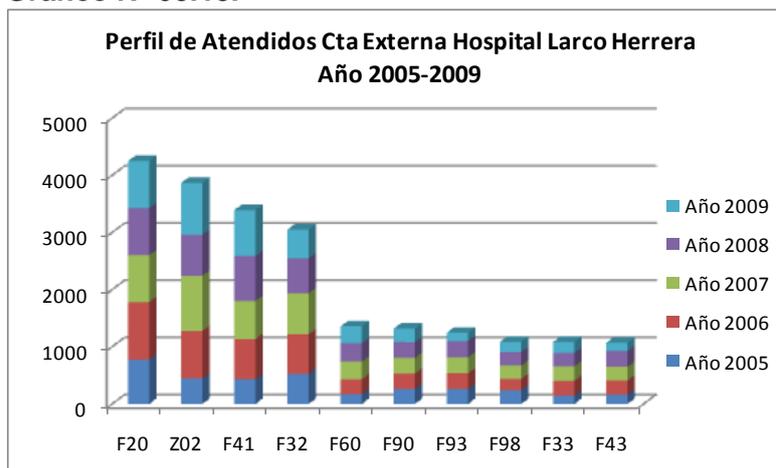
Se aprecia que el grupo menos atendido es el de los niños, que guarda relación en parte con la alta demanda y citas a futuro en este grupo de edad.

Otro aspecto importante para este grupo etario, es la presencia de otros prestadores especializados ubicados en el ámbito de influencia del Hospital, como el caso del Instituto de Salud del Niño, que cuenta con un Departamento de Salud Mental y brinda un importante número de atenciones de mayor frecuencia los Trastornos de Comportamiento. (ASIS, 2008 INSN)

### 5.2.6 Análisis de la demanda de otros establecimientos de Salud

En este acápite revisaremos comparativamente la demanda de un establecimiento similar al Hospital VLH, el Instituto Hideyo Noguchi, que oferta servicios de psiquiatría y salud mental a la población que vive en la zona del Cono Norte, y de esa manera abarca otros distritos diferentes al Hospital; pero ambos pertenecen administrativamente a la DISA Lima Ciudad, donde el perfil de los problemas, como se dijo para el Hospital VLH, son la esquizofrenia (F20) Trastornos de ansiedad (F41) Episodio depresivo (F32).

**Gráfico Nº 05.13.**



Para el Instituto Hideyo Noguchi el perfil es similar, sobre todo para la Esquizofrenia y los Episodios Depresivos.

**CUADRO Nº 05.14.**

**25 PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIÓN SEGÚN GÉNERO – AÑO 2007**

No	DX.	NOMENCLATURA	VARON	MUJER	TOTAL	PORCENTAJE
1	F20	ESQUIZOFRENIA	4417	3128	7545	33,12
2	F32	EPISODIOS DEPRESIVOS	791	1713	2504	10,99
3	F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	294	1122	1416	6,22
4	F42	TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	496	334	830	3,64
5	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	58	749	807	3,54
6	F31	TRASTORNO BIPOLAR	300	487	787	3,46
7	F84	TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	600	142	742	3,26
8	F90	TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	557	127	684	3,00
9	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	531	93	624	2,74
10	F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	280	256	536	2,35
11	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA	314	193	507	2,23
12	Z76	PERSONAS QUE ENTRAN EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS	227	215	442	1,94
13	F91	TRASTORNOS DISOCIALES	330	95	425	1,87
14	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES	306	33	339	1,49
15	Z02	EXAMENES Y CONTACTOS PARA FINES ADMINISTRATIVOS	154	184	338	1,48
16	F70	RETRASO MENTAL	231	106	337	1,48
17	F25	TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	124	208	332	1,46
18	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR PERSISTENTES	86	239	325	1,43
19	F63	TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	292	26	318	1,40
20	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA	260	8	268	1,18
21	F43	REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	114	140	254	1,12
22	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	214	24	238	1,04
23	F23	TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	142	91	233	1,02
24	F06	OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA	117	61	178	0,78
25	F00	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	28	122	150	0,66
26		OTROS	949	670	1619	7,00
<b>total</b>			12212	10566	22778	99,89

Fuente SALA DE SITUACION 2007, OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA INSM HD

Es importante resaltar la necesidad de explicitar en las estadísticas del Hospital VLH, definir con mayor detalle las nosologías; ya que en la revisión sólo se muestra la utilización de los códigos de 2 dígitos y no 3 dígitos que permiten mayor precisión diagnóstica.

### 5.2.7 Análisis de las Referencias y contra referencias

En la DISA Lima Ciudad no se ha identificado una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría establecido formalmente, por lo que las Referencias para la Emergencia del Hospital VLH, proceden en su mayoría del Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa, ubicado en Miraflores.

Al ser un hospital de tercer nivel, se ha revisado que otros prestadores de la DISA ofrecen servicios de psiquiatría con los que se podría articular una Red funcional de servicio encontrándose Atención de Psiquiatras en los Hospitales Dos de Mayo, Arzobispo Loayza y Santa Rosa.

## 5.03 CRITERIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA PROYECTADA

### 5.3.1 Criterios de Optimización de la Demanda, de acuerdo a estándares y estrategias institucionales de atención a la población, establecidos por MINSA

#### 5.3.1.1 La Demanda Potencial

El cálculo de la demanda potencial está asociado a la tasa de morbilidad esperada de problemas de Salud Mental en la población. La OMS recomienda utilizar el estudio de Prevalencia para las patologías graves y que requieren por lo general servicios especializados como el del Hospital Víctor Larco Herrera, y estudios de incidencia para los casos leves o condiciones menos severas que pueden manejarse en Servicios ambulatorios.

#### Prevalencia o incidencia anual de los Trastornos Mentales

Esta medida es definida como el número de personas con una condición específica en un determinado población en un momento determinado (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). La prevalencia anual por lo tanto es el número de pacientes esperados con una condición específica en una determinada población durante un año. Lo que es necesario, a fin de establecer la necesidad de servicios de salud mental en un año determinado.

Se reconoce que los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes tasas de prevalencia de acuerdo a la metodología usada, los tipos de trastornos incluidos en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia.

Sin embargo, se calcula que entre 20- 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida en América Latina, de estos problemas los padecimientos graves requieren de la atención especializada.

Actualmente la región de América Latina cuenta con un instrumento estandarizado para evaluar los problemas de salud mental que está en proceso de aplicación en nuestro país; recientemente, en el 2009, OPS ha publicado la prevalencia en la Región para la población de Adultos.

#### PREVALENCIA SALUD MENTAL REGION AMERICA LATINA

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) (12 meses)
Psicosis no afectivas	1,0
Depresión mayor	4,9
Distimia	1,7
Trastorno bipolar	0,8
Trastorno de ansiedad	3,4
Trastorno de pánico	1,0
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4
Uso nocivo o dependencia del alcohol	5,7

Para la información disponible en el país sobre morbilidad de salud mental y específicamente para Lima Metropolitana el “Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental del año 2002” realizado por el Instituto Hideyo Noguchi presenta la prevalencia de problemas de Salud Mental en adultos. Ver tabla.

**TABLA No. 36**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN**  
**POR SEXOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002**

<b>TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,5	0,3	0,7
TRASTORNO BIPOLAR	0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	6,6	3,0	10,1
DISTIMIA**	1,2	0,9	1,6
AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	1,1	0,9	1,3
AGORAFOBIA CON HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,5	0,4	0,7
FOBIA SOCIAL	2,8	1,9	3,7
TRASTORNO DE PÁNICO	1,2	0,8	1,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA***	7,3	5,4	9,0
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,7	0,7	0,8
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	2,8	1,2	4,2
BULIMIA NERVOSA	0,6	0,1	1,0
ANOREXIA NERVOSA	0,0	0,0	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS****	11,5	7,1	15,6

\* Los criterios del MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como positivos la presencia de por lo menos cinco de los criterios descritos.

\*\* La prevalencia actual de distimia se refiere a dos años por los criterios diagnósticos.

\*\*\* Los criterios del TAC fueron ajustados al exigirse que la persona explícitamente se sienta generalmente con preocupación y tensión. Se asume la prevalencia a seis meses por los criterios diagnósticos.

\*\*\*\* Se refiere a personas que con la finalidad de perder peso se inducen al vómito, toman laxantes, realizan ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, toman supresores del apetito, o toman diuréticos.

Las naciones de América Latina y el Caribe (LAC) tienen muchos contrastes en los avances que se han hecho en las áreas de niños y adolescentes, política de salud mental, investigación y formación. Otro factor importante es el tema de la inequidad social que afecta a muchos niños en los países de la región, que obliga a un gran número de ellos a vivir en las calles y los predispone a convertirse muy temprano en sus vidas al consumo de drogas, la delincuencia, la violencia y el sexo sin protección; lo que tiene consecuencias graves para su salud, especialmente de salud mental. Los estudios sobre la magnitud de los problemas afrontan vacíos metodológicos, por lo que se afirma que, cualquier conclusión sobre la prevalencia global de mental de los niños con trastornos de la salud en los países de ALC se debe considerar una estimación.

Recientemente, un estudio bien diseñado en Brasil se llevó a cabo para evaluar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes, donde se encontró que la tasa global de prevalencia ponderada de trastornos psiquiátricos fue 12,7%.

El mal comportamiento trastornos (trastorno negativista desafiante o conducta trastorno) fueron los trastornos más frecuentes (7,0%) seguido de Trastornos de ansiedad (5,2%), Trastorno hiperactivo (1,8%) Trastorno depresivo (1,0%)

El 12,7% del total prevalencia ponderada de los trastornos mentales fue significativamente superior a la prevalencia del 9,7% que se encuentran en Gran Bretaña con medidas comparables y de procedimientos diagnóstico.

De esta forma, los cuadros a continuación exponen las prevalencias para ambos grupos de población, la Adulta y de Niños y Adolescentes.

**CUADRO Nº 05.15a****HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA****POBLACION DEMANDANTE SALUD MENTAL ADULTA MINSA (POR QUINQUENIOS)**

PROV.	DISA	% PREVAL.	2010	2015	2020	2025
LIMA	DISA LIMA CIUDAD	20%	26,212	25,039	22,929	21,202
	DISA LIMA SUR	20%	150,913	162,384	173,260	182,567
	DISA CALLAO	20%	35,581	34,038	32,239	30,258
<b>TOTAL</b>			<b>212,706</b>	<b>221,460</b>	<b>228,428</b>	<b>234,027</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 05.15b****HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA****POBLACION DEMANDANTE SALUD MENTAL NIÑOS Y ADOLESCENTES MINSA (POR QUINQUENIOS)**

PROV.	DISA	% PREVAL.	2010	2015	2020	2025
LIMA	DISA LIMA CIUDAD	12.7%	8,970	8,569	7,847	7,256
	DISA LIMA SUR	12.7%	51,646	55,572	59,294	62,479
	DISA CALLAO	12.7%	12,177	11,648	11,033	10,355
<b>TOTAL</b>			<b>72,793</b>	<b>75,789</b>	<b>78,173</b>	<b>80,090</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

La lectura de estos Cuadros nos está señalando, que del total de la población de Adultos de responsabilidad de las Redes Sanitarias del Ministerio de Salud, se estima que 221,460 personas adultas, presentarán uno o más trastornos mentales o del comportamiento en el año 2015, y que en el mismo periodo serán 75,789 niños y adolescentes, los que se verán afectados por problemas de Salud Mental.

Esta prevalencia de los males mentales en la población No Asegurada, constituye la Demanda poblacional Potencial, que deberá ser atendida por el Ministerio de Salud, a través de su Red Especializada, y siguiendo el esquema piramidal que exige que en su base, es decir en los primeros niveles de esta atención especializada, se traten de resolver los problemas de baja complejidad.

### 5.3.1.2 La Demanda Efectiva

Conceptualmente, la Demanda Efectiva, por su parte, está constituida por las personas con algún problema de salud o sufriendo una necesidad sentida de salud (Demanda Potencial), realmente acuden a un proveedor de servicios de salud. En el caso que nos ocupa, dicho proveedor además deberá ser institucional y especializado (establecimiento de salud MINSa en Salud Mental, en el caso del Hospital como centro de referencia).

Bajo este marco, debe establecerse que la intencionalidad del Estudio, es la racionalidad; es decir, busca modificar los factores de la oferta que reducen la demanda potencial, limitando su transformación en demanda efectiva y mejorar -simultáneamente- aquellos factores que inciden sobre el comportamiento de la demanda efectiva, que se encuentra en un nivel por debajo de la demanda en el resto del país.

En un probable Sistema especializado en Salud Mental, donde existen diferentes Niveles de atención para la correspondiente magnitud de los daños, el Hospital Víctor Larco Herrera tendrá una demanda del tercer nivel, mediana y altamente especializada,

De acuerdo al esquema de organización de servicios de salud mental, expuesto líneas arriba, el Hospital VLH se encuentra en el vértice de la pirámide de atención, con una mezcla de centro de Larga estancia y especialización simultánea, que ha definido su enfoque hacia los servicios de Institución especializada, los que ofrecen diversos servicios en las salas de hospitalización y especialistas en Consulta Externa.

El Estudio del Plan Maestro de las Inversiones del Hospital Víctor Larco Herrera, de acuerdo a estándares internacionales similares al nuestro y adaptados a la realidad nacional, ha establecido que correspondería al nivel superior de alta especialización del ámbito de Estudio, vale decir al Hospital VLH, responsabilizarse por el segmento que requiere alta complejidad. Los estándares a que se hace referencia que tomaría el nivel de atención de alta complejidad son los siguientes:

DESORDEN	PREVALENCIA AÑO (%)	Sub Total
<b>Adultos</b>		
Psicosis No Afectiva	2.0%	<b>13.2%</b>
Trastorno Bipolar	0.1%	
Depresión mayor	6.6%	
Trastorno Ansiedad	4.5%	
<b>Niños y Adolescentes</b>		
Trastorno Ansiedad	5.2%	<b>8.0%</b>
Trastorno Hipercinético	1.8%	
Trastorno Depresivo	1.0%	

Corresponde al más alto nivel de atención integral especializada en Salud Mental, el segmento equivalente al 13.2% de la Demanda Potencial específica de los Trastornos en esa dolencia, prevista para los adultos; e igualmente al 8% de la demanda potencial prevista para los niños y adolescentes.

En el Cuadro anterior, se detalla además, el porcentaje que corresponde a cada una de las sub especialidades en cada caso.

La aplicación de estos estándares a la población demandante potencial se detalla en los Cuadros Nº 05.16 y Nº 05.17. Es necesario advertir un detalle en la construcción de los Cuadros; la Columna de Casos Esperados, en función de los porcentajes antes aludidos, está prevista para estimar la proyección de los Consultantes o Atendidos en la Consulta Ambulatoria; mientras que la columna de Casos Severos, en función de porcentajes de complejidad en el daño, permitirá proyectar a los Hospitalizados, o pacientes que requieren ser internados en la hospitalización del Establecimiento.

Según estas proyecciones, el Hospital, como establecimiento asistencial individual, debería estar preparado para soportar una demanda efectiva de 35,296 pacientes en el año 2015 y 37,299 en el año 2025; como se muestra en el Cuadro Resumen Nº 05.18.

**CUADRO Nº 05.16**

**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

**POBLACION DEMANDANTE SALUD MENTAL ADULTOS EN HVLH (POR QUINQUENIOS)**

<b>AÑO 2010</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Psicosis No Afectiva	2.0%	4,254	100%	4,254
Trastorno Bipolar	0.1%	213	100%	213
Depresión mayor	6.6%	14,039	20%	2,808
Trastorno Ansiedad	4.5%	9,572	5%	479
<b>TOTAL</b>		<b>28,077</b>		<b>7,753</b>
<b>AÑO 2015</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Psicosis No Afectiva	2%	4,429	100%	4,429
Trastorno Bipolar	0.10%	221	100%	221
Depresión mayor	6.60%	14,616	20%	2,923
Trastorno Ansiedad	4.50%	9,966	5%	498
<b>TOTAL</b>		<b>29,233</b>		<b>8,072</b>
<b>AÑO 2020</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Psicosis No Afectiva	2%	4,569	100%	4,569
Trastorno Bipolar	0.10%	228	100%	228
Depresión mayor	6.60%	15,076	20%	3,015
Trastorno Ansiedad	4.50%	10,279	5%	514
<b>TOTAL</b>		<b>30,152</b>		<b>8,326</b>
<b>AÑO 2025</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Psicosis No Afectiva	2%	4,681	100%	4,681
Trastorno Bipolar	0.10%	234	100%	234
Depresión mayor	6.60%	15,446	20%	3,089
Trastorno Ansiedad	4.50%	10,531	5%	527
<b>TOTAL</b>		<b>30,892</b>		<b>8,530</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 05.17**

**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

**POBLACION DEMANDANTE SALUD MENTAL NIÑOS Y ADOLEC. EN HVLH (POR QUINQUENIOS)**

<b>AÑO 2010</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Trastorno Ansiedad	5.2%	3,785	100%	3,785
Trastorno Hipercinético	1.8%	1,310	100%	1,310
Trastorno Depresivo	1.0%	728	100%	728
<b>TOTAL</b>		<b>5,823</b>		<b>5,823</b>
<b>AÑO 2015</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Trastorno Ansiedad	5%	3,941	100%	3,941
Trastorno Hipercinético	1.80%	1,364	100%	1,364
Trastorno Depresivo	1.00%	758	100%	758
<b>TOTAL</b>		<b>6,063</b>		<b>6,063</b>
<b>AÑO 2020</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Trastorno Ansiedad	5%	4,065	100%	4,065
Trastorno Hipercinético	1.80%	1,407	100%	1,407
Trastorno Depresivo	1.00%	782	100%	782
<b>TOTAL</b>		<b>6,254</b>		<b>6,254</b>
<b>AÑO 2025</b>				
<b>DESORDEN</b>	<b>PREVALENCIA AÑO (%)</b>	<b>Nº CASOS ESPERADOS</b>	<b>% CASOS SEVEROS</b>	<b>Nº CASOS SEVEROS</b>
Trastorno Ansiedad	5%	4,165	100%	4,165
Trastorno Hipercinético	1.80%	1,442	100%	1,442
Trastorno Depresivo	1.00%	801	100%	801
<b>TOTAL</b>		<b>6,407</b>		<b>6,407</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 05.18 (resumen)**

**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

**POBLACION DEMANDANTE SALUD MENTAL EN HVLH (POR QUINQUENIOS)**

<b>PROV.</b>	<b>DISA</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>
<b>LIMA</b>	ADULTOS	28,077	29,233	30,152	30,892
	NIÑOS ADOLESC.	5,823	6,063	6,254	6,407
<b>TOTAL</b>		<b>33,901</b>	<b>35,296</b>	<b>36,406</b>	<b>37,299</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

### 5.1.1 Estimación de la Demanda Esperada de Atenciones en el ámbito de Estudio (Efectiva y su Proyección)

La Demanda esperada en un Servicio Asistencial, tratándose de un Hospital General No especializado, está direccionado por el Modelo de Atención por todos conocido y claramente establecido por las Normas Sectoriales vigentes; en consecuencia, las proyecciones de la Demanda Esperada son en ese caso, cuantificables con cierta facilidad. En este específico caso de un Establecimiento del Ministerio de Salud, especializado en Psiquiatría y Salud Mental; cuyo desarrollo está ligado a la decisión Sectorial e Institucional de funcionar como Sistema Integrado y a un Modelo Asistencial que no se ha precisado ni implementado; establecer la futura Demanda Esperada al Servicio especializado es una tarea que previamente pasa por definir este importante marco Conceptual –operacional.

Es obvio que la estimación realizada para el año 2010 para el nivel especializado del Área de responsabilidad del Estudio, de acuerdo a los estándares de programación que se muestran en los Cuadro N° 05.19 al Cuadro N° 05.23, no compatibilizan con los registros estadísticos proyectados para el mismo año y que reflejan la realidad observada en el Hospital Víctor Larco Herrera, donde existe un 70% de desfase. Incompatibilidad natural, porque por un lado, la estigmatización de la que es objeto el Establecimiento en Estudio y por otro su real capacidad operativa que le permiten los recursos disponibles.

En términos concretos, en el propio Establecimiento Hospitalario, racionalmente, tendrá que asumir una real capacidad de absorción de la Demanda Efectiva, un porcentaje de la misma como meta a cubrir, la que deberá progresivamente debería incrementarse en los próximos quinquenios, con el propósito de acercarse a los estándares de excelencia que solo se consigue en los países altamente desarrollados en el sector Salud.

Esta meta porcentual, que como concepto realista se propone alcanzar el Hospital en Estudio en los próximos tres quinquenios, será definida en el Planteamiento Técnico del Estudio, específicamente en la propuesta de la Demanda a cubrir.

Por ahora estimaremos la Demanda de Atenciones prevista para el año base (2010) y para los próximos quinquenios para la totalidad de los potenciales atendidos del segmento que corresponde al Tercer Nivel de Complejidad de esta especialidad en el área de responsabilidad del Hospital. Estos resultados se muestran en el Cuadro N° 05.24; cifras que se han estimado con los mismos criterios y procedimientos de Programación que se detallan más adelante, en el Capítulo N° 10: Planteamiento Técnico – Programación General de Atenciones.

**CUADRO N° 05.19**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**DEMANDA ATENCIONES ESPECIALIZ. EN 3º NIVEL**

<b>ATENCIONES AMBULATORIAS ADULTOS</b>			
<b>Consulta Externa (total especializadas)</b>			
<b>Año 2010</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>Mínimo Ctas anual por caso</b>	<b>Total Ctas. año</b>
<b>Psicosis no afectiva</b>	4254	12	51,050
<b>Trastorno Bipolar</b>	213	12	2,552
<b>Depresión Mayor</b>	14039	6	84,232
<b>Trastorno Ansiedad</b>	9572	6	57,431
<b>Total</b>	<b>28,077</b>		<b>195,264</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 05.20**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**DEMANDA ATENCIONES ESPECIALIZ. EN 3º NIVEL**

<b>ATENCIONES AMBULATORIAS NIÑOS ADOLESCENTES</b>			
<b>Consulta Externa (total especializadas)</b>			
<b>Año 2010</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>Mínimo Ctas anual por caso</b>	<b>Total Ctas. año</b>
Trastorno Ansiedad	3785	5	18,926
Trastorno Hipercinético	1310	6	7,862
Transtorno Depresivo	728	6	4,368
<b>Total</b>	<b>5,823</b>		<b>31,155</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 05.21**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**DEMANDA ATENCIONES ESPECIALIZ. EN 3º NIVEL**

<b>Año 2010 cama agudo -Corta Estancia</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
Psicosis no afectiva	4,254	50%	2,127	17	1.15	114
Trastorno Bipolar	213	30%	64	11	1.15	2
Depresión Mayor	2,808	5%	140	23	1.15	10
Trastorno Ansiedad	479	5%	24	2	1.15	0
<b>Total</b>	<b>7,753</b>		<b>2,355</b>	<b>17.0</b>	<b>1.15</b>	<b>126</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 05.22**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**DEMANDA ATENCIONES ESPECIALIZ. EN 3º NIVEL**

<b>Año 2015 cama media estancia</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
Psicosis no afectiva	638	60	1.15	121
Trastorno Bipolar	19	35	1.15	2
Depresión Mayor	42	80	1.15	11
Trastorno Ansiedad	7	7	1.15	0
<b>Total</b>	<b>707</b>	<b>60.0</b>	<b>1.15</b>	<b>134</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 05.23**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**DEMANDA ATENCIONES ESPECIALIZ. EN 3º NIVEL**

<b>Año 2010 Larga estancia</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
Psicosis no afectiva	4,254	5%	213	180	1.05	110
Trastorno Bipolar	213	0.5%	1	180	1.05	1
<b>Total</b>	<b>4,467</b>		<b>214</b>	<b>180</b>	<b>1.05</b>	<b>111</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO N° 05.24**

**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

**RESUMEN - DEMANDA ATENCIONES ESPECIALIZ. EN 3º NIVEL**

<b>Demanda de Servicios Hospital</b>				
<b>(Demanda Efectiva total en 3º nivel)</b>				
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS /Año</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>
<b>CONSULTA EXTERNA</b>				
<b>Ctas. Adultos</b>	195,264	203,301	209,697	214,837
<b>Ctas. Niños Adolescentes</b>	31,155	32,438	33,458	34,278
<b>Ctas. Otros</b>	22,642	23,574	24,315	24,912
<b>Subtotal</b>	249,062	259,312	267,470	274,027
<b>Hospital Día (Nºcasos)</b>				
<b>HOSPITALIZACION - EGRESOS</b>				
<b>Agudos Corta Estancia.</b>	2,355	2,452	2,529	2,591
<b>Media Estancia</b>	707	736	759	777
<b>Larga Estancia</b>	214	221	230	235
<b>Socio Sanitarias</b>	655	682	704	721
<b>Sub Total</b>	3,931	4,091	4,221	4,325
<b>EMERGENCIA</b>				
<b>Atenciones Adultos</b>	2808	2923	3015	3089
<b>At. Niños Adolescentes</b>	582	606	625	641
<b>Días Observación</b>	3,051	3,177	3,277	3,357

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

## 4.0 ANÁLISIS DE LA OFERTA

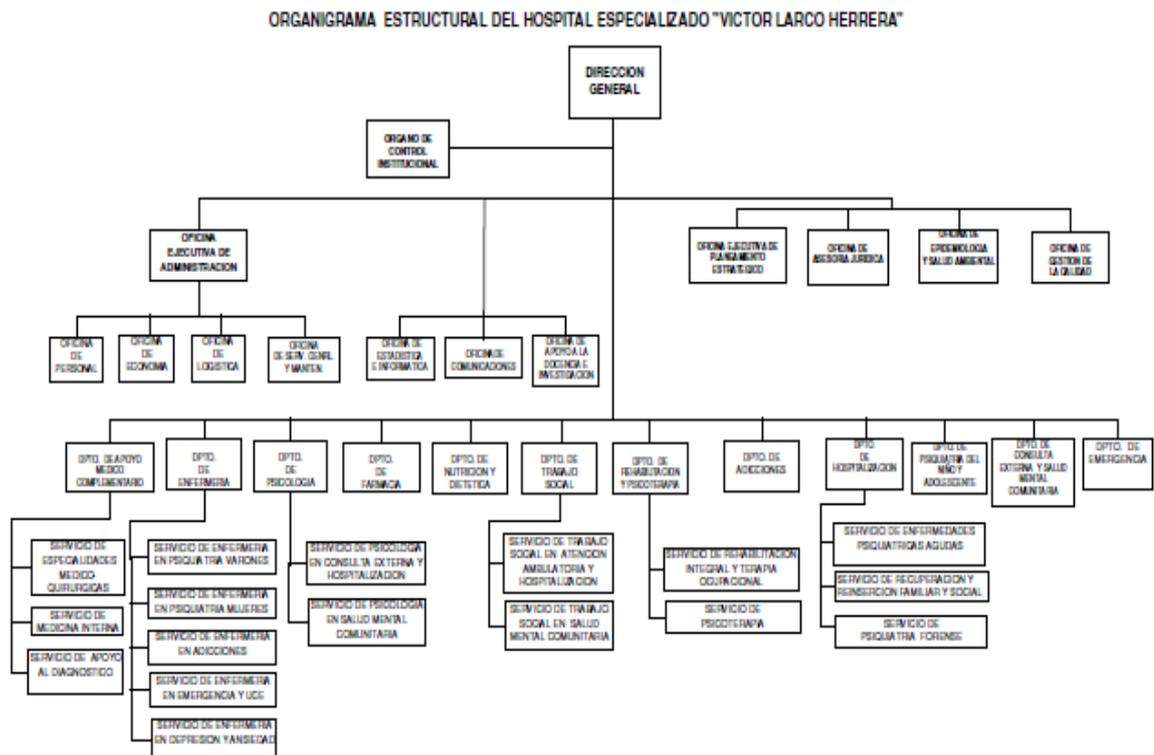
### 6.1. ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

#### 6.1.1. Gestión Administrativa

El organigrama estructural vigente del Hospital Víctor Larco Herrera presenta características de una organización lineal, achatada, en la que no existen diferencias jerárquicas entre los Servicios Finales y los Servicios de apoyo Asistencial; no es un organigrama basado en la diferenciación entre actividades y funciones; se confunden los órganos de línea, todos con la categoría de “Departamento”.

Tampoco existe una clara diferencia entre los órganos de apoyo administrativo de los órganos de apoyo técnico; y todas estas disposiciones se refleja en la información estadística recogida; la producción final se registra sumada a la producción intermedia, generando distorsión y un enorme sobredimensionamiento de las cifras.

Resulta conveniente sincerar la estructura orgánica de la Institución, en beneficio de la funcionalidad de su operatividad.



Esta estructura lineal con diversos casilleros con igual rango, es el reflejo del sistema pabellonal de su infraestructura, produciendo pequeños feudos que no contribuyen al desarrollo orgánico de la Institución.

La estructura organizativa, genera procedimientos asistenciales que se reflejan en la calidad y en la calidez de la atención.

## **6.1.2. Gestión Financiera y Presupuestaria**

### **6.1.2.1. Análisis del presupuesto asignado**

En el año 2007, el Presupuesto asignado a toda Fuente de Financiamiento, Recursos Ordinarios (RO) y Recursos Directamente Recaudados (RDR), fue S/.40,333,897.00, del cual sólo se ejecutó el 92.22 % (S/. 37,194,244.44), destinando el 56.02% del gasto al pago del Personal y Obligaciones Sociales, un 9.25% en Obligaciones Previsionales, 24.59% en Bienes y Servicios, 0.51% Otros Gastos y 1.84% Otros Gastos de Capital; observándose que en la fuente de financiamiento correspondiente a Recursos Ordinarios se ejecutó el 99.08%, donde el 64.35% correspondería a Personal y Obligaciones Sociales, el 10.89% a Obligaciones Previsionales y el 21.66% a Bienes y Servicios; en la fuente de financiamiento RDR sólo se ejecutó el 53.50% siendo su mayor gasto en Bienes y Servicios con un 41.12%.

En el año 2008, el Presupuesto asignado a toda Fuente de Financiamiento fue S/.42,407,322.00, del cual se ejecutó el 88.90 % (S/. 37,699,595.05), destinando el 54.61% del gasto en Personal y Obligaciones Sociales, un 8.87% en Obligaciones Previsionales, 24.29% en Bienes y Servicios, 0.03% Otros Gastos y 1.10% Otros Gastos de Capital; observándose que en la fuente de financiamiento correspondiente a RO se ejecutó el 94.38%, donde el 61.59% correspondería a Personal y Obligaciones Sociales, el 10.25% a Obligaciones Previsionales y el 21.27% a Bienes y Servicios; en la fuente de financiamiento RDR sólo se ejecutó el 53.66%, siendo su mayor gasto en Bienes y Servicios con un 43.76%.

En el año 2009, el Presupuesto asignado a toda Fuente de Financiamiento, fue S/.39,635,917.00, del cual se ejecutó el 93.41 % (S/. 37,022,070.00), destinando el 59.48% del gasto al pago de Personal y Obligaciones Sociales, un 10.15% en Obligaciones Previsionales, 21.99% en Bienes y Servicios, 0.10% Otros Gastos y 1.68% Otros Gastos de Capital; observándose que en la fuente de financiamiento correspondiente a RO se ejecutó el 99.56%, donde el 65.25% correspondería a Personal y Obligaciones Sociales, el 11.35% a Obligaciones Previsionales y el 20.98% a Bienes y Servicios; en la fuente de financiamiento RDR sólo se ejecutó el 41.05%, siendo su mayor gasto en Bienes y Servicios con un 30.58%.

Para el año en curso, el Presupuesto asignado a toda Fuente de Financiamiento, ha sido de S/.38,426,934.00 del cual a noviembre se viene ejecutando el 83.40 % (S/. 32,049,045.55), destinando el 54.78% del gasto al pago del Personal y Obligaciones Sociales, un 10.34% en Obligaciones Previsionales, 17.55% en Bienes y Servicios, 0.49% Otros Gastos y 0.24% Otros Gastos de Capital; observándose que en la fuente de financiamiento correspondiente a RO se ejecutó el 90.82%, donde el 61.26% correspondería a Personal y Obligaciones Sociales, el 11.73% a Obligaciones Previsionales y el 17.15% a Bienes y Servicios; en la fuente de financiamiento RDR sólo se viene ejecutando el 28.28%, siendo su mayor gasto en Bienes y Servicios con un 20.52%.

El comportamiento histórico de la composición del presupuesto del Hospital Víctor Larco Herrera, tal como se muestra en el Cuadro N° 6.01, proviene en un 88% de los Recursos Ordinarios asignados por el Estado y un 12% son Recursos Directamente Recaudados; y el destino del total de recursos de financiamiento, se distribuye en promedio, en un 55% a los gastos en Personal y Obligaciones Sociales; 10% a las Obligaciones Previsionales quedando sólo entre un 20 y 25% para adquisición de Bienes y Servicios, recursos insuficientes para las mejoras en la calidad de los servicios en la búsqueda de la satisfacción de nuestra demanda.

Otro aspecto importante de destacar es la sistemática reducción de la asignación de recursos ordinarios, desde el año 2006 a la fecha, lo cual compromete la calidad de la prestación.

### CUADRO Nº 06.01

#### Plan Maestro Hospital Víctor Larco Herrera

#### ASIGNACION PRESUPUESTAL (NuevosSoles)

RECURSOS DE FINANCIAMIENTO	2006	2007	2008	2009
R. Ordinarios	40,560,932.03	34,905,325.73	37,644,019.40	35,636,075.02
R. Directamente Recaudados	5,320,765.23	5,428,571.27	4,763,302.60	3,999,841.98
Recursos Totales por toda fuente	45,881,697.26	40,333,897.00	42,407,322.00	39,635,917.00

Elaboración: Equipo Formulación del Plan

#### PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO DE ENERO A NOVIEMBRE 2010 (En Nuevos Soles)

##### FUENTE DE FINANCIAMIENTO: TODA FUENTE

CONCEPTOS	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUCION TOTAL	SALDO	COMPROMISO PIM
	(1)	(2)	(3)=(1)-(2)	%
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>38,333,629.00</b>	<b>31,957,228.90</b>	<b>6,376,400.10</b>	<b>83.37</b>
5.1 Personal y Obligaciones Sociales	23,507,248.00	21,049,073.21	2,458,174.79	89.54
5.2 Obligaciones Previsionales	3,998,953.00	3,972,520.16	26,432.84	99.34
5.3 Bienes y Servicios	10,075,096.00	6,745,575.18	3,329,520.82	66.95
5.4 Otros Gastos	752,332.00	190,060.35	562,271.65	25.26
<b>6. GASTOS DE CAPITAL</b>	<b>93,305.00</b>	<b>91,816.65</b>	<b>1,488.35</b>	<b>98.40</b>
6.7 Otros Gastos de Capital	93,305.00	91,816.65	1,488.35	98.40
<b>TOTAL</b>	<b>38,426,934.00</b>	<b>32,049,045.55</b>	<b>6,377,888.45</b>	<b>83.40</b>

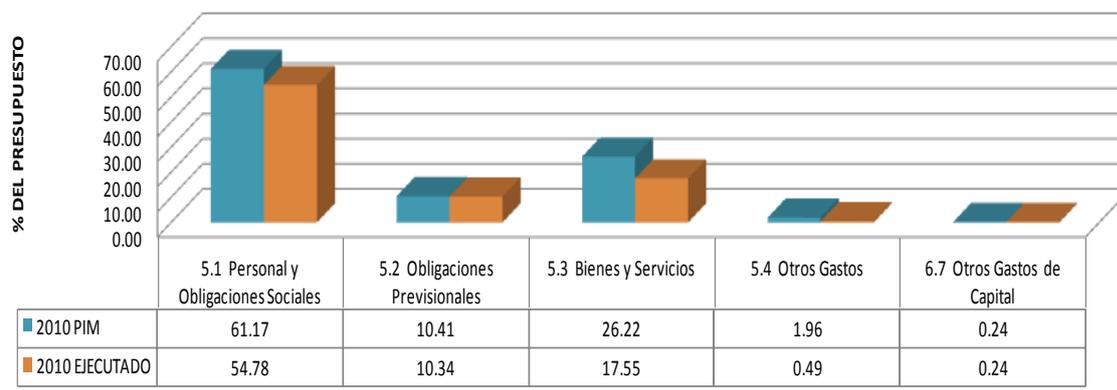
##### FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RECURSOS ORDINARIOS

CONCEPTOS	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUCION TOTAL	SALDO	COMPROMISO PIM
	(1)	(2)	(3)=(1)-(2)	%
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>33,773,262.00</b>	<b>30,667,342.46</b>	<b>3,105,919.54</b>	<b>90.80</b>
5.1 Personal y Obligaciones Sociales	22,899,108.00	20,747,393.21	2,151,714.79	90.60
5.2 Obligaciones Previsionales	3,998,953.00	3,972,520.16	26,432.84	99.34
5.3 Bienes y Servicios	6,733,944.00	5,809,730.87	924,213.13	86.28
5.4 Otros Gastos	141,257.00	137,698.22	3,558.78	97.48
<b>6. GASTOS DE CAPITAL</b>	<b>93,305.00</b>	<b>91,816.65</b>	<b>1,488.35</b>	<b>98.40</b>
6.7 Otros Gastos de Capital	93,305.00	91,816.65	1,488.35	98.40
<b>TOTAL</b>	<b>33,866,567.00</b>	<b>30,759,159.11</b>	<b>3,107,407.89</b>	<b>90.82</b>

##### FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS

CONCEPTOS	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUCION TOTAL	SALDO	COMPROMISO PIM
	(1)	(2)	(3)=(1)-(2)	%
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>4,560,367.00</b>	<b>1,289,886.44</b>	<b>3,270,480.56</b>	<b>28.28</b>
5.1 Personal y Obligaciones Sociales	608,140.00	301,680.00	306,460.00	49.61
5.3 Bienes y Servicios	3,341,152.00	935,844.31	2,405,307.69	28.01
5.4 Otros Gastos	611,075.00	52,362.13	558,712.87	8.57
<b>TOTAL</b>	<b>4,560,367.00</b>	<b>1,289,886.44</b>	<b>3,270,480.56</b>	<b>28.28</b>

**PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO A TODA FUENTE RO Y RDR  
DE ENERO A NOVIEMBRE 2010**



### **Análisis de la recaudación de ingresos**

La Recaudación de ingresos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) no ha sido muy significativa, esto debido al alto índice de indigencia de sus pacientes hospitalizados.

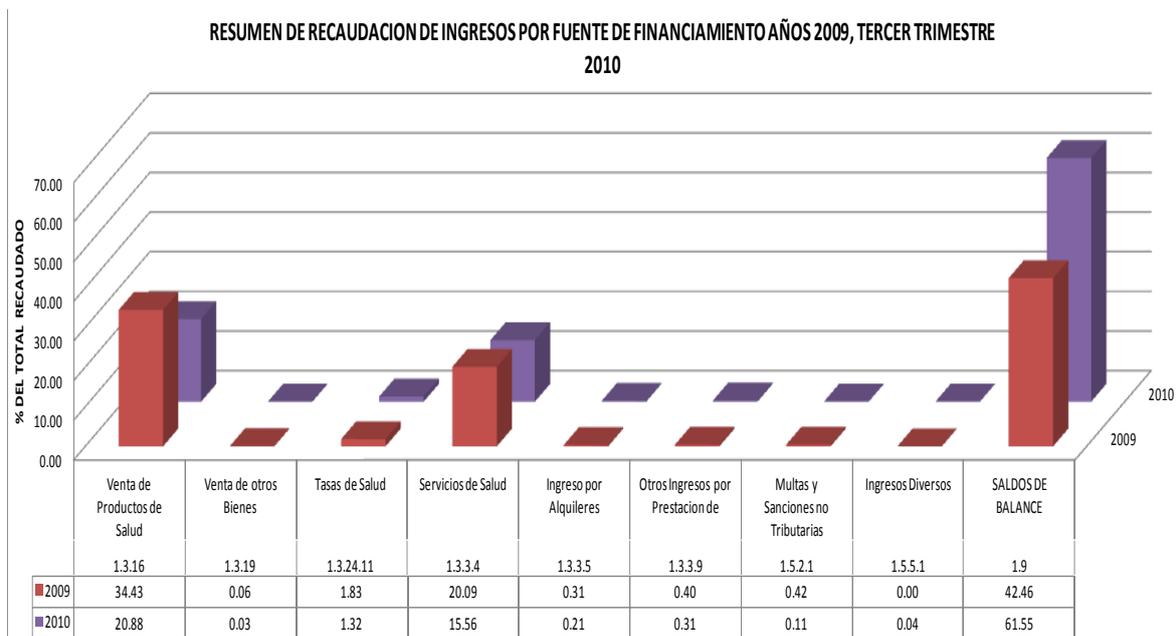
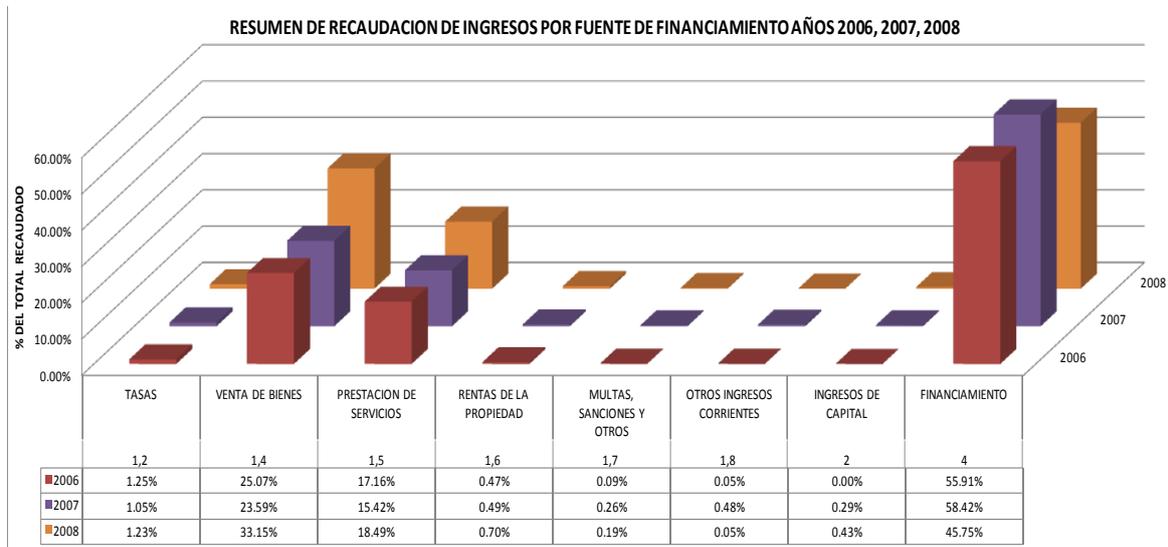
Observamos estadísticamente a través de los años que los principales ingresos se basan en la venta de bienes, siendo la venta de medicinas la de mayor recaudación, a nivel Tasas fue en certificado médico, en Prestación de Servicios la mayor recaudación se realizó en examen psiquiátrico debido al aumento de la demanda, a la vez se obtienen ingresos en otros servicios prestados como: Hospitalizaciones, Exámenes Psicológicos y Consultas Externas.

En Rentas de la Propiedad se obtuvo una mayor recaudación en Alquileres; de campo deportivo, auditorio, playa de estacionamiento, aulas de capacitación externa y espacios públicos dentro de la institución.

<b>1. INGRESOS CORRIENTES</b>		<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>1,2</b>	<b>TASAS</b>	<b>66,731.50</b>	<b>56,964.50</b>	<b>58,742.50</b>
1.2.4.005	Certificado Medico	43,701.50	41,666.00	37,056.00
1.2.2.013	Tarjetas de Atención	14,665.50	8,165.50	8,610.50
1.2.4.009	Otros	8,364.50	7,133.00	13,076.00
<b>1,4</b>	<b>VENTA DE BIENES</b>	<b>1,333,676.47</b>	<b>1,280,329.50</b>	<b>1,579,015.29</b>
1.4.5.002	Medicinas	1,328,701.47	1,274,449.50	1,576,325.29
1.4.6.009	Venta de Bases	4,975.00	5,880.00	2,690.00
<b>1,5</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS</b>	<b>913,032.67</b>	<b>837,331.83</b>	<b>880,943.64</b>
1.5.4.009	Servicios de capacitación	0.00	0.00	0.00
1.5.5.001	Atención Medica	7,541.30	5,263.50	5,105.00
1.5.5.002	Atención Dental	5,152.00	3,754.00	3,085.00
1.5.5.005	Análisis Clínico y Laboratorio	52,866.25	42,512.90	46,698.00
1.5.5.007	Clínicas	815.00	0.00	0.00
1.5.5.010	Diagnostico por Imágenes	4,815.50	2,166.00	2,870.50
1.5.5.011	Hospitalización	207,168.95	177,350.90	163,967.00
1.5.5.012	Servicio de Ambulancia	650.00	1,150.00	1,696.00
1.5.5.013	Servicio de Emergencia	35,577.00	41,771.70	44,744.50
1.5.5.016	Servicio de Tópico y Rehab.	1,108.20	560.60	195.00
1.5.5.029	Examen Psicológico	237,619.00	238,825.40	289,024.00
1.5.5.030	Electrocardiograma	2,350.00	1,685.00	1,365.00
1.5.5.033	Examen Psiquiátrico	277,295.10	265,613.50	272,999.50
1.5.5.099	Otros	46,652.00	24,871.07	14,145.24
1.5.6.099	Otros	33,422.37	31,807.26	35,048.90
<b>1,6</b>	<b>RENTAS DE LA PROPIEDAD</b>	<b>24,925.00</b>	<b>26,850.00</b>	<b>33,401.15</b>
1.6.1.012	Alquileres	24,925.00	26,850.00	33,401.15
<b>1,7</b>	<b>MULTAS, SANCIONES Y OTROS</b>	<b>4,740.89</b>	<b>13,984.98</b>	<b>9,161.02</b>
1.7.1.099	Otras	4,740.89	13,984.98	9,161.02
1.7.3.099	Otros	0.00	0.00	0.00
<b>1,8</b>	<b>OTROS INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>2,798.22</b>	<b>26,159.98</b>	<b>2,330.41</b>
1.8.1.003	Devoluciones y Anulaciones	2,798.22	26,159.98	2,330.41
<b>2</b>	<b>INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>0.00</b>	<b>15,707.50</b>	<b>20,300.00</b>
2.1.4.005	Bienes dados de baja	0.00	15,707.50	20,300.00
<b>4</b>	<b>FINANCIAMIENTO</b>	<b>2,974,860.48</b>	<b>3,171,242.98</b>	<b>2,179,408.59</b>
4.2.1.001	Saldo de Ejercicios Anteriores	2,974,860.48	3,171,242.98	2,179,408.59
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>5,320,765.23</b>	<b>5,428,571.27</b>	<b>4,763,302.60</b>

**RESUMEN DE RECAUDACION DE INGRESOS POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO  
AÑOS 2009 - 2010**

<b>1. INGRESOS PRESUPUESTARIOS</b>		<b>ENERO-DIC</b>	<b>ENERO-SET</b>
		<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>1.3</b>	<b>VENTA DE BIENES Y SERVICIOS Y DERECHOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>2,284,619.59</b>	<b>1,424,677.05</b>
<b>1.3.16</b>	<b>Venta de Productos de Salud</b>	<b>1,377,059.46</b>	<b>776,516.55</b>
1.3.16.12	Medicinas	1,377,059.46	776,516.55
<b>1.3.19</b>	<b>Venta de otros Bienes</b>	<b>2,277.00</b>	<b>1,154.60</b>
1.3.19.12	Venta de Bases para Licitación Publica	2,277.00	1,015.00
1.3.1.9.1.99	Otros Bienes		139.60
<b>1.3.2.4</b>	<b>Derechos Administrativos de Salud</b>		
<b>1.3.24.11</b>	<b>Tasas de Salud</b>	<b>73,371.95</b>	<b>48,948.34</b>
1.3.2.4.1.3	Exámenes Médicos		120.00
1.3.24.14	Certificados	37,293.75	25,077.80
1.3.24.16	Carnet y/o Tarjetas de Atención	8,935.20	6,306.00
1.3.24.199	Otros Derechos	27,143.00	17,444.54
<b>1.3.3.4</b>	<b>Servicios de Salud</b>	<b>803,538.18</b>	<b>578,784.60</b>
1.3.34.11	Atención Medica	3,317.50	754.00
1.3.34.12	Atención Dental	2,862.00	1,109.00
1.3.34.13	Examen Psicológico y/o Psiquiatra	541,382.40	395,820.10
1.3.34.14	Servicio de Emergencia	35,682.00	28,457.00
1.3.34.16	Hospitalización	154,422.40	122,020.00
1.3.34.17	Servicio de Tópico	462.80	122.00
1.3.34.199	Otros Servicios Médicos - Asistenciales	20,924.00	4,521.00
1.3.34.21	Exámenes de Laboratorio	38,213.00	24,139.50
1.3.34.22	Electroencefalograma		30.00
1.3.34.23	Electrocardiograma	595.00	15.00
1.3.34.24	Diagnósticos por Imágenes	5,677.08	1,417.00
1.3.34.299	Otros Exámenes de Laboratorio		
1.3.3.4.3.99	Otros Servicios de Salud		380.00
<b>1.3.3.5</b>	<b>Ingreso por Alquileres</b>	<b>12,350.00</b>	<b>7,657.70</b>
1.3.35.399	Otros Alquileres	12,350.00	7,657.70
<b>1.3.3.9</b>	<b>Otros Ingresos por Prestación de</b>	<b>16,023.00</b>	<b>11,615.26</b>
1.3.39.13	Servicios de Administración		728.76
1.3.39.29	Servicios a Terceros	16,023.00	10,886.50
<b>1.5</b>	<b>OTROS INGRESOS</b>	<b>16,772.17</b>	<b>5,427.00</b>
<b>1.5.2.1</b>	<b>Multas y Sanciones no Tributarias</b>	<b>16,772.17</b>	<b>3,937.00</b>
1.5.2.1.1.1	De Administración General		1,210.00
1.5.21.699	Otras Multas		
1.5.2.2	Sanciones		
1.5.22.199	Otras Sanciones	16,772.17	2,727.00
<b>1.5.5.1</b>	<b>Ingresos Diversos</b>	<b>0.00</b>	<b>1,490.00</b>
1.5.5.1.4.99	Otros Ingresos Diversos		1,490.00
<b>1.9</b>	<b>SALDOS DE BALANCE</b>	<b>1,698,450.22</b>	<b>2,289,338.71</b>
1.9.11.11	SalDOS de Balance	1,698,450.22	2,289,338.71
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>3,999,841.98</b>	<b>3,719,442.76</b>



## 6.2. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL (OFERTA)

### Dotación de Recursos Humanos

El cuadro de Recursos Humanos del Hospital muestra que cuenta con 2 tipos de regímenes laborales que se distribuyen por grupo ocupacional de la siguiente forma:

**CUADRO N° 06.02**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**Dotación de Recursos Humanos**

Grupo Ocupacional	Nombrado	Servicios Personales	TOTAL
MEDICOS	51	3	54
ENFERMERAS	91		91
PSICOLOGOS	27		27
ASISTENTE SOCIAL	26		26
CX.DENTISTA	3		3
QUIMICO FARMAC.	2		2
NUTRICIONISTA 3	3		3
TECNOLOGO MED.	7		7
SERV.PROFESIONALES	39	32	71
TECNICOS	358	86	444
AUXILIARES	101	59	160
<b>TOTAL</b>	<b>708</b>	<b>180</b>	<b>888</b>

Si bien es reconocido que el Equipo de trabajo en la atención de Salud Mental y Psiquiátrica en el tercer nivel, como el caso del Hospital está compuesto por Médico Psiquiatras especializados, Médicos de otras especialidades, Enfermería de Psiquiatría, Psicólogos, Asistentes Sociales y Terapistas especializados, el Hospital cuenta con este tipo de personal.

La encuesta de la OMS en el 2005, para nuestro país frente a países de la región que tienen avances en la reestructuración de servicios, muestra que la disponibilidad de Presupuesto, RHUS en general es menor con excepción de Enfermería y mejor disponibilidad de Trabajador social.

PAIS	PPTO	Camas TP/10	Psiquiatras	Psicólogos	Trabaj Social	Enfermeria Psiquiatría
BRASIL	2.5	2.6	4.8	31.8		
CHILE	2.3	1.3	4	15.7	1.5	1.1
COLOMBIA	0	1	2			0
COSTA RICA	8	3	2	2	0.5	2
PERU	2	0.5	2.1	4	1	6

Una variable importante es revisar la dotación de Recursos Humanos por áreas de Trabajo, para efectos de referencia se suele utilizar la evaluación de cargas de Trabajo, utilizando estándares que deben ser ajustados al contexto y características locales.

El hospital cuenta con personal Médico Psiquiatra y en lo especializado se distingue el de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

## Consulta Externa:

La programación en el área de adultos se realiza con un pool de 13 médicos que representa el 26 % del recurso disponible del Hospital, atienden de lunes a sábado teniendo mayor presión de demanda los sábados, el rendimiento Hora- médico promedio de Consultas ha mejorado desde el último año; sin embargo, hay diferencias notables entre profesional y profesional.

Este servicio tiene demanda en espera reflejada en las citas a futuro que generan una alta deserción, por lo que debiera reevaluarse mejorar la dotación existente y dinamizar la rotación de citas desiertas en forma diaria.

A diferencia la atención de niños y adolescentes, tiene mayor demanda en espera con citas a futuro que superan los 30 días; el rendimiento es óptimo y sustenta mejorarse la dotación de médicos especializados en este sector.

## Emergencia

La programación del servicio, cuenta con una dotación de

- Médicos: 3 médicos, las 24 hrs del día y refuerzos de 6 horas en turnos de mañana y tarde de lunes a viernes, la atención cubre Atención de Tópico, Sala de Observación, Salas de Hospitalizados
- Enfermeras: 3 profesionales, en el turno de día y 2 en turno noche con Auxiliares o Técnicos de Enfermería en igual Número en los turnos
- Asistentes Sociales: 1 en turno Diurno y Nocturno
- Personal administrativo para Admisión y Caja en turno diurno y Nocturno

Las atenciones que se brindan en promedio diario son de 7 atenciones, de las que en promedio, se quedan en observación 1.5 pacientes diarios.

Un 30% de los pacientes admitidos requiere observación mayor de 24 hrs por lo general hasta 72 hrs. que demandan atención cerrada. Un mínimo número permanece mayor tiempo. En general, se observa una sobreoferta en la dotación de recursos humanos en esta área que ha sido reconocida por la gestión y que se recomienda evaluar en forma integral una mejor redistribución a áreas que tienen demanda en espera, como la Consulta Externa.

## Hospitalización

Se diferencian las dotaciones de personal médico en los Pabellones de **Agudos** y en los Pabellones de **Crónicos**; así como de enfermería, siendo similar para Psicología y Servicio Social.

En los primeros la organización del proceso de atención está fragmentada, iniciando la atención con un área de atención crítica, en el que hay mayor disponibilidad de horas recurso médico, enfermería por paciente y donde se evidenció actividades el proceso de atención hospitalaria como evaluación continua, solicitudes de exámenes, reevaluaciones, evoluciones de enfermería etc.

Continúa la atención a otra área para pacientes más estables y luego una de “preparación de alta”; ello conlleva menores horas disponibles de recurso humano y cambio en las actividades de atención hospitalaria de cuidados de salud por el de Terapias de Ocupación y Rehabilitación que lo brinda el personal de enfermería.

Los pabellones de atención de pacientes crónicos cuentan en general, con 1 ó 2 médicos que comparten su horario con labor en la Emergencia, menor personal de enfermería; no evidenciándose actividades en el proceso de atención hospitalaria descrito líneas arriba, y predominancia de actividades de Terapias de Ocupación y Rehabilitación que lo brinda el personal de enfermería. La labor de Psicología no es uniforme entre los pabellones, unos optan por la atención individualizada con diferentes niveles de coordinación con enfermería, y otros la actividad grupal y también individual y coordinada.

Esto muestra la probable existencia de una superposición y mezcla de actividades de un grupo ocupacional con otro, sobretodo en la Rehabilitación, por lo que se revisó los Manuales de Organización y Funciones (MOFs) disponibles que evidencian lo descrito y podría reevaluarse en una futura actualización, un mejor nivel de precisión en la organización de estas atenciones.

#### MOF Enfermera

- 4.5 Realizar la valoración física y mental del paciente psiquiátrico y su familia a través de la entrevista terapéutica y la técnica de
- 4.6 Identificar las necesidades y problemas del paciente psiquiátrico y familia para la formulación del diagnóstico de enfermería
- 4.7 Aplicar el método de solución de problemas y la técnica de Intervención en psiquiatría y salud mental en la atención del paciente y familia en casos requeridos.
- 4.8 Participar como miembro del equipo terapéutico en los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del campo psiquiátrico.

#### MOF Técnico Enfermería

- 4.8 Participar en terapias psicoeducacionales designadas por la enfermera.

#### MOFPsicólogos

- 4.1 Aplicar pruebas psicológicas Individuales o de grupos
- 4.2 Atender consultas y tratar a pacientes para su rehabilitación
- 4.3 Realizar Investigaciones en el medio social del paciente para recomendar tratamiento adecuado.

#### MOFTerapeuta

- 4.1 Apoyar en las actividades de terapia ocupacional, manualidades, artesanía, bisutería, agricultura y otros.
- 4.2 Mantener, preparar y controlar los materiales para la rehabilitación del paciente psiquiátrico.
- 4.3 Apoyar en la enseñanza y orientación del paciente para la ejecución de trabajos manuales de rehabilitación.

En la exposición con el cuerpo de directivos del Hospital se refirió la necesidad de que el Hospital refuerce el tema de Rehabilitación, tanto el dedicado al ámbito de la Psiquiatría o Psicossocial, Rehabilitación Neurocognitiva y Rehabilitación físico ocupacional, para la discapacidad como lo requieren los pacientes de Psiquiatría y Retardo Mental, que en algunos casos no necesariamente tienen patología Psiquiátrica.

### **6.3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO**

#### **6.3.1. Saneamiento Físico Legal**

El terreno se encuentra actualmente registrado en la Oficina Registral de Lima y Callao a favor de la Beneficencia Pública de Lima (Fojas 127, tomo 99, asiento 4-6), con convenio de cesión en uso para el Hospital. El saneamiento legal se encuentra en trámite, según información proporcionada por la oficina de Patrimonio del Hospital Víctor Larco Herrera.

Dicha situación del terreno es una limitante para la implementación de los proyectos de inversión que se desprendan del presente Estudio.

### **6.3.2. Análisis del Terreno y su Entorno - Accesibilidad física**

El Hospital Víctor Larco Herrera, es un establecimiento del III-1 Nivel de atención, especializado en psiquiatría y salud mental, en el ámbito nacional.



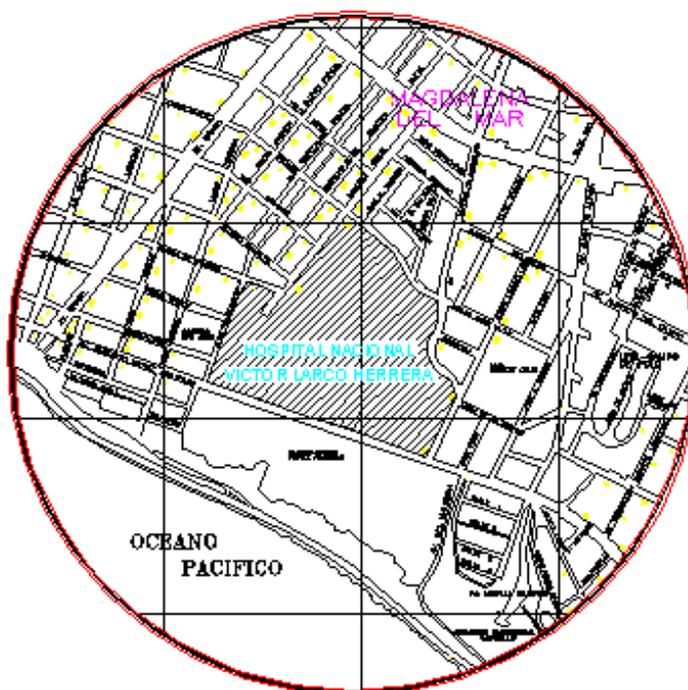
El Hospital Víctor Larco Herrera está ubicado en la Av. Pérez Aranibar N° 600, distrito de Magdalena del Mar en la ciudad de Lima, en un terreno con 21 hectáreas de extensión, (211,721.74 m<sup>2</sup>),

Atiende a la población de la DISA Lima Ciudad y de los distritos ubicados al oeste sur de Lima, como Chorrillos, Barranco, San Miguel, San Juan de Miraflores, Magdalena y el Callao.

Sus linderos son los siguientes:

- **Por el frente con la Av. Pérez Aranibar**
- **Por la derecha con el Jr. Justo Vigil y el Jr. M. de Aramburú (ex Trujillo)**
- **Por la izquierda con el Jr. M. Bonnemaïson y Domingo Ponte**
- **Por el fondo con el Jr. Miguel Soto Valle**

## Plano de Ubicación



Tiene una buena accesibilidad, dado que avenidas colectoras como Brasil y Salaverry terminan en la Av. Pérez Aranibar. Se puede acceder fácilmente con transporte público.

## Antecedentes Históricos

Se inició en 1918 con el nombre de Asilo Colonia de Magdalena, recibiendo su actual nombre de Hospital Víctor Larco Herrera en 1930. En 1920 entró en funcionamiento con los servicios de Administración, Admisión, Servicio de Pensionistas, Servicio de Régimen Común, Servicios Generales, laboratorio de investigaciones biológicas, Fisioterapia, Psicología experimental, Museo, Biblioteca, odontología, farmacia, Cocina, establo y granja, algunos de los cuales se encontraban aún en construcción.

En 1939 se concluyó la construcción de la Escuela de Enfermeras, el pabellón de Niños, pabellón de Costura y el de enjuiciados.

En los años cincuenta, se construye un nuevo pabellón con 150 camas para pacientes gratuitos y edificaciones complementarias como el Auditorio y la cafetería.

El Hospital Víctor Larco Herrera fue el único hospital psiquiátrico hasta 1961, en que se inauguró el hospital Hermilio Valdizán.

En 1966, el Hospital Larco Herrera pasa a depender de la Beneficencia Pública al Ministerio de Salud.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Informe Instituto Nacional de Cultura

### **6.3.3. Análisis y diagnóstico del Riesgo Funcional**

El Hospital Larco Herrera responde a una distribución pabellonal, propia del diseño hospitalario de su época, con servicios dispersos, lo que en algunos casos dificulta la interacción funcional de los servicios asistenciales.

### **6.3.4. Análisis de la Zonificación actual**

Se trata de un establecimiento con 92 años de funcionamiento como Hospital psiquiátrico, conformado por 38 pabellones de uno y dos pisos, rodeados de jardines y vinculados por circulaciones exteriores a campo abierto.

Los pabellones se localizan a ambos lados de un eje principal en dirección Este Oeste, que nace en el ingreso principal (Av. Pérez Aranibar); y que remata en el pabellón administrativo, donde se bifurca en dos ejes laterales paralelos.

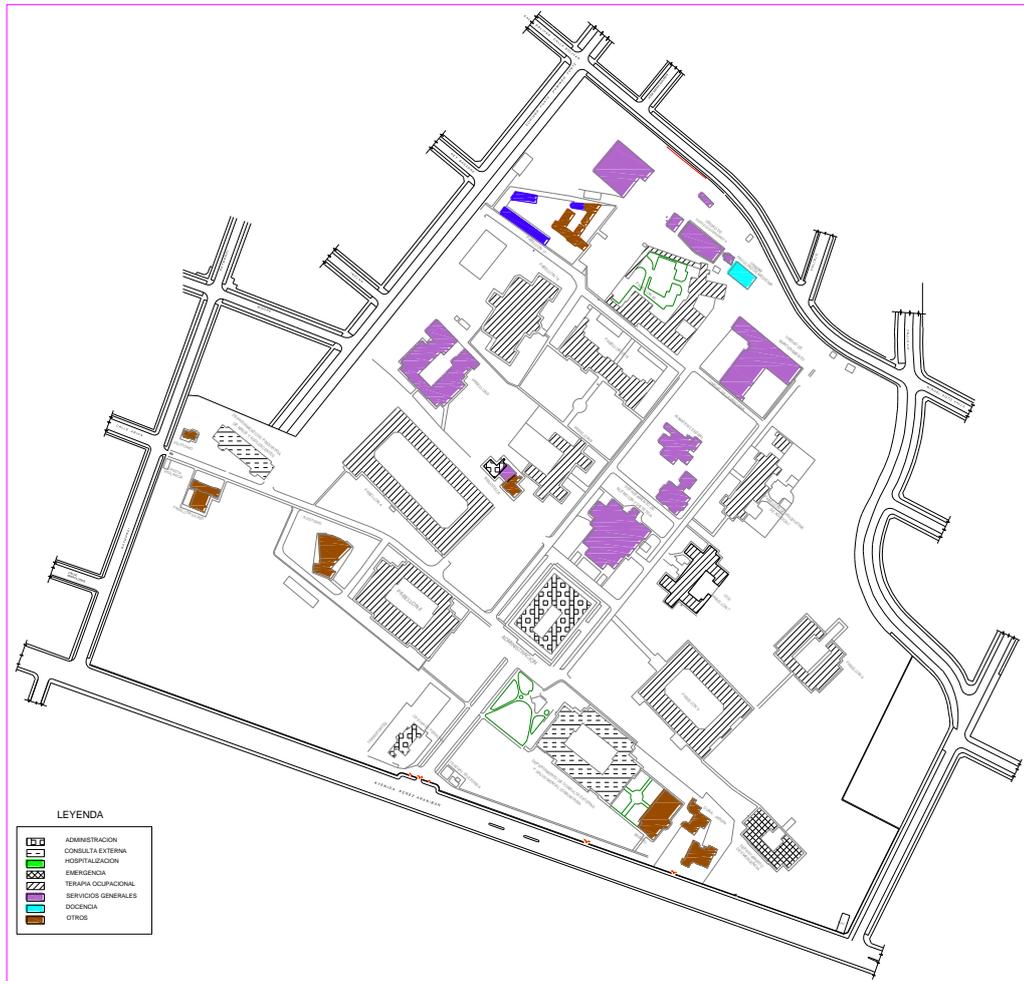
Los pabellones destinados a la consulta externa de adultos y diagnóstico, así como el de Emergencia, se ubican al Este del eje principal, pudiendo ingresar a este último directamente desde la calle.

La Consulta Externa de niños y adolescentes se encuentra al Oeste del terreno con acceso directo a través de la calle Bonnemaison.

Los servicios de hospitalización se encuentran dispersos a ambos lados del eje(s) principal; y los servicios generales, en la parte posterior del pabellón administrativo.

El esquema N° 06.01 muestra la zonificación actual.

## ESQUEMA Nº 06.01



Elaborado por el Consultor

### 6.3.5. Flujos de Circulación

Los flujos de circulación de pacientes ambulatorios y abastecimiento se muestran en el Anexo Nº 5.

Se observa el largo recorrido de los pacientes ambulatorios de niños y adolescentes hacia el Servicio de Apoyo al Diagnóstico.

El abastecimiento se da a través de un acceso diferenciado del ingreso principal, aunque por lo extenso del terreno, se producen largos recorridos.

### 6.3.6. Disponibilidad de los ambientes Fundamentales y complementarios

En el Hospital Víctor Larco Herrera cuenta actualmente los siguientes Servicios:

- Consulta Externa, con 18 consultorios de adultos especializados en Salud Mental (13 para Psiquiatría, 04 de Psicología, 01 de Salud Mental Comunitaria; y 06 consultorios de otras especialidades (01 de Neurología, 01 de Medicina General, 01 de Ginecología, 01 de Cirugía y 02 de Odontología)  
11 consultorios para niños y adolescentes (04 de Psiquiatría y 07 de Psicología)

- Hospitalización, con 578 camas, distribuidas en 204 camas arquitectónicas de hospitalización (120 para pacientes agudos, 60 camas para Adicciones, 12 camas para pacientes judiciales y 12 camas para pacientes con problemas no psiquiátricos; y 374 para hospitalización asilar.
- Emergencia, con 24 camas de observación y 02 tópicos
- Apoyo al Diagnóstico (Laboratorios para pruebas básicas y Rayos X)
- Farmacia
- Medicina Física (para niños y adolescentes)
- Terapia Ocupacional (talleres de jardinería, manualidades, tejido, etc.)
- Administración
- Servicios Generales y de Mantenimiento
- Otros (Museo de Psiquiatría, Biblioteca, etc.)

### **Consulta Externa**

- ✓ Pabellón conformado por una edificación con un patio central, donde se ubica un volumen trapezoidal como Espera.
- ✓ Se ha diferenciados los consultorios psiquiátricos, ubicados en la parte posterior del bloque, de los consultorios de Medicina, Odontología, Neurología, Servicio Social, etc., localizados en el ala lateral derecha, al final de la cual se encuentra el área de Diagnóstico (Laboratorios y Rayos X).
- ✓ En el ala lateral izquierda se encuentra Servicio Social, aulas para Docencia y Servicios Higiénicos.
- ✓ El corredor posterior tiene buena iluminación; cuenta con dos teatinas; no así los otros tres corredores del pabellón.
- ✓ Tiene una altura aproximada de 5.00 metros.
- ✓ Los dos ambientes de Espera tienen ventilación e iluminación adecuadas, pero no son utilizados; como tal.
- ✓ Los consultorios tienen como promedio 10.80 m<sup>2</sup>, área aceptable para las actividades a desarrollar en el ambiente. La normatividad para consultorios generales es de 12 m<sup>2</sup>; sin embargo, normas internacionales indican 9.20 m<sup>2</sup> para consultas psiquiátricas.  
Es preciso indicar, que dos consultorios de niños y adolescentes cuentan con áreas menores a los 8 m<sup>2</sup>, los cuales resultan pequeños para las funciones a realizar.
- ✓ La admisión y caja están en el ingreso principal, lo que origina colas que gestionan e interrumpen la circulación por el corredor.

## **Hospitalización**

- ✓ Hay 06 pabellones destinados a pacientes asilares y 04 a pacientes hospitalizados de corta y mediana estancia.
- ✓ La normatividad nacional indica 7.20 m<sup>2</sup> por cama para cuartos de hospitalización múltiples (a partir de dos camas).  
Se observa en muchos pabellones de hospitalización, cierto hacinamiento por el número de camas por ambiente. En otros casos, las dimensiones y características de la habitación, así como la disposición de las camas, no permiten ninguna privacidad ni confort al paciente.
- ✓ Se observa falta de ambientes complementarios o de apoyo.  
Normas internacionales específicas para hospitales psiquiátricos señalan la necesidad de contar con algunas habitaciones unipersonales de seguridad y protección, para evitar escapes, o daños hacia el paciente u otros pacientes, las mismas que deben estar directamente controladas visualmente por una estación de enfermeras.
- ✓ Las áreas destinadas a pacientes del INPE no cuentan con los ambientes requeridos para las unidades de psiquiatría forense, como son: vestíbulos de seguridad, área para la policía y otros tratamientos especializados, que deben realizarse separados del resto de pacientes.
- ✓ Las estaciones de enfermeras no cuentan con ambientes adecuados para el trabajo sucio y limpio, depósito de equipos y medicamentos.
- ✓ Los tópicos no cuentan con las áreas reglamentarias para su función.
- ✓ Los Servicios Higiénicos han sido remodelados recientemente; sin embargo, se observa en algunos casos, tabiques y griferías en mal estado, así como instalaciones sanitarias que presentan deficiencias como atoros y filtraciones. La mayoría de ellos requiere mantenimiento.
- ✓ En el Pabellón 08, como en otros, falta ambientes para pacientes aislados.

## **Emergencia**

- ✓ Los ambientes de observación cuentan con iluminación y ventilación natural.
- ✓ El área de control de enfermería, ubicada entre dos salas de hospitalización realizan su función aunque no con todas las facilidades requeridas.
- ✓ Los Servicios Higiénicos han sido recientemente remodelados.

## **Patología Clínica (Laboratorios)**

- ✓ Se encuentra en el pabellón de Consulta Externa.
- ✓ Cuenta con un ambiente de toma de muestras y otro amplio y ventilado donde se ubican los laboratorios de Hematología, Bioquímica, Inmunología, Toxicología y Urianálisis, y un lugar para la campana de flujo laminar.
- ✓ Sería conveniente separar las diferentes áreas de laboratorios.

- ✓ Faltan ambientes para exámenes de laboratorio especializados.

### **Rayos X**

- ✓ La sala de Rayos X se encuentra adyacente al ambiente de Toma de Muestras.
- ✓ Se trata de un ambiente pequeño (18 m<sup>2</sup>), con dificultad de circulación, y con una ventana alta, lo cual no cumple con la normatividad vigente por riesgo de radiación.  
La normatividad señala un área mínima de 30.00 m<sup>2</sup>. El ambiente destinado anteriormente como sala de Rayos X, que cuenta con las áreas y dimensiones necesarias, ha sido destinado a otra función.
- ✓ Al cuarto oscuro se accede a través de la Sala de Rayos X, y es usado a la vez como Vestidor de pacientes.

### **Farmacia**

- ✓ La farmacia se ha reubicado en el pabellón de Consulta Externa, donde a pesar de encontrarse más cercana al paciente ambulatorio, da hacia la zona de ingreso y circulación, originando congestión y problemas de escape, en caso de desastre.
- ✓ Existe una pequeña Farmacia en el pabellón de Emergencia.

### **Medicina Física y Terapia Ocupacional**

- ✓ El Pabellón 17 cuenta con algunos ambientes para terapia ocupacional, como taller de manualidades, tejido, jardinería, entre otros. Estos son pequeños y poco motivadores para los pacientes.
- ✓ El Pabellón 10-11 de Consulta Externa para niños y adolescentes cuenta con un ambiente para Terapia Física, muy reducido.
- ✓ Este pabellón tiene además, ambientes para Terapia ocupacional, de lenguaje, terapia de relajación y terapia de aprendizaje.

### **Administración**

- ✓ Las dependencias de administración se encuentran en su mayoría ubicadas en el pabellón 25, localizado en el eje de ingreso. Otras dependencias, como la Oficina de Personal se encuentra al ingreso del Hospital, lo que podría ocasionar problemas de funcionalidad.

### **Servicios Generales y Mantenimiento**

- ✓ Los servicios generales se dan en distintos pabellones; en el 27-28 Nutrición, en el 31 Almacenes, el 30 para Costura con un ambiente de CAFAE, en el 32 Lavandería con su respectivo caldero y oficinas de mantenimiento, en el 34 los talleres y en el pabellón 06, hoy desocupado por su mal estado de conservación, se utiliza como depósito de material inservible.
- ✓ Parte de los talleres, como Pintura por ejemplo, se han acondicionado en el área libre del pabellón 32, de manera precaria.

- ✓ La jefatura de Mantenimiento se ubica al ingreso, en un ambiente lateral del pabellón 23 de Personal.

### Otros

- ✓ Auditorio está ubicado en un eje transversal con posibilidad de acceso por la calle Bonnemaïson.
- ✓ El Museo de Psiquiatría se encuentra al lado de la Emergencia, con posibilidad de acceso, de ser necesario, por la Av. Pérez Araníbar.
- ✓ Frente al pabellón de Consulta Externa de niños y adolescentes se encuentra la cuna-jardín para los hijos de los trabajadores.
- ✓ El Velatorio se ubica en el ingreso por la calle Bonnemaïson; cuenta con dos ambientes que son utilizados, de ser el caso, por pacientes indigentes del hospital.
- ✓ Frente al velatorio se encuentra el local del Sindicato de trabajadores.
- ✓ En el Hospital se encuentra un pabellón de Aulas de la UNMSM, en el cual la administración y el mantenimiento corresponden a la universidad.

En el plano A-01 que se adjunta en el Anexo N° 6, se muestra la distribución actual del Hospital Víctor Larco Herrera.

### 6.3.7. Sistema Constructivo y Estado de Conservación

Los pabellones tienen una altura aproximada de 4.50 metros.

El sistema constructivo de los distintos pabellones del Hospital, se resume en el siguiente cuadro:

**Cuadro 06.03:  
Estado de Conservación y Sistema Constructivo**

Pabellón	Servicio	Estado de conservación	Materiales de Construcción			N° pisos
			Muro	Techo	Piso	
1	Consulta Externa Laboratorios Rayos X Espera exterior	Regular Bueno Malo Bueno	adobe drywall	madera calamina	loseta (cerámico en corredores) Cerámico loseta cerámico	1
2	Psicogeriatría	Regular	adobe	madera	loseta	1
3	Emergencia	Regular	adobe	madera	loseta	1
4	Hospitalización H Capellanía	Regular/Malo	adobe	madera	loseta / cemento	1
5	Hospitalización M Pérgola central (Comedor) Hospitalización INPE	Regular/ Malo Bueno Regular	adobe ladrillo adobe	madera madera madera	loseta cerámico loseta	1
6	Depósitos	Malo	adobe	madera	loseta	2 (crujía central)
7	Unidad de Cuidados	Regular	Adobe/qu ncha	madera	loseta	1

	Especiales (UCE)					
8	Geriatría (Aislado/depósito)	Regular	quincha ladrillo	madera calamina	loseta cemento	1
9	Hospitalización	Regular/ Malo	adobe	madera	loseta	1
10-11	Consulta Externa Niños y Adolescentes  Admisión/Caja	Bueno/Regular	Ladrillo Tabiques divisorios de madera ladrillo	Aligerado calamina	cerámico/loseta  cerámico	1
12-13	Hospitalización H y M Comedor	Regular	Adobe drywall	madera	loseta calamina	1
14-15	Hospitalización agudos	Regular	ladrillo	aligerado	loseta	2
16-18	Hospitalización Adicciones	Bueno	ladrillo	aligerado	loseta	2
17	Talleres (Depósitos)	Regular	adobe ladrillo	calaminón	cemento	1
20	Hospitalización M (Clínica)	Bueno	ladrillo	aligerado	Loseta/ cerámico	2
21	Cuna – Jardín (desocupado)	Malo	adobe/quincha	madera	parquet/ loseta	2
22	Museo de Psiquiatría (2° piso deshabilitado)	Regular	adobe/quincha	madera	loseta	2
23	Oficina Personal Central telefónica  (Trámite doc.) Choferes Farmacia	Regular/Malo  Regular	adobe/quincha  ladrillo madera	Madera (2° piso)  madera calamina	Loseta/ cerámico madera cemento cemento	2  1 1
24	Cafetería	Regular	ladrillo	aligerado	loseta	1
25	Administración	Regular	adobe	madera	loseta	1 (atillos)
26	Velatorio	Regular				1
27-28	Cocina/ Nutrición	Bueno	adobe	madera/ yeso	cerámico	1
29	Biblioteca Epidemiología Imprenta (2° piso desocupado)	Regular	adobe/quincha	madera	madera/ vinílico	2
30	Costura/ CAFAE	Malo	adobe	madera	loseta	1
31	Almacenes (2° piso desocupado)	Regular	adobe/quincha	madera	cemento madera	2
32	Lavandería/ Mantenimiento	Malo	adobe	madera/ calamina	cemento	1
33	Aulas UNMSM	Regular	ladrillo	aligerado		1
34	SS.GG. Talleres y Vestuarios	Malo	Adobe ladrillo	madera calamina	cemento	1
	Auditorio	Regular	ladrillo	concreto armado		
	Sindicato (ex Red)	Regular	ladrillo	aligerado		
	Archivo y Taller de carpintería	Malo	adobe	madera	cemento	2
	ex Comedor de Pacientes	Regular / malo los SSHH	ladrillo	calaminón	cemento	1

Elaborado por el Consultor

Algunos pabellones tienen entrepisos de madera. Los pabellones de dos pisos tienen el cielo raso del primer nivel de cañas revestidas con yeso y el techo del segundo nivel, con vigas y entablado de madera.

Las puertas y ventanas son de madera y mica, en algunos casos cerrado con madera en la parte inferior, por seguridad del paciente. El pabellón de Cocina lleva vidrios templado sin marco. Algunos pabellones llevan rejas de hierro en ventanas.

Por otro lado, los pabellones 18, 20, el antiguo Comedor de pacientes, las Aulas pertenecientes a la UNMSM, tienen muros de ladrillo, techo de aligerado, a excepción del Comedor cuyo techo es de calaminón, y pisos de cerámico y/o loseta.

Los Servicios Higiénicos de los pabellones destinados a pacientes han sido remodelados; sin embargo algunos de ellos requieren mantenimiento de las instalaciones, grifería y/o tabiquería.

En resumen, las edificaciones del Hospital se encuentran en regular estado de conservación, destacando el Pabellón 18, recientemente remodelado, por su buen estado de conservación y mantenimiento. No se aprecian exteriormente fisuras que pudieran comprometer la estabilidad del establecimiento, salvo en los pabellones 6, 17 y 19; así como en otros de Mantenimiento ubicados en la parte posterior del Hospital, que se encuentran en mal estado de conservación; en el Pabellón 9 se observa algunas filtraciones por el techo.

En general, la iluminación y ventilación natural en este establecimiento asistencial es bueno; algunos corredores y habitaciones cuentan con teatinas, que contribuyen positivamente a la ventilación e iluminación del ambiente.

Pabellones como el de Emergencia y Consulta Externa de Niños y Adolescentes, contaban con un segundo nivel, el cual por razones de vulnerabilidad estructural fue demolido.

### **Valor Patrimonial**

El Hospital Víctor Larco Herrera, conformado por edificaciones que datan en su mayoría de los años 1917 y 1920, ha sido catalogado por el Instituto Nacional de Cultura como Patrimonio Cultural de la Nación, siendo además, un ejemplo de arquitectura hospitalaria de la época.

El INC, mediante Resolución Directoral N° 278/INC-DREPH-DPHCR de fecha 10 de Noviembre del 2009, adjunta en el Anexo, determina los sectores de intervención, según categorías de conservación y restauración, en concordancia con las cartas internacionales y las normas y reglamentos vigentes.

Se han diferenciado sectores diferenciados de intervención, que incluyen los jardines del Hospital, que determinan los siguientes grados de intervención:

- Conservación y restauración, con grados de intervención 1, que permiten su adecuación a nuevo uso, siempre y cuando se conserve la integridad del inmueble, a fin de salvaguardar el Monumento en su integridad.

El grado de intervención 2 permite, además de lo indicado en el grado 1, la remodelación del su interior, siempre y cuando se mantengan las características del mismo.

Los sectores asignados se consideran intangibles.

- Revitalización y adecuación a nuevo uso, con grado de intervención 3, que permite realizar intervenciones en el inmueble, pudiendo incluso llegar a la liberación del sector asignado, siempre y cuando la obra se integre espacial y volumétricamente a la edificación.
- Remodelación y obra nueva, con grados de intervención 4 y 5, que permiten la demolición y obra nueva, siempre que ésta se integre al conjunto.

El Plano Nº 2 del Anexo Nº 7 se muestra el tipo de intervención permitida, por sectores diferenciados.

En el plano se puede apreciar que los pabellones 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10-11, 12-13, 22, 25, 23 y 36; así como las fachadas exteriores de los pabellones 4, 5, 30, el Auditorio, incluido el mural, son intangibles con grado de intervención 1.

El interior de los pabellones 4, 5 y 30, así como los pabellones 14-15, 16-18, 20, 26 y el interior del auditorio, implican también sectores intangibles con grado de intervención 2.

Los pabellones con grado de intervención 3 son el 21, 27-28, 32, 33 y 34; y los de grado de intervención 4 corresponden al 17, 31, 35, el Sindicato. Las únicas edificaciones liberadas son la Farmacia, Trámite documentario, cafetería, servicios higiénicos y otros pequeños bloques.

En resumen, el 56.75% del área total del terreno es área intangible (21.5% corresponde a intervenciones de grado 1 y el 35.25% al grado 2), el 32.75% corresponde al grado 3 de intervención (donde se encuentran las áreas libres del hospital), el 9.35% al grado 4 y solamente el 1.15% del área total está liberada.

Las áreas que permiten ampliaciones e intervenciones totalizan el 45.75% del área de terreno, equivalente aproximadamente a 91,569.00 m<sup>2</sup>.

### 6.3.8. Áreas de Construcción

El Hospital Víctor Larco Herrera presenta un área construida total de 35,209.41 m<sup>2</sup>, del cual 20, 997.69 corresponden al primer piso, dejando un área libre de 190,724 m<sup>2</sup> (90%).

La distribución de áreas construidas se muestra en el Cuadro siguiente:

**Cuadro 06.2: RESUMEN GENERAL DE AREAS POR PABELLON EN EL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

PABELLON	SERVICIO	AREA (m2)	SUB TOTAL (m2)
1	Consulta Externa	1690.00	2331.34
	Admisión	223.24	
	Diagnóstico	145.30	
	Aulas	272.80	
2	Hospitalización Mujeres RM (63 camas)	1400.16	2331.34
	Apoyo (Comedor, etc.)	461.67	
	Área administrativa (consultorios, jefaturas)	469.51	
3	Emergencia (Consultorios, triaje, etc.)	277.78	744.79
	Hospitalización Observación (24 camas)	419.18	
	Vestuarios personal	47.83	



	Sindicato /ex Red)	278.74	278.74
	ex Comedor de Pacientes		
	<b>TOTAL</b>		<b>35,209.41 m2</b>

(\*) Incluye circulaciones internas

### 6.3.9. Evaluación de las Instalaciones del Hospital

#### Instalaciones Eléctricas

En el terreno del I Hospital Víctor Larco Herrera se encuentra ubicada una sub estación eléctrica, la cual abastece tanto al hospital como a otras áreas del distrito. Asimismo, se tiene una sub estación de media tensión ubicada en la parte posterior del pabellón de Nutrición.

Hace unos años, se implementó un ambiente para trasladar los tableros de baja tensión; cuyos cables y buzones se encuentran en buen estado de conservación, al igual que el tablero de transferencia del grupo electrógeno.

El grupo electrógeno, de 240 KW, se ubica también en dicho ambiente, tiene aproximadamente 10 años de antigüedad, y sirve a todo el hospital. El mantenimiento se realiza una vez al mes.

Los tableros son antiguos y no tienen sistemas de protección, el tablero que data de 1998 está por colapsar, no cuenta con llaves termo magnéticas para casos de sobre carga, las 04 llaves para alumbrado exterior están malogradas. Hay 02 reservas en el tablero, pero se requiere de una ampliación de carga.

Hay mucha caída de tensión, lo que origina un alto consumo de electricidad mensual, por lo que hace falta un sistema de mejoramiento, con un banco de condensadores.

Las redes generales principales se encuentran en regular estado de conservación, los circuitos eléctricos van generalmente empotrados; sin embargo no se tiene referencia de la última intervención en dichas instalaciones.

El pabellón 18 se alimenta directamente de la sub estación y los pabellones ubicados al oeste del eje central, se alimentan de los tableros de baja tensión, cuyo cable de 35 mm<sup>2</sup> requiere cambio.

Los pabellones 20 y el 14-15 (Psiquiatría 1) presentan problemas eléctricos, debido a cables que están haciendo tierra; requieren cambio de cables.

El hospital cuenta con 08 pozos a tierra, sobre los que existe un pedido de repotenciación.

Se cuenta con un Expediente Técnico, realizado en el año 2009, para la renovación de las instalaciones eléctricas, que incluye centros de luz, circuitos y tableros, en casi todos los pabellones del Hospital; el cual no ha sido ejecutado hasta la fecha.

#### Comunicaciones /Voz y data

El hospital no cuenta con un sistema de comunicaciones ni cableado estructurado; sólo algunas oficinas se encuentran interconectadas las computadoras.

## **Instalaciones Sanitarias**

La captación de agua para el Hospital se da a través de la red pública, a través de 07 medidores distribuidos por la Av. Pérez Aranibar y la calle Bonnemaison.

En un inicio, los pabellones se abastecían a través de cisternas, la mayoría de las cuales han sido anuladas por su mal estado de conservación; actualmente sólo algunos pabellones se abastecen a través de cisternas, tanque elevado y electrobomba, como el pabellón 14-15, 20 y 18, esta última consiste en 04 bidones de 2000 lts cada uno.

Es preciso indicar, que no hay un sistema de emergencia (cisterna); en el caso de corte de agua por SEDAPAL, el hospital en general, queda sin el servicio, por lo cual sería recomendable habilitar algunas cisternas como reserva.

El mantenimiento de las cisternas es constante; su limpieza se realiza cada 6 meses por un servicio contratado.

La red de agua es antigua; a la que solamente se han realizado algunos cambios por tramos, en la medida que colapsaban. No se tiene un registro de estas intervenciones.

El agua caliente se da con thermas eléctricas en los distintos servicios; algunas de las cuales se encuentran malogradas como una del pabellón 09, 12-13, 05 y 04. Actualmente se está solicitando un proyecto de inversión para la remodelación del sistema de agua de los pabellón 04.

Actualmente se producen fugas en los registros, atoros en las troncales y filtraciones al interior de los pabellones; razón por la cual en algunas ocasiones se han visto obligados a cerrar las llaves dejando sin agua al pabellón hasta su reparación.

En el año 1995 se realizó un diagnóstico de las redes de desagüe, donde se cambiaron las troncales que van a lo largo del eje principal y las principales ramificaciones transversales, como las que llegan al pabellón 03, 04, 05 y el 12-13; los tramos restantes se encuentran en regular y mal estado de conservación.

La red de desagüe exterior va empotrada y descarga hacia el colector público directamente sin tratamiento previo a su eliminación.

Las instalaciones de desagüe al interior de los pabellones se encuentran deterioradas, debido principalmente a su antigüedad, por lo que se requiere su renovación total y la unión a las troncales que conforman el sistema.

En conclusión, el sistema e redes de distribución de agua y desagüe del Hospital, requieren de una renovación integral, considerando además un sistema de agua contra incendios.

Los jardines se riegan por una canal de regadío que ingresa por la parte norte del terreno y lo cruza generalmente por debajo de las veredas, y que se abre una o dos veces por semana. El mantenimiento de dicho canal es deficiente, por lo que a veces se producen atoros.

El mantenimiento de los jardines es diferenciado; se realiza normalmente con personal del hospital; sin embargo, en algunos pabellones como el 18, los pacientes, a modo de terapia cuidan los jardines que circundan el edificio, cuyo mantenimiento es muy bueno.

## **Instalaciones Mecánicas**

El hospital cuenta con sólo dos calderos, uno para la Cocina, instalado en diciembre del 2009, que presenta problemas con el estabilizador de llegada de tensión, sólo funciona con el sistema manual.

El otro caldero sirve a la Lavandería y tiene aproximadamente 40 años de antigüedad, en regular estado de conservación.

Es conveniente contar con calderos alternativos, que funcione mientras se realiza el mantenimiento y/o reparación de los existentes.

La cocina usa gas propano; adquirido en cilindros.

Es preciso indicar, que en los alrededores se cuenta con redes de gas natural, por lo que sería conveniente implementar el sistema, a fin de economizar gastos.

### **6.3.10. Evaluación del Equipamiento**

El equipamiento del Hospital para el tercer nivel de atención en general, es escaso. Se encuentra medianamente dotado de mobiliario en regular estado de conservación para las actividades que actualmente lleva a cabo; pero como equipamiento biomédico cuenta solamente con un equipo de Rayos X, un electroencefalógrafo, un electrocardiógrafo en la UCE, y equipo de laboratorio para pruebas básicas, como microscopio, centrífuga, esterilizador y una cámara de flujo laminar, la mayoría de los cuales están en calidad de comodato.

El equipo de Rayos X, actualmente en uso, es antiguo y obsoleto, y se encuentra en regular estado de conservación. En 1989 se adquirió un equipo de 300 miliamper instalado en la sala 1, que nunca entró en funcionamiento debido a que no llegó el revelador y a que no se obtuvo el permiso de INEN; por lo que se desmontó y colocó en el depósito.

En el Anexo N° 8, que se muestra adjunto, se presenta un cuadro conteniendo en resumen el listado de Equipos existentes en el Hospital, incluyendo su antigüedad y estado de conservación.

No se cuenta con un programa de mantenimiento para el equipamiento biomédico; se realizan las reparaciones cuando falla el equipo. Sólo para algunos equipos de laboratorio se terceriza su mantenimiento.

El Hospital para dar atención con la capacidad resolutive que le corresponde tendrá que implementarse adecuadamente con equipos, especialmente de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio especializado, equipo para pruebas neurológicas y Rehabilitación.

### **6.3.11. Análisis de Vulnerabilidad y Riesgos del Hospital Víctor Larco**

#### **6.3.11.1. Vulnerabilidad por Localización**

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

#### **6.3.11.2. 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 alejada de la zona de Diagnóstico de Hospital, ubicada en el Pabellón 1 de consulta de adultos.
- ✓ 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.
- ✓ La inexistencia de habitaciones de aislados atenta contra la bioseguridad de los usuarios, pacientes y personal.

### **Emergencia**

- ✓ El traslado de pacientes desde la Emergencia al área de Diagnóstico implica un recorrido muy largo.

### **Rehabilitación y Terapia Ocupacional**

- ✓ No existen ambientes de rehabilitación física para adultos.
- ✓ Los ambientes de terapia ocupacional se ubican al extremo posterior del Hospital, obligando a largos recorridos del paciente.

### **Conclusiones**

- ✓ En la actualidad, el Hospital presenta una inadecuada zonificación de algunos servicios que la componen, como el de Diagnóstico y Terapia Ocupacional; éstos se encuentran alejados físicamente de los servicios con los que tienen relación funcional directa.
- ✓ En el pabellón de Consulta Externa se presenta un nudo crítico de circulación en el ingreso, que deberá replantearse.
- ✓ Los servicios de Hospitalización no cuentan con todos los ambientes con las áreas y facilidades requeridas por las normas vigentes; como ambientes de aislados, entre otros.

La potencialidad de la localización está dada por contar con calles vehiculares en el perímetro del hospital, lo que podría utilizarse alternativamente para ofrecer mejores condiciones de bioseguridad en el Hospital.

### 6.3.11.3. 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, no hay mayores problemas de inseguridad.

### 6.3.11.4. Vulnerabilidad Estructural y No Estructural

La estructura de soporte del Establecimiento, por las evidencias externas, se puede afirmar que algunos pabellones presentan daños considerables, mientras en otros existe mayores riesgos estructurales, no se aprecian resquebrajamientos o fisuras externas que pudieran afirmar lo contrario.

#### **Informe de INDECI**

El Hospital cuenta con un Informe de INDECI, el que luego de realizar una evaluación en detalle del hospital, concluyó que los pabellones 6, 17 (sector de adobe y quincha); así como el 2° piso de la ex cuna jardín están inhabitables.

Adicionalmente, se tiene conocimiento que pabellones como el 10-11 tuvieron un segundo piso, el cual fue demolido por recomendación de INDECI. No se tiene el documento disponible.

Se recomienda una nueva evaluación en detalle, que la estructura y verifique la estabilidad y asentamientos del suelo en algunos pabellones, a fin de tomar las decisiones que correspondan respecto al uso de la infraestructura.

#### **Vulnerabilidad respecto a los Elementos constructivos**

Este capítulo de vulnerabilidad no estructural busca determinar la susceptibilidad a daños que se presentan en la tabiquería, puertas, ventanas, vidrios, enchapes, soportes, materiales y otros elementos, los cuales pueden verse afectados y/o contribuir a afectar la funcionalidad del servicio ante la presencia de desastres naturales tales como sismos, inundaciones, incendios y otros.

Entre los componentes no estructurales para la evaluación correspondiente se tomarán los siguientes grupos: 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.

Asimismo, la utilización como Archivo en el 2° piso del Pabellón ubicado en extremo noroeste del terreno, es especialmente riesgoso no solamente en caso de sismo, sino un riesgo latente de colapso por la gran carga que representan los archivos sobre el techo de madera.

Los sectores con techo ligero, de calaminón o canalón, podrían presentar problemas por los traslapes insuficientes y por los materiales, cuya estabilidad no está garantizada.

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.

No existe en el hospital un sistema de Señalización al exterior ni interior de los pabellones, que permita al usuario identificar los accesos a los servicios, ni tampoco una señalización de evacuación con zonas seguras para casos de sismo o incendio.

### Instalaciones Básicas

Las redes de instalaciones eléctricas y sanitarias se encuentran técnicamente colapsadas; requiere necesariamente de una renovación total de sus materiales, los que han pasado largamente la vida útil de servicio efectivo.

La evidencia de ello son los continuos atoros, filtraciones, los tableros antiguos sin llaves termo magnéticas y los problemas eléctricos al interior de algunos pabellones.

### Equipamiento

El equipamiento es fundamental en un hospital para la prestación de servicio de salud, y es conveniente apreciar lo siguiente:

En la Sala de Rayos X, el espacio reducido es un inconveniente en caso de requerirse una evacuación oportuna.

Generalmente los equipos y el mobiliario son fabricados e instalados considerando sólo los requerimientos de su operación, cuya falta de apoyo o condiciones que impidan su volcamiento o deslizamiento que produce la acción sísmica, daño que normalmente deja fuera de servicio al equipo o puede causar daño severo.

## **6.3.12. Evaluación del Manejo Ambiental**

El Hospital Víctor Larco Herrera tiene una gran extensión de área de verde, lo cual resulta muy favorable para el usuario como para el medio ambiente; sin embargo, se observa que algunas de ellas se encuentran descuidadas, vías peatonales y vehiculares sin asfaltar generando polvo; grandes áreas sin sembrío de grass y con desperdicios y acumulación de maleza, lo que propicia la aparición de roedores.

Las áreas verdes se riegan a través de un canal de aguas servidas para regadío que corre por debajo de las veredas principales, y abierto por otras zonas. Este canal requiere mantenimiento; en algunas partes las veredas están rotas, encontrándose abierto; por otros lados está cubierto de lodo, lo cual genera atoros e inundaciones parciales; así como contaminación ambiental.

Es preciso comentar, que las aguas que discurren por el canal no tienen ningún tratamiento previo, lo cual puede dar lugar a problemas infecciosos en pacientes que en ocasiones usan los jardines como recreación.

Respecto a los residuos sólidos, estos se almacenan a la intemperie, en una plataforma ubicada en la parte posterior del terreno, a espaldas del pabellón 17 de Terapia Ocupacional; lo cual contraviene las normas nacionales vigentes. Si bien, los residuos están diferenciados en bolsas de color, su almacenamiento es un foco de contaminación ambiental y propicia también la proliferación de roedores.

Adicionalmente, se observa que las cisternas “clausuradas” en la mayoría de pabellones, no están debidamente cerradas, albergando en su anterior agua estancada, insectos y basura orgánica; lo cual constituye también un foco de contaminación del establecimiento.

Al respecto deberán tomarse medidas correctivas; el hospital con la gran cantidad de área libre tiene la posibilidad de contar con áreas verdes y un ambiente saludable para sus usuarios y vecinos.

### **6.3.13. Evaluación de las Unidades Docentes**

El Hospital Víctor Larco Herrera brinda actividades de docencia en la especialidad de psiquiatría, psicología y tecnología médica, a través de convenios con casi todas las universidades tanto de Lima como de provincias, a nivel de pregrado y especialización y postgrado con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad San Martín de Porres y Universidad Villarreal.

Esta se da generalmente, en las aulas ubicadas en el pabellón de Consulta Externa; dándose las prácticas en los distintos pabellones.

El pabellón perteneciente a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, no es utilizado con fines docentes, sino administrativos. Su mantenimiento y administración están a cargo de la universidad.

#### **6.3.13.1. Objeto del Convenio entre el HVLH con Instituciones Educativas**

El convenio, consiste en la cooperación entre EL HOSPITAL y LA FACULTAD; que involucre el desarrollo de acciones de docencia, servicio e investigación en el Pregrado y Postgrado, en EL HOSPITAL; a fin de articular las estrategias de atención de salud con los programas de docencia, investigación y proyección social; logrando de esta manera que, sobre un cabal conocimiento de la realidad de salud del país, se lleve a cabo una adecuada programación de acciones conjuntas; para que la formación de profesionales responda a las necesidades de la comunidad.

**RELACION DE CONVENIOS CON INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

INSTITUCIÓN	TIPO DE CONVENIO	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA
Universidad de Huánuco	MARCO	20/04/2007	20/04/2011
	ESPECÍFICO	02/08/2007	02/08/2010
Universidad Particular Científica del Sur	MARCO	11/05/2006	11/05/2010
	ESPECÍFICO	09/03/2007	09/03/2010
Universidad Nacional de Huancavelica	MARCO	06/03/2006	06/03/2010
	ESPECÍFICO	13/04/2007	13/04/2010
Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	MARCO	20/12/2006	20/12/2010
	ESPECÍFICO	19/07/2007	19/07/2010
Universidad Femenina del Sagrado Corazón	MARCO	20/07/2007	20/07/2011
	ESPECÍFICO	15/05/2008	15/05/2011
Universidad Particular Inca Garcilaso de la Vega	MARCO	29/05/2006	29/05/2010
	ESPECÍFICO	30/07/2007	30/07/2010
Universidad Particular San Martín de Porres	MARCO	13/02/2006	13/02/2010
	ESPECÍFICO	14/08/2007	14/08/2010
Universidad Peruana Cayetano Heredia	MARCO	18/04/2006	18/04/2010
		08/06/2010	08/06/2014
	ESPECÍFICO	30/01/2008	30/01/2011
Universidad Particular Norbert Winer	MARCO	28/04/2006	28/04/2010
		09/08/2010	09/08/2014
	ESPECÍFICO	28/01/2008	28/01/2011
Universidad Nacional del Callao	MARCO	24/02/2006	24/02/2010
	ESPECÍFICO	15/11/2007	15/11/2010
Universidad Nacional Santiago de Antúnez de Mayolo	MARCO	17/05/2006	17/05/2010
	ESPECÍFICO	17/12/2007	17/02/2010
Centro de Psicoterapia Psicoanalítica	MARCO		
	ESPECÍFICO	31/10/2007	31/10/2010
Universidad Particular Peruana de los Andes	MARCO	01/08/2007	01/08/2011
	ESPECÍFICO	27/11/2008	27/11/2011
Universidad Alas Peruanas	MARCO	13/03/2007	13/03/2011
	ESPECÍFICO	30/12/2008	30/12/2011
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	MARCO	18/04/2006	18/04/2010
	ESPECÍFICO	07/04/2009	07/04/2012
Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco	MARCO	01/03/2006	01/03/2010
	ESPECÍFICO	02/12/2009	02/12/2012
Universidad Ricardo Palma	MARCO	24/11/2006	24/11/2010
	ESPECÍFICO	03/02/2010	03/02/2013
Universidad San Juan Bautista	MARCO	16/03/2006	16/03/2010
	ESPECÍFICO	22/02/2010	22/02/2013

## 7.0 OPTIMIZACIÓN DE LA OFERTA

### 7.01 Indicadores por Unidad productora de Servicios (Factores de Optimización de los Recursos existentes)

Conceptualmente, este capítulo trata de establecer una sumatoria algebraica entre las posibilidades reales que óptimamente se posee como Oferta, los recursos asistenciales existentes en el Hospital Víctor Larco Herrera, y los requerimientos de la máxima demanda efectiva esperada por servicios de salud por la población objetivo del Estudio.

Ello implica, exponer los criterios de optimización funcional de los Recursos existentes, en concordancia con la normatividad vigente.

En el Cuadro N° 07.01 se expone el criterio con los que se ha considerado la máxima capacidad productiva de los recursos, en apego a los estándares normativos emitidos por la autoridad sanitaria, en este caso el MINSA.

Se estima que los recursos físicos, prestan servicio a la población durante todo el año, exceptuando en el caso de la consulta, algunos feriados. La Consulta Externa, tal como se muestra en el Cuadro siguiente, trabaja 5.5 días semanales en 01 turno de atención de 4 horas diarias.

Se considera que cada primera consulta de Psiquiatría dura un promedio de mínimo 45 minutos, y las consultas de seguimiento, 30 minutos; por consiguiente, en cada turno se tiene un rendimiento de 7 ù 8 atenciones para la consulta psiquiátrica; y 11.4 atenciones por turno de 4 horas en el caso de otras especialidades como Medicina General y Ginecología.

La cama de hospitalización especializada, durante los 365 días del año, con una ocupación tope de 85%, y un promedio de permanencia de las camas de mediana estancia, de 90 días y un día adicional como intervalo de sustitución, ofrece la posibilidad óptima de 3.4 egresos al año; y las de corta estancia con un promedio de 17 días más un día de intervalo de sustitución, ofrece la posibilidad óptima de 17.24 egresos al año.

#### Cuadro N° 07.01

#### HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

#### Indicadores de Recurso Físico - Estándar promedio

<b>Rendimiento cada Consultorio</b>					
<b>Consultorio especializado</b>	<b>Sem. útil /año</b>	<b>días/semana</b>	<b>hrs/turno</b>	<b>Atenc./dia /turno</b>	<b>Atenc./año/turno</b>
Psiquiatría	50	5.5	4	7.36	2024
General	50	5.5	4	11.4	3135
<b>Rendimiento cada Cama</b>					
<b>Cama de Hospitalización</b>	<b>Sem. útil /año</b>	<b>días/sem</b>	<b>Días Estancia + Interv. sust.</b>	<b>% Ocup</b>	<b>Giro/Cama</b>
Mediana Estancia	52	7	91	0.85	3.4
Corta Estancia	52	7	18	0.85	17.2

Elaborado: Por el Consultor

## **7.02 Producción optimizada por Unidades Productoras**

### **Oferta Optimizada en Consultorios**

En el Cuadro N° 07.02 se muestra la producción optimizada del Recurso Físico, en función de los rendimientos unitarios óptimos antes señalados; así podemos observar que para efectos de este análisis se consideran 13 consultorios existentes de Psiquiatría adultos, se espera una producción óptima de 26,312 atenciones por año en un turno y 52,624 en dos turnos. En los consultorios generales se espera que en los 04 consultorios existentes, 12,040 atenciones por año con un turno; y 25,080 con dos turnos.

En el caso de los 04 Consultorios de niños y adolescentes de las especialidades de Psiquiatría, se espera una producción óptima de 8,096 atenciones por año con un turno y 16,192 con dos turnos.

### **Oferta optimizada en Camas de Hospitalización**

El área de 4,671.00 m<sup>2</sup> actualmente destinada a albergar las 578 camas de hospitalización existente, presentan un significativo nivel de hacinamiento, considerando que la norma técnica establece un promedio óptimo de 7.2 m<sup>2</sup> netos por cama instalada. A ello habría que sumar la carencia de Ambientes y espacios complementarios y de apoyo tales como depósitos de ropa, materiales, trabajo de enfermería, cuartos de limpieza, etc.

El equipo de Formulación del PMI, ha considerado que de la disponibilidad actual, un 80% del área deberá destinarse efectivamente a albergar camas de Hospitalización, lo cual significa 3,736.80 m<sup>2</sup>, es decir una capacidad efectiva de 519 camas arquitectónicas.

Las camas de larga estancia (Camas asilares), no serán por el momento consideradas para el planeamiento de acciones de racionalización, en razón que su disponibilidad no será inmediata. El proceso de optimización se restringe a las camas actuales de mediana estancia y las que actualmente se encuentran en la Emergencia, que se constituyen para los efectos del Estudio como camas de corta estancia.

Los actuales pabellones de hospitalización con camas de mediana estancia, normativamente se reducen a 183 camas arquitectónicas, que podrían ofertar óptimamente, con la aplicación de los estándares de racionalización, 622 egresos al año.

Las actuales 12 camas de Hospitalización, localizadas en el Servicio de Emergencia, se constituyen para los efectos del Estudio en Camas de corta estancia, cuya producción óptima es de 412 egresos al año.

No existe en la práctica Servicio de Hospitalización de Larga estancia, cuyo promedio de permanencia es de 180 días en promedio, en consecuencia, la oferta optimizada en este caso es nula o cero.

### **Oferta Optimizada en Recursos Humanos - Médico**

En el Cuadro N° 07.03 se muestra la producción optimizada del Recurso Humano – Médico, igualmente, en función de los indicadores antes mostrados.

Se aprecia que los 50 Médicos Psiquiatras actualmente existentes en el Hospital, pueden producir en las condiciones y con los criterios planteados un total de 59,616 Consultas anuales; lo que implica que además asegura su participación en otras actividades asistenciales en la Hospitalización, Hospital de día, Apoyo al Diagnóstico, Programas de Rehabilitación, Emergencia, etc.

**CUADRO Nº 07.02****HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA****Producción Optimizada de Recurso Físico existente**

<b>OFERTA OPTIMIZADA RECURSOS FÍSICOS</b>		<b>2010</b>
<b>Consultorios</b>		
Nº Consultorios de Psiquiatría Adultos		13
Producción unitaria/año en dos turnos		4048
Producción óptima		52,624
Nº Consultorios de Psiquiatría Niños y Ad		4
Producción unitaria/año en dos turnos		4,048
Producción Optimizada		16,192
Nº Consultorios Generales y otras espec.		4
Producción unitaria/año en dos turnos		6270
Producción óptima		25,080
<b>Camas de Hospitalización</b>		
No. Camas Larga estancia		0
Producción unitaria/año		1.7
Produc. Optima Egresos		0
No. Camas mediana estancia		183
Producción unitaria/año		3.4
Produc. Optima Egresos		622.2
No. Camas corta estancia		24
Producción unitaria/año		17.2
Produc. Optima Egresos		412.5

Elaborado por el Consultor

**CUADRO Nº 07.03****HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA****Produccion Optimizada de Recurso Médico existente**

<b>OFERTA OPTIMIZADA RECURSOS FÍSICOS</b>		<b>2010</b>
<b>Consulta Externa</b>		
Nº Médicos Psiquiatras		50
Producción unitaria/año		1,192.3
Producción óptima		59,616
Nº de Médicos Generales		4
Producción unitaria/año		1,847
Producción Optimizada		7,387
Nº Enfermeras.		91
Producción unitaria/año		2,097.6
Producción óptima		190,882

Elaborado por el Consultor

## 8.0 BALANCE DE LA OFERTA Y DEMANDA

### 8.01 Identificación de la brecha entre la oferta y la demanda

Es muy importante señalar que este ejercicio de Balance, sólo nos muestra la comparación cuantitativa y cualitativa entre la disponibilidad actual de los recursos potencializados del Hospital y la demanda optimizada por atenciones especializadas en Salud Mental.

Metodológicamente, y en consideración de las características de la Oferta analizada; esta comparación se realiza entre la demanda poblacional de toda el área de responsabilidad definida para el Estudio, por Atenciones del Nivel de Atención III; y la Oferta del actual del Hospital Víctor Larco Herrera, único Servicio especializado al que corresponde dichas atenciones en el referido ámbito.

Naturalmente que la Demanda de todo el ámbito de Estudio va a sobrepasar la capacidad del Hospital; el propósito es conocer esta brecha total y estar en capacidad de tomar decisiones respecto al desarrollo por alcanzar y a plantear aquel segmento que técnicamente es posible asumir por el Hospital reformulado en los próximos quinquenios.

El Balance cualitativo, tiene que ver con la calidad de la prestación y fundamentalmente con la capacidad resolutoria asignada al Hospital, en cuanto a la capacitación de sus recursos humanos, procedimientos, equipamiento, etc. y la que realmente está en posibilidades de ofrecer.

Así por ejemplo, al comparar la demanda atendida en el 2009 (no es la optimizada) en el Hospital VLH y la esperada para el presente año, podemos apreciar la magnitud de la brecha.

Grupo etario	Demanda esperada 2010	Demanda atendida 2009	Brecha atención	% Brecha
Niños Adolescentes	6368	709	5659	89
Adultos	8479	3044	5435	64

Se aprecia que el grupo menos atendido es el de los niños, que guarda relación en parte con la alta demanda y citas a futuro en este grupo de edad, sin dejar de considerar que la presencia de otro prestador especializado ubicados en el ámbito de influencia del Hospital, como el Instituto de Salud del Niño, cuenta con un Departamento de Salud Mental que brinda un importante número de atenciones a este segmento con mayor frecuencia a Trastornos de Comportamiento. (ASIS,2008 INSN)

#### 8.01.1 Balance practicado respecto al Recurso Físico

En el Cuadro N° 08.01 que se muestra, observamos que para el año base (2010), el ejercicio de comparar las necesidades de la población por el tercer nivel de Atención en Salud Mental en Consultorios es 1.65 veces mayor al que puede óptimamente ofrecer el Hospital; vale decir, que en este aspecto, el Hospital Víctor Larco Herrera, sólo está en capacidad de atender al 60% de las exigencias reales. La brecha sería del 40%.

Respecto a camas de hospitalización, en el año base (año actual), el Hospital sólo está en capacidad de soportar la atención del 35% de los egresos demandados; existe una brecha desde ahora del 65%.

En el mismo Cuadro, se ha proyectado la brecha de atenciones para los próximos tres quinquenios, en los que se aprecia el natural crecimiento de esta brecha, la que puede alcanzar el 48% en Consulta Externa y al 69% en hospitalización en el año horizonte del Estudio (2025), si es que no se toman las medidas correctivas que correspondan.

Con respecto a los Servicios de Diagnóstico, existen brechas, fundamentalmente de Equipamiento y de la implementación tecnológica para su desarrollo, acorde con el Modelo y la Demanda que se proyecta para el hospital.

<b>CUADRO N° 08.01</b>					
<b>HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA</b>					
<b>BALANCE OFERTA - NIVEL III - AREA DE RESPONSABILIDAD - SOBRE RR.FF</b>					
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS /Año</b>	<b>OFERTA POTENCIAL</b>	<b>DEFICIT DE ATENCIONES</b>			
		<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>
<b>CONSULTA EXTERNA</b>					
Ctas. Adultos	52,624	142,640	150,677	157,073	162,213
Ctas. Niños Adolescentes	16,192	14,963	16,246	17,266	18,086
Ctas. Otros	25,080	-2,438	-1,506	-765	-168
<b>Sub Total</b>	<b>93,896</b>	<b>155,166</b>	<b>165,416</b>	<b>173,574</b>	<b>180,131</b>
<b>HOSPITAL DE DIA</b>					
Plazas previstas	<b>0</b>	<b>1,012</b>	<b>1,054</b>	<b>1,087</b>	<b>1,114</b>
<b>HOSPITALIZACION - EGRESOS</b>					
Larga Estancia	0	214	221	230	235
Media Estancia	622.2	84	113	137	155
Agudos Corta Estancia.	412.5	1,943	2,040	2,117	2,179
Socio Sanitarias	0	655	682	704	721
<b>Sub Total</b>	<b>1,035</b>	<b>2,896</b>	<b>3,056</b>	<b>3,186</b>	<b>3,290</b>
<b>EMERGENCIA</b>					
Atenciones Adultos	0	2808	2923	3015	3089
At. Niños Adolescentes	0	582	606	625	641
<b>Sub Total</b>	<b>0</b>	<b>3,390</b>	<b>3,530</b>	<b>3,641</b>	<b>3,730</b>
Días Observación	0	3,051	3,177	3,277	3,357

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

#### 8.01.2 Balance practicado respecto al Recurso Humano

Al balance practicado de los recursos humanos, referido únicamente al personal profesional médico, infiriendo por extensión la necesidad de los recursos humanos complementarios en Estudios de mayor detalle en el análisis y en las determinaciones, como son los de Pre Inversión que se practiquen para cada Proyecto identificado.

En relación a los Recursos Humanos optimizados disponibles en el Hospital, el Cuadro N° 08.02, indica que la capacidad horaria de sus Médicos Psiquiatras, sólo está en posibilidad de atender al 44% de la demanda total; es decir, que desde ya, contamos con una brecha de 56%, la que puede llegar a 62% en el 2025.

Esta situación, se hace extensiva para los demás perfiles profesionales y técnicos del personal que labora en el Establecimiento; y que los correspondientes Estudios de Pre

Inversión se encargarán de precisar, en correspondencia con las decisiones tecnológicas que en estos de tomen.

CUADRO Nº 08.02					
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA					
BALANCE OFERTA - NIVEL III - AREA DE RESPONSABILIDAD- SOBRE RR.HH.					
SERVICIOS AMBULATORIOS /Año	OFERTA POTENCIAL	DEFICIT DE ATENCIONES			
		2010	2015	2020	2025
CONSULTA EXTERNA					
Medico Psiquiatra	59,616	135,648	143,685	150,081	155,221

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

### 8.01.3 Conclusiones del Balance

Como resultado de este ejercicio practicado al Hospital Víctor Larco Herrera para los próximos 3 quinquenios, se concluye que existen brechas significativas de atención especializada en Salud Mental del tercer nivel de Atención a cubrir en el área de responsabilidad poblacional determinada para el Estudio.

El futuro funcionamiento en Hospitalización, exige la implementación progresiva de un Modelo de Atención orientado a la Especialización y a la Rehabilitación; lo que seguramente demandará intervenciones tangibles e intangibles imprescindibles que propiciarán Proyectos de Inversión a ser desarrollados.

Los aspectos de vulnerabilidad antes analizados, podrían incidir en la necesidad de plantear su reformulación, respetando escrupulosamente su calificación de intangibilidad otorgada por el INC a gran parte de su infraestructura.

## 8.02 Análisis de la Brecha y Nuevos Requerimientos

### 8.02.1 Potencialidades y Debilidades

Como oportunidades a aprovechar, se ha identificado:

#### Aspectos Organizativos

- El compromiso de la conducción y dirección del Hospital, orientado a fortalecerlo como institución y a desarrollar sus funciones asistenciales
- El compromiso de gran parte del personal del Establecimiento, en su afán de mejorar la imagen ante la Comunidad

#### Aspectos Físicos

- Organización en base a amplios espacios abiertos y verdes que favorecen por un lado las posibilidades de crecimiento, y por otro, las condiciones de confort ambiental.
- La calificación del Instituto Nacional de Cultura porque permite la conservación monumental y favorece la posibilidad de asignación de recursos para su conservación.
- La gran disponibilidad de espacios libres permiten las posibilidades de grandes crecimientos del recurso físico para la ampliación de los Servicios.

Se ha identificado también debilidades que es necesario corregir, es decir problemas de índole organizacional, Asistencial, operativos y de financiamiento.

En forma específica se puede identificar un listado de aspectos puntuales que recogen los aspectos conceptuales antes señalados y que representan oportunidades y también debilidades, identificadas en el análisis del presente Estudio, pero que también han sido plenamente identificadas en el Plan Estratégico del Hospital, vigente para el periodo 2007-2011; las que en conjunto se resumen a continuación.

### **Aspectos Organizativos**

- Carencia de un sistema funcional especializado en Salud Mental, en el que las funciones del Hospital puedan estar inmersas.
- Resistencia limitada al cambio de manicomio a Hospital Altamente Especializado en Psiquiatría en Salud Mental, por la presencia de una cultura organizacional aún con fuertes remanentes manicomiales.
- La articulación con la población es demasiado incipiente.
- No existen mecanismos identificables tendientes a posicionar la imagen de la institución en la comunidad.
- Organigrama funcional del Hospital, inadecuado para el propósito de conseguir el desarrollo institucional
- Carencia de un Sistema de Comunicación moderno, en base a una plataforma informática
- Falta de modernización informática del sistema integral de atención vía un sistema de intranet administrativo y de historia clínica electrónica asistencial.
- Ausencia de un Centro de Costos que nos permita tomar mejores decisiones previo análisis costo-beneficio y así reorientar el gasto que involucra la atención psiquiátrica, psicológica, ocupacional, rehabilitación física, y otras.
- Carencia de Programas sostenidos y planificados de actualización y capacitación del personal en general del Establecimiento
- Deficiente Registro estadístico, las cifras se encuentran distorsionadas por la modalidad de anotación.
- La información estadística, principal sustento de la planificación, no presenta la solvencia y garantía de las cifras que permitan elaborar un diagnóstico seguro.
- La carencia del saneamiento legal de la propiedad del terreno a favor del Hospital no favorece la ejecución de proyectos de inversión.
- Presencia de un sistema de pagos inadecuado que no prioriza resultados sino mas bien es histórico y vetusto, para una organización institucional en desarrollo y cambio.

### **Aspectos Asistenciales**

- El sistema asistencial de pequeños feudos, entorpece la integralidad de la prestación
- La atención de pacientes se realiza aún por patologías de manera no especializada, a pesar de la implementación de protocolos de atención.
- Demanda insatisfecha para la atención de mujeres que requieran internación en el departamento de adicciones.
- Demanda insatisfecha para las vistas domiciliarias tanto por la resistencia de las familias para con el alta del paciente como con la falta de un transporte exclusivo

para realizar los trabajos encomendados y realizar el seguimiento del tratamiento de los pacientes que regresan a ser hospitalizados producto de la interrupción del tratamiento farmacológico.

- Falta de solidez en el trato al paciente vía el respeto a sus derechos humanos y dignidad.
- Los talleres de rehabilitación existentes no se extienden a toda la población en tratamiento.
- Los pabellones presentan su propia administración y en consecuencia, sus propios procedimientos de tratamiento al paciente.
- La presencia de una población asilar en más del 50% de los hospitalizados.
- La presencia de una población que depende del INPE.

### **Recursos Humanos**

- En salud mental comunitaria se presentaron limitaciones para el desarrollo de las actividades programadas, como la falta de un equipo permanente de profesionales para desarrollar las actividades de manera integral.
- La distribución y asignación de los recursos humanos, obedece a criterios remunerativos antes que a la racionalidad de la función y el servicio a la población demandante.

### **Recursos Físicos**

- La organización pabellonal, aceptable por la naturaleza del hospital, pero produce escollos para la interrelación funcional y física de algunos Servicios.
- La antigüedad de las edificaciones, que tienen un proceso acelerado de deterioro por la falta de recursos para reposición y/o reparaciones correspondientes.
- Carencia de infraestructura para la hospitalización para mujeres en el departamento de adicciones.
- La condición de inhabilitabilidad de algunos pabellones calificados por INDECI sin la asignación de los recursos necesarios para revertir esta situación.
- La intangibilidad otorgada por el INC sin la asignación de los recursos correspondientes para su restauración genera deterioros adicionales.
- La calificación de intangibilidad del INC restringe la adecuación de ambientes a los procedimientos funcionales modernos de atención al paciente.
- La presencia de la plataforma de depósito final de residuos sólidos y del canal de regadío afectan las condiciones ambientales del Hospital.

### **Aspectos de financiamiento**

- Los recursos operativos asignados por el Ministerio de Salud resultan escasos para la operatividad del servicio asistencial.
- La cooperación de entidades internas y externas es escasa.
- No se evidencia mecanismos adecuados para generar recursos propios.
- Recaudación de ingresos no muy significativo por el alto índice de indigencia en los pacientes que se encuentra hospitalizados, que podrían integrar un Programa MINSA especializado

### **8.03 Identificación de nuevos requerimientos**

Las conclusiones de las Brechas cualitativas identificadas, propician los requerimientos siguientes:

## **Enfoque Sistémico**

- Considerar que necesariamente el Hospital debe formar parte de un Sistema especializado, e insertarse como uno de los componentes para la atención integral.
- Es conveniente gestionar y motivar a los órganos rectores de Salud, a decidir en el mediano plazo las medidas administrativas para implementar la Red

## **Imagen Institucional**

- Difusión promocional de las actividades asistenciales, tendientes a desestigmatizar en la población la naturaleza de las Actividades del Hospital.
- Proyectar con mayor intensidad y compromiso, las actividades asistenciales hacia la Comunidad.
- Articular a la familia en el tratamiento del paciente.
- Programas sustentables y sostenibles en el tiempo.
- Investigación: el Hospital está inscrito para realizar investigación clínica.

## **Apoyo a la Gestión**

- Psiquiatría de penales – ideal: ni el Hospital ni en penales; se debe considerar las patologías y la cultura de la vecindad.
- Mejorar los Instrumentos de Gestión.
- Desarrollar un Registro estadístico moderno, que sirva de soporte confiable para las actividades de planificación.
- Implementar una Red Informática de Comunicaciones Internas y externas.

## **Desarrollo Asistencial**

- Se requieren nuevos productos para competir con mayor calidad. Caminar hacia el hospital especializado.
- Generar como actividad prioritaria de terapia, la Rehabilitación Ocupacional y Física.
- Implementar Observación de 72h. en Emergencia.
- Potenciar Adicciones: incorporar programa de desintoxicación incluyendo sus correspondientes especialistas). incorporar paciente mujeres.
- Dar servicios especializados en Psiquiatría de niños y cuadros de emergencia (psicosis). Se requiere equipo multidisciplinario.
- En Consulta Externa, implementar programas especializados en Depresión y conductas suicidas; para pacientes atípicos y psicóticos.
- Hospitalización agudos, con especialidad en psicosis, alcoholismo, depresión, trastornos de la personalidad...
- Implementar programa de Psicogeriatría
- Rehabilitación: no solo para esquizofrénicas, sino también para neuróticos, ansiedad y otros diagnósticos.
- Los pacientes asilares deben formar parte de la rehabilitación terciaria (física y mental) para que el paciente mejore y se establezca; más trabajo con la familia.
- Desarrollar un tratamiento adecuado para racionalizar el alojamiento asilar, en su convivencia con la hospitalización de mediana y corta estancia.
- Implementar rehabilitación neuro cognitiva, programa intermedio.

### **Actualización Tecnológica**

- Propiciar la permanente actualización tecnológica especializada de los recursos Humanos.
- Promover la Adquisición de Equipos Fundamentales para el Apoyo al Diagnóstico y la Terapia especializada; así como la Reposición de Equipos.
- Desarrollar un adecuado Sistema de Mantenimiento.
- Racionalizar la distribución horaria de los recursos Profesionales, acorde con el requerimiento de los Servicios.

### **Sostenibilidad Financiera**

- Gestionar los Recurso Financieros apropiados para generar el desarrollo institucional.

## **9.0 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y SU PRIORIZACION**

### **9.01 Aspectos Cualitativos**

Al margen de los aspectos cuantitativos del Balance, se ha identificado diversos aspectos cualitativos que resultan más trascendentes en la labor de identificar los requerimientos específicos del Hospital para conseguir su desarrollo institucional y funcional en el marco de la ideología conceptual de futuro que presenta el Plan Maestro de las Inversiones.

#### **La aceptabilidad**

Los hospitales psiquiátricos en general, entre ellos el Hospital Víctor Larco Herrera, no gozan de gran aceptación entre las personas con trastornos mentales, sus familias y las comunidades. El estigma que se asocia con la idea de Centro de Reclusión para protección del resto de la comunidad, así como el rechazo a una vecindad urbana, genera entre otros aspectos una actitud de rechazo en las personas a la utilización de sus Servicios, excepto como último recurso.

Es notorio observar que las referencias de pacientes mentales no son fácilmente aceptadas por los Hospitales Generales del MINSA inclusive, lo que genera complicaciones de interrelación funcional con los otros componentes del Sistema.

Se suma a esta condición de inaceptabilidad, los graves problemas de derechos humanos que todavía rodean los pacientes de larga duración hospitales psiquiátricos, a pesar de las mejoras introducidas.

#### **La Correspondencia**

El Estado peruano, progresiva y sistemáticamente le viene asignando al Hospital Víctor Larco Herrera, responsabilidades asistenciales que no le corresponden; con el correr del tiempo, el Hospital ha devenido en el depositario de los problemas sociales de patologías de pacientes en abandono que el Estado no puede o no tiene capacidad de referir al Servicio idóneo.

El Hospital por la gran extensión de su predio, durante su larga existencia se ha convertido tradicionalmente en una válvula de escape al internamiento de pacientes con problemas de Salud Mental No psiquiátricos; tal es el caso de pacientes con Retardo mental o indigentes que por su estado de abandono familiar continúan hospitalizados vitaliciamente; para los cuales no existe ni especialistas ni programas específicos para rehabilitarlos

Para éstos, obviamente se requiere una planilla de médicos especializados, actualmente inexistentes (Médicos Fisiatras, Neurólogos, etc.), ni el programa de Rehabilitación que les corresponde; en consecuencia, se produce un adicional deterioro en sus condiciones de vida.

Otro grupo importante son los pacientes internados por orden judicial, sentenciados o en proceso penitenciario que sufren alteraciones mentales, pero que para el resto de los usuarios del Hospital representan peligrosidad por su inclinación a la violencia demandando un especial cuidado en su vigilancia.

## **La Funcionalidad**

La revisión de la organización de los Servicios del Hospital Larco Herrera, el perfil de la demanda atendida y la disponibilidad de recursos con que cuenta, permiten afirmar que en el Hospital se han desarrollado a la fecha 2 modalidades operativas; la especialización en la Atención Psiquiátrica, y el cuidado de enfermos mentales de larga estancia, con un mayor peso en el consumo de recursos, en estos últimos.

El Hospital ha tenido históricamente el modelo de Larga estancia, y ha modificado esa orientación en la última década, pero no ha sido acompañado de una política de salud que fortalezca los otros niveles de atención, ya sea a través de servicios formales o informales; sin embargo, la convivencia de estos servicios debían ser objetivados en el mediano y largo plazo.

Los resultados clínicos son pobres debido a una combinación de factores, entre ellos, que prácticamente sólo proporciona cuidado de custodia, escasa atención clínica, escaso control a violaciones de los derechos humanos, la naturaleza del proceso de atención institucionalizada y la escasez de Programas de rehabilitación.

En el actual Sistema los recursos humanos especializados en Psiquiatría disponibles, casi en su totalidad son acaparados por el Hospital, significando un serio obstáculo para el desarrollo alternativa de servicios de salud mental comunitarios; y los disponibles en el mismo Hospital, son escasos; no llegan a cubrir todas las especialidades que demanda la naturaleza de sus pacientes.

El Servicio de Adicciones no existe un Programa de Desintoxicación, fundamentalmente por la carencia de Médicos y otros especialistas en la materia.

No se practica la Psicoterapia: no hay psicólogos; considerarlos al igual que en otros programas.

No se cuenta con ambientes para psiquiatría forense, falta equipamiento y recursos humanos.

## **Los altos costos financieros**

La operatividad de los hospitales psiquiátricos es cara y del presupuesto destinado a servicios de salud mental, el Hospital consume una porción significativa dejando pocos recursos para las iniciativas de base comunitaria. Asimismo, la Hospitalización de muy larga estancia, o estancia perpetua de los pacientes, consume la mayor parte de los recursos operativos asignados, dejando muy poco margen para la rotación de los egresos exigidos por la Demanda.

Los Altos costos y los pobres resultados clínicos significan que estas instituciones representan el uso menos deseable de los escasos recursos financieros disponibles para servicios de salud mental. Esto es particularmente cierto en los países en desarrollo donde los hospitales, como el Larco Herrera, ofrecen los únicos servicios de salud mental.

### **9.02 Aspectos Cuantitativos**

El resultado de la evaluación practicada a las características físicas, funcionales y de organización, del actual del Servicio asistencial del Hospital Víctor Larco Herrera, en mérito al diagnóstico y brechas identificadas por el Estudio, permitió establecer un conjunto de problemas específicos, que por la similitud de su naturaleza y afinidad, metodológicamente,

fueron agrupados en diferentes estratos de problemas generales; los que a su vez, se han categorizado en estructurales y particulares.

#### 9.02.1 Problemas Generales Estructurales

Los problemas generales que pueden considerarse estructurales; se refieren a los temas que necesariamente deben atenderse como prioritarios, en consideración que constituyen una condición indispensable para facilitar la reversión de los problemas particulares, y en general, para promover el desarrollo que busca la institución con el presente Plan Maestro de las Inversiones.

En este grupo puede advertirse problemas de carácter exógeno cuya atención, no depende exclusivamente del Establecimiento en Estudio, su atención requiere de la necesaria coordinación sectorial e intersectorial; problemas en los que el Hospital podrá coadyuvar a través de la sensibilización y participación con propuestas para la toma de decisiones en un nivel administrativo que esta fuera de su alcance, tal como la implementación de una Red Integrada y escalonada de Servicios especializados.

En el presente Plan Maestro, si bien no es posible concretar en propuestas directamente abordables por el Hospital, es importante referirse a este grupo de problemas, por la necesidad de generar su puesta en operatividad; el más importante es la carencia de enfoque sistémico en la atención especializada

#### 9.02.2 Problemas Generales Particulares

En el grupo de problemas estructurales se identifican aquellos con carácter endógeno; es decir, aquellos cuya adecuada atención corresponde directamente a la iniciativa y decisión del propio Hospital, en consecuencia se les pone mayor énfasis, por cuanto son abordables por el Hospital, y porque son los de mayor responsabilidad de la Institución.

Entre los más importantes Problemas Generales, se identifican aquellos que pueden visualizarse en la primera columna del Cuadro N° 09.01 – “Propuesta de Acciones a desarrollar” y que se resumen en los siguientes:

Propiedad legal no saneada, Imagen estigmatizada del Hospital ante la comunidad, funcionamiento operativo de baja productividad, Inadecuada estructura organizacional, inadecuada capacidad resolutive en Salud Mental especializada, Demanda Potencial Insatisfecha, Tecnología operativa obsoleta, Infraestructura inadecuada, escaso desarrollo especializado de los Recursos Humanos, escasos recursos presupuestales para operación, alta vulnerabilidad de los usuarios por riesgo en las condiciones ambientales.

#### 9.02.3 Problemas Específicos

Se refieren al conjunto de sub problemas, o desagregado identificados en el diagnóstico como debilidades o amenazas para conseguir el desarrollo del Servicio Asistencial, cuya prioridad de su atención es decisión casi exclusiva de la Institución Hospitalaria. En consecuencia, éstos han sido listados y priorizados de acuerdo a la metodología recomendada por la Directiva para la elaboración de Planes Maestros, emitida por la Resolución Ministerial MINSA.

### 9.03 Priorización de los problemas

La priorización de los Problemas detectados, de acuerdo a lo establecido por la Directiva para la Elaboración de Planes Maestros, aprobada por RM N° 386-2010/MINSA; se ha realizado en un proceso participativo, con la concurrencia de los funcionarios y representantes de los usuarios del Hospital, utilizando los formatos y criterios de calificación que emanan de la indicada Directiva. Los resultados se muestran en el Anexo N° 10 del presente Estudio.

Las principales acciones que prioritariamente deben desarrollarse en el Hospital, están relacionadas con el diagnóstico del Mercado de Salud del Plan Maestro de Inversiones, y de los objetivos trazados en este Plan Estratégico Institucional. Comprenden aspectos relacionados con la calidad de atención, el ejercicio de sus derechos humanos y la seguridad de los pacientes; así como con el impacto que se busca lograr en la población general en conquistar una cultura de paz dentro de un desarrollo sostenible de nuestro país; estas prioridades son:

1. Priorizar las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento de los desórdenes psiquiátricos y de salud mental antiguos y nuevos construyendo estilos de vida y entornos saludables en nuestra comunidad.
  - Promover los cambios organizacionales de la institución por una cultura cualitativamente orientada hacia una nueva realidad asistencial.
  - Viabilizar la participación ciudadana rompiendo el aislamiento Hospitalario.
2. Fortalecer el desarrollo y la gestión organizacional y del potencial humano.
  - En los aspectos relacionados con la gestión, existe la necesidad de adecuar el organigrama institucional para que sirva en forma racional y efectiva a los requerimientos de desarrollo.
  - El saneamiento legal del hospital es absolutamente necesario y urgente.
  - La recaudación de ingresos no es muy significativo y esto se debe a que existe un alto índice de indigencia en los pacientes que se encuentra hospitalizados, que requieren ser ubicados dentro de Programas Sociales intra e interhospitalarios, como los Hogares Protegidos.
3. Mejorar la oferta del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables y de riesgo, a través de Programas de Atención Integral.
  - La incorporación de la calidad en la atención, como una filosofía y doctrina hospitalaria, incluyendo aspectos científicos, tecnológicos y de derechos humanos de los pacientes.
  - Habilitar formas de atención para nuevas necesidades tales como hospitalización para personas con retardo Mental y atención eficaz y eficiente de las nuevas patologías.
  - Atención de la demanda insatisfecha de mujeres en el departamento de adicciones y las nuevas patologías que requieren atención urgente y central.
  - Atención para la demanda insatisfecha de las vistas domiciliarias a través de un Programa de Seguimiento que permita la supervisión de los tratamientos y metas terapéuticas de los pacientes, así como su reincorporación social.

4. Fortalecer el recurso físico como apoyo infraestructural.
  - La remodelación en infraestructura, reparación y/o adquisición de equipos biomédicos necesarios por reposición ó por obsolescencia.
  - La formulación del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo Hospitalario.
5. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad, así como una atención acorde con el estado socioeconómico de la población.

#### 9.04 Propuestas generales de intervención

Frente a los problemas estructurales y específicos identificados, el equipo de formulación del Plan Maestro, ha planteado las correspondientes respuestas o medidas correctivas, a través de la propuesta de acciones que contribuyan a mitigar tales debilidades.

Obviamente, no todas las acciones propuestas constituyen Proyectos de Inversión, algunas serán recomendaciones para la gestión de la institución, otras son actividades que se incluyen en los procedimientos operativos corrientes del Establecimiento.

En el Cuadro N° 09.01 (Correspondiente al Formato - Anexo N° 3 de la Directiva N° 161 – MINSA/OGPP), que se adjunta; observamos en las dos primeras columnas, los problemas identificados y en las siguientes, el planteamiento de los objetivos y acciones específicas, algunas de las cuales constituyen los Proyectos de Inversión que se han puesto a consideración del Hospital, para que en el proceso participativo e interactivo, puedan ser priorizados de acuerdo a la indicada Directiva.

El primero de los Cuadros, se refiere a una propuesta de intervención que solo está al alcance de la organización Sectorial y de las DISAs correspondientes.

CUADRO N° 09.01: PROPUESTA DE ACCIONES A DESARROLLAR (Anexo N° 3 de la Directiva)

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
PROBLEMA GENERAL	PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO	ACCION ESPECIFICA
Carencia de enfoque sistémico de la atención especializada	Carencia de una red funcional Integrada de la cual el Hospital forme parte	Desarrollar la atención especializada con enfoque sistémico	Promover la Implementación de una Red de Servicios especializados en Salud Mental en el ámbito de Estudio con cuidados coordinados y que permita la continuidad del tratamiento
	Escasa articulación con la comunidad en el tratamiento con participación de la población		Programas que incluyan la participación de la población, como casas de medio camino, etc.

CUADRO Nº 09.01: PROPUESTA DE ACCIONES A DESARROLLAR (Anexo Nº 3 de la Directiva)

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
PROBLEMA GENERAL	PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO	ACCIÓN ESPECÍFICA
Imposibilidad legal de propiedad para la ejecución de Proyectos de inversión	Propiedad del terreno no se encuentra saneada	Inscribir la Propiedad en RR.PP a favor del Hospital o del MINSA	Saneamiento de la Propiedad
Imagen estigmatizada ante la comunidad, restringe la accesibilidad y aceptación	Imagen "manicomial" del hospital ante la población	Des estigmatización de la imagen institucional del hospital	Desarrollo de promoción para posicionar una nueva imagen del hospital ante la comunidad
Funcionamiento operativo de baja productividad por "costumbre" institucionalizada	Convivencia de dos modalidades operativas: la especialización en la Atención Psiquiátrica, y el cuidado de enfermos mentales de larga estancia	Racionalizar la productividad operativa del hospital	Racionalizar la presencia de pacientes asilares en el hospital
	Alto porcentaje de paciente asilares que consumen la mayor parte de los recursos operativos asignados para su operatividad		Evaluación Social y Discapacidad de pacientes asilares
	Convenio interinstitucional que obliga a albergar a pacientes judiciales		Desarrollar un Programa específico para pacientes Judiciales Inimputables
	La presencia de una población que depende del INPE.		Contar con infraestructura idónea y recursos humanos para evaluación y tratamiento de pacientes judiciales
Inadecuada estructura organizacional no facilita el desarrollo institucional	Organigrama funcional del Hospital demasiado horizontal	Reformular la Organización funcional del Hospital para promover su desarrollo	Actualización de instrumentos normativos y operativos para el desarrollo institucional
	Sistema asistencial de pequeños feudos entorpece la integralidad de la prestación		Modificación del Organigrama estructural del Servicio con criterio funcional
	La naturaleza del proceso de atención es institucionalizada		Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
	Los pabellones presentan su propia administración y en consecuencia, sus propios procedimientos de tratamiento al paciente		

CUADRO Nº 09.01: PROPUESTA DE ACCIONES A DESARROLLAR (Anexo Nº 3 de la Directiva)

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
PROBLEMA GENERAL	PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO	ACCIÓN ESPECÍFICA
Escasa Capacidad resolutive asistencial especializada	La atención de pacientes se realiza aún por patologías de manera no especializada, a pesar de la implementación de protocolos de atención	Mejorar la capacidad resolutive en el 3º nivel de Atención, Mejorar el sistema de control y seguimiento al tratamiento de los pacientes	Desarrollo del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica para pacientes ambulatorios a través de la implementación del "Hospital de Día"
	Incipiente desarrollo de Programas de Rehabilitación Psicosocial y Fisiológica		Implementación y desarrollo intensivo de Programas de Rehabilitación Psicosocial
	Falta desarrollar sistemas de calidad y protocolos de tratamiento y evaluación		Implementación y desarrollo intensivo de programas de Rehabilitación de Fisioterapia
	Programas de Rehabilitación existentes no se extienden a toda la población en tratamiento		Fortalecimiento y desarrollo de Programas de Rehabilitación para pacientes hospitalizados y albergados (Terapia Ocupacional, granja, etc.)
	Hospitalización con escasa atención clínica, prácticamente proporciona cuidado de custodia		Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes y Patología Clínica)
	No se practica la Psicoterapia: no hay psicólogos en varios programas		Reorganización e implementación de las Unidades de Hospitalización de Agudos (corta estancia)
	Falta de un equipo permanente de profesionales para desarrollar las actividades programadas de manera integral.		Reorganización y Remodelación de las Unidades de Hospitalización de mediana estancia
	Escasa participación de los pacientes hospitalizados en terapia ocupacional		Reorganización y Remodelación de las Unidades de pacientes geriátricos
	Falta recursos físicos para psiquiatría forense (equipamiento, infraestructura y recurso humano)		Reorganización y Remodelación de las Unidades de la UCE
	Escaso control y seguimiento domiciliario de los pacientes en tratamiento farmacológico		Contar con protocolos de tratamiento y seguimiento que permitan mejorar la calidad
	Desarrollo del Servicio de Docencia e Investigación		
	Dotación de nuevos Recursos Humanos especializados, concordantes con la Capacidad Resolutive del Hospital		
	Implementación de Equipamiento Biomédico de diagnóstico y tratamiento de alta resolución		
	Programa de uso de fármacos que permitan el acceso de los pacientes y de programa de seguimiento, a través del Hospital de día y otros		
	Control Programa de Control de TBC Drogo resistente y VIH		

CUADRO Nº 09.01: PROPUESTA DE ACCIONES A DESARROLLAR (Anexo Nº 3 de la Directiva)

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
PROBLEMA GENERAL	PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO	ACCIÓN ESPECÍFICA
Existe un gran volumen de Demanda Potencial Insatisfecha por carencia de Oferta	No existe Atención para la demanda de mujeres en el Departamento de Adicciones	Mejorar las condiciones de la Oferta	Desarrollo de los Servicios de Farmacodependencia (incl. área de desintoxicación)
	No existe un Programa de Desintoxicación en el Servicio de Adicciones, fundamentalmente por la carencia de Médicos y otros especialistas en la materia.		Fortalecimiento y ampliación de los Servicios especializados para Niños y Adolescentes
	Demanda insatisfecha en la atención de niños y adolescentes		
Tecnología operativa obsoleta	Estadística insegura	Modernizar la Tecnología Operativa del Hospital	Sistematizar Registros médicos y mejorar el sistema estadístico
	Falta de modernización informática del sistema integral de atención vía un sistema de intranet administrativo y de historia clínica electrónica asistencial.		Modernizar el Sistema de Comunicaciones
	Carencia de un Sistema de Comunicación moderno, en base a una plataforma informática		Desarrollo de Sistemas de Calidad, Estandarización (GPC, Protocolos, etc.) y Evaluación (Auditoría, Listas Chequeo etc.) y Seguridad Paciente
	Ausencia de un Centro de Costos que permita tomar mejores decisiones, previo análisis costo-beneficio, para reorientar el gasto		Renovación Integral de Equipos de Computo Implementación del Sistema de Video para salas de seguridad Implementación de sistema video en salas de seguridad Desarrollo de la Unidad de costos hospitalarios

CUADRO Nº 09.01: PROPUESTA DE ACCIONES A DESARROLLAR (Anexo Nº 3 de la Directiva)

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
PROBLEMA GENERAL	PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO	ACCIÓN ESPECÍFICA
Infraestructura inadecuada e instalaciones deterioradas y Alto riesgo de los usuarios del hospital por vulnerabilidad ante desastres	Proceso acelerado de deterioro de las edificaciones por la falta de recursos para reposición y/o reparaciones correspondientes	Mejorar la infraestructura, instalaciones y mitigación del riesgo de los usuarios por vulnerabilidad ante desastres	Remodelación del servicio de Emergencia e implementación de equipos móviles
	La calificación de intangibilidad del INC restringe la adecuación de ambientes a los procedimientos funcionales modernos de atención al paciente		Reorganización y Remodelación de las Unidades de estancia asilar
	La organización pabellonal, aceptable por la naturaleza del hospital, produce escollos para la interrelación funcional y física de algunos Servicios.		Desarrollo e implementación de medidas de seguridad para mitigar el comportamiento del usuario y del personal frente a situaciones de evacuación por desastres
	Pabellones calificados por INDECI como inhabitables, sin la asignación de recursos necesarios para revertir esta situación		Implementación del Sistema de agua contra incendio
	Intangibilidad otorgada por el INC, sin la asignación de recursos para su restauración, genera deterioros adicionales		Implementación del Sistema de Señalización
	Falta ambientes de confort para el personal		Desarrollo de acciones y protocolos para eliminar los riesgos de vulnerabilidad no estructural
	Falta de medidas de seguridad ante desastres		Desarrollo de facilidades de confort para el personal (Comedor, vestuarios, etc.)
	Vulnerabilidad estructural y no estructural de los pabellones		Implementación del Sistema de gas para la operatividad dual de los equipos
	Habilitar una Sala de Usos Múltiples idónea para el Hospital		
	Recuperación y puesta en operación de ambientes y otros elementos declarados inhabitables y clausurados		
	Desarrollo de las acciones para reducir el riesgo de vulnerabilidad estructural de las edificaciones existentes		
	Redimensionamiento y Rehabilitación integral del Sistema de Agua (fría y caliente)		
	Redimensionamiento y rehabilitación de la Red general de Instalaciones Eléctricas del Hospital, incluye tableros		
	Redimensionamiento y rehabilitación de la red de desagüe		
	Redimensionamiento y Rehabilitación integral del Sistema de Agua (fría y caliente)		
	Mejorar la provisión de Servicios higiénicos públicos		
	Redimensionamiento y mejoramiento integral del Servicio de Lavandería		
	Renovación y Reposición de Equipos biomédicos, electromecánicos y mobiliario		
	Redimensionamiento de los Almacenes		
	Reagrupación y mejoramiento de las áreas administrativas y de conducción del Hospital		
	Mejoramiento del Servicio de Mantenimiento y transporte		
	Reubicación y mejoramiento del sistema de Archivo		

CUADRO Nº 09.01: PROPUESTA DE ACCIONES A DESARROLLAR (Anexo Nº 3 de la Directiva)

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
PROBLEMA GENERAL	PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO	ACCIÓN ESPECÍFICA
Escaso desarrollo especializado de los Recursos Humanos	La distribución y asignación de los recursos humanos obedece a criterios remunerativos antes que a la racionalidad de la función y el servicio a la población demandante.	Dotación y capacitación del Recurso Humano	Contar con Recurso Humano especializado, de acuerdo a su capacidad resolutive
	Carencia de programas de capacitación		Evaluación de la Tasa de desgaste de los Recursos Humanos y Programa de Prevención frente a condiciones adversas
			Capacitación del Recurso Humano
escasos recursos presupuestales para operación	Alto porcentaje de paciente asilares que consumen la mayor parte de los recursos operativos asignados para su operatividad	Generación de recursos financieros para operación	Contar con un estudio de costos hospitalarios
	Presencia de una población asilar en más del 50% de los hospitalizados		
	Escasos recursos del Ministerio de Salud para la operatividad del servicio asistencial.		
	Sistema de pagos inadecuado		
	Recaudación de ingresos no muy significativa por el alto índice de indigencia en los pacientes que se encuentra hospitalizados		
	No se evidencia mecanismos adecuados para generar recursos propios.		
Alta vulnerabilidad de los usuarios por riesgo en las condiciones ambientales	Plataforma de depósito final de residuos sólidos que afectan las condiciones ambientales del Hospital	Mejoramiento de las condiciones ambientales en el hospital	Mejoramiento con criterio de Bioseguridad del Acopio y disposición final de los Residuos Sólidos
	Canal de regadío con aguas servidas sin tratamiento y poco mantenimiento		Mejoramiento del Sistema de Regadío

## **10.0 PLANTEAMIENTO TECNICO PARA EL MEJORAMIENTO Y MODERNIZACION DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

El Balance general practicado para el nivel del presente Estudio, entre la demanda cualitativa y cuantitativa esperada, y la potencialidad de la actual Oferta, señalan que en el futuro inmediato (mediano plazo), el Hospital, o más propiamente, el Sistema Especializado MINSA en Salud Mental del área de responsabilidad asistencial del Hospital Larco Herrera; no está preparado para soportar los requerimientos poblacionales en las condiciones de racionalidad metodológicamente establecidas.

Existe una enorme brecha cuantitativa, relacionada con la posibilidad de cubrir de inmediato la demanda estimada, con los escasos recursos organizacionales, gerenciales, físicos y presupuestales asignados o por asignar.

Una importante consideración en el cálculo, es que debe ajustarse la proyección a corregir progresivamente las brechas cualitativas de atención que “normalmente “están presentes en la atención de Salud Mental en países en desarrollo como el nuestro, explicado por factores como el crónico y bajo financiamiento, las barreras culturales de la población de no buscar atención por el estigma, entre otros y a los que el Hospital no está excluido de ellos.

Estas brechas de atención y tratamiento expresan que la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben es muy amplia y hasta podría estar subestimada ya que, por lo general, no se tiene en cuenta la co-morbilidad, ni tampoco lo referente a calidad y eficacia del tratamiento, el promedio de la brecha en la región es de hasta 70%, siendo el grupo de niños y adolescentes el que más afectado se encuentra.

El desarrollo del Hospital Víctor Larco Herrera, institución con un volumen importante de plazas y que debe realizar una compleja multiplicidad de funciones (atención sanitaria, reclusión social y destino de casos de marginación), apunta a la necesidad de modernizar su atención, fortaleciendo la diferenciación de Unidades de Corta y Larga Estancia, Servicios y Programas de Rehabilitación especializada, mejora de su capacidad resolutive de Diagnóstico y Tratamiento especializado; así como del reordenamiento racional de los componentes físicos, complementar el equipamiento fundamental y dotar de los recursos humanos especializados necesarios, a fin de obtener la capacidad resolutive asistencial acorde con la categorización que se le ha asignado como Establecimiento de salud.

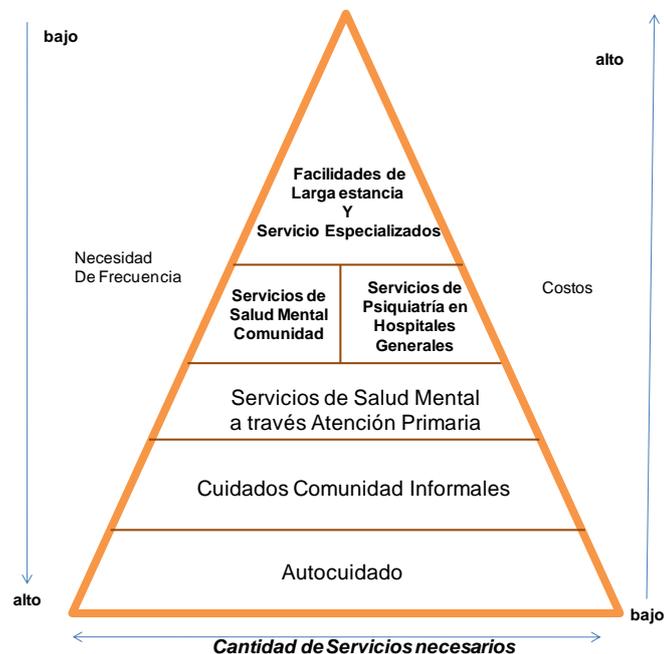
### **10.01 CARACTERIZACIÓN FUNCIONAL DEL HOSPITAL PROPUESTO**

#### **10.01.1 El Modelo Asistencial a desarrollar**

En las últimas décadas el modelo de organización de los servicios de salud mental ha sido revisado en forma integral, y la forma exacta de la organización y prestación de servicios depende del contexto social, cultural, político y económico de un país. Sin embargo, los resultados de la investigación y la experiencia en los países en diferentes regiones del mundo apuntan algunos de los principales ingredientes de éxito de los modelos de prestación de servicios, que en parte se hace referencia en las actuales políticas enunciadas por la Estrategia de Salud Mental del MINSA como la “reestructuración de los servicios”.

Se plantea una mezcla óptima de tipos de Servicio con una ancha base de presencia en la comunidad, en el primer nivel de atención, seguido de fortalecer servicios de psiquiatría en Hospitales Generales y en la comunidad, áreas de cuidado. En el tercer nivel de atención

se ubican 2 clases de Instituciones, las especializadas en atención psiquiátrica y las dedicadas al cuidado de enfermos mentales de Larga Estancia. El siguiente gráfico sistematiza esta Mezcla óptima planteado por la OMS, 2008.



La disyuntiva que se presenta respecto a la organización en del Hospital en el largo plazo es la siguiente:

- Continuar con el rol histórico o modelo de Larga estancia mejorada, acompañado de una política de salud que fortalezca los otros niveles de atención, ya sea a través de servicios formales o informales.
- La posición de establecerse como un Centro de atención especializada en Psiquiatría. La gradualidad del proceso de cambio y su interdependencia de otros factores que le permitan la reestructuración de su hospitalización, como la articulación y desarrollo de los otros niveles de atención, básicamente Hospitales generales ubicados en el ámbito de influencia del Hospital VLH, que brindan atención con especialistas de psiquiatría.

### Hacia un Modelo posible

La búsqueda de la excelencia en la atención de la población con problemas de salud mental en el Hospital Víctor Larco Herrera, es un camino que se tiene que recorrer con el optimismo y la prudencia correspondientes; es pertinente sin embargo, plantear como escenario futuro posible para el Hospital, algunas de las modalidades que se vienen practicando en países como el nivel de desarrollo similar al nuestro y que presentan aceptables resultados.

De decisión compartida:

Se refiere a un grupo de planteamientos que no son viables desde la intervención exclusiva y aislada del Hospital, demandan un compromiso de **organización de carácter sistémico** en el que las Entidades rectoras de la Salud Mental y la Salud Integral deben jugar un rol trascendente; pero la labor de sensibilización que emprenda el Hospital, será fundamental para lograrlo; en este grupo se plantea:

1. Compromiso de **organización de carácter sistémico**; es decir que el mediano y largo plazo, el Hospital Víctor Larco Herrera, forma parte de una Red Integral de Integrada de Servicios Especializados en Salud Mental
2. En este marco, se requiere generar una estructura nueva de servicios en el segundo y primer nivel de atención, como **Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales**, y otras organizaciones en la comunidad, que permita atender al conjunto de la población.
3. Reconocer que se trata de un proceso si bien debe ser progresivo **no significa situaciones de abandono de las personas dadas de alta**, pero la experiencia de otros países ha demostrado que tampoco supuso en la mayoría de los casos una reintegración social plena de las mismas, sino que un número significativo de casos lo que determinó el alta fue simplemente el término natural, o lo habitual fue un traslado a otra institución de carácter general y mejores condiciones de vida.

De decisión Institucional:

Planteamientos o procesos en general, que señalan que el modelo a implementar en el Hospital debe darse en simultáneo, con el montaje de la nueva red, y con relativa independencia entre ambos, hasta que ésta pueda consolidarse.

4. Un tercer aspecto del modelo, es el caminar hacia la **especialización en Psiquiatría y Salud Mental**; ello implica desarrollar atenciones especializadas con alta calidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, correspondientes al Tercer Nivel. Significa recibir pacientes con problemas de salud mental severos, referidos desde Centros asistenciales de menor nivel, de su ámbito de responsabilidad, públicos y privados.

Estas Atenciones especializadas incluyen:

- Unidades de Agudos de Alta Seguridad
  - Unidades Especializadas dedicadas a los trastornos mentales de niños y adolescentes
  - Unidades Especializadas dedicadas a trastornos mentales de Adultos (neuróticos, Psicóticos y adicciones)
  - Unidades especializadas dedicadas a trastornos específicos de adultos mayores por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer
  - Unidad especializada en Retardo Mental
  - Otras Unidades especializadas para el tratamiento de trastornos específicos
  - Otros Servicios especializados como Unidades de Psiquiatría Forense
  - Desarrollar monitoreo de transporte asistido para las Emergencias
5. El necesario **desarrollo intensivo de Programas de Rehabilitación**, constituye la garantía de un proceso de reinserción de los pacientes a las actividades comunales, esto incluye:
    - Implementación de Talleres Ocupacionales para la Rehabilitación Psicosocial a pacientes ambulatorios
    - Implementación de Talleres Ocupacionales para la Rehabilitación Psicosocial a pacientes crónicos y agudos, derivados de las unidades de corta y mediana estancia, propios o referidos
    - Implementación de Unidades de rehabilitación física para pacientes ambulatorios y hospitalizados

- Desarrollar programas de Rehabilitación para trastornos específicos como el Autismo y los trastornos Psicóticos.
  - Otros programas de Rehabilitación relacionada, por ejemplo, Unidades de trastorno de comer
6. **Complementariamente**, esta propuesta de Modelo Asistencial, deberá tener como sustento:
- Contar con personal en la cantidad adecuada y altamente capacitado. Además de Psiquiatras, disponer de especialistas en Rehabilitación Psicosocial, Neuro cognitiva y Física, Neurólogos, etc.
  - Contar con el Recurso Físico (Infraestructura y Equipamiento) necesario para el soporte asistencial previsto, con la tecnología actualizada; a partir de los recursos existentes para alcanzar los mayores beneficios posibles
  - Garantizar su sostenibilidad financiera a través de ingresos públicos y privados como la colaboración intersectorial entre organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, los servicios públicos del sector salud, servicios de salud mental y los usuarios, lo que lleva al desarrollo de los servicios de base comunitaria.

Como resultado natural del Modelo en ejecución, es decir, que una vez que las alternativas sistémicas basadas en la comunidad, la Atención primaria y la Alta especialización estén en su lugar, la **desinstitucionalización** del Hospital será evidente. Esta situación se puede prever adecuadamente procediendo con las siguientes etapas.

- Disminuir progresivamente las nuevas admisiones en el Hospital y los pacientes interesados deben dirigirse a unidades psiquiátricas en los hospitales generales.
- Trabajar con las familias y los pacientes con el fin de proporcionarles la ayuda y el apoyo cuando la descarga se produce.

## RESUMEN

Situación Actual	Situación A Ideal	Situación B
Servicio Crónicos- Rehab. Cuidados Enfermedades mentales	Hospitalización de Rehabilitación crónicos	Servicio Crónicos- Rehab. Cuidados Enfermedades mentales
	Servicio de <b>Rehabilitación:</b> terapias diversas	
Servicio de Agudos : Media estancia (90 días)	Servicio <b>de Agudos</b> : Corta estancia 15 – 17 días	Servicio de Media estancia (90 días)
	<b>Hospital de Día- plazas</b>	
Servicio Niños adolescentes	Servicio Niños adolescentes	Servicio Niños adolescentes
	<b>Terapia Especializada Niños</b>	
Servicio Farmacodependencia	Servicio Farmacodependencia	Servicio Farmacodependencia
Psiquiatría de Penales	<b>Psiquiatría Forense</b>	Psiquiatría de Penales
	<b>Reforzar Servicios Apoyo: Laboratorio, Imágenes, Exámenes Neurológicos</b>	

### **10.01.2 El Hospital y la Red Integrada de Servicios**

La propuesta de implementar una Red Especializada en Psiquiatría y Salud Mental en el ámbito de responsabilidad poblacional del Hospital Víctor Larco Herrera tiene como principal fundamento de su operatividad, la Normativa Nacional y Sectorial vigente, relacionada con las políticas y estrategias aplicables a las prestaciones asistenciales en Salud a la población más desprotegida, con énfasis explícito con atención a los problemas de Salud Mental, como es el Aseguramiento Universal o el Plan Nacional Concertado de Salud, que se exponen en los primeros capítulos del Estudio.

Estas políticas deben traducirse en planes concretos de organización y delimitación territorial con base poblacional, coordinación entre los equipos de trabajo ubicados en los diferentes niveles de atención, acceso a un sistema de referencia y contra referencia así como procesos de transferencia tecnológica entre los diferentes niveles y acceso a sistemas de información interconectados. Corresponde a la DIRESA como órgano directivo de la red de prestación, facilitar este proceso que requiere recursos y voluntad política.

Plantear una propuesta de Red especializada en Salud Mental, implica analizar la magnitud o gravedad de los daños en esta específica especialidad, que se presentan en la población afectada y su correspondencia con la capacidad resolutive de los niveles de atención en la misma especialidad (Recursos tecnológicos, humanos y físicos) que pueda identificarse en los Establecimientos de Salud existentes o por crearse.

#### **Propuesta**

El Hospital Víctor Larco Herrera forma parte de un Sistema Integrado de Servicios Especializados en Salud Mental, basado en los principios de accesibilidad, cuidados coordinados, continuidad de tratamiento, efectividad, equidad y respeto a los derechos Humanos.

Corresponde al Sistema:

1. Propiciar la Salud Mental Comunitaria, con servicios de supervisión terapéutica y residencial.
2. Desarrollar actividades de Prevención y promoción intersectorial en Salud Mental.
3. Incluir los Servicios de Psiquiatría en la Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia de los Hospitales Generales.
4. Priorizar los Servicios de Tratamiento Ambulatorio.
5. Implementar los Programas de Rehabilitación para la Reintegración de las personas con desordenes mentales a su comunidad, mejorando su calidad de vida.
6. Implementar las Casas de Medio Camino, Establecimientos No asistenciales, en los que se propiciará el cuidado asilar coordinado, con efectividad y calidad.
7. Desarrollar facilidades para pacientes de larga estancia, con tendencia a su reducción progresiva por su bajo resultado clínico (Multifactorial).
8. Fomentar e implementar Equipos Móviles de Atención a la Crisis.
9. Capacitación del Recurso Humano

#### **Niveles de Atención Especializada de la Salud**

Debe considerarse que la población en general, requiere de servicios Asistenciales para cubrir integralmente su demanda, vale decir, requiere de atenciones de primer, segundo y tercer nivel. De acuerdo a la Oficina General de Epidemiología, la proporción de problemas de salud No especializada en términos de niveles de atención es de 70-80% (leve o capa simple), 15-22% (moderado) y 5-10% (grave o capa compleja).

En el caso específico de la Atención especializada en Psiquiatría y Salud Mental, no existe una definición respecto a niveles de complejidad que puedan asociarse a la categoría de los Establecimientos existentes; sin embargo, se puede asumir que en una Red Especializada adecuadamente implementada, le correspondería al Hospital Víctor Larco Herrera ser el Centro de Referencia de la Red y en consecuencia, estar en capacidad de absorber, por derivación, los problemas de mayor severidad en Salud Mental que se presenten en el ámbito de su responsabilidad, los que debieran ser los de “capa compleja”.

El equipo de formulación del Plan Maestro, estudiando la prevalencia de las enfermedades mentales en las comunidades de realidades extranjeras similares a la nuestra; y su incidencia en los niveles de atención que requieren mayor especialización, para los efectos de estimación del presente Estudio; propone algunos estándares que pueden ser considerados en los correspondientes Estudios de Pre Inversión de las intervenciones específicas que se enumeran más adelante.

Teniendo como referencia, el comportamiento observado en las estadísticas del Hospital, se asume que del volumen de pobladores demandantes atendidos por los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, un alto porcentaje de ellos, presentan daños de Salud Mental de severidad.

### **Propuesta de Organización**

El primer escalón de la atención debiera estar necesariamente en la Comunidad, a quien a través de capacitación y programas de promoción le corresponde los Cuidados Informales de Salud Mental.

Para el Primer Nivel de Atención especializada, se propone implementar en los Hospitales y Centros de Salud del ámbito de responsabilidad, la Atención Primaria de la Salud Mental, actividades sanitarias de prevención, despistaje y atención de los trastornos emocionales para su atención en otros nodos de la Red.

Para el segundo Nivel de Atención especializada en Psiquiatría y Salud Mental, se propone activar en los Hospitales Generales categorizados con el Nivel II y III del área de responsabilidad poblacional del HVLH, el Servicio especializado, pudiendo ser los Hospitales Dos de Mayo, Arzobispo Loayza y Santa Rosa del ámbito de la DISA Lima Ciudad; en Hospital María Auxiliadora del ámbito de la DISA Sur; y en los Hospitales Daniel A. Carrión y de Ventanilla de la DISA Callao; en los que existen recursos médicos apropiados e inclusive en alguno de ellos se brinda el Servicio.

- A cada uno de estos Servicios hospitalarios se asignaría una población de responsabilidad para la atención especializada.
- Establecer las relaciones funcionales de complementariedad tecnológica, a fin de consolidar el enfoque sistémico.
- Reforzar el aspecto de Recursos Humanos capacitados.
- Asignar los recursos financieros apropiados para el funcionamiento del Sistema.
- Casas Hogar; Casa de Medio Camino

Para el tercer Nivel de Atención, se define al Hospital Víctor Larco Herrera como centro de referencia.

- Consulta Ambulatoria
- Apoyo al Diagnóstico altamente especializado y calificado
- Hospital de día
- Hospitalización diferenciada en 03 niveles de permanencia

- Rehabilitación permanente con Talleres manualidades
- Rehabilitación con trabajos productivos (huerta, jardines, crianza, etc.)

### **10.01.3 Rol del Hospital en la Red de Servicios**

En el marco de la actual política sectorial, se propone consolidar la estrategia de atención de la Salud Mental a todos los pobladores de su jurisdicción, especialmente para la población que carece de Seguro Social o de cualquier otra cobertura. El Hospital Víctor Larco Herrera, según el Modelo Asistencial propuesto para su desarrollo Institucional, forma parte del conjunto de establecimientos especializados de su ámbito de influencia, con roles diferenciados pero complementarios entre sí, como medio o estrategia para conseguir este propósito.

El rol que le corresponde cumplir al Hospital Víctor Larco Herrera en el marco de esta política y como parte de la Red Integrada de Servicios especializados en Salud Mental, es el de brindar acciones integrales de salud mental, en el tercer nivel de atención, a la población de su área de responsabilidad asistencial mediante actividades de Prevención secundaria y terciaria, Recuperación y Rehabilitación de Psiquiatría.

Facilitar la transferencia tecnológica a Centros de menor nivel estandarizando la actuación mediante Guías de Práctica Clínica por niveles de atención de los principales daños; desarrollo de la investigación y soporte en la capacitación de personal y formación de Recurso Humano en el manejo especializado de acuerdo al nivel.

Desarrollar la Investigación Clínica y la Investigación Operativa.

Propiciar la Implementación del Sistema especializado; y en ese marco, promover de Desinstitucionalización Progresiva del Establecimiento, para dar paso al Modelo de desarrollo que se propone.

Constituirse en el Soporte de la Red en la capacitación de personal y formación de Recurso Humano en el manejo especializado de acuerdo al nivel.

En tal sentido, le corresponde además al Hospital, contar con Recurso Humano en la cantidad adecuada, promoviendo la conformación modular del equipo profesional básico óptimo: Psiquiatra (subespecialidad), Enfermera especializada, Psicólogos, Trabajador Social, otros profesionales Especialidades médicas, Tecnólogos, Nutrición, Químico Farmacéuticos, etc.

Contar con el Recurso Físico (Infraestructura y Equipamiento) necesario para el soporte asistencial previsto, con la tecnología actualizada; a partir de los recursos existentes para alcanzar los mayores beneficios posibles.

Generar ingresos públicos y privados en cantidad tal que garantice su sostenibilidad.

### **10.01.4 Capacidad Resolutiva Asistencial del Hospital propuesto**

En el nivel del presente Estudio, se señala la capacidad operativa Asistencial que corresponde al Hospital Víctor Larco Herrera reformulado, con indicación de Servicios asistenciales genéricos; sin embargo, el desarrollo de los Estudios de Pre Inversión de cada una de las Intervenciones identificadas en el Plan Maestro de las Inversiones, evaluará y determinará la incorporación adicional de Atención a las patologías específicas en Salud Mental de alta complejidad demandadas por su correspondiente población objetivo.

La prevención y cuidados elementales de la Salud Mental mediante la educación para la salud, del niño, adolescente y del adulto.

La recuperación comprende las actividades destinadas a restituir la salud mediante el diagnóstico y el tratamiento con psicofármacos.

La rehabilitación comprende las actividades dirigidas a restaurar en el paciente en el máximo de sus capacidades físicas, mentales y sociales, para su reincorporación a la vida activa de la comunidad.

En tal sentido, el futuro Hospital Víctor Larco Herrera deberá desarrollar Programas de Salud y contar con los servicios de Consulta Externa especializada del nivel III, Hospitalización de corta y mediana estancia, Emergencia las 24 horas del día, Ayuda Diagnóstica (Laboratorio, Farmacia, Imágenes), Tratamientos de Rehabilitación Psicosocial y Física de mediana complejidad, Cuidados especiales a pacientes críticos, atención Odontológica.

Como principales Servicios a ofertar a la población definida para su ámbito de responsabilidad, se han identificado los siguientes servicios y actividades sanitarias a realizar:

### **Servicios y Programas**

- Programa de psiquiatría general de adultos, en régimen de hospitalización
- Atención de urgencias hospitalarias, dirigida a niños, adolescentes, adultos y adulto mayor de ambos sexos; e “Intervención en crisis”, a través del transporte asistido.
- Programas de Psicosis: detección y abordaje de primeras descompensaciones psicóticas.
- Programas hospitalarios, intensivos y rehabilitadores de agudos, mediana y larga estancia. Intervención precoz con familias de riesgo.
- Programa específicos de hospitalización del alcoholismo de la Unidad de Desintoxicación
- Programa de consultas externa (Atenciones recuperativas básicas y especializadas) de programas específicos e intensivos (T.C. Alimentaria, psico-oncología, dolor.)
- Hospitalización parcial. Tratamientos intensivos en la modalidad: Hospital de día.
- Programa de interconsultas Psiquiátrica y Psiquiatría de Enlace

### **Técnicas específicas de la asistencia psiquiátrica**

- Entrevista clínica. Técnicas terapéuticas especializadas de diagnóstico y orientación terapéutica
- Tratamiento psiquiátrico. Consultas de evolución y seguimiento.
- Asistencia psiquiátrica de urgencia e “intervención en crisis”
- Prescripción de tratamientos biológicos, psicofarmacológico general y medicación adecuada según protocolos
- Psicoterapia individual dinámica, cognitivo - conductual, en especial breve y de apoyo
- Psicoterapias de grupo, familiares y multifamiliares
- Rehabilitación Psicosocial: Terapia ocupacional, Terapia Psicoeducativa, autocuidados, y habilidades sociales
- Rehabilitación Física: Fisioterapia, lenguaje, Educación para la vida diaria
- Desintoxicación hospitalaria
- Terapia Electro-convulsiva

- Evaluación psicológica: C.I. y del deterioro cognitivo, y cuestionarios personalidad, pruebas proyectivas y otras escalas y cuestionarios
- Trabajo de enfermería psiquiátrica y cuidado de los pacientes
- Terapia ocupacional en las Unidades
- Apoyo al Diagnóstico específicamente en patología clínica e imágenes
- Programas psicoeducativos de pacientes y familiares en Hospitalización y Hospital de día
- Evaluación Social y trabajo social integrado en el plan de tratamiento

### **Prioridades según la gravedad - severidad de los cuadros**

- Existencia de un diagnóstico que implique gravedad psicopatológica
- Actuación en situaciones agudas, de urgencia y crisis
- Primeras descompensaciones graves en jóvenes y adolescentes
- Distorsión de la realidad, funcionamiento desadaptado debido a la enfermedad mental con riesgo de exclusión social
- Mala evolución, patología resistente al tratamiento, reagudización de procesos crónicos
- Conductas de riesgo físico por auto agresividad o heteroagresividad directamente relacionada con enfermedad mental

### **Actividades de Gestión Clínica**

- Admisión hospitalaria de la población con cobertura por T.I.S. a la asistencia psiquiátrica por indicación del especialista de CSM, de otros
- Servicios Hospitalarios y de otras Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
- Gestión Clínica. Gestión de los procesos asistenciales, protocolos y guías de gestión clínica
- Documentación e información sanitarias, elaboración Historia Clínica y registros de actividad sanitaria
- Plan de formación continuada adecuado a las necesidades y características de la Organización, sesiones clínicas y actividades científicas
- Docencia post-grado RM y PIR, pregrado Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Psicología, colaboración con sociedades científicas
- Proyectos de investigación en asistencia psiquiátrica
- Actividades de continuidad de cuidados con otros hospitales, y servicios, atención primaria y otras especialidades
- Solicitud de pruebas complementarias: Radiología simple, T.A.C, R.N.M., E.E.G.
- Farmacia: Existencia y utilización de la farmacia para urgencias y programas hospitalarios y de desintoxicación dispensación y toma supervisada de medicación de fármacos en el Hospital (urgencias, Unidad de agudos y desintoxicación, etc.)
- Expedición de recetas para los pacientes en tratamiento en los programas asistenciales
- Utilización de la biblioteca en el Centro
- Uso laboratorio (determinaciones analíticas básicas, niveles serios de psicofármacos, metabolitos de drogas en orina) para tratamientos y de otros Servicios / pruebas diagnósticas para pacientes hospitalizados y en tratamiento ambulatorio

Existe una condicionante exógena derivada de una sentencia del Tribunal Constitucional que en coordinación con el Poder Judicial, Consejo de Ministros, Ministerio de Salud, INPE, y Ministerio de Economía y Finanzas; obliga al Hospital Víctor Larco Herrera a albergar a personas declaradas inimputables por disposición judicial.

Igualmente, la presencia histórica y vitalicia de un significativo número de Pacientes con Retardo Mental, con abandono familiar, que no presentan problemas de orden psiquiátrico, condiciona su atención, por lo menos en el corto plazo.

En consecuencia, **complementariamente** se deberá ofertar además:

- Actividades de Cuidados de pacientes Psiquiátricos declarados inimputables por el Sistema Judicial
- Evaluación Psiquiátrica para procesados judiciales aún no declarados Inimputables
- Actividades de Rehabilitación Fisioterapéutica especializadas en Retardo Mental

En Anexo N°11 se muestra un Cuadro que expone los diagnósticos y las intervenciones que referencialmente, debe ser capaz de prestar el Hospital en Estudio.

### **10.01.5 Nivel Tecnológico del Servicio Asistencial propuesto**

Sobre el particular, es necesario señalar que la actual tecnología médica de atención a la demanda por servicios de Salud Mental, se caracteriza por el énfasis en la prestación de servicios especializados concentrados e integrados, con preferente atención en la Consulta ambulatoria, en la Rehabilitación Psicosocial y Física y cuidados especiales de hospitalización.

La Atención de los pacientes internados en el hospital, que necesitando Servicios Finales y/o apoyo al diagnóstico que corresponde a dolencias no Psiquiátricas; será realizada en el mismo Establecimiento, para lo cual se implementará en el mismo, las facilidades correspondientes.

Dependiendo de la alternativa de implementación que se adopte para el servicio, la Consulta Externa, Ayuda al Diagnóstico y la Rehabilitación se deberán ofertar en dos turnos.

La Emergencia desarrollará sus actividades durante 24 horas al día, se dispondrá del Sistema de traslado asistido de emergencias desde la Comunidad hacia el Centro asistencial correspondiente.

La Emergencia como Unidad Productora de Servicios, será responsable de atender telefónicamente durante las 24 horas del día, las urgencias de problemas mentales que se produzcan desde la Comunidad, instruyendo respecto a las medidas preliminares a realizar. Contará, además, con una Unidad de equipos móviles para la inmediata asistencia asistencial de la Crisis psiquiátrica.

Los Cuidados Especiales de Hospitalización de mediana y corta estancia de adultos, contarán con la vigilancia permanente de personal idóneo durante las 24 horas del día.

Los servicios generales de nutrición y lavandería, por el volumen previsto de raciones alimenticias que preparar y ropa que lavar y planchar, se resolverán dentro del Hospital, con personal propio o personal de un servicio contratado u otra modalidad.

El Sistema de Referencia y Contra referencia se realizará cumpliendo los protocolos establecidos en estricto apego a la Atención integral con enfoque de Red y de acuerdo a la capacidad resolutive asistencial definida para cada uno de sus componentes.

Para efectos de las funciones generales específicas que deberán cumplirse en el Servicio, los profesionales, técnicos y auxiliares de los servicios deberán ser seleccionados y capacitados para cumplir las funciones de salud preventivo - promocional, asistencial, de

educación a la comunidad y de capacitación a su personal, entre otras actividades, las mismas que deben ser permanentes y continuadas.

#### **10.01.6 Demanda Específica a atender**

El Hospital Larco Herrera, como integrante de la Red Asistencial de Salud Mental, estará en condiciones de absorber un segmento importante de la demanda de alta complejidad. Esta capacidad de absorción está en función de la capacidad tecnológica que pueda ser implementada en el horizonte temporal del presente Estudio; es decir en el periodo de los próximos 03 quinquenios.

El análisis de las brechas cualitativas y cuantitativas detectadas en el área de responsabilidad del Estudio, confirman la imposibilidad real del Hospital Víctor Larco Herrera de absorber la totalidad de la demanda especializada que le correspondería. De hecho alcanzar la meta deseable, constituye un proceso gradual, sostenido y de larga maduración.

Considerando una gran encuesta realizada en varios países y apoyada por la OMS mostró que del 35 al 50% de los casos graves en los países desarrollados no reciben adecuado tratamiento; en nuestra realidad, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal se considera la cobertura de la Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión y Alcoholismo. Se proyecta una propuesta de cobertura progresiva al nivel inferior de un país desarrollado. La población demandante total por Servicios del Tercer Nivel de Atención Especializada en Salud Mental, se estimó de acuerdo a lo mostrado en el Capítulo 5.3.1.2 – Demanda Efectiva.

Partiendo de la brecha en Atenciones que se presentan en el año base 2010, en la que se ha estimado que el Establecimiento con las atenciones registradas (de todos los niveles de atención); sólo estaría alcanzando a cubrir solo un 30% de la demanda especializada que se ha calculado; en un escenario optimista se proyecta que en el año horizonte , 2025, se haya alcanzado el 50% de la misma para el caso de los pacientes Adultos, a través de un crecimiento progresivo; en el que se pretende llegar al 40% en el año 2015 y al 45% en el 2020; tal como se muestra en los Cuadro N° 10.01.

En el caso de los pacientes niños y adolescentes, cuyo punto de partida es menor (11% en el 2010), se espera alcanzar en el año horizonte, el 45% de cobertura de la demanda especializada total, como se aprecia en el Cuadro N° 10.02, donde se prevé recibir adicionalmente a 1,334 niños o adolescentes en calidad de atendidos en el año 2015, y a 2,883 personas menores de edad en el 2025.

Se espera que los déficit de atención que evidentemente quedan, subsistirán al Hospital reformulado, pero que puedan ser abordados por el Sistema sectorial que se ha propuesto, y enfrentados con la creación de Niveles primarios resueltos en Hospitales generales y la brecha de Alta especialización con otro Establecimiento adecuadamente implementado.

**CUADRO Nº 10.01**

**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

**COBERTURA POBLACION ADULTOS HOSPITAL VICTOR LARCO H**

DESORDEN	Año 2010	Año 2015	Año 2020	Año 2025
Psicosis no afectiva	4254	4,429	4569	4,681
Trastorno Bipolar	213	221	228	234
Depresión Mayor	14039	14,616	15076	15,446
Trastorno Ansiedad	9572	9,966	10279	10,531
<b>Nº Total casos</b>	<b>28,077</b>	<b>29,233</b>	<b>30,152</b>	<b>30,892</b>
<b>Proyección % Cobertura Promedio</b>	<b>36%</b>	<b>40%</b>	<b>45%</b>	<b>50%</b>
Psicosis no afectiva	1531	1772	2056	2340
Trastorno Bipolar	77	89	103	117
Depresión Mayor	5054	5847	6784	7723
Trastorno Ansiedad	3446	3986	4626	5266
<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>10108</b>	<b>11693</b>	<b>13569</b>	<b>15446</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 10.02**

**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

**COBERTURA POBLACION NIÑO-ADOLESCENTE HOSPITAL VICTOR LARCO**

DESORDEN	Año 2010	Año 2015	Año 2020	Año 2025
Trastorno Ansiedad	3785	3941	4065	4,165
Trastorno Hipercinético	1310	1364	1407	1,442
Trastorno Depresivo	728	758	782	801
<b>Nº Total casos</b>	<b>5,823</b>	<b>6063</b>	<b>6,254</b>	<b>6,407</b>
<b>Proyección % Cobertura Promedio</b>	<b>11%</b>	<b>22%</b>	<b>33%</b>	<b>45%</b>
Trastorno Ansiedad	416	867	1341	1874
Trastorno Hipercinético	144	300	464	649
Trastorno Depresivo	80	167	258	360
<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>641</b>	<b>1334</b>	<b>2064</b>	<b>2883</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

### **10.01.7 Plan General de Producción Asistencial (Programación)**

A diferencia de los cálculos realizados en el capítulo 8.01: "Identificación de la Brecha entre la Oferta y la Demanda", cuya magnitud de las Unidades Productoras se estimó para el perfil de las prestaciones que corresponden al Tercer nivel de Atención de los problemas en Psiquiatría y Salud Mental del tercer nivel de Atención especializada para toda el área de responsabilidad poblacional; en el presente, se determinan las especialidades que se atenderían en un Hospital Víctor Larco Herrera, tomando en cuenta la decisión del Planteamiento Técnico relacionada con la Demanda específica a atender en los próximos años, que se señala en el capítulo previo (10.01.6).

En todos los casos, para la asignación de los estándares de programación se ha tomado referencias internacionales de realidades como la nuestra. La incidencia de los problemas de salud mental en la población, se detalló en la denominada "Prevalencia año", así como los porcentajes de incidencia en las patologías especializadas.

#### **Consulta Externa**

En la proyección de las atenciones previstas para la Consulta Externa, tanto de cada una de los trastornos se presenta diferenciada para el caso de población adulta, niños y adolescentes y otros procesos.

El índice de correspondencia de la demanda efectiva, aplicado para la atención de consultas especializadas para el Tercer Nivel de Atención es de 2.0%, 0.1%, 6.6% y 4.5% respectivamente para Psicosis No afectivas, trastorno Bipolar, Depresión mayor y Ansiedad en el caso de adultos; y de 5.2%, 1.8% y 1.0% para ansiedad, trastornos Hipercinéticos y Depresión en el caso de niños y adolescentes.

El índice de concentración de atenciones por cada caso varía entre 12 y 6 consultas por cada consultante; lo que se muestra para los siguientes tres quinquenios en los Cuadros N° 10.03 y N° 10.04 siguientes.

En tal caso, en concordancia con la demanda específica que se ha estimado racionalmente posible atender en el Hospital del Estudio, se espera producir óptimamente 81,320 consultas Psiquiátricas para los adultos en el año 2015, y 107,419 consultas en el 2025. En el caso de los niños y Adolescentes, se ha considerado 7,136 consultas en el 2015, y 15,425 en el año 2025.

**CUADRO Nº 10.03**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROGRAMACION ATENCIONES EN EL HVLH**

<b>ATENCIONES AMBULATORIAS ADULTOS</b>			
<b>Consulta Externa (Programacion)</b>			
<b>Año 2010</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>MínimoCtas anual por caso</b>	<b>Total Ctas. año</b>
Psicosis no afectiva	1531	12	18,378
Transtorno Bipolar	77	12	919
Depresión Mayor	5054	6	30,323
Transtorno Ansiedad	3446	6	20,675
<b>Total</b>	<b>10,108</b>		<b>70,295</b>
<b>Año 2015</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>MínimoCtas anual por caso</b>	<b>Total Ctas. año</b>
Psicosis no afectiva	1,772	12	21,260
Transtorno Bipolar	89	12	1,063
Depresión Mayor	5,847	6	35,079
Transtorno Ansiedad	3,986	6	23,918
<b>Total</b>	<b>11,693</b>		<b>81,320</b>
<b>Año 2020</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>MínimoCtas anual por caso</b>	<b>Total Ctas. año</b>
Psicosis no afectiva	2,056	12	24,670
Transtorno Bipolar	103	12	1,234
Depresión Mayor	6,784	6	40,706
Transtorno Ansiedad	4,626	6	27,754
<b>Total</b>	<b>13,569</b>		<b>94,363</b>
<b>Año 2025</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>MínimoCtas anual por caso</b>	<b>Total Ctas. año</b>
Psicosis no afectiva	2,340	12	28,083
Transtorno Bipolar	117	12	1,404
Depresión Mayor	7,723	6	46,337
Transtorno Ansiedad	5,266	6	31,594
<b>Total</b>	<b>15,446</b>		<b>107,419</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**CUADRO Nº 10.04**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROGRAMACION ATENCIONES EN EL HVLH**

<b>ATENCIONES AMBULATORIAS NIÑOS ADOLESCENTES</b>			
<b>Consulta Externa (Programación)</b>			
<b>Año 2010</b>	<b>Nº Total Casos a cobertura</b>	<b>Mínimo Ctas anual por caso</b>	<b>Total Consultas año</b>
Trastorno Ansiedad	416	5	2,082
Trastorno Hipercinético	144	6	865
Trastorno Depresivo	80	6	480
<b>Total</b>	<b>641</b>		<b>3,427</b>
<b>Año 2015</b>	<b>Nº Total Casos a cobertura</b>	<b>Mínimo Ctas anual por caso</b>	<b>Total Consultas año</b>
Trastorno Ansiedad	867	5	4,335
Trastorno Hipercinético	300	6	1,801
Trastorno Depresivo	167	6	1,000
<b>Total</b>	<b>1,334</b>		<b>7,136</b>
<b>Año 2020</b>	<b>Nº Total Casos a cobertura</b>	<b>Mínimo Ctas anual por caso</b>	<b>Total Consultas año</b>
Trastorno Ansiedad	1,341	5	6,707
Trastorno Hipercinético	464	6	2,786
Trastorno Depresivo	258	6	1,548
<b>Total</b>	<b>2,064</b>		<b>11,041</b>
<b>Año 2025</b>	<b>Nº Total Casos a cobertura</b>	<b>Mínimo Ctas anual por caso</b>	<b>Total Consultas año</b>
Trastorno Ansiedad	1,874	5	9,370
Trastorno Hipercinético	649	6	3,892
Trastorno Depresivo	360	6	2,162
<b>Total</b>	<b>2,883</b>		<b>15,425</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

### **Hospital de Día**

El Hospital de Día brinda servicios de rehabilitación psicosocial a pacientes /usuarios que padecen enfermedad mental grave de carácter crónico, especialmente esquizofrenia, con dificultades para integrarse en la comunidad, tanto por la gravedad de su trastorno como por falta de soporte sociofamiliar, adultos mayores, personas con adicciones; así como niños y adolescentes; con programas individuales para cada paciente y tratamiento especializado psiquiátrico, psicológico, farmacológico y social. El Hospital de Día funciona claramente diferenciado de la hospitalización.

En opinión de OMS los recursos necesarios para estos servicios varían considerablemente, dependiendo de los servicios existentes y las necesidades locales. Se puede prever que será utilizado por:

- 20% de los casos de psicosis no afectivas,
- 10% de los casos el trastorno afectivo bipolar y
- 5% de casos de depresión mayor se beneficiaría de algún tipo de servicio durante el día especificado por año

#### CUADRO N° 10.05

#### HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

#### PROGRAMACION ATENCIONES EN EL HVLH

SERVICIOS AMBULATORIOS ADULTOS					
HOSPITAL DÍA					
Año 2015	Nº ATENDIDOS	Porcentaje requiere H Día	Total Hospitalización	Programa /año	Plazas requeridas
Psicosis no afectiva	1,772	20%	354	4	89
Trastorno Bipolar	89	10%	9	4	2
Depresión Mayor	1,169	5%	58	4	15
<b>Total</b>	<b>3,030</b>		<b>422</b>		<b>105</b>
Año 2020	Nº ATENDIDOS	Porcentaje requiere H Día	Total Hospitalización	Programa /año	Plazas requeridas
Psicosis no afectiva	2,056	20%	411	4	103
Trastorno Bipolar	103	10%	10	4	3
Depresión Mayor	1,357	5%	68	4	17
<b>Total</b>	<b>3,516</b>		<b>489</b>		<b>122</b>
Año 2025	Nº ATENDIDOS	% requiere H Día	Total Hospitalización	Programa /año	Plazas requeridas
Psicosis no afectiva	2,340	20%	468	4	117
Trastorno Bipolar	117	10%	12	4	3
Depresión Mayor	1,545	5%	77	4	19
<b>Total</b>	<b>4,002</b>		<b>557</b>		<b>139</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

#### Egresos esperados

La demanda de Población que solicitará Egresos Hospitalarios, se ha previsto en función de un porcentaje de los Casos esperados en la Consulta Externa, la que se ha denominado "Casos Severos" y que se muestra en la última columna de los Cuadros de Demanda N° 05.16 y N° 05.17, que varían entre el 100% y 5% según cada caso. De esta población, no todos de hospitalizan, lo hacen en porcentajes de fluctúan entre 50% y 5%.

En Hospitalización, según estándares recogidos de la experiencia internacional en Salud Mental, se aplican promedios de permanencia de Larga estancia de 180 días, de mediana estancia de 60 días y de corta estancia de 17 días; con intervalos de sustitución de 01 día y con aproximadamente 87% de ocupación.

De acuerdo al Planteamiento Técnico, sólo se ha proyectado para el Hospital, internamiento de Adultos para ambos sexos; no se considera Hospitalización para niños y adolescentes.

### **Servicios de hospitalización aguda**

Estos Servicios están diseñados para el tratamiento a corto plazo de los pacientes en un estado de crisis o recaída con el fin de estabilizar a un punto donde el tratamiento puede continuar en un centro o ser factible de cuidado ambulatorio. Las estimaciones proceden de un estudio de la OMS.

Las estimaciones realizadas para el presente nivel de Estudio, indican que en general, se espera la atención optimizada de aproximadamente 981 egresos de Adultos al término del Quinquenio que concluye en el año 2015, que progresivamente se incrementan a 1,138 y 1,296 en los próximos quinquenios; lo cual implica la necesidad de disponer aproximadamente entre 53 y 70 camas hospitalarias para los Cuidados de Agudos, o pacientes de Corta Estancia.

**CUADRO N° 10.06**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROGRAMACION DE ATENCIONES EN EL HVLH**

<b>SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN ADULTOS</b>						
<b>CUIDADOS AGUDOS</b>						
<b>Año 2015</b>	<b>Nº Total Casos a cobertura</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
Psicosis no afectiva	1,772	50%	886	17	1.15	47
Trastorno Bipolar	89	30%	27	11	1.15	1
Depresión Mayor	1,169	5%	58	23	1.15	4
Transtorno Ansiedad	199	5%	10	2	1.15	0
<b>Total</b>	<b>3,229</b>		<b>981</b>			<b>53</b>
<b>Año 2020</b>	<b>Nº Total Casos a cobertura</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
Psicosis no afectiva	2,056	50%	1,028	17	1.15	55
Trastorno Bipolar	103	30%	31	11	1.15	1
Depresión Mayor	1,357	5%	68	23	1.15	5
Transtorno Ansiedad	231	5%	12	2	1.15	0
<b>Total</b>	<b>3,747</b>		<b>1,138</b>			<b>61</b>
<b>Año 2025</b>	<b>Nº Total Casos a cobertura</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
Psicosis no afectiva	2,340	50%	1,170	17	1.15	63
Trastorno Bipolar	117	30%	35	11	1.15	1
Depresión Mayor	1,545	5%	77	23	1.15	6
Transtorno Ansiedad	263	5%	13	2	1.15	0
<b>Total</b>	<b>4,265</b>		<b>1,296</b>			<b>70</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

## Servicios de Hospitalización de Media Estancia

CUADRO N° 10.07

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

PROGRAMACION DE ATENCIONES EN EL HVLH

SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN ADULTOS				
CUIDADOS MEDIA ESTANCIA = 30% DE AGUDOS				
Año 2015	Total Hospitalizaciones	Promedio Estancia	Rotación	Camas
Psicosis no afectiva	266	60	1.15	50
Trastorno Bipolar	8	35	1.15	1
Depresión Mayor	18	80	1.15	4
Trastorno Ansiedad	3	7	1.15	0
<b>Total</b>	<b>294</b>			<b>56</b>
Año 2020	Total Hospitalizaciones	Promedio Estancia	Rotación	Camas
Psicosis no afectiva	308	60	1.15	58
Trastorno Bipolar	9	35	1.15	1
Depresión Mayor	20	80	1.15	5
Trastorno Ansiedad	3	7	1.15	0
<b>Total</b>	<b>341</b>			<b>65</b>
Año 2025	Total Hospitalizaciones	Promedio Estancia	Rotación	Camas
Psicosis no afectiva	351	60	1.15	66
Trastorno Bipolar	11	35	1.15	1
Depresión Mayor	23	80	1.15	6
Trastorno Ansiedad	4	7	1.15	0
<b>Total</b>	<b>389</b>			<b>73</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

## Servicios de Hospitalización de largo plazo

De acuerdo con los hallazgos en la literatura (Lelliot y Wing, 1994), se supone que un número limitado de casos de mayor duración requieren camas psiquiátricas.

Se asume que el 5% de los pacientes que sufren de esquizofrenia necesitan camas residenciales de atención a largo plazo, con un promedio de duración de la estancia de 180 días. Un 0,5% de los pacientes bipolares se inserta en parte para agregar a estos pacientes un porcentaje de pacientes crónicos que requieren un curso de cuidado a largo plazo.

El factor de rotación es inferior, 5% (1,05), vale decir con una más alta tasa de ocupación.

**CUADRO N° 10.08**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**PROGRAMACION DE ATENCIONES EN EL HVLH**

<b>SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN ADULTOS</b>						
<b>CUIDADOS LARGA ESTANCIA</b>						
<b>Año 2015</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
<b>Psicosis no afectiva</b>	1,772	5%	89	180	1.05	46
<b>Transtorno Bipolar</b>	89	0.5%	0	180	1.05	0
<b>Total</b>	<b>1,860</b>		<b>89</b>			<b>46</b>
<b>Año 2020</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
<b>Psicosis no afectiva</b>	2,056	5%	103	180	1.05	53
<b>Transtorno Bipolar</b>	103	0.5%	1	180	1.05	0
<b>Total</b>	<b>2,159</b>		<b>103</b>	<b>180</b>	<b>1.05</b>	<b>53</b>
<b>Año 2025</b>	<b>Nº Total Casos a coberturar</b>	<b>Porcentaje Hospitaliza año</b>	<b>Total Hospitalizaciones</b>	<b>Promedio Estancia</b>	<b>Rotación</b>	<b>Camas</b>
<b>Psicosis no afectiva</b>	2,340	5%	117	180	1.05	61
<b>Transtorno Bipolar</b>	117	0.5%	1	180	1.05	0
<b>Total</b>	<b>2,457</b>		<b>118</b>			<b>61</b>

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

**Servicios de Hospitalización Complementarios**

El Servicio de Hospitalización, además de aquellos derivados de los trastornos antes detallados, requiere considerar egresos provenientes de otras patologías de Salud Mental, como son Adicciones, Retardos, etc.; en tal sentido, se ha considerado un 20% adicional de egresos y en consecuencia de camas de hospitalización para estos efectos; las que se muestran en el Cuadro N° 10.09.

Es necesario también dejar claro, que aquellos cupos de hospitalización provenientes de pacientes internados por orden judicial, No están considerados en estos cálculos; de necesitarse este Servicio por razones ineludibles, el correspondiente Proyecto de Inversión considerará las camas adicionales que deberá albergar el Hospital Víctor Larco Herrera.

## Cuadro N° 10.09

### HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA PROGRAMACION DE ATENCIONES EN EL HVLH

SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN ADULTOS HOSPITALIZACION SOCIO SANITARIA				
20% DE TOTAL EGRESOS	Total Hospitalizaciones	Promedio Estancia	Rotación	Camas
2015	273	60	1.15	52
2020	317	60	1.15	60
2025	360	60	1.15	68

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

### Apoyo al Diagnóstico

Para la atención de los análisis de laboratorio provenientes de Consulta Externa y hospitalización es conveniente contar con ambientes para análisis hematológicos, bioquímicos, microbiológicos e un ambiente especial para los análisis inmunológicos.

Los exámenes de laboratorio, provenientes del Servicio de Emergencia, se resuelven en un laboratorio central y en Imágenes respectivamente; y que por la noche sería conveniente tener un tecnólogo de reten, que efectúe sus pruebas en el mismo ambiente, no es conveniente diseñar un ambiente especial de laboratorio en emergencia.

### Servicios de Rehabilitación

En el trabajo en rehabilitación las variables que afectan a la capacidad de adaptación y competencia social de los pacientes van mucho más allá del diagnóstico o de la intensidad de los síntomas como:

- Pacientes que reingresan,
- Pacientes que son difíciles de ubicar,
- Pacientes que deterioran de forma progresiva su curso vital no son siempre los más enfermos.

Factores como el soporte socio-familiar, el acceso a dispositivos intermedios, el alojamiento adecuado, la presencia de déficit físicos o cognitivos, las patologías orgánicas asociadas, el consumo de Alcohol y drogas, etc. condicionan en gran manera la evolución y absorben con frecuencia el grueso de las necesidades y recursos.

Los pacientes precisan atención no sólo basándose en su patología psíquica, sino a un correlato de problemas que acompañan a la misma y contribuyen decisivamente a la evolución final. Los instrumentos de evaluación deben detectar de forma eficaz no sólo la intensidad de la psicopatología, sino otros aspectos y problemas asociados a la cronicidad, ausencia de evolución, o a dificultad de integración: relaciones sociales, estigma, problemas físicos, alojamiento, ocupación etc.

## Resumen de Programación

**CUADRO N° 10.09**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**RESUMEN - PROGRAMACION DE ATENCIONES EN EL HVLH**

Demanda de Servicios Hospital				
SERVICIOS AMBULATORIOS /Año	2010	2015	2020	2025
<b>CONSULTA EXTERNA</b>				
Consultas Adultos	70,295	81,320	94,363	107,419
Consultas. Niños Adolescentes	3,427	7,136	11,041	15,425
Consultas Otros	7,372	8,846	10,540	12,284
<b>Subtotal</b>	<b>81,095</b>	<b>97,302</b>	<b>115,945</b>	<b>135,128</b>
Hospital Día (Nºcasos)	364	422	489	557
<b>HOSPITALIZACION - EGRESOS</b>				
Agudos Corta Estancia	848	981	1,138	1,296
Media Estancia	254	294	341	389
Larga Estancia	77	89	103	118
Socio Sanitarias	0	273	317	360
<b>Sub Total</b>	<b>1,179</b>	<b>1,637</b>	<b>1,900</b>	<b>2,162</b>
<b>EMERGENCIA</b>				
Atenciones Adultos	1011	1169	1357	1545
At. Niños Adolescentes	64	133	206	288
Días Observación	967	1,172	1,407	1,650
<b>REHABILITACION</b>				
Habilidades sociales				
Programas Educación				

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

### 10.01.8 Propuesta General de mejoras en el Recurso Humano especializado

Al igual que para los recursos físicos, la demanda considerada en el caso específico del Recurso Humano del Hospital reformulado, corresponde a la decisión del Planteamiento Técnico relacionado con la Demanda específica a atender en los próximos años.

De acuerdo a los criterios y estándares de programación usuales en países vecinos, cuya referencia es importante (la que se muestra en los cuadros siguientes) y el Plan de producción de servicios que atenderá el Hospital en Estudio, se ha estimado los requerimientos de personal profesional asistencial. Como resulta obvio, los requerimientos de personal adicional para la estimación de los costos de operación y mantenimiento incrementales, se calcularán deduciendo aquellos actualmente existentes –en los casos que así corresponda.

Es necesario señalar que tanto el personal técnico y auxiliar, así como el necesario personal No asistencial de apoyo a la gestión como administración, mantenimiento, servicios, seguridad, etc.; no se han cuantificado en el presente nivel de Estudio. La cantidad precisa de recursos profesionales de cada especialidad, y la que corresponda al personal de otras especialidades de apoyo, será profundizada en la realización del correspondiente Estudio de Preinversión a nivel de Perfil.

#### Criterios de Programación

Los recursos profesionales directamente vinculados a la Atención asistencial; que se requieren en los diferentes quinquenios para desarrollar las actividades ambulatorias proyectadas, se estiman en el presente nivel de Estudio, considerando los estándares abajo señalados.

En los Cuadros N° 10.11a y N° 10.11b, se muestra la configuración básica deseable del equipo de profesionales para el desarrollo de la Atención asistencial, y la asignación de los correspondientes recursos humanos a las actividades previstas para la Atención de las

Consultas; sin embargo, inherentes a ella se encuentran, los recursos para el adecuado funcionamiento del Hospital de Día, Programas de Rehabilitación y Cuidados asilares. Como podrá advertirse, metodológicamente, el equipo básico dedica solo un 40% del tiempo asistencial a la Consulta y el restante 60% está destinado antes mencionadas.

De esta manera se estima el personal profesional directamente vinculado a la actividad asistencial de la Atención ambulatoria. En el año horizonte del Estudio, se requieren 324 personas directamente vinculadas a la actividad asistencial, a las que habría que deducir las actualmente laborando en el Hospital

<b>CUADRO N° 10.11a</b>	
<b>RR.HH. ASISTENCIAL ATENCION AMBULATORIA</b>	
<b>CONFIGURACION OPTIMA EQUIPO BASICO</b>	
Psiquiatra (subespecialidad)	1.00
Enfermera especializada	0.35
Psicólogos	0.15
Trabajador Social.	0.10
Terapeuta Ocupacional /Fisioterap	0.25
Asistente Terapeuta	0.60
Tecnólogos Dx, Nutrición, Químico Farma. e	0.25
Otros profesionales médicas,	0.15
Tecnologo Medico	0.30
Elaborado: Por el Consultor	

<b>CUADRO N° 10.11b</b>	
<b>RR.HH. ASISTENCIAL ATENCION AMBULATORIA</b>	
<b>RENDIMIENTO ATENCIONES PSIQUIATRA/AÑO</b>	
Consulta Externa	
horas/medico/año	1620
turnos/medico	405
% de dedicacion	40%
turnos efectivos/med/año	162
Atenc Psiquiatricas adulto/turno	7.36
Atenc Psiquiatricas niño/turno	7.36
Atenc. Generales/turno	11.4
Atenc. Consulta/año/psiquiatra	1192.32
Elaborado: Por el Consultor	

#### CUADRO N° 10.12

##### HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Dotación de Recurso Humano Asistencial - CONSOLIDADO - Consulta y Otros

Grupo Ocupacional	2015	2020	2025
MEDICO PSIQUIATRAS	74.2	88.4	103.0
ENFERMERA/TECNICO	26.0	30.9	36.1
PSICOLOGOS	11.1	13.3	15.5
ASISTENTE SOCIAL	7.4	8.8	10.3
TERAPEUTA OCUPACIONAL	18.5	22.1	25.8
ASISTENTE TERAPEUTA OCUPAC.	44.5	53.0	61.8
TECNOLOGOS Dx, NUTRICION, QUIMICO FARMAC, ETC	18.5	22.1	25.8
OTROS MEDICOS GRALES/ESPEC	11.1	13.3	15.5
TECNOLOGO MED.	9.0	26.5	30.9
MEDICO REG. PSIQUIAT			
AUXILIARES			
<b>TOTAL</b>	<b>220.4</b>	<b>278.5</b>	<b>324.5</b>

Elaborado: Por el Consultor

Los recursos profesionales directamente vinculados a la Atención asistencial, que se requieren en los diferentes quinquenios para desarrollar las actividades de egresos hospitalarios de Agudos, Media Estancia y Larga Estancia proyectadas, se estiman en el presente nivel de Estudio, considerando los estándares abajo señalados.

En el Cuadro N° 10.13 se muestra la configuración básica deseable del equipo de profesionales para el desarrollo de la Atención asistencial por cada unidad de 28 camas de hospitalización; y en el Cuadro N° 10.14, el consolidado de los requerimientos de personal.

De esta manera se estima el personal profesional directamente vinculado a la actividad asistencial de la Hospitalización. En el año horizonte del Estudio, se requieren 98 personas directamente vinculadas a la actividad asistencial, a las que habría que deducir las actualmente laborando en el Hospital.

Finalmente en el Cuadro N° 10.15, mostrado, se ha consolidado la totalidad de recursos humanos profesionales directamente vinculados a la actividad asistencial, en la que se observa que en el año horizonte del Estudio se requerirá de 106 médicos Psiquiatras, a los

que habría que descontar los 54 existentes; es decir, se necesita adicionar 52. El mismo procedimiento para el resto de especialistas.

La configuración del personal requerido para cada Proyecto de Inversión, será estimada con la precisión específica en el correspondiente Estudio de Pre Inversión que necesariamente deberá realizarse como etapa de desarrollo inmediato al presente Plan Maestro de las Inversiones.

<b>CUADRO N° 10.13</b>	
<b>RR.HH. ASISTENCIAL HOSPITALIZACION</b>	
<b>CONFIGURACION OPTIMA EQUIPO BASICO</b>	
<b>Hospitalización Agudos cada 28 camas</b>	
Psiquiatra;	0.5
Médico Registro psiquiátrico;	1
Trabajador social	0.5
Psicólogo	0.5
Enfermeras- Técnicos (ratio / cama: 0,5).	14
<b>Hospitalización Larga estancia cada 28 camas</b>	
Psiquiatra;	0.1
Registrador / médico;	0.2
Psicólogo;	0.2
Trabajador social;	0.2
Terapeuta ocupacional;	0.1
Asistente de terapia ocupacional;	0.4
Enfermeras (ratio enfermera / cama: 0,3).	8.4
<b>Hospitalización Media estancia cada 28 camas</b>	
Psiquiatra;	0.3
Registrador / médico;	0.6
Psicólogo;	0.35
Trabajador social;	0.35
Terapeuta ocupacional;	0.2
Asistente de terapia ocupacional;	0.8
Enfermeras (ratio enfermera / cama: 0,4).	11.2

Elaborado: Por el Consultor

**CUADRO N° 10.14**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**Dotación de Recursos Humanos Asistencial – CONSOLIDADO - Hospitalización**

Grupo Ocupacional	2015	2020	2025
MEDICO PSIQUIATRAS	2.3	2.6	3.0
ENFERMERA/TECNICO	83.0	96.4	109.7
PSICOLOGOS	1.7	1.9	2.2
ASISTENTE SOCIAL	2.6	3.0	3.4
TERAPEUTA OCUPACIONAL	0.9	1.1	1.2
ASISTENTE TERAPEUTA OCUPAC.	3.7	4.3	4.9
TECNOLOGOS Dx, NUTRICION, QUIMICO FARMAC, ETC			
OTROS MEDICOS GRALES/ESPEC			
TECNOLOGO MED.			
MEDICO REG. PSIQUIAT	6.0	7.0	8.0
AUXILIARES			
<b>TOTAL</b>	<b>100.3</b>	<b>116.3</b>	<b>132.4</b>

Elaborado: Por el Consultor

**CUADRO N° 10.15**  
**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**  
**Dotación de Recurso Humano Asistencial - CONSOLIDADO TOTAL**

Grupo Ocupacional	2015	2020	2025
MEDICO PSIQUIATRAS	76.4	91.0	106.0
ENFERMERA/TECNICO	109.0	127.3	145.7
PSICOLOGOS	12.8	15.2	17.7
ASISTENTE SOCIAL	10.0	11.9	13.7
TERAPEUTA OCUPACIONAL	19.5	23.2	27.0
ASISTENTE TERAPEUTA OCUPAC.	48.2	57.4	66.7
TECNOLOGOS Dx, NUTRICION, QUIMICO FARMAC, ETC	18.5	22.1	25.8
OTROS MEDICOS GRALES/ESPEC	11.1	13.3	15.5
TECNOLOGO MED.	9.0	26.5	30.9
MEDICO REG. PSIQUIAT	6.0	7.0	8.0
AUXILIARES			
<b>TOTAL</b>	<b>320.7</b>	<b>394.8</b>	<b>457.0</b>

Elaborado: Por el Consultor

## CUADRO COMPARATIVO DEL MODELO ASISTENCIAL PROPUESTO POR EL PLAN MAESTRO DE LAS INVERSIONES EN EL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.

### A. Situación Asistencial Actual

Organización Asistencial Hospitalaria para la Atención de la Salud Mental, con carácter históricamente asilar; autónoma del Sistema de Establecimientos de Salud.

Ambito de Decisión	Rol funcional	Capacidad Resolutiva
Hospital Víctor Larco Herrera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inexistencia de una organización de carácter sistémico para la atención integral de la Salud Mental.</li> <li>Pacientes significan una carga para la Comunidad, ésta los “abandona” en el Establecimiento.</li> <li>No se desarrollan actividades de promoción y protección de la Salud mental.</li> <li>Actividades Hospitalarias desconectadas de los intereses comunales.</li> <li>Escaso desarrollo de las atenciones especializadas en <b>Psiquiatría y Salud mental</b> en Consulta Externa y Hospitalización.</li> <li>Comportamiento histórico de cuidado de enfermos mentales de Larga Estancia, tipo Asilar</li> <li>Limitada la capacidad resolutiva del Diagnóstico y Tratamiento especializado.</li> <li>Ausencia de <b>Programas de Rehabilitación de calidad y efectividad</b></li> <li>Escasa <b>Investigación Clínica e Investigación Operativa.</b></li> <li>Limitada Capacitación de personal y formación de Recurso Humano en el manejo especializado</li> </ul>	

### B. Modelo de Atención Propuesto

Organización Asistencial sistémica de la Atención a la Salud Mental, fundamentada en la comunidad, la Atención primaria y la Alta especialización

Ambito de decisión	Rol Institucional	Capacidad Resolutiva
Acciones de decisión compartida, con iniciativa sectorial (Proceso de largo aliento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso de organización de carácter sistémico con las Entidades rectoras de la Salud Mental y la Salud Integral</li> <li>Proceso de reinserción de los pacientes a las actividades comunales.</li> <li>Destinar el Tercer Nivel de atención en Salud Mental a los Hospitales nacionales especializados como el HVLH; ello implica recibir pacientes con problemas de salud mental severos, referidos desde Centros asistenciales de menor nivel, de su ámbito de responsabilidad, públicos y privados</li> <li>Activar el segundo Nivel de Atención en los Hospitales Generales categorizados con el Nivel II y III, desarrollando Atención especializada en Psiquiatría y Salud Mental</li> <li>Corresponde el primer escalón de la atención de los Cuidados Informales de Salud Mental, necesariamente a la Comunidad, quien se articulará a través de capacitación y programas de promoción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propiciar la Salud Mental Comunitaria, con servicios de supervisión terapéutica y residencial</li> <li>Desarrollar actividades de Prevención y promoción intersectorial en Salud Mental.</li> <li>Incluir los Servicios de Psiquiatría en la Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia de los Hospitales Generales</li> <li>Implementar Programas de Rehabilitación para la Reintegración de las personas con desórdenes mentales a su comunidad.</li> <li>Implementar establecimientos No asistenciales (Casas de Medio Camino), en los que se propiciará el cuidado para pacientes de larga estancia coordinado, con efectividad y calidad,</li> <li>Fomentar e implementar Equipos Móviles de Atención a la Crisis.</li> <li>Capacitación del Recurso Humano</li> </ul>

Ámbito de decisión	Rol Institucional	Capacidad Resolutiva
<p>Acciones de decisión Institucional.</p> <p>Modernizar su Modelo de Atención</p> <p>(Proceso, hacia la especialización en Psiquiatría y Salud Mental)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar <b>campaña de sensibilización</b> para lograr organización de carácter sistémico.</li> <li>• Posicionamiento en un “Tercer nivel de Atención” especializada en salud mental</li> <li>• Promover la <b>Desinstitucionalización Progresiva</b> del Establecimiento, para dar paso al Modelo de desarrollo que se propone.</li> <li>• Desarrollar atenciones especializadas en <b>Psiquiatría y Salud mental</b> de alta calidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, correspondientes al Tercer Nivel.</li> <li>• Privilegiar progresivamente las unidades de hospitalización de corta y mediana estancia especializada en Atención Psiquiátrica, contrarrestando al comportamiento histórico de cuidado de enfermos mentales de Larga Estancia</li> <li>• Mejorar la capacidad resolutiva del Diagnóstico y Tratamiento especializado.</li> <li>• Desarrollo intensivo de <b>Programas de Rehabilitación, con énfasis en el Hospital de Día</b></li> <li>• Facilitar la <b>transferencia tecnológica a Centros de menor nivel.</b></li> <li>• Constituirse en el <b>Soporte de la Red</b> en la capacitación de personal y formación de Recurso Humano especializado de acuerdo al nivel</li> <li>• Desarrollar la <b>Investigación Clínica y la Investigación Operativa</b></li> <li>• <b>Capacitación</b> de personal y formación de Recurso Humano en el manejo especializado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de Prevención y cuidados elementales de Salud Mental del niño, adolescente y adulto.</li> <li>• Recuperación de la Salud Mental mediante el diagnóstico y tratamiento con psicofármacos.</li> <li>• Rehabilitación del paciente en el máximo de sus capacidades físicas, mentales y sociales, para su reincorporación a la vida activa de la comunidad.</li> <li>• Servicio de Consulta Externa especializada del nivel III.</li> <li>• Cuidados Especiales de Hospitalización de corta y mediana estancia para niños y adultos.</li> <li>• Cuidados especiales a pacientes críticos.</li> <li>• Emergencia las 24 horas del día</li> <li>• Sistema de traslado asistido de emergencias desde la Comunidad hacia el Hospital</li> <li>• Ayuda Diagnóstica (Laboratorio, Farmacia, Imágenes).</li> <li>• Tratamientos de Rehabilitación Psicosocial</li> <li>• Terapias de Rehabilitación Física</li> <li>• Sistema de Referencia y Contra referencia con enfoque de Red</li> <li>• Por mandato judicial del Estado, <b>complementariamente</b> se deberá ofertar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de pacientes Psiquiátricos declarados inimputables</li> <li>• Evaluación Psiquiátrica para procesados judiciales aún no declarados inimputables</li> <li>• Rehabilitación Fisioterapéutica especializada en Retardo Mental</li> </ul> </li> </ul>

## 10.02 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION

El Plan General de Producción asistencial prevista para el mediano plazo, en el marco del Planteamiento Técnico propuesto para el Hospital Víctor Larco Herrera, señala la necesidad de trazar un conjunto de acciones estratégicas que permitan revertir las situaciones negativas encontradas en el diagnóstico de la situación presente, así como alcanzar los propósitos de modernización tecnológica respecto a los procedimientos asistenciales apoyados por una idónea y actualizada infraestructura y equipamiento.

Estas líneas estratégicas se reflejan en la identificación de un conjunto de intervenciones puntuales en aspectos específicos que inciden sobre los recursos tangibles e intangibles del actual Establecimiento, teniendo como de referencia la Capacidad resolutive asistencial de las unidades productoras, el Modelo previsto y la operatividad definida para el Hospital por el presente Plan Maestro de las Inversiones.

El propósito de cada una de estas intervenciones es la atención definitiva a los problemas identificados en el funcionamiento actual del Hospital, intervenciones que participen ya sea en forma individual o integrada.

Bajo las condiciones antes señaladas, se propone un proceso de implementación por etapas con una necesaria secuencia de incorporación efectiva al Servicio Integral; para cada una de ellas, es importante tener como referencia, los criterios generales siguientes:

- i) Implementación de nuevos servicios, de bajo riesgo
- ii) Mejora de los servicios existentes (Modalidad Hospital de Día y Programas intensivos de Rehabilitación)
- iii) Intervenciones sobre los sistemas administrativos y de gestión

Se ha identificado varias líneas de necesidades de intervención, las que de acuerdo a su naturaleza se clasifican de la manera siguiente:

Una línea de intervención es la atención de servicios de Psiquiatría y Salud Mental por la Modalidad de Hospital de Día, con todos los apoyos clínicos y complementarios para buscar la reinserción del paciente a la Comunidad. En cualquiera de los escenarios discutidos, su desarrollo está en función a los requerimientos de los servicios finales ya existentes y por instalarse, así como a las posibilidades de ofrecer esta atención a los usuarios externos, como un servicio no articulado a los servicios finales del Hospital.

Además, la sustancial mejora en la prestación especializada de Programas intensivos de Rehabilitación y Apoyo al Diagnóstico para el paciente ambulatorio y hospitalizado, con lo que se posicionaría el Hospital con una nueva imagen institucional de servicios ambulatorios diversificados en atención de Adultos, niños y adolescentes, de ambos sexos.

Complementariamente, el desarrollo de la gestión de la demanda, particularmente, el aprovechamiento de los mecanismos de aseguramiento en respaldo de la sostenibilidad financiera de la atención (incremento de la demanda con el menor esfuerzo de inversión adicional).

Otra línea de intervención, podrá ser la implementación de los Servicios de Emergencia, Hospitalización, y trabajo en apoyo a la Comunidad.

### **10.02.1 Proyectos de desarrollo de la gestión clínica**

Intervención estratégica orientada a adecuar y mejorar el dimensionamiento funcional de las Unidades Productoras de Servicio del Hospital, de acuerdo a la capacidad resolutoria que se les ha sido asignada por el Plan Maestro de las Inversiones.

Las Unidades productoras de servicios del Hospital Víctor Larco Herrera que deben beneficiarse con intervenciones específicas son las siguientes:

- Hospitalización
- Consulta Externa
- Emergencia
- Terapia de Rehabilitación Psicosocial
- Terapia de Rehabilitación Física
- Ayuda al Diagnóstico Clínico
- Otros

### **10.02.2 Proyectos de desarrollo de la gestión administrativa**

Intervención estratégica orientada a mejorar los Instrumentos de Gestión administrativa del Hospital, a fin de adecuarlos para un efectivo apoyo en el propósito de lograr el desarrollo asistencial buscado.

Intervenciones orientadas a otorgar seguridad y confort a los usuarios del Establecimiento, sean éstos, los trabajadores de la Institución, pacientes, familiares o visitas. El propósito es la calidad y calidez del Servicio percibida por los usuarios en el desarrollo de sus diversas actividades en el Hospital de Nueva Imagen.

La difusión de las actividades y el desarrollo de eventos para la capacitación requieren de las facilidades de espacios idóneos.

Los Sistemas administrativos del Hospital Víctor Larco Herrera que requieren ser intervenidos con Proyectos de Inversión son los siguientes:

- Sistema instrumental organizativo
- Sistema Informático y de Comunicaciones
- Sistema Estadístico Clínico y de archivos
- Sistema de Instalaciones Básicas de apoyo
- Sistema de almacenes y depósitos
- Servicios generales: lavandería, transporte, etc.

### **10.02.3 Proyectos para el desarrollo de Docencia e Investigación**

Intervención estratégica orientada a mejorar y promover las actividades de docencia e investigación, inherentes al Hospital, considerando su especialización en la atención a personas con desordenes psiquiátricos.

### **10.02.4 Proyectos para la vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles**

Necesidad de permanentes despistajes de las condiciones físicas y sociales de los pacientes, a fin de prevenir enfermedades adicionales y de controlar sus posibilidades de rehabilitación externa.

#### **10.02.5 Proyectos de soporte para el desarrollo de los Recursos Humanos**

Es imprescindible esta línea estratégica, que propicia el necesario desarrollo de actividades de actualización tecnológica de los recursos humanos especializados y no especializados que requiere el hospital para el adecuado tratamiento de los pacientes, de acuerdo a los criterios y estándares de programación usuales y el plan de producción de servicios que atenderá.

Considera también definir en cada uno de los Estudios de Pre inversión, el reforzamiento del grupo asistencial con especialidades que se incorporan o que refuerzan las necesidades asistenciales previstas en el planteamiento técnico del Hospital reformulado; además de otorgarles confortabilidad para el desarrollo de sus funciones.

#### **10.02.6 Proyectos para mejorar el acceso a los medicamentos e inmunizaciones**

Línea estratégica que busca asegurar la provisión continua y oportuna de fármacos con la calidad que asegure la recuperación o el mejoramiento del estado de salud de los usuarios.

#### **10.02.7 Proyectos para la protección individual y ambiental**

La seguridad física y emocional de los usuarios del Hospital proyectado, define la necesidad de contar con intervenciones orientadas a salvaguardar su integridad, a través de intervenciones puntuales en la protección contra riesgos físicos, accidentes previsibles, y otros.

Esta línea estratégica, busca asimismo, la bioseguridad como objetivo frente a las consecuencias del deterioro ambiental ocasionadas por la operatividad actual respecto a los residuos sólidos, residuos líquidos, acumulación de maleza, los sistemas de riego, la presencia de roedores y otros.

#### **10.02.8 Proyectos para la modernización e innovación tecnológica**

La modernización tecnológica en la prestación funcional y administrativa del Establecimiento reformulado es una exigencia natural de su operatividad futura; es necesario plantear intervenciones orientadas a actualizar tecnológicamente los procesos, a ponerlos a la altura de los Sistemas de última generación en el mundo actual, con la medida de nuestras reales posibilidades.

En esta línea estratégica, el componente de Equipamiento Biomédico, electromecánico y mobiliario, son fundamentales para obtener actualización tecnológica.

#### **10.02.9 Proyectos de intervención para mitigar la vulnerabilidad no estructural y funcional ante emergencias y desastres**

La seguridad física de los usuarios, define la necesidad de contar con intervenciones orientadas a salvaguardar su integridad, a través de intervenciones puntuales en la protección contra riesgos físicos, accidentes previsibles, y otros; especialmente en situaciones de emergencia, producidas por desastres inesperados de la naturaleza.

## 11.0 ELABORACION DE LA CARTERA DE PROYECTOS DE INVERSION

No todas las acciones e intervenciones propuestas como respuesta a los problemas detectados, constituyen Proyectos de Inversión pública, es decir, como lo establece la definición del Sistema; no son necesariamente: “intervenciones de realización limitada a un tiempo específico, que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o modernizar la capacidad productora de bienes o servicios del actual Hospital Víctor Larco Herrera”.

Algunos de estas necesarias respuestas, solo serán consideradas como actividades de Mantenimiento o apoyo a la gestión, mientras que su objetivo no comprometa la necesidad de incorporar mayores recursos operativos para atender en mejoramiento cualitativo de la oferta de las Unidades Productoras de Servicios.

**Los Proyectos o acciones que responden a las estrategias de intervención** del Hospital Víctor Larco Herrera, referidas en el capítulo anterior, **son los que se muestran en los cuadros siguientes**, en el formato sugerido por la Directiva Administrativa para la Elaboración del Plan Maestro de Inversiones en Hospitales e Institutos, aprobada por RM N° 386-2010/MINSA. Intervenciones que se han agrupado en Proyectos de Desarrollo de: la gestión clínica, la gestión administrativa, la Docencia e Investigación, Vigilancia y control de enfermedades, de los recursos humanos, de acceso a los medicamentos, protección individual ambiental, de innovación tecnológica y de mitigación de vulnerabilidades.

Los montos estimados de la inversión necesaria para la implementación de los Proyectos, considera los Recursos Físicos de Infraestructura y Equipamiento, Estudios de Pre Inversión y Definitivos necesarios para su puesta en operación; y se han calculado de la manera que se expone en las correspondientes fichas, que se adjuntan al final en el Anexo N° 13; no así los costos operativos relacionado con los Recursos Humanos, Mantenimiento, Bienes y Servicios necesarios para la vida útil del servicio, que deberán considerarse en los gastos corrientes anuales asignados al Establecimiento y los que se puedan conseguir por Recursos propios.

## 11.01 PROYECTOS DE DESARROLLO DE LA GESTON CLINICA

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS DE DESARROLLO DE LA GESTION CLINICA	1. Desarrollo del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica para pacientes ambulatorios, a través de la implementación del Hospital de Día	13'504,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Fortalecimiento y Desarrollo de Programas de Rehabilitación y Terapia Ocupacional para pacientes hospitalizados y albergados (Terapias, Granjas, Huertos etc.)	2'454,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	3. Fortalecimiento y ampliación de los Servicios de Consulta Externa especializada para Niños y Adolescentes	2'646,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	4. Desarrollo de los Servicios de Farmacodependencia, incluyendo área de desintoxicación	1'363,150	TESORO PUBLICO	HVLH
	5. Reorganización e implementación de las Unidades de Hospitalización de Agudos (corta estancia)	7'122,270.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	6. Reorganización y Remodelación de las Unidades de Hospitalización de mediana estancia	6'859,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	7. Reorganización y Remodelación de la Unidad de estancia asilar	6'688,400.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	8. Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes y Patología Clínica)	10'216,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	9. Remodelación del Servicio de Emergencia e implementación del centro de monitoreo de equipos de Crisis Móviles	1'050,500.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	10. Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	90,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	11. Implementación del Servicio de Hospitalización de pacientes Judiciales	2'873,500.00	INPE	INPE
	12. Reorganización y Remodelación de la Unidad de pacientes geriátricos	1'507,840.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	13. Reorganización y Remodelación de la Unidad de Cuidados especiales (UCE)	2'729,400.00	TESORO PUBLICO	HVLH

## 11.02 PROYECTOS DE DESARROLLO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS DE DESARROLLO DE GESTION ADMINISTRATIVA	1. Nueva organización funcional del Hospital y actualización de instrumentos normativos y operativos para el desarrollo institucional	80,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Mejoramiento y Desarrollo de la Imagen Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera	280,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	3. Redimensionamiento del Servicio de Epidemiología	75,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	4. Organización del sistema de Archivo y reubicación de sus ambientes	455,440.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	5. Desarrollo de Unidad de Costos Hospitalarios	30,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	6. Redimensionamiento y Rehabilitación integral del Sistema de Agua (fría y caliente)	1'076,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	7. Redimensionamiento y rehabilitación de la Red general de Instalaciones Eléctricas del Hospital, incluye tableros	365,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	8. Redimensionamiento y Rehabilitación del Sistema de desagües	376,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	9. Implementación del Sistema Integrado de Comunicaciones y de la Red Informática del Hospital por cableado estructurado	1'180,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	10. Redimensionamiento de los Almacenes	565,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	11. Redimensionamiento e Implementación Integral del Servicio de Lavandería	1'153,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	12. Mejoramiento del Servicio de Mantenimiento y transporte	1'331,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	13. Implementación del Sistema de gas para la operatividad dual de los equipos	375,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	14. Implementación del Sistema de Señalización	50,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	15. Implementación del Sistema de Video para salas de seguridad.	60,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	16. Reagrupación de las diferentes dependencias de la función administrativa y de conducción del Hospital	3'500,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	17. Reformulación y reubicación de la Sala de Usos Múltiples idónea para el Hospital	3'475,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	18. Desarrollo de facilidades de confort para el personal (comedor, vestuarios, etc.)	436,500.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	19. Mejorar la provisión de Servicios higiénicos públicos	100,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH

### 11.03 PROYECTOS PARA EL DESARROLLO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS PARA EL DESARROLLO DE LA DOCENCIA E INVESTIGACION	1. Desarrollo del servicio de Docencia e investigación	733,500.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Desarrollo de Sistemas de Calidad, Estandarización (GPC, Protocolos, etc.), Evaluación (Auditoría, Listas Chequeo, etc.) y Seguridad del Paciente	40,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH

### 11.04 PROYECTOS PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO	1. Programa de control TBC Drogo resistente y VIH	400,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Estudio de evaluación social y discapacidad de residentes.		TESORO PUBLICO	HVLH
	3. Proyecto para ampliación y desarrollo de Casas de medio camino	200,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH

### 11.05 PROYECTOS DE SOPORTE PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS DE SOPORTE PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS	1. Implementación de nuevos Recursos humanos especializados, concordantes con la Capacidad resolutive del hospital	10,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Programa sostenible de capacitación y educación continua de Recursos Humanos del Hospital.(Capacitación en servicio, Convenios entidades extranjero), de acuerdo a las atribuciones de su Capacidad Resolutiva		TESORO PUBLICO	HVLH
	3. Evaluación tasa desgaste RHUS y Programa de prevención condiciones adversas		TESORO PUBLICO	HVLH

### 11.06 PROYECTOS PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS E INMUNIZACIONES

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS E INMUNIZACIONES	1. Programa de Mejora en el Acceso y Uso de Psicofármacos básicos esenciales		TESORO PUBLICO	HVLH

### 11.07 PROYECTOS PARA LA PROTECCIÓN INDIVIDUAL Y AMBIENTAL

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS PARA LA PROTECCIÓN INDIVIDUAL Y AMBIENTAL	1. Mejoramiento con criterio de Bioseguridad del Acopio y disposición final de los Residuos Sólidos	380,785.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Recuperación y puesta en operación de ambientes y otros elementos declarados inhabitables y clausurados	940,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	3. Mejoramiento del sistema de regadío	178,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH

### 11.08 PROYECTOS PARA LA MODERNIZACIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS PARA LA MODERNIZACIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA	1. Implementación de equipo informático	290,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Renovación y Reposición de Equipos biomédicos y de Esterilización	150,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	3. Renovación y Reposición de los Equipos fundamentales de los Servicios de Nutrición y Mantenimiento	145,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	4. Renovación y reposición de mobiliario	140,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH

### 11.09 PROYECTOS DE INTERVENCIÓN PARA MITIGAR LA VULNERABILIDAD NO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	PROYECTOS DE INVERSION	COSTO ESTIMADO S/.	FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
PROYECTOS DE INTERVENCIÓN PARA MITIGAR LA VULNERABILIDAD NO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	1. Desarrollo de las acciones para reducir el riesgo de vulnerabilidad estructural, de las edificaciones existentes	1'000,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	2. Desarrollo de acciones y protocolos para eliminar los riesgos de vulnerabilidad no estructural.		TESORO PUBLICO	HVLH
	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.	100,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH
	4. Implementación del Sistema de agua contra incendio	240,000.00	TESORO PUBLICO	HVLH

## 12.0 PRIORIZACIÓN DE LA CARTERA PROYECTOS DE INVERSIÓN IDENTIFICADOS

Los requerimientos identificados, en la mayoría de los casos, devienen en proyectos de inversión pública, tipificados como tales por la Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública; y en algunos otros, constituyen acciones de implementación propia de la operatividad del Servicio Hospitalario, es decir que complementan los proyectos.

Estas intervenciones calificadas como Proyectos de Inversión, obviamente presentan diferentes grados de importancia por la particular percepción del impacto que van a ofrecer en la población usuaria y en los conductores de la gobernabilidad regional y local. Es entonces necesario priorizar los proyectos de inversión, a través de la metodología establecida en la Directiva Administrativa N° 161-MINSA/ OGPP V.01 para la Elaboración del Plan Maestro de Inversiones en Hospitales e Institutos.

El procedimiento establecido es participativo y los formatos y criterios de calificación están claramente señalados en la indicada Directiva; en el presente caso, se ha seguido escrupulosamente con esta metodología, para lo cual se realizó un Taller de Involucrados en el Hospital, dando como resultado los puntajes que se exponen en el Anexo N° 12, que se adjunta. La metodología expone los siguientes Criterios Técnicos de Priorización para los proyectos identificados, los que procesados, permiten contribuir a definir su orden de importancia.

En base a las nueve líneas anteriormente descritas (Artículos 10 y 11), se plantean 03 grandes grupos de Aspectos Relevantes en su ponderación:

- ✓ Aspectos relacionados con la Trascendencia
- ✓ Aspectos relacionados con la Magnitud
- ✓ Aspectos relacionados con la Sostenibilidad y Costo efectividad

Los aspectos relacionados con la **Trascendencia** son intervenciones de impacto sectorial, dirigido fundamentalmente a la población del ámbito de responsabilidad del Servicio asistencial. Su implementación resulta necesaria por su incidencia en el bienestar sanitario de la población de responsabilidad, en la organización sistémica para la atención integral, en el fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva, en la protección ambiental y en la disminución del riesgo de enfermedades ocupacionales.

Los aspectos relacionados con la **Magnitud** son Intervenciones de impacto institucional, dirigido fundamentalmente a la población usuaria del Establecimiento. Su implementación resulta necesaria por su incidencia en el funcionamiento racional del Servicio hospitalario; pone énfasis en la funcionalidad, innovación tecnológica, bioseguridad, capacitación del recurso humano, seguridad como respuesta a la vulnerabilidad por localización, estructural y no estructural y finalmente, en el confort material y espiritual del usuario con la característica de calidez.

Se debe evaluar aspectos relevantes a la calidad del Establecimiento, en tanto la naturaleza del estudio, se orienta a mejorar las condiciones asistenciales de un Recurso existente con 60 años de antigüedad.

Los aspectos de ponderación relevantes a la **Sostenibilidad** y al Costo Efectividad son intervenciones, cuya implementación presenta factibilidad técnica (solución viable), factibilidad económica (cuenta con los recursos financieros para la ejecución de las actividades previstas); y que su operatividad sea sostenible comunal, institucional y financieramente en el horizonte de evaluación.

El Cuadro N° 12.01, que se expone a continuación, grafica los criterios de puntuación señalados en la Directiva antes mencionada:

**Cuadro N° 12.01:  
CRITERIOS DE PUNTUACION PARA LA PRIORIZACION DE LOS PROYECTOS DE INVERSION**

CRITERIO	PUNTUACION (puntos)	
	<b>Magnitud:</b> impacto del proyecto que resuelve el problema diagnosticado	Muy grande
Mediano		05
Pequeño		01
<b>Trascendencia:</b> importancia para el Hospital	Muy importante	10
	Medianamente importante	05
	Poco importante	01
<b>Costo-efectividad:</b> relación del beneficio o de la efectividad en relación al costo	Grande	10
	Mediano	05
	Poco	01

A esta Directiva Ministerial, el Equipo de Formulación del Plan, reforzó en los correspondientes ítems, con las preguntas siguientes:

Respecto al Ítem de Trascendencia:

- ¿La ejecución del proyecto resuelve de manera **directa** los problemas sanitarios del área de responsabilidad?
- ¿Su ejecución causa un impacto favorable en la comunidad en general y en el interés de las Instituciones y autoridades regionales y locales?

Respecto al Ítem de Magnitud

- ¿La implementación del Proyecto contribuye a fortalecer la capacidad resolutive asistencial asignada al hospital?
- ¿Su ejecución contribuye a mejorar las interrelaciones funcionales con otros Servicios y a establecer flujos diferenciados por usuarios?
- ¿Su implementación contribuye a la actualización tecnológica del Hospital como Recurso Físico existente (Planta, Instalaciones, Urbanización, Equipamiento)?
- ¿Su ejecución contribuye a favorecer la estabilidad estructural del Establecimiento y/o a mitigar los riesgos derivados de la vulnerabilidad por localización?
- ¿Su ejecución contribuye a mejorar las condiciones de comodidad y estabilidad física y emocional de los usuarios permanentes de los Servicios?

Respecto al Ítem de Sostenibilidad

- ¿Qué posibilidades de ejecución existen, desde el punto de vista político regional y financiero?
- ¿Se logrará el beneficio esperado, con un costo razonablemente menor a otras alternativas?

Estos criterios de puntuación han sido aplicados por un equipo multidisciplinario del Hospital Víctor Larco Herrera, a cada uno de los proyectos reagrupados en los grandes grupos de Proyectos (artículos 10 y 11); de la cual se obtienen los puntajes de valoración que permiten determinar el orden de importancia de los mismos; obviamente aquellos que obtienen mayor puntaje, son los que reúnen las mejores condiciones de preferencia y consecuentemente, son los prioritarios.

En el Cuadro N° 12.02, a continuación, muestra el resumen de los Proyectos de Inversión por orden de prioridades y la puntuación obtenida por cada uno. El Anexo N° 12 incluye en detalle, el puntaje recibido por cada uno de los proyectos de inversión.

Se puede observar que existen intervenciones muy importantes como la implementación de la Rehabilitación Psiquiátrica a los pacientes ambulatorios a través del Hospital de Día, la Rehabilitación del Servicio de Emergencia que incluye la implementación de equipos móviles para la atención de crisis, la rehabilitación de la red general de instalaciones eléctricas del establecimiento, la implementación de un Sistema de Comunicaciones y de la red de informática por cableado estructurado, el Programa de mejora para el acceso y uso de psicofármacos para el tratamiento de los pacientes, el fortalecimiento de servicios especializados dirigidos a niños y adolescentes, entre otros.

**Cuadro N° 12.02: PRIORIZACION DE PROYECTOS**

<b>N° ORDEN</b>	<b>PROYECTO</b>	<b>TOTAL</b>
1	1. Desarrollo del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica para pacientes ambulatorios a través de la implementación del Hospital de Día	<b>451</b>
2	9. Remodelación del Servicio de Emergencia	<b>427</b>
3	7. Redimensionamiento y Rehabilitación de la Red general de Instalaciones Eléctricas del Hospital, incluye tableros	<b>395</b>
4	9. Implementación del Sistema Integrado de Comunicaciones y de la Red Informática del Hospital por cableado estructurado	<b>390</b>
5	1. Programa de Mejora en el Acceso y Uso de Psicofármacos básicos esenciales	<b>380</b>
6	3. Fortalecimiento y ampliación de los Servicios especializados para Niños y Adolescentes	<b>376</b>
7	6. Reorganización y Remodelación de las Unidades de Hospitalización de mediana estancia	<b>372</b>
8	2. Fortalecimiento y Desarrollo de Programas de Rehabilitación para pacientes Hospitalizados y albergados (Terapia Ocupacional, granja, etc.)	<b>355</b>
9	1. Nueva organización funcional del Hospital y actualización de instrumentos normativos y operativos para el desarrollo institucional	<b>351</b>
10	8. Redimensionamiento y Rehabilitación del sistema de desagües	<b>341</b>
11	5. Reorganización e implementación de las Unidades de Hospitalización de Agudos (corta estancia)	<b>337</b>
12	2. Mejoramiento y Desarrollo de la Imagen Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera	<b>336</b>
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	<b>336</b>
14	4. Desarrollo de los Servicios de Farmacodependencia (incl. área de desintoxicación)	<b>335</b>
15	8. Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes y Patología Clínica)	<b>335</b>
16	4. Organización del sistema de Archivo y reubicación de sus ambientes	<b>331</b>
17	2. Renovación y Reposición de Equipos Biomédicos y de Esterilización	<b>330</b>
18	1. Desarrollo de las acciones para reducir el riesgo de vulnerabilidad estructural, de las edificaciones existentes	<b>330</b>
19	1. Implementación de nuevos Recursos Humanos especializados, concordantes con la Capacidad Resolutiva del Hospital	<b>325</b>
20	3. Redimensionamiento del Servicio de Epidemiología	<b>321</b>
21	7. Reorganización y Remodelación de las Unidades de estancia asilar	<b>315</b>
22	1. Implementación de equipo informático	<b>315</b>
23	6. Redimensionamiento y Rehabilitación integral del Sistema de Agua (fría y caliente)	<b>311</b>

<b>N° ORDEN</b>	<b>PROYECTO</b>	<b>TOTAL</b>
24	1.Mejoramamiento con criterio de Bioseguridad del Acopio y disposición final de los Residuos Sólidos	<b>302</b>
25	10. Redimensionamiento de los Almacenes	<b>296</b>
26	10.Mejoramamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	<b>295</b>
27	5. Desarrollo de la Unidad de costos hospitalarios	<b>293</b>
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	<b>293</b>
29	3.Evaluación de la Tasa de desgaste de los Recursos Humanos y Programa de Prevención frente a condiciones adversas	<b>288</b>
30	16. Reagrupación de las diferentes dependencias de la función administrativa y de conducción del Hospital	<b>286</b>
31	1. Desarrollo del Servicio de Docencia e Investigación	<b>286</b>
32	12. Mejoramiento del Servicio de Mantenimiento y transporte	<b>281</b>
33	Mejoramamiento del Sistema de Regadío	<b>281</b>
34	19.Mejorar la provisión de Servicios higiénicos públicos	<b>280</b>
35	15. Implementación del Sistema de Video para salas de seguridad	<b>277</b>
36	18. Desarrollo de facilidades de confort para el personal (Comedor, vestuarios, etc.)	<b>277</b>
37	11. Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Lavandería	<b>275</b>
38	3.Renovación y Reposición de los Equipos fundamentales de los Servicios de Nutrición y Mantenimiento	<b>268</b>
39	2.Recuperación y puesta en operación de ambientes y otros elementos declarados inhabitables y clausurados	<b>266</b>
40	17. Habilitar una Sala de Usos Múltiples idónea para el Hospital	<b>259</b>
41	13. Implementación del Sistema de gas para la operatividad dual de los equipos	<b>258</b>
42	4.Implementación del Sistema de agua contra incendio	<b>252</b>
43	11.Implementación del Servicio de Hospitalización de pacientes Judiciales	<b>250</b>
44	2.Estudio de Evaluación Social y Discapacidad de residentes	<b>236</b>
45	2.Desarrollo de acciones y protocolos para eliminar los riesgos de vulnerabilidad no estructural	<b>235</b>
46	3. Proyecto para la Ampliación y Desarrollo de Casas de Medio Camino	<b>233</b>
47	14. Implementación del Sistema de Señalización	<b>226</b>
48	2. Desarrollo de Sistemas de Calidad, Estandarización (GPC, Protocolos, etc.) y Evaluación (Auditoría, Listas Chequeo etc.) y Seguridad Paciente	<b>219</b>
49	4.Renovación y reposición de mobiliario	<b>200</b>
50	1.Control Programa de Control de TBC Drogo resistente y VIH	<b>199</b>
51	12.Reorganización y Remodelación de las Unidades de pacientes geriátricos	<b>94</b>
52	13. Reorganización y Remodelación de las Unidades de la UCE	<b>83</b>

## **12.01 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. En consecuencia, la selección final de

Intervenciones que formarán parte de las etapas determinadas en el Plan de Inversiones deberá incorporar todos estos criterios.

Como se apreciará en los Cuadros más adelante, los Proyectos se han presentado en el orden priorizado mediante el proceso participativo que señala la Directiva; sin embargo, el equipo encargado de la formulación del Plan Maestro, considera pertinente observar que existen Acciones que corresponden precisamente a la tecnología de gestión, como condición previa a la consecución de otros logros, tales como es el Mejoramiento de la Imagen institucional ante la comunidad, la actualización de los instrumentos normativos y operativos para el desarrollo institucional y la implementación de una nueva estructura organizacional correspondiente al modelo del nuevo hospital especializado.

El Plan Maestro de las Inversiones, propone para la programación de su implementación, 04 grandes Etapas, de acuerdo a lo obtenido metodológicamente, sin embargo, siendo ésta una propuesta indicativa, permitirá a la Institución, hacer las agrupaciones, re 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:

<b>CUADRO N° 12.03</b>				
<b>HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA</b>				
<b>ETAPAS DE IMPLEMENTACION DEL PLAN</b>				
<b>ETAPA</b>	<b>N° ORDEN</b>	<b>PROYECTO</b>	<b>COSTO ESTIMADO S/.</b>	<b>COSTO ACUMULADO S/.</b>
<b>1</b>	1	1. Desarrollo del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica para pacientes ambulatorios a través de la implementación del Hospital de Día	13,504,000.00	<b>13,504,000.00</b>
	2	9. Remodelación del Servicio de Emergencia y equipos de crisis móviles	1,050,500.00	<b>14,554,500.00</b>
	3	7. Redimensionamiento y rehabilitación de la Red general de Instalaciones Eléctricas del Hospital, incluye tableros	365,000.00	<b>14,919,500.00</b>
	4	9. Implementación del Sistema Integrado de Comunicaciones y de la Red Informática del Hospital por cableado estructurado	1,180,000.00	<b>16,099,500.00</b>
	5	1. Programa de Mejora en el Acceso y Uso de Psicofármacos básicos esenciales		<b>16,099,500.00</b>
	6	3. Fortalecimiento y ampliación de los Servicios especializados para Niños y Adolescentes	2,646,000.00	<b>18,745,500.00</b>

En esta primera etapa, se considera la implementación del Hospital de Día, como modalidad de atención para el control clínico, rehabilitación psicosocial e interacción con los familiares de los pacientes, para su reinserción en la Comunidad; se plantea también la remodelación del Servicio de Emergencia, redimensionado e interrelación funcional idónea y la implementación del centro de monitoreo para equipos móviles para atención de crisis; la implementación de un moderno Sistema de Comunicaciones con la utilización de la tecnología informática de punta; la Reparación y recambio de partes para obtener un nuevo Sistema Eléctrico reformulado a los propósitos del Nuevo Hospital; el Programa de mejora del acceso a Psicofármacos esenciales; y finalmente el fortalecimiento y Ampliación del Servicio especializado para niños y Adolescentes.

El monto de Inversión estimado para la ejecución de la Primera Etapa de los Proyectos de Inversión considerados es de S/. 18'745,500.00 (Dieciocho millones, setecientos cuarenta y cinco mil quinientos Nuevos Soles); al cambio; US \$ 6'695,000.00.

## 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

Corresponde a esta propuesta de Segunda etapa, la reorganización y mejoramiento de los Servicios de Hospitalización de mediana estancia; así como la implementación del Servicio de Hospitalización de corta estancia, con la remodelación de la infraestructura y dotación de equipos y recurso humano requerido; el Fortalecimiento de los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y albergados, a través de programas de terapia ocupacional, terapia física y actividades como granja, huerto, entre otros, reparación del sistema de desagües; el Mejoramiento de la Imagen institucional ante la comunidad, el desarrollo de Servicio de Farmacodependencia con la inclusión de pacientes mujeres y la implementación de una nueva estructura organizacional, correspondiente al modelo del nuevo hospital especializado.

El monto de Inversión estimado para la ejecución de los Proyectos de Inversión considerados en esta Segunda Etapa es de S/. 18'462,420.00 (Dieciocho millones, cuatrocientos setenta y dos mil cuatrocientos veinte Nuevos Soles); al cambio; US \$ 6'594,000.00.

## 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

Para esta Tercera Etapa, se propone, el fortalecimiento y redimensionamiento de Servicio de Apoyo al Diagnóstico en las unidades de Patología e Imágenes, con la adquisición y reposición de equipamiento biomédico, la reorganización y remodelación de las unidades de estancia asilar; la dotación y capacitación permanente de recursos humanos; la organización del sistema de Archivo con la reubicación de sus ambientes, la evaluación y acciones necesarias para reducir el riesgo ante la vulnerabilidad estructural de algunos pabellones del hospital; así como el mejoramiento del acopio de residuos sólidos con criterios de bioseguridad y la reparación de las redes de agua, el mejoramiento del Sistema de Agua potable y el Redimensionamiento de Almacenes.

El monto de Inversión estimado para la ejecución de los Proyectos de Inversión considerados en esta Tercera Etapa es de S/. 20'906,625.00 (Veinte millones, novecientos seis mil seiscientos veinticinco Nuevos Soles); al cambio; US \$ 7'467,000.00.

#### Etapa 4:

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
4	26	10.Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	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
	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

Luego de la ejecución de los Proyectos de Inversión, se propone la Reformulación y desarrollo del Hospital Víctor Larco Herrera y se plantea adicionalmente, la implementación de los proyectos restantes que promueven la reorganización y remodelación de la infraestructura, especialmente de los Servicios Generales y la renovación de equipos, así como acciones de gestión y organización del Hospital.

El monto de Inversión estimado para la ejecución de los Proyectos de Inversión considerados para las cuatro etapas es de S/. 78'872,258.00 (Veinte millones, setecientos cincuenta y siete mil seiscientos cuarenta Nuevos Soles); al cambio; US \$ 28'168, 673.21 dólares americanos.

## **12.02 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROYECTOS PRIORIZADOS - COSTOS ESTIMADOS**

En las Fichas de cada uno de los principales Proyectos identificados como prioritarios que se adjuntan en el Anexo N° 13, se detalla sus características fundamentales como integrante del programa de Inversiones. Se han elaborado fichas correspondientes a las intervenciones más representativas, que aquí se han identificado como prioritarias.

Estas fichas constituyen los Términos de Referencia generales de cada una de las intervenciones, en los que se expone las características técnicas de las tareas que comprende, un programa tentativo de ambientes, dimensionamientos, cronogramas, costos estimados, etc., que permitan a la Institución iniciar o convocar el siguiente nivel de desarrollo de las Intervenciones priorizadas, vale decir, los Estudios de Pre inversión como paso previo a los Expedientes Técnicos de ejecución de las mismas. Estos desarrollos podrán realizarse no necesariamente en el orden propuesto, sino en el que la institución estime conveniente.

### **12.02.1 Presupuesto del Plan de Inversiones**

Es muy necesario exponer que el monto total necesario para la implementación del Plan Maestro de las Inversiones, tal como aquí se propone, es un monto referencial, el que seguramente se pueda encontrar sobredimensionado, toda vez que cada una de las intervenciones costeadas individualmente, arrastran costos necesarios de otras, duplicándose parcialmente la estimación.

Habrán intervenciones que dentro del costo estimado individualmente para ellas, tienen por ejemplo, implícito el mejoramiento de las instalaciones electromecánicas o sanitarias, o de comunicaciones, en la parte que les corresponde; y cuando estimamos la intervención integral de estas últimas no ha sido descontada la porción que corresponde a las primeras. Es comprensible que esto ocurra, por cuanto no es posible determinar la prioridad en que serán ejecutadas.

Sin embargo, la experiencia en manejo de Proyectos de Inversión en Salud del equipo de Consultoría, nos permite afirmar que esta "duplicación" se encuentra entre el 15% y 20% del monto estimado para todo el Programa de Inversiones.

### **12.02.2 Metodología de Estimación de Costos**

A efectos de tener un Programa de Inversiones asociado al financiamiento indispensable para su implementación, se ha estimado en términos generales que corresponden al nivel del presente Estudio, los costos necesarios para la ejecución de su obra, equipamiento, capacitación, estudios adicionales, etc.

Los costos unitarios de las intervenciones identificadas, se han calculado a partir de experiencias muy recientes de Expedientes Técnicos de obra y equipamiento de tres hospitales, dos de ellos con características tecnológicas y de capacidad resolutive, aunque no exactamente similar al HVLH propuesto, porque se trata de Hospitales Generales, la referencia es válida. Los Expedientes Técnicos corresponden a los Hospitales San Juan de Dios de Pisco, Hospital Hugo Pesce de Andahuaylas y el Hospital Regional de Ica, todos pertenecientes al Ministerio de Salud.

### **Costos de Infraestructura**

Los Expedientes Técnicos, con relación a sus costos, han sido analizados en los siguientes aspectos:

- Costo/ m2 de construcción, como costo promedio general
- El dimensionamiento (en m2) de cada uno de los servicios que componen el Hospital y el porcentaje que representa en el tamaño del mismo.
- Costo/ m2 por Servicio del Hospital (Consulta Externa, Administración, Apoyo al Diagnóstico, Rehabilitación Física, etc.), considerando los requerimientos arquitectónicos y tecnológicos diferenciados para los distintos Servicios
- Distribución de los costos por especialidad (Arquitectura, Estructuras, Instalaciones Eléctricas, Comunicaciones – Cableado Estructurado, Instalaciones Sanitarias, Instalaciones Mecánicas) y su incidencia en el total del monto de obra, a fin de obtener la incidencia de cada una de ellas sobre el costo total

Los datos obtenidos del análisis fueron comparados entre los tres Hospitales, obteniéndose de ellos cifras muy similares en los costos por m2 general, confirmándose los datos preliminares de US\$ 1,200.00/m2. Asimismo, se obtuvieron datos similares en los costos y porcentajes de incidencia por Servicio.

Una vez determinados los costos de obra nueva, se procedió a calcular los costos de remodelación y adecuación, a través del cálculo de intervención en cada uno de estos; los cuales aplicados a su porcentaje de incidencia por especialidad, concluyen en un porcentaje de intervención para remodelación y para adecuación; datos que fueron igualmente comparados en los tres hospitales, y de resultados similares: 50% del costo/ m2 para remodelación y entre 20% y 25% del costo para adecuación.

Dichos costos/m2 fueron aplicados a los proyectos de inversión de infraestructura identificados para el HVLH, considerando el área propuesta para cada uno de ellos.

### **Costos de Equipamiento**

Para la estimación de los costos de equipamiento de los proyectos identificados, se consideró igualmente los correspondientes a los tres Hospitales antes mencionados.

Se evaluó el equipamiento considerado por Servicio, la aplicación de la normatividad vigente en el Sector y los costos correspondientes, así como el programa de áreas tentativamente propuesto en el Plan Maestro (número de Consultorios, salas de terapia, número de camas, etc.) para el Hospital General como para el Servicio Especializado de Medicina Física y Rehabilitación.

Por otro lado, se consideró las actuales características del actual del equipamiento del HVLH, descontándose del monto por Servicio, los costos de los equipos que se encuentran en buen estado, considerándose sólo los costos correspondientes a reparación y/o mantenimiento.

Los costos estimados para Equipamiento incluyen el equipamiento biomédico, complementario, mobiliario administrativo y asistencial, equipamiento electromecánico que no corresponde a obra civil, e instrumental.

### **12.02.3 Estimación de Costos del Programa de Inversión**

El monto total del programa, en la aproximación que permite el nivel de análisis y determinaciones del presente Estudio es de **US.\$ 28,170,000.00**, es decir, veintiocho millones, ciento setenta mil dólares americanos, entre intervenciones tangibles e intangibles entre las que se ha considerado además el capital de trabajo para el inicio de la operatividad. Sin embargo, de acuerdo a lo señalado el inicio del presente sub capítulo, este monto total del Programa podría reajustarse hasta alcanzar **US \$20.000,000.00**.

Se propone ejecutar este presupuesto total por etapas considerando la prioridad de su implementación, pero además la secuencia lógica de ejecuciones en un proceso en el que algunos proyectos se encuentran condicionados a la previa ejecución de otros, en un primer periodo de tres años de duración, se propone ejecutar el 23.8% (US\$. 6'695,000.00); el 23.4% (US\$ 6'594,000.00) en una segunda etapa de también tres años; un tercer periodo de también tres años, en el que se ejecute el 26.5% del Plan Maestro (US\$. 7'467,000.00) y un último periodo trianual para el 26.3% restante. El detalle se muestra en los Cuadros N° 12.03.

## **PROPUESTA GENERAL DE DESARROLLO FISICO ESPACIAL**

### **12.03 ESQUEMA GENERAL DE REORDENAMIENTO ESPACIAL**

Considerando la capacidad resolutive del Hospital, el modelo asistencial propuesto, el balance entre la oferta y la demanda, así como el análisis funcional y físico de sus distintos pabellones, se presenta en el Anexo N° 14 (Plano de Reordenamiento Espacial), un esquema con la redistribución de Servicios en la infraestructura existente y la ampliación, según lo permitido por el INC.

Se propone tres accesos, el principal, por la Av. Pérez Aranibar, un segundo y existente, por la calle Bonnemaïson, el cual será principalmente destinado a Emergencia; y el tercero de servicio para el abastecimiento y retiro de residuos sólidos.

La propuesta de organización espacial, sectoriza entrando al Hospital desde la Av. Pérez Aranibar, hacia la izquierda en un amplio terreno disponible una zona de Atención Ambulatoria, compuesta por los Servicios de Consulta Externa, Ayuda al Diagnóstico (Patología Clínica, e Imágenes) y Rehabilitación. A este sector se puede acceder desde el ingreso principal, así como también lateralmente a través de la calle Bonnemaïson.

La Localización espacial de los Proyectos de Inversión relacionados con la Implementación del Nuevo Hospital de Día, Reubicación de la Atención Ambulatoria de Niños y Adolescentes y la Reubicación de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico; se plantea en esta zona, con lo cual quedarían interrelacionados entre si y funcionalmente con los Servicios que corresponda.

Frente al sector ambulatorio, se propone la ubicación de la emergencia, a través la Adecuación de ambientes de lo que actualmente es la Consulta Externa de Niños y Adolescentes; lo que facilitaría sus necesidades de acceso directo y su vinculación funcional con la Hospitalización de Corta Estancia, y los Servicios de Ayuda al Diagnóstico y Farmacia.

El modelo de atención incluye la Unidad de Hospitalización de corta estancia, la misma que está directamente relacionada con el Servicio de Emergencia. En tal sentido, la propuesta espacial del PM HVLH, propone rehabilitar el pabellón 6, hoy desocupado y considerado por el INC como intangible (categoría 1 de intervención) para dicho Servicio.

Las unidades de Hospitalización de mediana y larga estancia están sectorizados en el centro del predio, hacia el Oeste; y los pabellones destinados a la estancia asilar, hacia el Este.

En el eje central del Actual Establecimiento se propone localizar el Proyecto de Inversión del Servicio de Terapia Ocupacional y Rehabilitación física para pacientes hospitalizados; así como los Servicios de Nutrición y Lavandería, que los abastecen; y con ello se lograría un funcionamiento mas eficaz a las labores asistenciales mas permanentes del Hospital. La Administración del Hospital se mantiene en su ubicación actual, debiendo realizarse una redistribución al interior de dicho Servicio.

En el extremo noroeste del predio, se propone localizar los Proyectos de Inversión relacionados con los Servicios Generales; entre ellos, el Archivo General, Almacenes, lavandería, Mantenimiento, Tratamiento de Residuos Sólidos, etc. Para este efecto, se plantea reactivar el ingres existente en la Calle Domingo Ponte, de tal manera que se produzca una circulación especializada en Mantenimiento y Abastecimiento, que no interfiera con el resto de los flujos.

Finalmente, en el extremo Noreste del predio se propone localizar el área deportiva, importante Servicio para el desarrollo de las actividades de Rehabilitación y recreación de los usuarios.

#### **12.04 ESQUEMA DE CIRCULACIONES DIFERENCIADAS (FLUJOS)**

El Plano del Anexo 14; se muestra también un Esquema de circulación de pacientes ambulatorios, pacientes hospitalizados y de servicio, donde se aprecia que, en general, no hay cruce de circulaciones.

#### **12.05 ANTEPROYECTO DE ZONIFICACIÓN**

La propuesta de zonificación (Ver tercer plano del Anexo 14) muestra un esquema volumétrico de la especialización de las edificaciones futuras, a manera de Plot Plan, con la finalidad de visualizar el criterio sugerido de privilegiar las áreas verdes rodeando las edificaciones propuestas. Evidentemente esto es una aproximación a la forma, es indudable que en los estudios de Pre Inversión y Expedientes Técnicos, esas formas serán definidas, esperando que el criterio sea respetado

#### **12.06 CRITERIOS BÁSICOS A CONSIDERAR EN EL DISEÑO**

La infraestructura del Hospital Víctor Larco Herrera debe garantizar la confiabilidad y continuidad de la operación de sus servicios, optimizando la infraestructura existente y adecuando su uso a las características arquitectónicas de los pabellones, especialmente los considerados intangibles.

El tratamiento exterior deberá igualmente, mantener sus características, con amplias áreas verdes rodeando los pabellones, lo cual es además importante para el confort de los usuarios del Hospital. Los ambientes, tanto remodelados como los correspondientes a la ampliación, deberán tener buena iluminación y ventilación, lo cual se facilita por la altura de la edificación y el uso de iluminación zenital a través de teatinas.

El diseño debe considerar la normativa vigente del Sector, con los ambientes necesarios para la función, el mobiliario y equipo asistencial, informático y administrativo que corresponda a su capacidad resolutive.

##### **12.06.1 Criterios constructivos y Tecnológicos**

Es necesario considerar en el diseño las características de los pacientes, y plantear acabados durables, resistentes y seguros, compatibles con la arquitectura existente.

Se deberá cumplir con todas las exigencias para el tipo de establecimiento, teniendo como base el Reglamento Nacional de Edificaciones; así como todas las exigencias referentes a condiciones generales de seguridad y prevención de riesgo de incendio.

Se deberá realizar una evaluación estructural en detalle de los pabellones existentes, a fin de realizar el reforzamiento requerido, que permita eliminar el riesgo de los usuarios por vulnerabilidad estructural y no estructural.

La estructura debe ser capaz de permanecer estable ante movimientos sísmicos u otros eventos de desastre natural, para no disminuir la funcionalidad del establecimiento, asegurar la operatividad del equipamiento y la seguridad de las personas.

## **12.06.2 Redes de Servicios Básicos**

### **Instalaciones Sanitarias**

Las instalaciones sanitarias deberán cumplir con lo indicado en el Reglamento Nacional de Edificaciones, y garantizar una capacidad de almacenamiento para contar con el servicio de manera permanente. Se deberá considerar la dotación de agua fría, caliente y agua contra incendio, con el equipamiento electromecánico que se considere conveniente.

Las redes generales de agua y desagüe deberán ser evaluadas y renovadas; las cisternas clausuradas, de no ser necesarias, deberán ser eliminadas. En el proyecto del sistema de desagüe, se evaluará la conveniencia y el costo beneficio, de contar con un tratamiento primario, para evitar la evacuación de algunos fluidos contaminantes directamente a la red pública de la ciudad.

### **Instalaciones Eléctricas**

Las instalaciones eléctricas, tomarán en consideración la conexión del servicio desde el punto de energía pública en tipo requerido, la baja tensión requerida y la red hasta las cajas de distribución respectivas. Ello implica la evaluación de los tableros existentes y su repotenciación para las necesidades del Hospital, proyectadas a futuro; además, se deberá contar con un circuito de Emergencia, al que se conectarán todos los pabellones.

El Expediente Técnico existente al interior de los pabellones, deberá ser revisado considerando los nuevos usos planteados en la infraestructura, a fin de realizar oportunamente los cambios que correspondan.

Para el equipamiento electrónico se deberá implementar la instalación de sistemas de protección contra micro cortes producidos en la red. Para este tipo de equipos que operen con sistemas On Line, se deberá instalar respaldos mediante UPS. Se deberá analizar y considerar la incorporación de estabilizadores de voltaje para equipos y/o circuito general, con la determinación de los porcentajes de variación de tensión apropiados que defina el estudio técnico y los requerimientos del equipamiento por cada Servicio.

### **Comunicaciones**

El Hospital deberá contar con todos los sistemas de comunicaciones requeridos en un establecimiento de salud especializado; cuya ubicación será coordinado con el personal. Asimismo, se deberá contar con una red estructurada de Voz, data y Video, interconectada en todos los pabellones.

### **Instalaciones Mecánicas**

Se evaluará los requerimientos de aire acondicionado, especialmente en los ambientes de imágenes como Resonancia Magnética y Tomografía, así como de ventilación mecánica.

Los equipos de la Casa de Fuerza deberán ser evaluados, así como la conveniencia (costo-beneficio) de contar con calderos independientes para Nutrición y Lavandería; considerando el respaldo que garantice la dotación de agua caliente permanente para el Servicio.

## **12.07 CRITERIOS ECONÓMICOS**

Las intervenciones en el Hospital Víctor Larco Herrera deberán considerar racionalidad en el gasto.

## **14.0 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:

- i) Existencia de una gran demanda por atenciones especializadas en Salud Mental, insatisfecha en calidad y cantidad de parte de la población principalmente no asegurada.
- ii) Las capacidad de oferta hospitalaria en Salud Mental instalada en el HVLH, es la única especializada en el área de Influencia, y convenientemente implementada, presenta gran potencialidad
- iii) El Servicio y el establecimiento, presentan Menor nivel de riesgo y exposición de la inversión
- iv) Sostenibilidad financiera y operativa de los servicios del HVLH

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.

### **14.01 SOSTENIBILIDAD FUNCIONAL**

Según se ha mostrado en el estudio de mercado, la magnitud actual del déficit de oferta en salud del tercer nivel de Atención especializada en Salud Mental, garantiza el Servicio en beneficio de la población de responsabilidad del Ministerio de Salud; el HVLH, requeriría ampliar la capacidad de camas hospitalarias, especialmente de corta y mediana estancia.

El aspecto más saltante es la necesidad de modificar la tendencia del tratamiento con el propósito de reinsertar a los pacientes psiquiátricos a la Comunidad, a través de Programas intensivos de Rehabilitación Psicosocial y Fisiológica con la participación de las familias, en una modalidad de Hospital de día

Igual consideración puede hacerse en el caso de la atención ambulatoria (consultas y emergencias), ya que la oferta de atención médica de nivel III es deficitaria.

Asimismo, de acuerdo al análisis de la oferta mostrado, el Hospital Víctor Larco Herrera tiene las siguientes dimensiones de servicio:

- Área física disponible de alrededor de 70,000 m<sup>2</sup>, que permite instalar el conjunto de servicios (atención ambulatoria, Programas de Rehabilitación, servicios intermedios y atención hospitalaria) suficiente para un hospital de esa magnitud.
- Instalación de servicios generales (casa de fuerza, agua, desagüe, etc.) que permiten soportar un hospital de hasta 300 camas, sin inversiones significativas mayores.

Todas estas razones, aseguran la viabilidad de la propuesta y del dimensionamiento previsto para el Horizonte de operatividad preliminar del HVLH.

## **14.02 SOSTENIBILIDAD POR EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN**

Una consideración fundamental en toda decisión de inversión es asegurar el menor nivel de riesgo de la misma. Riesgo, que en el caso del HVLH no es significativo, en consideración que los beneficios serán ciudadanos recuperados y útiles para la sociedad y el desarrollo del país.

Ello obliga a proponer un establecimiento, cuyo empleo de los recursos alcance un nivel óptimo compatible con los estándares técnicos hospitalarios, con la vida útil de los recursos y con la necesidad de asegurar la reposición de la inversión. Es decir, resultaría incompatible con la misión institucional, sostener una capacidad instalada en continuo deterioro y proceso de obsolescencia tecnológica.

## **14.03 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA**

La cuantificación de la capacidad hospitalaria propuesta, debe finalmente atender a un criterio insoslayable, que es el mantenimiento de la sostenibilidad financiera y operativa.

La sostenibilidad financiera cabe entenderla como la capacidad del establecimiento hospitalario de ofrecer flujos financieros positivos de corto y mediano plazo (flujo de caja y flujo de fondos, respectivamente).

En el corto plazo, el flujo de caja dependerá en lo fundamental de dos factores:

- El nivel tarifario. Fundamentalmente definido por el precio del servicio en el mercado (de los otros proveedores ubicados en el mismo segmento de la demanda) y condicionado por el costo interno del servicio.
- El nivel de costos.

El estudio de mercado señaló que el precio de una consulta médica difiere de manera sustantiva entre segmentos de población, la naturaleza de cada proveedor y los sistemas de seguro que emplea.

La sostenibilidad dependerá en este caso del nivel de manejo y flexibilidad que se tenga sobre los costos internos. El dimensionamiento óptimo del establecimiento, en este caso, estará en función del acercamiento al nivel de uso de la capacidad instalada, que es el que nos da el menor costo medio (costo unitario) y corresponde al óptimo de la economía de escala de la producción.

De otro lado, para estimar un nivel tarifario óptimo se requiere estimar los costos de producción previstos para la entrada en operación del proyecto. Esto supone agregar los montos de inversión previstos en el proyecto.

Finalmente, el establecimiento tendrá una mayor flexibilidad del manejo tarifario en función al nivel de aporte de capital que tenga la institución. En este caso, constituido principalmente por el aporte del Estado a través del presupuesto público y por el aporte de personas e instituciones nacionales o internacionales.

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). La sostenibilidad del proyecto va a depender de la magnitud del recupero de costos que se efectúe a través del nivel de tarifas. Actualmente existe una tendencia estructural a déficits persistentes que se explican porque el sistema tarifario que se aplica se encuentra fuertemente subsidiado a través de la inversión estatal,

y en menor medida, al cobro de tarifas muy por debajo de los precios de mercado, en los cuales, además, no se dispone de un adecuado control de casos para las exoneraciones de pago cuando correspondan.

## **15.0 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN**

El Horizonte definido para evaluar los resultados de las propuestas del presente Plan Director es de 15 años; 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 magnitud de la inversión en cada una de las cuatro etapas prevista, obviamente demanda un monto de recursos de financiamiento tal, que en algunas circunstancias no son fácilmente posibles de obtener en un solo ejercicio presupuestal; sin embargo esta característica puede ser superada dependiendo de la capacidad financiera, en tal caso las etapas serán una posibilidad no aplicable.

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 ordenado por la Directiva; sin embargo, el Equipo encargado de su formulación, estima y recomienda que algunas de las actividades o Proyectos, se adelanten, en consideración que significan condicionantes muy importantes para el logro y racional implementación de la mayoría de las intervenciones priorizadas.

Asimismo la demanda que se incrementa progresivamente, exige en la oportunidad debida, la implementación de los proyectos; en consecuencia existe una lógica de ejecución temporal de cada proyecto que es la que esquemáticamente se expone:

## CRONOGRAMA DE EJECUCION DE PROYECTOS DE INVERSION EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

PROYECTOS DE INVERSION		EJERCICIOS PRESUPUESTALES														
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10	Año 11	Año 12	Año 13	Año 14	Año 15
1	1. Desarrollo del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica a través de la implementación del Hospital de Día	■	■													
2	9. Remodelación del Servicio de Emergencia y equipos de crisis móviles	■	■													
3	7. Redimensionamiento y rehabilitación de la Red general de Instalaciones Eléctricas del Hospital, incluye tableros		■	■												
4	9. Implementación del Sistema de Comunicaciones y Red Informática por cableado estructurado			■	■											
5	1. Programa de Mejora en el Acceso y Uso de Psicofármacos básicos esenciales			■	■											
6	3. Fortalecimiento y ampliación de los Servicios especializados para Niños y Adolescentes				■	■										
7	6. Reorganización y Remodelación de las Unidades de Hospitalización de mediana estancia					■	■									
8	2. Fortalecimiento y Desarrollo de Programas de Rehabilitación para Hospitalizados y albergados						■	■								
9	1. Nueva organización funcional del Hospital y actualización de instrumentos normativos y operativos institucional	■	■													
10	8. Redimensionamiento y Rehabilitación del sistema de desagües						■	■								
11	5. Reorganización e implementación de las Unidades de Hospitalización de Agudos (corta estancia)							■	■							
12	2. Mejoramiento y Desarrollo de la Imagen Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera								■	■						
13	2. Programa sostenible de capacitación y especialización continua de los Recursos Humanos del Hospital		■	■												
14	4. Desarrollo de los Servicios de Farmacodependencia (incl. área de desintoxicación)								■	■						
15	8. Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Apoyo al Diagnóstico									■	■					
16	4. Organización del sistema de Archivo y reubicación de sus ambientes		■	■												

**CRONOGRAMA DE EJECUCION DE PROYECTOS DE INVERSION EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

PROYECTOS DE INVERSION		EJERCICIOS PRESUPUESTALES														
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10	Año 11	Año 12	Año 13	Año 14	Año 15
17	2.Renovación y Reposición de Equipos Biomédicos y de Esterilización						■									
18	1.Desarrollo de las acciones para reducir el riesgo de vulnerabilidad estructural, de las edificaciones existentes						■	■								
19	1.Implementación de nuevos Recursos Humanos especializados, concordantes con la Capacidad Resolutiva						■	■								
20	3. Redimensionamiento del Servicio de Epidemiología						■	■								
21	7.Reorganización y Remodelación de las Unidades de estancia asilar							■	■							
22	1.Implementación de equipo informático		■	■												
23	6. Redimensionamiento y Rehabilitación integral del Sistema de Agua (fría y caliente)								■	■						
24	1.Mejoramiento con criterio de Bioseguridad del Acopio y disposición final de los Residuos Sólidos								■	■						
25	10. Redimensionamiento de los Almacenes								■	■						
26	10.Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	■	■													
27	5. Desarrollo de la Unidad de costos hospitalarios	■	■													
28	3.Desarrollo e implementación de las medidas de seguridad para mitigar el comportamiento frente a desastres									■	■					
29	3.Evaluación de la Tasa de desgaste de los Recursos Humanos y Prevención frente a condiciones adversas									■	■					
30	16. Reagrupación de las diferentes dependencias de la función administrativa y de conducción del Hospital		■	■												
31	1. Desarrollo del Servicio de Docencia e Investigación									■	■					
32	12. Mejoramiento del Servicio de Mantenimiento y transporte										■	■				

**CRONOGRAMA DE EJECUCION DE PROYECTOS DE INVERSION EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

PROYECTOS DE INVERSION		EJERCICIOS PRESUPUESTALES														
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10	Año 11	Año 12	Año 13	Año 14	Año 15
33	Mejoramiento del Sistema de Regadío															
34	19. Mejorar la provisión de Servicios higiénicos públicos															
35	15. Implementación del Sistema de Video para salas de seguridad															
36	18. Desarrollo de facilidades de confort para el personal (Comedor, vestuarios, etc.)															
37	11. Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Lavandería															
38	3. Renovación y Reposición de los Equipos fundamentales de los Servicios de Nutrición y Mantenimiento															
39	2. Recuperación y puesta en operación de ambientes y otros elementos declarados inhabitables y clausurados															
40	17. Habilitar una Sala de Usos Múltiples idónea para el Hospital															
41	13. Implementación del Sistema de gas para la operatividad dual de los equipos															
42	4. Implementación del Sistema de agua contra incendio															
43	11. Implementación del Servicio de Hospitalización de pacientes Judiciales															
44	2. Estudio de Evaluación Social y Discapacidad de residentes															
45	2. Desarrollo de acciones y protocolos para eliminar los riesgos de vulnerabilidad no estructural															
46	3. Proyecto para la Ampliación y Desarrollo de Casas de Medio Camino															
47	14. Implementación del Sistema de Señalización															

**CRONOGRAMA DE EJECUCION DE PROYECTOS DE INVERSION EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

PROYECTOS DE INVERSION		EJERCICIOS PRESUPUESTALES														
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10	Año 11	Año 12	Año 13	Año 14	Año 15
48	2. Desarrollo de Sistemas de Calidad, Estandarización (GPC, Protocolos, etc.) y Evaluación (Auditoría, Listas Chequeo) y Seguridad Paciente											■	■			
49	4. Renovación y reposición de mobiliario											■	■			
50	1. Control Programa de Control de TBC Drogo resistente y VIH											■	■			
51	12. Reorganización y Remodelación de las Unidades de pacientes geriátricos											■	■			
52	13. Reorganización y Remodelación de las Unidades de la UCE											■	■			

## **16.0 CONCLUSIONES DEL ESTUDIO:**

El Hospital Víctor Larco Herrera, desde su construcción conserva el partido volumétrico de pabellones dispersos rodeados de abundante áreas verdes favoreciendo notablemente la ventilación, desarrollo espacial, y confort visual y ambiental de sus usuarios; sin embargo esta dispersión, que por la naturaleza de su función asistencial podría aceptarse, ocasiona deseconomías en la ejecución de algunos procesos, se duplica y atomiza la administración e individualiza y descoordina la implementación de sus protocolos terapéuticos.

Como ocurre en la mayoría de estos casos, la nobleza de los materiales originales ha permitido hasta la fecha, su subsistencia, soportando en sus 90 años ininterrumpidos de funcionamiento sismos de gran intensidad, ampliaciones, reparaciones y reciclajes más de una vez, pero habiendo recibido la calificación de intangibilidad por el Instituto Nacional de Cultura en casi el 70% de sus edificaciones y espacios circundantes, ello está motivando la imposibilidad de realizar remodelaciones para su adaptación a los procedimientos tecnológicos y asistenciales modernos de la especialidad; además de no contar con los recursos necesarios para las Refacciones y reforzamientos de las estructuras originales, que eviten el natural deterioro.

A esto se suma que el Instituto de Defensa Civil - INDECI, ha declarado inhabitables algunos de los pabellones, teniéndolos que desalojar y mantenerlos en desuso; la gran ventaja es que aún subsiste una considerable cantidad de área libre disponible que permite el objetivo por alcanzar, el de transformarse en Hospital de Atención Especializada de alto nivel, lo cual demandará un gran nivel de intervenciones.

Recibimos el encargo de formular el Plan Maestro de las Inversiones del Hospital con el objeto de identificar y ordenar las futuras transformaciones físicas y desarrollo de actividades afines que debían llevarse a cabo para alcanzar el objetivo institucional. Así se confeccionó un programa tentativo de intervenciones y un planteamiento de organización horizontal que cubre gran parte de la superficie libre disponible, siguiendo el carácter ecológico que caracteriza al Hospital.

El Ámbito de Responsabilidad asistencial definido para el Hospital, para colaborar con la Atención pública en el marco de la Estrategia de Aseguramiento Universal, es el ámbito definido para la Dirección de Salud – DISA Lima Ciudad. La población de responsabilidad es aproximadamente 2'032,000 habitantes en el año 2010.

Esta, como cualquier propuesta de desarrollo de un Hospital, necesariamente se sustenta en un Planteamiento funcional – asistencial resultante del análisis de la demanda efectiva y racionalmente prevista en el ámbito poblacional de su responsabilidad en un periodo temporal determinado, en correspondencia con la capacidad resolutive asignada por su categorización como Establecimiento parte del sistema de Servicios de la red Especializada.

Como consecuencia del Planteamiento médico, esta propuesta plantea intervenir el hospital en cuatro grandes Áreas de Tratamiento: de Organización y Gestión (Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva asistencial, mejora de sus instrumentos de gestión operativa y administrativa, Potenciación y desarrollo de los Recursos Humanos); de Alta Tecnología Asistencial (Hospital de Día, Programas de Rehabilitación Psicosocial y física, diagnóstico y servicios de apoyo); reciclaje y Modernización del Recurso Físico (renovación del sistema de Instalaciones, renovación del Equipamiento fundamental, modernización de planta física); y de mitigación de riesgos por vulnerabilidad (defensa ante amenazas naturales, reforzamiento Estructural y tratamiento del entorno).

Basándonos en los resultados de la evaluación médico funcional del futuro Hospital, en relación con la demanda prevista en los próximos quinquenios, se ha decidido la implementación de acciones progresivas, con las premisas siguientes:

- a) En consideración a la magnitud de la capacidad instalada en servicios ambulatorios y de hospitalización, el HVLH, ofertará Servicios del tercer nivel de atención o capa compleja de Servicios especializados en Salud Mental, para la población del área de influencia integral definida para el Hospital, y derivará los casos más complicados a otro establecimiento (Instituto) fuera de su ámbito.
- b) La implementación, con criterio de bioseguridad de la alta tecnología asistencial que le otorga Capacidad Resolutiva para el funcionamiento del Hospital, racional y físicamente concentrada para producir economías de escala en su operatividad, toda vez que coincidentemente exige los más elevados costos unitarios en su implementación (recursos técnicos y humanos necesarios).
- c) Implementar las medidas de seguridad pertinentes para garantizar un Servicio Asistencial funcional, moderno, confortable y confiable, realizando las acciones o medidas de mitigación respecto a la vulnerabilidad.
- d) La incorporación de un partido de diseño físico funcional más flexible, reafirmando el concepto de espacios libres con tratamiento de áreas verdes, jardines, que le otorguen al usuario del establecimiento el confort emocional indispensable, especialmente en las áreas de espera ambulatoria y salas de hospitalización, a fin de conseguir el carácter humanizante y la calidez que se reclama para la interacción Servicio - paciente.
- e) La actualización o modernización de su actual planta física, recuperando las condicionantes tecnológicas de iluminación y ventilación natural, confort y seguridad en los procesos funcionales que se desarrollan.
- f) La división espacial y de infraestructura de cada Servicio para posibilitar la concreción de la totalidad del programa en etapas, sin que por ello se deban desafectar servicios en funcionamiento.

# **ANEXOS**

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

001

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

DESARROLLO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS, A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA Y LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION PSIQUIATRICA A PACIENTES AMBULATORIOS DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL EN LA REHABILITACION PSIQUIATRICA A PACIENTES AMBULATORIOS DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

DIMENSIONAMIENTO E IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA, CON INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO IDONEOS A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL Y CON CRITERIOS DE RACIONALIDAD

EL HOSPITAL DE DIA CONSIDERARA INFRAESTRUCTURA SEPARADA PARA LA REHABILITACION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES, Y DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES.

CONSIDERA LA IMPLEMENTACION DE AMBIENTES DE TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIAS INDIVIDUALES, GRUPALES Y FAMILIARES, CAMARA DE GESELL, AMBIENTES PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, ACTIVIDADES LUDICAS, PSICOEDUCATIVAS, TALLERES, ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE, CONSULTORIOS DE SEGUIMIENTO Y AMBIENTES COMPLEMENTARIOS, CONVENIENTEMENTE EQUIPADOS.

DOTACION DE LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	4000.00 m2
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	11'200,000.00	
	EQUIPAMIENTO	1'600,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	384,000.00	<b>13'184,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	504,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	260,000.00	<b>764,000.00</b>

**2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)**

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	120,000.00

**OBSERVACIONES**

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

001 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

NUEVA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL HOSPITAL Y ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS Y OPERATIVOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS Y OPERATIVOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS Y OPERATIVOS PARA LOGRAR EL DESARROLLO INSTITUCIONAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REORGANIZACION FUNCIONAL DEL HOSPITAL

REVISION DE LOS INSTRUMENTOS, PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y NORMATIVIDAD EXISTENTES EN EL HOSPITAL

ELABORACION DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS Y OPERATIVOS PARA DESARROLLO INSTITUCIONAL QUE PERMITAN LOGRAR LOS OBJETIVOS TRAZADOS EN EL PLAN MAESTRO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO		
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL/ ESTUDIO	80,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

## OBSERVACIONES

LA COMPILACIÓN, EVALUACION DE LOS INSTRUMENTOS EXISTENTES; ASÍ COMO LA ELABORACION DE NUEVOS, NO CONSTITUYE UN PROYECTO DE INVERSIÓN; PUEDE SER REALIZADA POR ADMINISTRACION DIRECTA O TRAVÉS DE LA CONTRATACION DE TERCEROS, PARA LO CUAL REQUERIEIA DE LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE.

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

001 B

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

DESARROLLO DEL SERVICIO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADO DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACION

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADO DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACION

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION CLINICA Y OPERATIVA EN SALUD MENTAL

INCREMENTO DE LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA A NIVEL DE POSTGRADO Y ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	<b>572.00 M2</b>
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	560,500.00	
	EQUIPAMIENTO	100,00.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	33,000.00	<b>693,500.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	72,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	36,000.00	<b>108,000.00</b>

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

001 D

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

IMPLEMENTACIÓN DE NUEVOS RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS, CONCORDANTES CON LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

FALTA DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS PARA LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADO NUMERO DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS PARA LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

ESTUDIO DE LA NECESIDAD DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS EN FUNCION A LAS NECESIDADES, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL PLAN MAESTRO DE INVERSIONES

EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES PARA LA CONTRATACION CORRESPONDIENTE

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO		
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL/ESTUDIO	10,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

LOS COSTOS OPERATIVOS DEPENDERAN DEL RESULTADO DE LOS ESTUDOS DE PREINVERSION.

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

001 F

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

MEJORAMIENTO CON CRITERIO DE BIOSEGURIDAD DEL ACOPIO Y TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

ALTO RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR LA FALTA DE BIOSEGURIDAD EN EL ACOPIO Y DISTRIBUCION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ELIMINACION DEL RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL AL CONTAR CON AMBIENTES PARA EL ACOPIO Y TRATAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS, CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

DIMENSIONAMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA EL ACOPIO Y TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS SOLIDOS DEL HOSPITAL, CON CRITERIOS DE BIOSEGURIDAD Y SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE

EJECUCION LAS OBRAS Y EQUIPAMIENTO PARA EL ACOPIO Y TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS SOLIDOS DEL HOSPITAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	250.00 m2
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	315,000.00	
	EQUIPAMIENTO	50,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	15,750.00	<b>380,750.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

001 G

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPO INFORMÁTICO

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADO SISTEMA DE COMUNICACIONES PARA GESTION ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADO SISTEMA DE COMUNICACIONES PARA GESTION ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DEL EQUIPAMIENTO INFORMATICO ACTUAL

DIMENSIONAMIENTO RACIONAL DE LOS REQUERIMIENTOS DE EQUIPO INFORMATICO DEL HOSPITAL

DOTACION DE EQUIPO INFORMATICO NECESARIO PARA CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE COMUNICACIONES

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO	250,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO		<b>250,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

002

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA Y LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL A PACIENTES HOSPITALIZADOS

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL A PACIENTES HOSPITALIZADOS

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EXISTENTE, CON CRITERIO DE RACIONALIDAD

REUBICACION DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

CONSIDERA LA IMPLEMENTACION DE AMBIENTES DE TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE, COMO DEPORTES, GRANJA, BIOHUERTO, ETC., Y AMBIENTES COMPLEMENTARIOS, CONVENIENTEMENTE EQUIPADOS.

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	900.00 m2
	AREA DE REMODELACIÓN	
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	2'142,000.00	
	EQUIPAMIENTO	100,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	112,000.00	<b>2'354,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	145,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	96,000.00	<b>241,000.00</b>

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

002 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

MEJORAMIENTO Y DESARROLLO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA IMAGEN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL ANTE LA COMUNIDAD

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA IMAGEN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL QUE LO PROYECTEN COMO HOSPITAL ESPECIALIZADO MODERNO Y EFICIENTE

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

ESTUDIO DE MERCADO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL ANTE LA COMUNIDAD

REALIZAR LAS ACCIONES QUE RESULTEN DEL ESTUDIO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO		
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	72,000.00	
	RECURSOS TECNICOS		<b>72,000.00</b>

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	280,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

002 D

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

CAPACITACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL, DE ACUERDO A LAS ATRIBUCIONES DE SU CAPACIDAD RESOLUTIVA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADA CAPACITACION Y ESPECIALIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN EL HOSPIITAL, EN FUNCION A SU CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA CAPACITACION Y ESPECIALIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN FUNCION A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

INCREMENTO DEL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ESPECIALIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES

GESTIONAR CONVENIOS CON ORGANISMOS E INSTITUCIONES NACIONALES E IONTERNACIONALES QUE FACILITEN LA EJECUCION DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACION Y ESPECIALIZACION

EJECUCION DEL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ESPECIALIZACION DEL HOSPITAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO		
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL/ ESTUDIO	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

EL PROGRAMA DE CAPACITACION DEBERA SER ELABORADO Y GESTIONADO POR PERSONAL DEL HOSPITAL.

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

002 F

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RECUPERACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE AMBIENTES Y OTROS ELEMENTOS DECLARADOS INHABITABLES Y CLAUSURADOS

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

ALTO RIESGO Y VULNERABILIDAD A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR AMBIENTES DECLARADOS INHABITABLES Y POR OTROS ELEMENTOS CLAUSURADOS E INOPERATIVOS

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ELIMINACION DEL RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR LOS AMBIENTES DECLARADOS INHABITABLES Y POR OTROS ELEMENTOS CLAUSURADOS E INOPERATIVOS

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SECTORES DECLARADOS INHABITABLES POR INDECI

EVALUACION DE LOS ELEMENTOS, COMO CISTERTNAS, CLAUSURADOS E INOPERATIVOS

ESTUDIO DE REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LA INFRAESTRUCTURA EN COORDINACION CON EL INC

EJECUCION DE LAS OBRAS DE REFORZAMIENTO Y RESTAURACION, DE SER EL CASO; Y DEMOLICION DE LOS ELEMENTOS INNECESARIOS E INOPERATIVOS DEL HOSPITAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	<b>1400.00 M2</b>

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	780,000.00	
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO	160,000.00	<b>940,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

EN INFRAESTRUCTURA SE HA CONSIDERADO COSTOS ESTIMADOS DE DEMOLICION, MAS NO LA EJECUCION DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL, DEBIDO A QUE DEPENDE DEL NIVEL DE INTERVENCION A REALIZAR. EL EXPEDIENTE INCLUYE EL PROYECTO DE REFORZAMIENTO.

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

002 G

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RENOVACIÓN Y REPOSICIÓN DE EQUIPOS BIOMÈDICOS Y DE ESTERILIZACIÓN

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADA OPERATIVIDAD ASISTENCIAL POR EL ESTADO DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE ESTERILIZACION

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA OPERATIVIDAD ASISTENCIAL POR EL ESTADO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE ESTERILIZACION

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DEL EQUIPAMIENTO BIOMEDICO Y DE ESTERILIZACION EXISTENTE

DOTACION DE EQUIPOS MEDICOS FUNDAMENTALES Y COMPLEMENTARIOS PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIALES DEL HOSPITAL, INCLUYE INSTRUMENTAL

EJECUCION DE LAS ACCIONES PARA LA ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE ESTERILIZACION

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO	100,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	10,000.00	<b>110,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

003

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

DESARROLLO DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PARA LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGIA PSIQUIATRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA DEMANDA ESPECIALIZADA QUE CORRESPONDE AL AREA DE RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL, SEGÙN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL

ASIGNACION DE LOS RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS NECESARIO PARA LA ADECUADA ATENCION DEL SERVICIO REFORMULADO

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

REMODELACION E IMPLEMENTACION DE AMBIENTES IDONEOS CON EQUIPAMIENTO, INCLUYENDO TODOS LOS AMBIENTES QUE RESULTEN CONVENIENTES PARA LA ESPECIALIDAD, CONSIDERANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

## 2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	900.00 M2
	AREA DE REMODELACIÓN	
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	2'252,000.00	
	EQUIPAMIENTO	160,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	134,000.00	<b>2'546,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	216,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	72,000.00	<b>388,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	-

## OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

003 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA LIMITADO QUE NO PERMITE UN ADECUADO ESTUDIO DE LA POBLACION USUARIA DEL HOSPITAL Y DE SUS CONDICIONES AMBIENTALES

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADO SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA QUE PERMITA EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACION USUARIA Y DE SUS CONDICIONES AMBIENTALES

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DEL ACTUAL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA DEL HOSPITAL

DESARROLLO DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA DEL HOSPITAL, QUE PERMITA CONOCER LA POBLACION USUARIA Y LAS CONDICIONES AMBIENTALES EN EL AMBITO DE INFLUENCIA

DOTACION DE LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA LE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE EPIDEMIOLOGIA

IMPLEMENTACION DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA UN ADECUADO FUNCIONAMIENTO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	<b>50.00 M2</b>
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	25,000.00	
	EQUIPAMIENTO	35,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO		<b>60,,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	36,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	12,000.00	<b>48,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL/ ESTUDIO	15,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

003 F

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REGADÍO

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

ALTO RIESGO Y VULNERABILIDAD A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR EL ACTUAL SISTEMA DE RIEGO

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

BAJO RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR EL SISTEMA DE RIEGO

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DEL SISTEMA ACTUAL DE RIEGO DE JARDINES

EVALUACION DEL TRATAMIENTO DE AGUA DEL CANAL DE REGADIO Y DE LAS AGUAS RESIDUALES DEL HOSPITAL, COMO SISTEMA DE RIEGO

EJECUCION DE LAS ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE RIEGO, INCLUYENDO EL EQUIPO, DE SER EL CASO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	168,000.00	
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO	10,000.00	<b>178,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

003 G

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RENOVACIÓN Y REPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS FUNDAMENTALES DE LOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN Y MANTENIMIENTO

1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADA OPERATIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE NUTRICION Y MANTENIMIENTO

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA OPERATIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE NUTRICION Y MANTENIMIENTO

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DEL EQUIPAMIENTO DEL DERVIICO DE NUTRICION Y MANTENIEMIENTO DEL HOSPITAL

ELABORACION DE LISTADO DE REPOSICION DE EQUIPOS FUNDAMENTALES DE LOS SERVICOS DE NUTRICION Y MANTENIMIENTO

EJECUCION DE LAS ACCIONES PARA LA ADQUISICION DE EQUIPOS PARA EL SERVICIOS DE NUTRICION Y MANTENIMIENTO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO	100,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	10,000.00	<b>110,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

003 G

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

PREPARACIÓN DE PROTOCOLOS Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL Y PACIENTES FRENTE A SITUACIONES DE DESASTRES

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

FALTA DE UN PLAN DE CONTINGENCIA QUE INCLUYA PROTOCOLOS Y CAPACITACION DEL PERSONAL Y PACIENTES FRENTE A SITUACIONES DE DESASTRE

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

CONTAR CON UN PLAN DE CONTINGENCIA QUE INCLUYA LOS PROTOCOLOS Y CAPACITACION DEL PERSONAL Y PACIENTES FRENTE A SITUACIONES DE DESASTRE

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

ELABORACION DEL PLAN DE CONTINGENCIAS DEL HOSPITAL FRENTE A SITUACIONES DESASTRE, EN COORDINACION CON INDECI

ELABORACION DE LOS PROTOCOLOS CORRESPONDIENTES

CAPACITACION DEL PERSONAL Y PACIENTES FRENTE A SITUACIONES DE DESASTRE

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO		
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

EL PLAN DE CONTINGENCIAS PUEDE SER ELABORADO POR ADMINISTRACION DIRECTA EN COORDINACION CON INDECI, O CONTRATR LOS SERVICIOS DE TERCEROS, DEBIENDO CONTRA CON LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE.

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

004

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE ADICCIONES Y FARMACODEPENDENCIA DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE ADICCIONES Y FARMACO DEPENDENCIA DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ADICCIONES, CONSIDERANDO AMBOS SEXOS, DE ACUERDO A LA DEMANDA ESPECIALIZADA QUE CORRESPONDE AL AREA DE RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL, SEGÙN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL

ASIGNACION DE LOS RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS NECESARIO PARA LA ADECUADA ATENCION DEL SERVICIO REFORMULADO

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

AMPLIACION DE AMBIENTES IDONEOS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES DE AMBOS SEXOS, INCLUYENDO TODOS LOS AMBIENTES QUE RESULTEN CONVENIENTES PARA LA ESPECIALIDAD, CONSIDERANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE, Y EL EQUIPAMIENTO CORRESPONDIENTE

### 2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	<b>745.00 M2</b>
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

### 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	1'043,000.00	
	EQUIPAMIENTO	160,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	60,150.00	<b>1'263.150.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	96,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	96,000.00	<b>192,000.00</b>

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	-

### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

004 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ARCHIVO Y REUBICACIÓN DE SUS AMBIENTES

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

CARENCIA DE UN SISTEMA DE ARCHIVO EN EL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

CONTAR CON UN ADECUADO SISTEMA DE ARCHIVO EN EL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

IMPLEMENTACION DE UN ADECUADO SISTEMA DE ARCHIVO  
EVALUACION DE LA INFRAESTRUCTURA ACTUAL  
IMPLEMENTACION DE LOS AMBIENTES, MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO INFORMATICO REQUERIDO  
DOTAR DE LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA SU OPERACION

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	360.00 m2
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	352,800.00	
	EQUIPAMIENTO	50,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	17,640.00	<b>420,440.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	25,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	12,000.00	<b>37,000.00</b>

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

004 G

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RENOVACIÓN Y REPOSICIÓN DE MOBILIARIO

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADA OPERATIVIDAD POR EL ESTADO DEL MOBILIARIO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA OPERATIVIDAD POR EL ESTADO DEL MOBILIARIO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DEL MOBILIARIO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL

ELABORACION DE LISTADO DE REPOSICION DE MOBILIARIO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO

EJECUCION DE LAS ACCIONES PARA LA ADQUISICION DE MOBILIARIUO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO	90,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	10,000.00	<b>100,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA Nº

005

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS (CORTA ESTANCIA)

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES AGUDOS, QUE REQUIEREN DE UNA CORTA ESTANCIA EN EL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RACIONAL Y ADECUADA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES AGUDOS

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES AGUDOS, SEGÙN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL

IMPLEMENTACION DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA PARA PACIENTES DE AMBOS SEXOS, CON TODOS LOS AMBIENTES Y EQUIPOS QUE RESULTEN CONVENIENTES PARA LA ESPECIALIDAD Y CONSIDERANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

EVALUACION DEL NÙMERO DE RECURSOS HUMANOS EXISTENTES Y DOTACION DEL PERSONAL REQUERIDO.

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	2156.00 M2
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	6'036,800.00	
	EQUIPAMIENTO	600,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	265,470.00	<b>6'902,270.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	144,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	100,000.00	<b>244,000.00</b>

**2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)**

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	120,000.00

**OBSERVACIONES**

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

005 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ESTUDIO DE COSTOS HOSPITALARIOS

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

FALTA DE UN ESTUDIO DE COSTOS DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

CONTAR CON UN ESTUDIO DE COSTOS HOSPITALARIOS QUE PERMITAN LA OPERATIVIDAD DEL HOSPITAL Y SU SOSTENIBILIDAD

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

ELABORACION DE UN ESTUDIO DE LOS COSTOS HOSPITALARIOS

REALIZAR LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES PARA LA IMPLEMENTACION DEL ESTUDIO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA		
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO		
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	42,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	12,000.00	<b>54,000.00</b>

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL/ ESTUDIO	30,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

006

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REORGANIZACIÓN Y REMODELACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIANA ESTANCIA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES QUE REQUIEREN DE UNA MEDIANA ESTANCIA EN EL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RACIONAL Y ADECUADA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARAPACIENTES DE MEDIANA ESTANCIA

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES DE MEDIANA ESTANCIA, SEGÙN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

REMODELACION E IMPLEMENTACION DE AMBIENTES IDONEOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE MEDIANA ESTANCIA PARA PACIENTES DE AMBOS SEXOS, INCLUYENDO TODOS LOS AMBIENTES Y EQUIPOS QUE RESULTEN CONVENIENTES PARA LA ESPECIALIDAD, CONSIDERANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE

EVALUACION DEL NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS EXISTENTES Y DOTACION DEL PERSONAL REQUERIDO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	4471.00 m2
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	6'259,400.00	
	EQUIPAMIENTO	180,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	200,000.00	<b>6'639,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	144,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	100,000.00	<b>244,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	120,000.00

### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

006 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REDIMENSIONAMIENTO Y REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA DE AGUA

**1.1. UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2. UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

ALTA VULNERABILIDAD DE RIESGO SANITARIO DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN EL ESTABLECIMIENTO

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ELIMINACION DE LA VULNERABILIDAD A LA QUE SE ENCUENTRAN SOMETIDOS LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN EL ESTABLECIMIENTO

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DEL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y DISTRIBUCION DEL SISTEMA DE AGUA EN EL HOSPITAL

EVALUACION DE LA CAPACIDAD Y ACTUALES CONDICIONES DE LAS CISTERNAS EXISTENTES

EVALUACION DE LAS REDES SANITARIAS AGUA FRIA Y CALIENTE AL INTERIOR DE CADA PABELLON

EJECUCION DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL NUEVO SISTEMA DE AGUA DEL HOSPITAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	-
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	50,000 m2

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INSTALACIONES	1'000,000.00	
	EQUIPAMIENTO	60,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	16,000.00	<b>1'076,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION

NIVEL	COSTO APROX. (\$/.)
PERFIL	
PRE FACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

## 3. OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

007

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REORGANIZACIÓN Y REMODELACIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTANCIA ASILAR DEL HOSPITAL

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES DE ESTANCIA ASILAR

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RACIONAL Y ADECUADA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARAPACIENTES DE ESTANCIA ASILAR

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES ESTANCIA ASILAR

EVALUACION ESPECIALIZADA Y SOCIAL DE LOS PACIENTES ACTUAMENTE ASILADOS EN EL HOSPITAL, A FIN DE DEFINIR LA DEMANDA ESPECÍFICA, CONSIDERANDO LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y LOS LINEAMIENTOS DEL PLAN MAESTRO DEL HOSPITAL

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

REMODELACION E IMPLEMENTACION DE AMBIENTES IDONEOS CON EQUIPAMIENTO, EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE LARGA ESTANCIA PARA PACIENTES DE AMBOS SEXOS, INCLUYENDO TODOS LOS AMBIENTES QUE RESULTEN CONVENIENTES PARA LA ESPECIALIDAD, CONSIDERANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

EVALUACION DEL NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN EL HOSPITAL Y DOTACION DEL PERSONAL REQUERIDO

## 2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	<b>4271.00 m2</b>
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	5'980,000.00	
	EQUIPAMIENTO	300,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	188,400.00	<b>6'468,400.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	60,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	40,000.00	<b>100,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	120,000.00

## OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

007 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REDIMENSIONAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA RED GENERAL DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS DEL HOSPITAL

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

ALTA VULNERABILIDAD DE RIESGO ELECTRICO PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR LAS CONDICIONES DE LAS REDES GENERALES DE ELECTRICIDAD

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ELIMINACION DE LA VULNERABILIDAD PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR LAS REDES ELECTRICAS

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DEL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO ELECTRICO

EVALUACION DE LAS ACTUALES CONDICIONES DE LOS TABLEROS GENERALES DEL HOSPITAL Y LOS DE BAJA Y MEDIA TENSION

ELABORACION DEL EXPEDIENTE TECNICO Y EJECUCION DE LAS OBRAS NECESARIAS PARA CONTAR CON UN ADECUADO SISTEMA ELECTRICO EN EL HOSPITAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INSTALACIONES	200,000.00	
	EQUIPAMIENTO	150,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	15,000.00	<b>365,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

EXISTE EL EPEDIENTE TECNICO PARA LA REHABILITACION DE LAS INSTALCIONES ELCYTRICAS DE LOS PABELLONES DEL HOSPITAL; CUYO COSTO PODRÁ ADICIONARSE AL PRESENTE PROYECTO.

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

008

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REDIMENSIONAMIENTO E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA Y LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA E IMÁGENES DEL HOSPITAL, SEGÙN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL ASIGNADA

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES EN EL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO DEL HOSPITAL

IMPLEMENTACION DE AMBIENTES PARA LABORATORIOS BASICOS Y ESPECIALIZADOS PARA SALUD MENTAL, RAYOS X, TOMOGRAFIA, RESONANCIA MAGNETICA, AMBIENTES DE APOYO Y COMPLEMENTARIOS, Y OTROS QUE RESULTEN CONVENIENTES EN EL ESTUDIO DE PREINVERSION, CONSIDERANDO LA POSIBILIDAD DE VENTA DE SERVICIOS A OTROS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED.

IMPLEMENTACION DEL EQUIPAMIENTO PARA IMÁGENES Y PATOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL

DOTAR DE LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA EL NUEN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	1520.00 M2
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	4'256,000.00	
	EQUIPAMIENTO	5'460,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	300,000.00	<b>10'016,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	96,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	96,000.00	<b>192,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	100,000.00

## OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

008 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REDIMENSIONAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL SISTEMA DE DESAGÜE

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

ALTA VULNERABILIDAD DE RIESGO PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR LAS CONDICIONES DE LAS REDES DE DESAGUE DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ELIMINACION DE LA VULNERABILIDAD PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR LAS REDES DE DESAGUE

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DE LAS ACTUALES CONDICIONES DEL SISTEMA DE DESAGUE DEL HOSPITAL

ELABORACION DEL EXPEDIENTE TECNICO Y EJECUCION DE LAS OBRAS NECESARIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA RED DE DESAGUE DEL HOSPITAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INSTALACIONES	360,000.00	
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO	16,000.00	<b>376,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

009

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS DE SALUD MENTAL EN EL AMBITO DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA Y RACIONAL CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIAS DE SALUD MENTAL, EN EL AMBITO DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

ATENCION INTRAPABELLONAL DE EMERGENCIAS Y LA IMPLEMENTACION DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS INTRAHOSPITALARIAS.

IMPLEMENTACION DEL CENTRO DE MONITOREO DE EMERGENCIAS DE SALUD MENTAL, A TRAVÉS DE EQUIPOS MOVILES, QUE GARANTICEN LA ATENCION OPORTUNA DE LOS PACIENTES

REALIZAR LAS REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LOS PACIENTES HACIA ESTABLECIMIENTOS CON LA CAPACIDAD RESOLUTIVA CORRESPONDIENTE.

IMPLEMENTACION DE LA ATENCION TELEFÓNICA COMO ATENCION INMEDIATA PARA CASOS DE CRISIS DOMICILIARIAS Y EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE.

REUBICACIÓN DEL ACTUAL SERVICIO DE EMERGENCIA, PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CONDICIONES DE ZONIFICACIÓN, INTERRELACIÓN FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO IDÓNEAS A SU CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL Y CON CRITERIO DE RACIONALIDAD CONFORME LO SEÑALA EL PLAN DIRECTOR DEL HOSPITAL.

REMODELACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, CUMPLIENDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE, CON CAMAS DE OBSERVACION (DE MAXIMO 72 HORAS), SECTORIZADAS POR SEXO, CONVENIENTEMENTE EQUIPADOS.

CONTAR CON LOS RECURSOS HUMANOS EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA EL MANEJO DE LA EMERGENCIAS Y URGENCIAS.  
 IMPLEMENTACION DE CONEXIÓN FISICA CON EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	700.00 m2
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	490,000.00	
	EQUIPAMIENTO	420,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	45,500.00	<b>955,500.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	90,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	40,000.00	<b>130,000.00</b>

**2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)**

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	-

**3. OBSERVACIONES**

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

009 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE COMUNICACIONES Y DE LA RED INFORMÁTICA DEL HOSPITAL POR CABLEADO ESTRUCTURADO

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

FALTA DE UNA RED ESTRUCTURADA Y DE UN DATA CENTER; ASI COMO DEL EQUIPAMIENTO INFORMATICO QUE PERMITAN CONTAR CON UN ADECUADO SISTEMA DE COMUNICACIONES EN EL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

CONTAR CON UNA ELEVADA CAPACIDAD TECNOLOGICA DE INFORMACION EN EL AMBITO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO, A TRAVES DE UNA RED ESTRUCTURADA DE VOZ, DATA Y VIDEO, QUE PERMITA MEJORAR LA CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

ELABORACION DE UN ESTUDIO QUE PERMITA DIMENSIONAR E IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE VOZ, DATA Y VIDEO A TRAVES DE UNA RED ESTRUCTURADA

EL EXPEDIENTE TECNICO DEBE CONSIDERAR LOS AMBIENTES DE COMPUTO Y ADMINISTRATIVOS NECESARIOS PARA EL HOSPITAL, LAS INSTALACIONES DE CABLEADO ESTRUCTURADO Y EL MONTAJE DE EQUIPOS DE INSTALACIONES DE CABLEADO ESTRUCTURADO.

EJECUCION DE LAS OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, ADQUISICION Y MONTAJE DEL EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE VOZ, DATA Y VIDEO

DOTAR DE LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE COMPUTO DEL HOSPITAL

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	<b>400.00 M2</b>
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	448,000.00	
	EQUIPAMIENTO	600,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	52,000.00	<b>1'100,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	84,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	60,000.00	<b>144,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	80,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

## OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

010

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADA OPERATIVIDAD DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA Y EFECTIVA OPERATIVIDAD DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

GESTIONAR LA INTERRELACION CON LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD

EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS EXISTENTE

MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

IMPLEMENTACION DEL LOS RECURSOS HUMANOS, INFRAESTRUCTURA; ASI COMO EL EQUIPAMIENTO INFORMATICO Y ADMINISTRATIVO PARA CONTAR CON UN SISTEMA EFICIENTE

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	50.00 m2
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	30,000.00	
	EQUIPAMIENTO	50,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	10,000.00	<b>90,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	36,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	24,000.00	<b>60,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

## OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

010 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REDIMENSIONAMIENTO DE LOS ALMACENES DEL HOSPITAL

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADO SISTEMA DE ALMACENAMIENTO

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADO SISTEMA DE ALMACENAMIENTO EN EL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DE LA INFRAESTRUCTURA EXISTENTE

REDIMENSIONAMIENTO DE LOS ALMACENES DEL HOSPITAL

EJECUCION DE LAS OBRAS Y DOTACION DEL EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO NECESARIO PARA CONTAR CON UN ADECUADO SISTEMA ALMACENAMIENTO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	600.00 M2
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	504,000.00	
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO	26,000.00	<b>530,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

011

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES JUDICIALES

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA OPERATIVIDAD DE LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES JUDICIALES

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA OPERATIVIDAD DE LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES JUDICIALES EN EL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES JUDICIALES, CONSIDERANDO EL CONVENIO INTERINSTITUCIONAL SUSCRITO Y SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DEL PLAN MAESTRO DE INVERSIONES

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

IMPLEMENTACION DE INFRAESTRUCTURA IDONEA Y EQUIPAMIENTO, CONSIDERANDO LA SEGURIDAD REQUERIDA Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE

LA INFRAESTRUCTURA DEBERA CONTEMPLAR LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES INIMPUTABLES Y LA EVALUACION AMBULATORIA DE PACIENTE IMPUTABLES.

DOTACION DE LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	650.00 m2
	AREA DE REMODELACIÓN	745.00 M2
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	2'341,500.00	
	EQUIPAMIENTO	300,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	132,000.00	<b>2'773,500.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	144,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	220,000.00	<b>164,000.00</b>

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	-

### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

011 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REDIMENSIONAMIENTO E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA OPERATIVIDAD EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADA OPERATIVIDAD DEL SERVICIO DE LAVANDERIA

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

DIMENSIONAMIENTO DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA DEL HOSPITAL

EVALUACION DE LOS COSTOS Y CONVENIENCIA DE CONTAR CON EL SERVICIO DE LAVANDERIA DENTRO DEL HOSPITAL

EVALUACION DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTE

EN FUNCION A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, DIMENSIONAR Y EJECUTAR LAS ACCIONES QUE CORRESPONDAN

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	600.00 M2
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	840,000.00	
	EQUIPAMIENTO	220,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	53,000.00	<b>1'113,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

012

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REORGANIZACIÓN Y REMODELACIÓN DE LAS UNIDADES DE PACIENTES GERIÁTRICOS

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES GERIÁTRICOS

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RACIONAL Y ADECUADA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES GERIÁTRICOS

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES ESTANCIA ASILAR, GERIÁTRICOS, SEGÚN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

REMODELACION E IMPLEMENTACION DE AMBIENTES IDONEOS CON EQUIPAMIENTO, EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE LARGA ESTANCIA PARA PACIENTES DE AMBOS SEXOS, PARA PACIENTES GERIÁTRICOS Y DE CUIDADOS ESPECIALES, INCLUYENDO TODOS LOS AMBIENTES QUE RESULTEN CONVENIENTES PARA LA ESPECIALIDAD, CONSIDERANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

EVALUACION DEL NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN EL HOSPITAL Y DOTACION DEL PERSONAL REQUERIDO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	<b>872.00 m2</b>
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	1'220,800.00	
	EQUIPAMIENTO	120,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	67,040.00	<b>1'407,840.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	60,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	60,000.00	<b>120,000.00</b>

**2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)**

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	-

**OBSERVACIONES**

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

012 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADO SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

ADECUADO SISTEMA DE MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DEL SERVICIO ACTUAL DE MANTENIMIENTO, INCLUYENDO TODOS SUS COMPONENTES

EVALUACION DEL SISTEMA DE TRANSPORTE ACTUAL

EVALUACION DE LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y TRANSPORTE EXISTENTE, INCLUYENDO LOS CALDEROS

MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE DEL HOSPITAL

EJECUCION DE LAS OBRAS DE INFRAESTRUCTURA; ASI COMO LA RENOVACION Y/O ADQUISICION DEL EQUIPAMIENTO NECESARIO

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	800.00 M2
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

## 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	1'120,000.00	
	EQUIPAMIENTO	120,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	56,000.00	<b>1'296,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

## 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

013

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

REORGANIZACIÓN Y REMODELACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES QUE REQUIEREN CUIDADOS ESPECIALES

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

RACIONAL Y ADECUADA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARAPACIENTES QUE REQUIEREN DE CUIDADOS ESPECIALES

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

REDIMENSIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES SEGÙN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL

EVALUACION DE LA ZONIFICACION, INTERRELACION FUNCIONAL, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EXISTENTES

REMODELACION E IMPLEMENTACION DE AMBIENTES IDONEOS CON EQUIPAMIENTO, EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE LARGA ESTANCIA PARA PACIENTES DE AMBOS SEXOS, PARA PACIENTES GERIATRICOS Y DE CUIDADOS ESPECIALES, INCLUYENDO TODOS LOS AMBIENTES QUE RESULTEN CONVENIENTES PARA LA ESPECIALIDAD, CONSIDERANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

EVALUACION DEL NÙMERO DE RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN EL HOSPITAL Y DOTACION DEL PERSONAL REQUERIDO

### 2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	<b>1746.00 m2</b>
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

### 2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	2'440,400.00	
	EQUIPAMIENTO	100,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	89,000.00	<b>2'629,400.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS	96,000.00	
	RECURSOS TECNICOS	60,000.00	<b>156,000.00</b>

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	40,000.00
PREFACTIBILIDAD	60,000.00
FACTIBILIDAD	-

### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

013 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GAS PARA LA OPERATIVIDAD DUAL DE LOS EQUIPOS

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

EQUIPOS ELECTROMECAVICOS CON UN SOLO SISTEMA DE OPERATIVIDAD

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

CONTAR CON UN SISTEMA DUAL DE OPERATIVIDAD DE LOS EQUIPOS ELECTROMECAVICOS

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION Y ESTUDIO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GAS PARA LA OPERATIVIDAD DE LOS EQUIPOS ELECTROMECAVICOS

EJECUCION DE LAS ACCIONES NECESARIAS

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INSTALACIONES	280,000.00	
	EQUIPAMIENTO	40,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	20,000.00	<b>340,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

014 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SEÑALIZACIÓN

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

INADECUADO SISTEMA DE SEÑALIZACION EN EL HOSPITAL QUE DIFICULTA LA ORIENTACION DEL USUARIO Y LA SEGURIDAD EN CASOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

IMPLEMENTAR U SISTEMA DE SEÑALIZACION QUE ORIENTE AL USUARIO HACIA SU DESTINO FINAL Y COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIAS EN CASOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

ELABORACION DEL ESTUDIO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE SEÑALIZACION EN EL HOSPITAL, QUE PERMITA ORIENTAR A LOS USUARIOS; ASÍ COMO LA SEÑALIZACION DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE SEÑALIZACION

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	-
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	40,000.00	
	EQUIPAMIENTO		
	EXPEDIENTE TECNICO	10,000.00	<b>50,000.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

NIVEL	COSTO APROX.
PERFIL	
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

**PLAN MAESTRO DE INVERSIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA  
FICHA DE PROYECTO**

FICHA N°

018 A

**1. NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

DESARROLLO DE FACILIDADES DE CONFORT PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL

**1.1 UNIDAD FORMULADORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.2 UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

**1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

LIMITADAS FACILIDADES DE CONFORT PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL

**1.4 OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

CONTAR CON LAS FACILIDADES DE CONFORT PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL

**2. DESCRIPCION GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO**

EVALUACION DE LAS FACILIDADES DE CONFORT ACTUALES, COMO LA EXISTENCIA DE COMEDOR, VESTUARIOS, ETC.

REDIMENSIONAMIENTO DE LOS AMBIENTES DE CONFORT PARA EL PERSONAL, INCLUYENDO MOBILIARIO

EJECUCION DE LAS OBRAS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACION DEL MOBILIARIO CORRESPONDIENTE

**2.1 AREA APROXIMADA DE INTERVENCION**

INFRAESTRUCTURA	AREA DE CONSTRUCCION NUEVA	
	AREA DE REMODELACIÓN	800.00 m2
	AREA DE REHABILITACIÓN	-

**2.2 COSTOS ESTIMADOS DE LA INVERSION TOTAL (NUEVOS SOLES)**

INVERSION	INFRAESTRUCTURA	336,000.00	
	EQUIPAMIENTO	46,000.00	
	EXPEDIENTE TECNICO	19,500.00	<b>401,500.00</b>
OPERACIÓN ANUAL (ADICIONAL)	RECURSOS HUMANOS		
	RECURSOS TECNICOS		

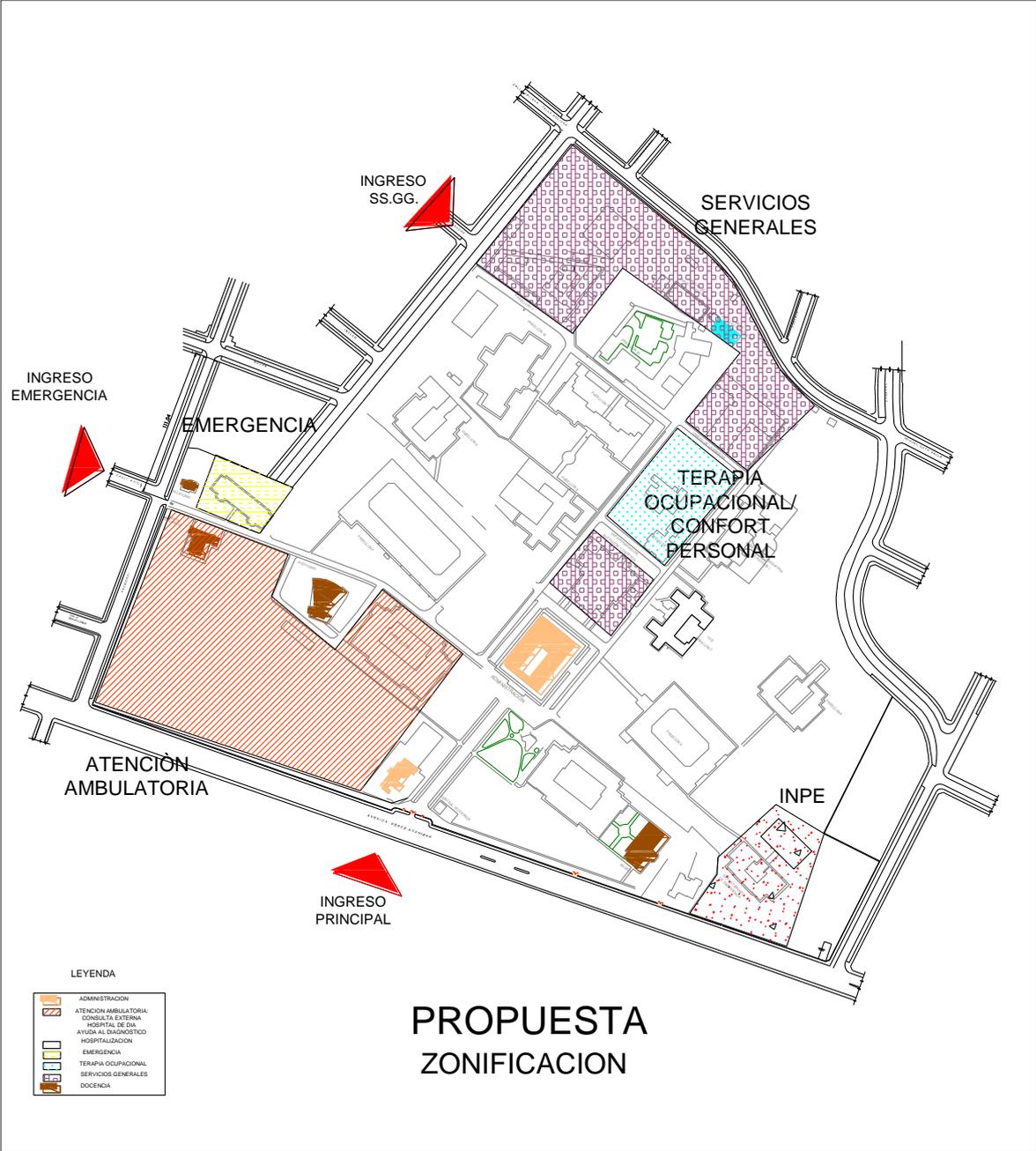
### 2.3 ESTUDIOS DE PRE INVERSION (NUEVOS SOLES)

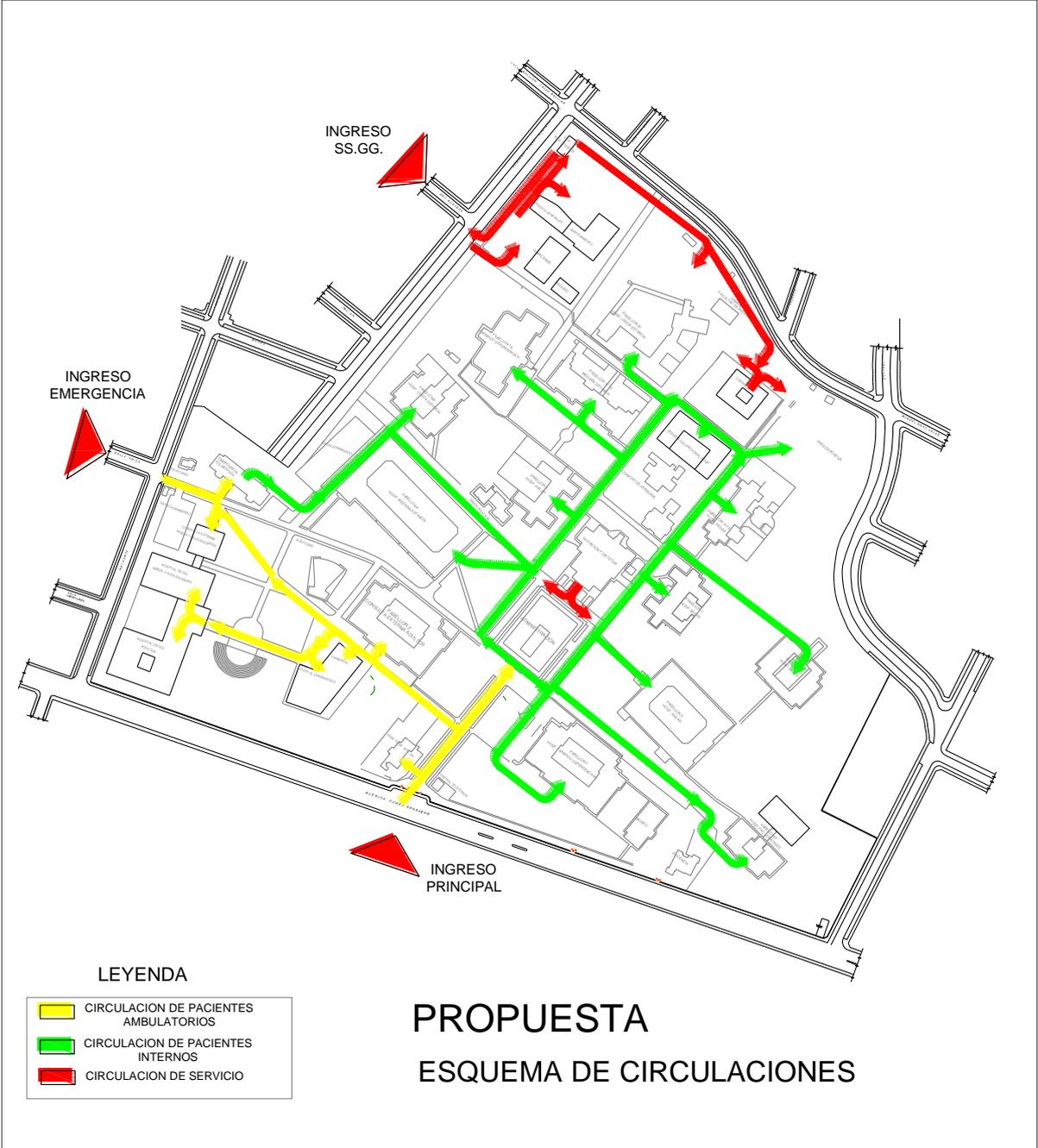
<b>NIVEL</b>	<b>COSTO APROX.</b>
PERFIL	35,000.00
PREFACTIBILIDAD	
FACTIBILIDAD	-

#### OBSERVACIONES

--

# **PROPUESTAS DE ORGANIZACIÓN ESPACIAL**

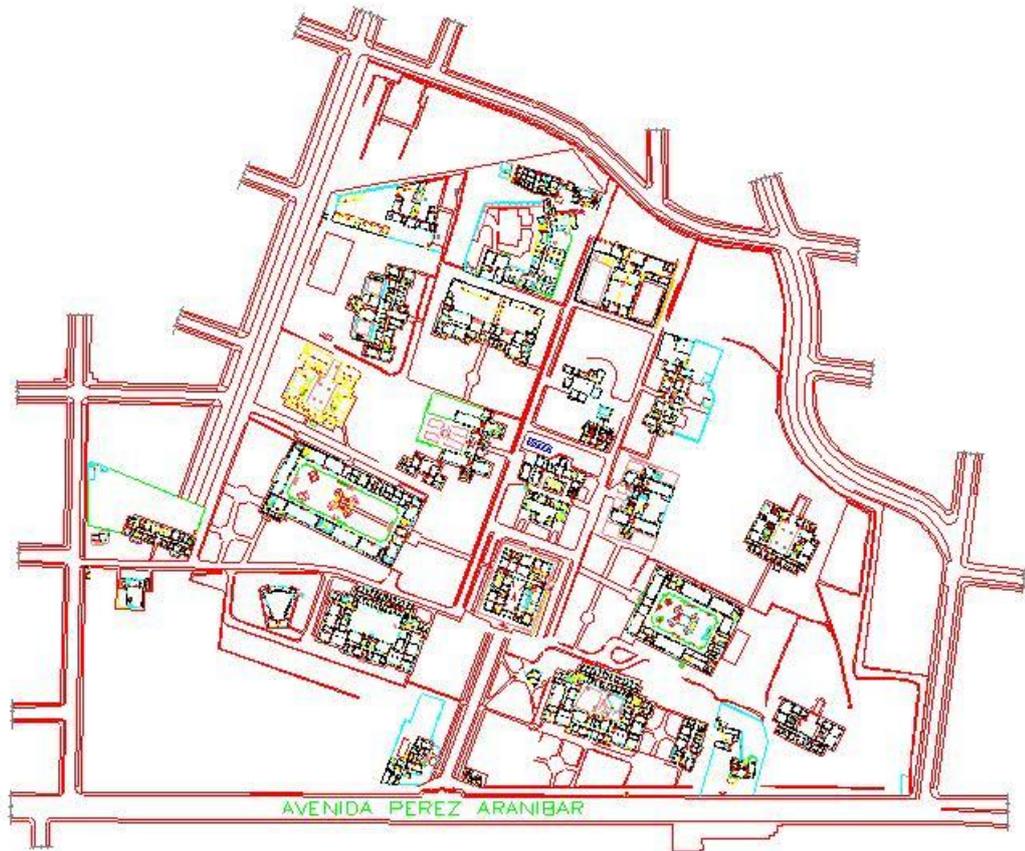






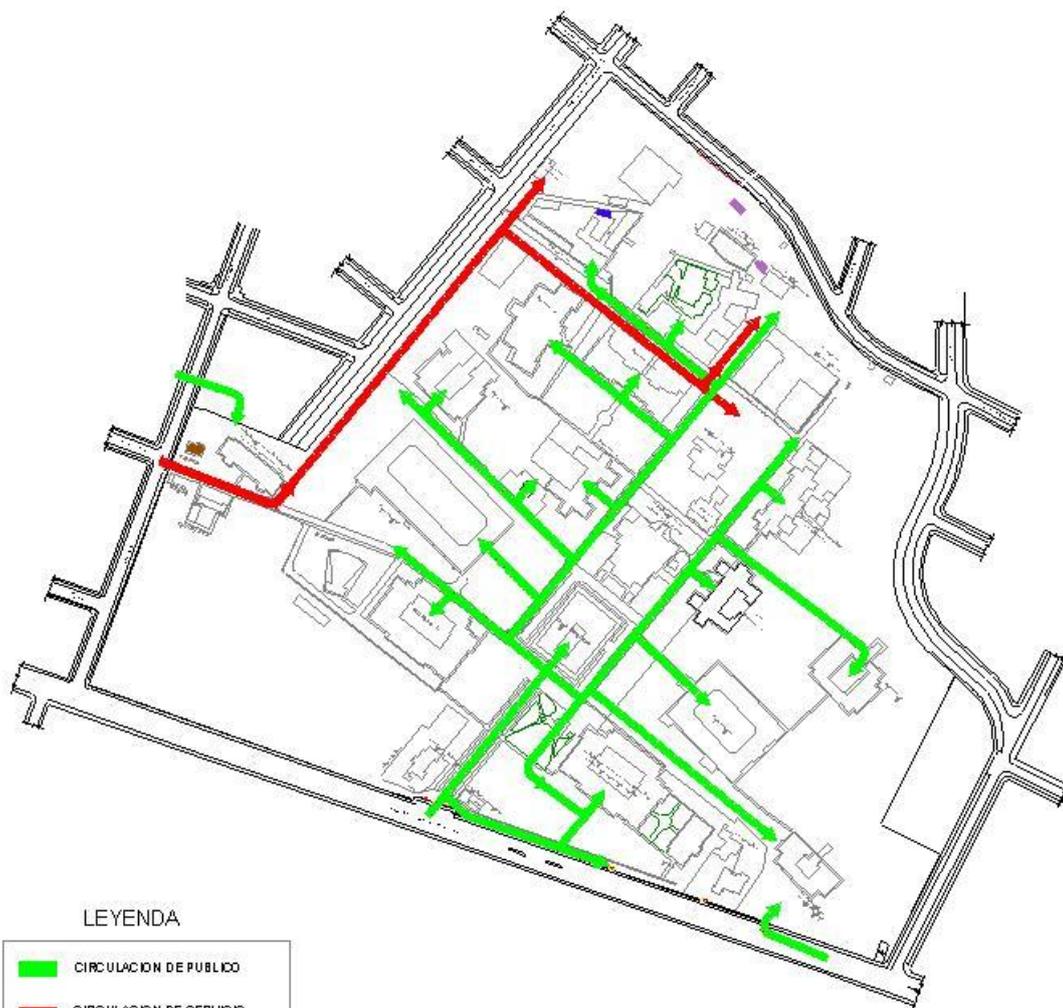
# PLAN MAESTRO DE INVERSIONES HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

ESQUEMA: DISTRIBUCION ACTUAL



# PLAN MAESTRO DE INVERSIONES HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

ESQUEMA: FLUJOS DE CIRCULACION



## LEYENDA

	CIRCULACION DE PUBLICO
	CIRCULACION DE SERVICIO

